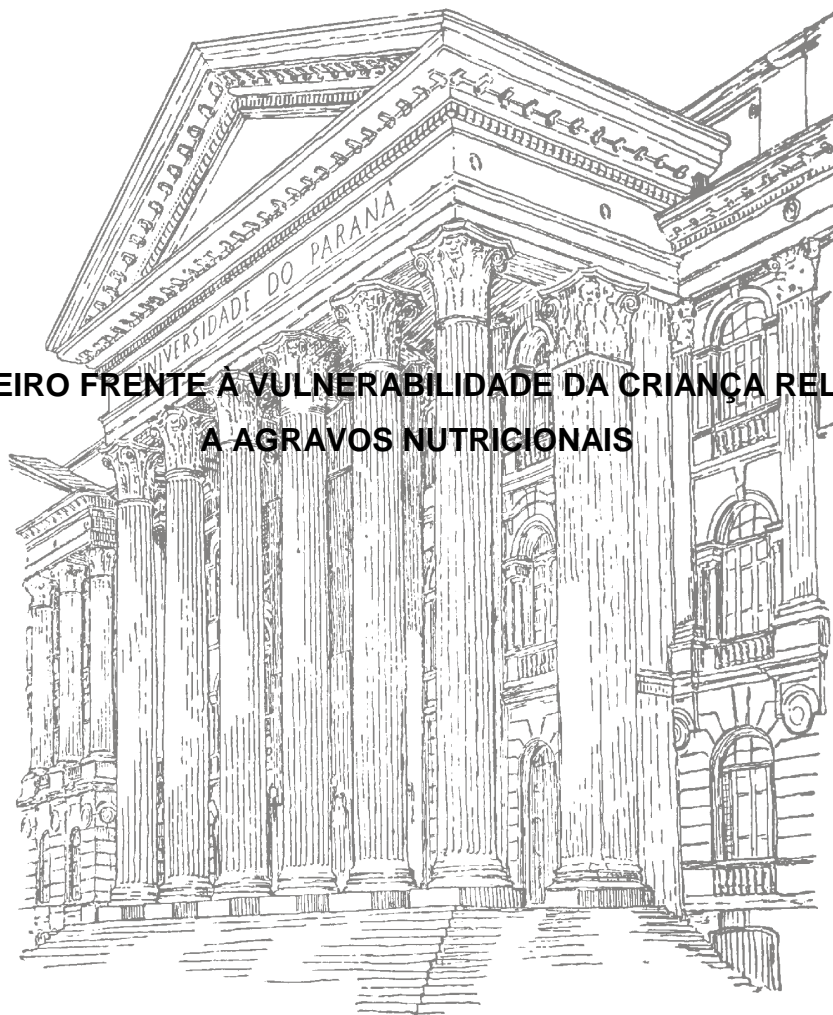


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
LUCIANA FERREIRA LEMOS

**O ENFERMEIRO FRENTE À VULNERABILIDADE DA CRIANÇA RELACIONADA
A AGRAVOS NUTRICIONAIS**



CURITIBA
2016

LUCIANA FERREIRA LEMOS

**O ENFERMEIRO FRENTE À VULNERABILIDADE DA CRIANÇA RELACIONADA
A AGRAVOS NUTRICIONAIS**

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração em Prática Profissional de Enfermagem, na Linha de Pesquisa Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa Dra Verônica de Azevedo Mazza

CURITIBA

2016

L557

Lemos, Luciana Ferreira

O enfermeiro frente à vulnerabilidade da criança relacionada a agravos nutricionais / Luciana Ferreira Lemos. – Curitiba, 2016.

117f.; il. Color.; 30 cm.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2016.

Orientador: Verônica de Azevedo Mazza

Bibliografia: p. 90-108.

1. Crianças - Nutrição. 2. Lactentes - Nutrição. 3. Crianças - Saúde.
I. Mazza, Verônica de Azevedo. II. Universidade Federal do Paraná.
III. Título.

CDD: 649.3

TERMO DE APROVAÇÃO

LUCIANA FERREIRA LEMOS

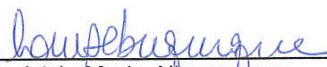
O ENFERMEIRO FRENTE À VULNERABILIDADE DA CRIANÇA RELACIONADA A AGRAVOS NUTRICIONAIS

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem, Área de Concentração Prática Profissional de Enfermagem, Linha de Pesquisa Processo de Cuidar em Saúde e em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:

Orientador (a):



Prof. Dra. Verônica de Azevedo Mazza
Presidente da Banca Universidade Federal do Paraná- UFPR



Prof. Dra. Leda Maria Albuquerque
Membro Titular: (externo ao PPGENF ou à UFPR)



Prof. Dra. Liliana Müller Larocca
Membro Titular: Universidade Federal do Paraná – UFPR

Curitiba, 25 de Fevereiro de 2016.

Dedico...

aos meus pais, **Antônio e Bete**, que sempre acreditaram em mim como filha e profissional e me incentivaram, com muito amor, a conquistar meus objetivos.

À minha irmã **Beatriz**, pelo apoio e presença motivadora constantes na minha vida.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, que tanto amo e respeito, pois sempre me abençoou com coragem, fé e alegria no coração para superar todas as dificuldades.

À minha orientadora, **Prof.^a Dr.^a Verônica de Azevedo Mazza**, pelo exemplo de força e motivação que jamais esquecerei, pois me ajudou a amadurecer dia após dia durante nossa convivência.

À **Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba**, que oportunizou minha qualificação profissional.

Aos membros do **Grupo de Estudos Família e Desenvolvimento (GEFASD)**, da Universidade Federal do Paraná, pelas preciosas discussões, sempre atuais.

À **Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem** e aos docentes do curso, pelo carinho em compartilhar o vasto conhecimento.

À **Coordenação do Programa de Mestrado Profissional em Enfermagem**, por investir na qualidade da formação dos profissionais e por acreditar na intervenção e no melhoramento em serviço como produto final.

Aos amigos e colegas, pelo suporte diário.

“Perseverar é vencer!”

(Autor desconhecido)

RESUMO

Estudo descritivo com abordagem qualitativa, cujo objetivo foi apresentar os elementos de vulnerabilidade relacionados a agravos nutricionais, identificados pelo enfermeiro, que afetam crianças de zero a 24 meses. O estudo foi desenvolvido em unidades de saúde (básicas e vinculadas à Estratégia Saúde da Família – ESF) localizadas no Distrito Sanitário Santa Felicidade (Curitiba – PR), no qual foi identificado o maior índice de agravos nutricionais, segundo o perfil epidemiológico nutricional de crianças de zero a 24 meses – SISVAN 2013. Compuseram a amostra seis enfermeiros que atenderam ao critério de inclusão (ser enfermeiro lotado em unidade de saúde do distrito selecionado e aceitar participar da pesquisa). A coleta de dados ocorreu entre o período de janeiro a fevereiro de 2015 e utilizou-se a técnica de Grupo Focal. As falas dos participantes foram organizadas pelo *software* Iramuteq® desenvolvido para análise multidimensional de textos e analisadas de acordo com a análise categorial temática de Bardin. Os resultados foram agrupados em cinco categorias: 1) ambiente desfavorável para a alimentação infantil saudável; 2) influência da família e do profissional de saúde na alimentação infantil; 3) introdução do leite artificial como elemento de vulnerabilidade ou potencialidade; 4) responsabilidades familiares e dos enfermeiros no cuidado à criança e 5) papel do enfermeiro no monitoramento da saúde da criança, da gestante e da família. Essa pesquisa evidenciou que a utilização do conceito de vulnerabilidade da criança relacionada a agravos nutricionais, pode permitir aos profissionais enfermeiros a reorientação do modelo biologista e fragmentado da atenção à saúde infantil, bem como ampliar o olhar do profissional para o cuidado, à medida que aprendem e compreendem aspectos sociais programáticos que vão além do individual. Para tanto, elaborou-se, como produto desse estudo, uma proposta de guia para identificação e monitoramento dos elementos de vulnerabilidade da criança relacionados a agravos nutricionais, a qual pode auxiliar no levantamento de dados com enfoque na dimensão das vulnerabilidades.

Palavras-chave: Cuidado da criança. Estado nutricional. Vulnerabilidade em saúde. Enfermagem.

ABSTRACT

This work is a descriptive study with qualitative approach and aims to present, through research, vulnerability elements related to nutritional issues, identified by nurses, that affect children from zero to 24 months. The study was developed in public health units (basic ones and those linked to the Family Health Strategy – ESF) located in the Santa Felicidade Sanitary District (Curitiba – PR), which has the highest rate of nutritional problems, according to the nutritional epidemiological profile of children from birth to 24 months – SISVAN 2013. The sample was composed by reports from six nurses who met the inclusion criteria (be a nurse that works in the selected district health unit and accept to take part in the survey). Data collection took place between January and March 2015 and was conducted under the technique of Focus Group. The speeches of the participants were organized by Iramuteq® *software* and analyzed according to Bardin's thematic category analysis. The results were grouped into five categories: 1) unfavorable environment for children's healthy eating, 2) influence of family and health professional in infant feeding; 3) introduction of artificial milk as element of vulnerability or potentiality; 4) family and nurse's responsibilities in child care; and 5) the nurse's role in monitoring the health of children, pregnant women, and families. This research showed that the use of the child vulnerability concept related to nutritional problems may allow to the professional nurse the rethinking of the biologicist, fragmented model of health care for child, as well as enlarge the look of professionals towards care, once they can learn and understand the programmatic social aspects that go beyond the individual. Therefore, it was elaborated, as a result of this study, a checklist for identification and monitoring of children's vulnerability elements related to nutritional deficiencies. This can assist in data collection focusing on the extent of vulnerabilities.

Keywords: Child care. Nutritional status. Health vulnerability. Nursing.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1	– MAPA DOS BAIRROS DO MUNICÍPIO DE CURITIBA	38
FIGURA 2	– DENDOGRAMA DAS CLASSES GERADO PELO <i>SOFTWARE</i> IRAMUTEQ®	47
FIGURA 3	– DENDOGRAMA DAS CLASSES GERADO PELO <i>SOFTWARE</i> IRAMUTEQ® – VOCÁBULOS MAIS FREQUENTES	49
FIGURA 4	– SÍNTESE GRÁFICA DAS CATEGORIAS CONSIDERADAS ELEMENTOS DE VULNERABILIDADE DA CRIANÇA RELACIONADOS A AGRAVOS NUTRICIONAIS	50
FIGURA 5	– NUVEM DE PALAVRAS GERADO PELO <i>SOFTWARE</i> IRAMUTEQ® – PALAVRAS COM MAIOR FREQUÊNCIA	51
FIGURA 6	– ANÁLISE DE SIMILITUDE GERADO PELO <i>SOFTWARE</i> IRAMUTEQ® – PALAVRAS PRESENTES NO TEXTO	52
FIGURA 7	– SÍNTESE GERAL DAS AÇÕES REALIZADAS SEGUNDO DISCURSOS DOS PROFISSIONAIS	83
FIGURA 8	– ELEMENTOS DE VULNERABILIDADE RELACIONADOS A AGRAVOS NUTRICIONAIS	84

LISTA DE SIGLAS

ABS	– Atenção Básica à Saúde
ALCESTE	– <i>Analyse Lexicale par Context d'un Ensemble de Segments de Texte</i>
ACS	– Agente Comunitário de Saúde
AIDIP	– Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância
AIDS	– Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AM	– Aleitamento Materno
APS	– Atenção Primária à Saúde
CHD	– Classificação Hierárquica Descendente
CIE	– Conselho Internacional de Enfermagem
CIPE	– Classificação Internacional da Prática de Enfermagem
CIPESC	– Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva
CNES	– Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
COFEN	– Conselho Federal de Enfermagem
DCN	– Diretrizes Curriculares Nacionais
ESF	– Estratégia Saúde da Família
IRAMUTEQ®	– <i>Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires</i>
MS	– Ministério da Saúde
NASF	– Núcleo de Apoio à Saúde da Família
ODM	– Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ONU	– Organização das Nações Unidas
OMS	– Organização Mundial da Saúde
PAISC	– Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança
PSF	– Programa Saúde da Família
SAE	– Sistematização da Assistência em Enfermagem
SISVAN	– Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SMS	– Secretaria Municipal de Saúde
SUS	– Sistema Único de Saúde
UCE	– Unidade de Contexto Elementar
UCI	– Unidade de Contexto Inicial

- UFPR – Universidade Federal do Paraná
- UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância
- UBS – Unidade Básica de Saúde
- RAS – Redes de Atenção à Saúde
- TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- WHO – World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	OBJETIVO	17
3	REVISÃO DE LITERATURA	18
3.1	ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL	18
3.2	CUIDADO DISPENSADO À CRIANÇA NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE .	21
3.3	VULNERABILIDADE	25
3.4	ALEITAMENTO MATERNO	27
3.5	AGRAVOS NUTRICIONAIS DA CRIANÇA, SAÚDE MATERNA E AMBIENTE	31
4	TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	34
4.1	TIPO DE ESTUDO E ABORDAGEM.....	34
4.2	LOCAL DA PESQUISA.....	34
4.2.1	Descrição geral do município de Curitiba	34
4.2.2	Cenário da pesquisa.....	39
4.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO	41
4.4	COLETA DE DADOS.....	42
4.5	ANÁLISE DE DADOS.....	43
4.6	PROCESSAMENTO E ORDENAÇÃO DOS DADOS	44
4.7	ASPECTOS ÉTICOS.....	46
5	RESULTADOS	47
6	DISCUSSÃO	53
6.1	AMBIENTE DESFAVORÁVEL PARA A ALIMENTAÇÃO INFANTIL SAUDÁVEL	53
6.2	A INFLUÊNCIA DA FAMÍLIA E DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA ALIMENTAÇÃO INFANTIL	61
6.3	A INTRODUÇÃO DO LEITE ARTIFICIAL COMO ELEMENTO DE VULNERABILIDADE OU POTENCIALIDADE	67
6.4	RESPONSABILIDADES FAMILIARES E DOS ENFERMEIROS NO CUIDADO À CRIANÇA.....	73
6.5	O PAPEL DO ENFERMEIRO NO MONITORAMENTO DA SAÚDE DA CRIANÇA, GESTANTE E DA FAMÍLIA	76

6.5.1	Ações para o enfrentamento dos elementos de vulnerabilidade para agravos nutricionais de crianças	82
7	SÍNTESE GERAL DOS ELEMENTOS DE VULNERABILIDADE DA CRIANÇA RELACIONADOS A AGRAVOS NUTRICIONAIS.....	84
8	GUIA PARA IDENTIFICAÇÃO E MONITORAMENTO DOS ELEMENTOS DE VULNERABILIDADE DA CRIANÇA RELACIONADOS A AGRAVOS NUTRICIONAIS	86
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS	88
	REFERÊNCIAS	90
	APÊNDICE 1 – GUIA TEMÁTICO.....	109
	APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	110
	ANEXO 1 – AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	112
	ANEXO 2 – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA.....	113
	ANEXO 3 – CONSOLIDATED CRITERIA FOR REPORTING QUALITATIVE RESEARCH: A 32-ITEM CHECKLIST FOR INTERVIEWS AND FOCUS GROUPS (COREQ).....	116

APRESENTAÇÃO

O interesse da pesquisadora no tema deu-se pela prática profissional durante a assistência à saúde da criança como enfermeira de Unidade de Saúde, pois a inquietação, ao se deparar com situações não apenas relacionadas às queixas clínicas, mas às que vão além desta dimensão, estimulou a profissional a extrapolar seu olhar da assistência e a buscar o entendimento do papel do enfermeiro frente aos elementos de vulnerabilidade.

Como enfermeira de serviço, o acompanhamento de crianças menores de dois anos faz parte da rotina diária da pesquisadora, a qual orienta os pais ou cuidadores para a prevenção de agravos, principalmente os nutricionais, uma vez que o reconhecimento dos condicionantes para saúde e doença e o precoce encaminhamento intersetorial são importantes para o adequado desenvolvimento infantil.

Este estudo foi desenvolvido a partir de um projeto maior, intitulado *Vulnerabilidade da criança relacionada a agravos nutricionais na percepção dos profissionais de saúde*. Foi assim que, inserida no *Grupo de Estudos Família, Saúde e Desenvolvimento – GEFASED* –, da Universidade Federal do Paraná, deu-se início ao presente estudo.

1 INTRODUÇÃO

A população brasileira vive uma transição demográfica acelerada, com enfrentamentos a doenças infecciosas e crônico-degenerativas associadas a causas externas, o que impacta o perfil epidemiológico, levando a saúde brasileira a uma situação de tripla carga de doenças. Dessa forma, exige-se esforço coletivo – de entidades governamentais, não governamentais e também da sociedade civil organizada –, na tentativa de se angariar investimentos à saúde da população, principalmente a infantil. (CURSINO; FUJIMORI, 2012).

Por essa razão, a Organização das Nações Unidas (ONU), atenta aos principais problemas mundiais, propôs, em 2000, os *Oito Objetivos do Milênio* – compromissos para o desenvolvimento dos países, compreendendo metas como: acabar com a fome e a miséria, proporcionar educação básica de qualidade para todos, promover, pela valorização da mulher, a igualdade entre os sexos, reduzir a mortalidade infantil, melhorar a saúde das gestantes, promover ações de combate à Aids, à malária e a outras doenças, garantir a sustentabilidade ambiental e propagar a concepção de parceria mundial voltada ao desenvolvimento. (SANTOS et al., 2014).

Essa proposta estabeleceu uma série de metas por parte das autoridades governamentais, organizações de saúde e da sociedade em geral, com vistas à melhoria das condições de saúde da população. O Brasil, quanto à saúde da criança, assumiu a meta de número quatro, que se refere à redução da mortalidade infantil em dois terços, em relação aos níveis de 1990, até 2015. Como resultado parcial, o Brasil já superou em 33% a meta proposta, haja vista que a taxa de mortalidade infantil, em 1990, correspondia a 53,7 óbitos a cada mil nascidos vivos, tendo diminuído, em 2011, para 17,7, sendo que esta queda está associada diretamente à melhoria na assistência prestada às crianças e gestantes. (BRASIL, 2013).

Diante disso, as ações de atenção à saúde da criança visam diminuir os índices de morbimortalidade infantil, em um cenário de crescentes mudanças no perfil de adoecimento, sendo especialmente consideradas as crianças que têm maior chance de sofrer prejuízos ao estímulo do desenvolvimento infantil quando expostas a condições como desamparo dos pais ou responsáveis, famílias desestruturadas, baixa renda familiar e déficit cognitivo dos pais. Essas profundas

mudanças da sociedade denotam uma contínua transformação social, uma vez que as condições biológicas e ambientais já não se limitam às dimensões do sofrimento humano. (ARCOS et al., 2013).

Há evidências demonstrando que, desde a concepção, a criança depende do potencial nutritivo materno, sendo vulnerável às dificuldades alimentares enfrentadas pela mãe. Tais dificuldades abrangem não somente as funções biológicas, sobretudo seu contexto histórico-social e o apoio recebido dos serviços de saúde, uma vez que aspectos políticos-programáticos direcionam e embasam a assistência materno-infantil, o que fortalece as ações de saúde para a população. (MASON et al., 2014).

Portanto, a atual realidade tem demonstrado que as ações relacionadas a problemas de ordem fisiológica não são mais suficientes para responder às necessidades de saúde da população, e que os condicionantes de saúde, sociais, políticos, econômicos e culturais têm possibilitado a compreensão de mecanismos que envolvem a produção das enfermidades. (BRASIL, 2013).

Em meados da década de 80, surge na literatura o conceito de vulnerabilidade, o qual permeia o processo de vida relacionado ao adoecimento (ou não) a que os indivíduos e a comunidade, em especial as crianças, estão sujeitos, devendo ser considerados os fatores culturais, socioeconômicos, políticos, de gênero, de etnia ou qualquer outra situação que seja implícita como suscetível. (SOUSA; MIRANDA; FRANCO, 2011; MELLO et al., 2014).

Portanto, a vulnerabilidade, como conceito adotado para este estudo, é entendida como a oportunidade de indivíduos ou comunidade estarem suscetíveis ao adoecimento, e é considerada segundo três aspectos: individual, social e programático. Essa concepção abarca um conjunto de determinantes de saúde e não se limita a questões biológicas e do meio ambiente. Contudo, considera dimensões como a cultural e a socioeconômica, ampliando e valorizando, dessa forma, a subjetividade do indivíduo. (AYRES; PAIVA; FRANÇA JUNIOR, 2011).

Assim, a compreensão por parte dos enfermeiros, em relacionar os elementos de vulnerabilidade das crianças ao considerar a exposição delas a agravos nutricionais como resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos e contextuais, pode proporcionar uma abordagem familiar adequada. (MEYER et al., 2006; SILVA et al., [2013]).

Sendo assim, é necessário que os profissionais que atuam na atenção à saúde da criança considerem o conceito de vulnerabilidade e construam uma interface na dimensão do cuidado. Contudo, são necessárias discussões mais aprofundadas sob essa perspectiva, conforme demonstra um estudo realizado entre profissionais de atenção à saúde da criança, no qual se evidenciaram várias lacunas relacionadas à falta de pesquisa sobre a percepção dos profissionais quanto à sua própria vulnerabilidade e a da população. Esta compreensão pode auxiliar nas intervenções dos profissionais de saúde, contribuindo para que elas sejam mais efetivas. (GRABOVSKI; LOIGNON; FORTIN, 2013).

Destarte, este estudo se justifica por ser decorrente de uma inquietude quanto à prática dos enfermeiros na atenção à criança menor de dois anos e também quanto ao entendimento desses profissionais no que respeita aos elementos de vulnerabilidade a agravos nutricionais. Apresenta-se uma discussão sobre as concepções de vulnerabilidade e sua importância no processo de trabalho do enfermeiro, e propõe-se a seguinte questão norteadora: quais os elementos de vulnerabilidade, reconhecidos pelo enfermeiro, relacionados a agravos nutricionais em criança menor de dois anos?

2 OBJETIVO

Este trabalho tem como propósito descrever os elementos de vulnerabilidade de crianças menor de dois anos quanto a agravos nutricionais, identificados pelo enfermeiro.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Este capítulo apresenta os temas abordados na revisão de literatura que estão relacionados à presente pesquisa. Refere-se à *Atenção Básica no Brasil, Cuidados da Criança na Atenção Básica, Vulnerabilidade, Aleitamento Materno e Agravos Nutricionais*.

3.1 ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL

Ao longo dos anos houve no país iniciativas de políticas públicas e sociais para investimentos em ações de promoção, proteção e recuperação da saúde da população. Esse cenário advém de mudanças no processo saúde-doença populacionais, e reflete o movimento do poder público a fim de formular, implementar e concretizar tais ações.

Para tanto, a Declaração de Alma-Ata, formulada em 1978 por ocasião da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, incentivou a discussão entre os governos sobre a busca da promoção da saúde na Atenção Primária da população, tendo como meta a “Saúde para todos no ano 2000”. Naquela oportunidade, o repensar acerca da responsabilidade e da integração dos governos, com vistas a garantir a qualidade de vida e a igualdade social, tornou-se concreto. À medida que aspectos importantes de discussão foram destacados – como a alimentação saudável, a qualidade da água, a atenção para o binômio materno-infantil (e incluindo-se a imunização, a prevenção e o controle de doenças endêmicas), foi se alinhando as temáticas e seus desdobramentos. (BHAT, 2014).

Nesse período, a Organização Mundial da Saúde incentivou debates, envolvendo muitos países, sobre as ações de saúde. Para tanto se realizou em 1986, em Ottawa, Canadá, a primeira Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, amparada pela OMS e pelo Ministério da Saúde canadense. Dessa conferência emergiu a Carta de Ottawa, a partir do movimento de saúde pública cuja preocupação com a crescente expectativa de saúde e bem-estar decorrente da melhoria do estado de saúde da população trouxe o termo *Promoção de Saúde* para debates em proporção mundial. A Carta de Ottawa começa a definir o que é Promoção de Saúde e reconhece a capacidade individual de tornar a vida mais saudável por meio da pró-atividade na perspectiva de mudança. A partir da

aprovação da Carta de Ottawa muitas iniciativas individuais foram registradas mundialmente, aliadas às iniciativas governamentais, com o fim de promoverem mudanças na perspectiva da saúde. (CARTA DE OTTAWA, 1986).

No Brasil, a Reforma Sanitária, considerada fundamental e decorrente de um movimento da sociedade civil organizada e dos profissionais de saúde, em uma fase em que a privatização maciça pressionava os profissionais, conduziu, em 1988, à criação do Sistema Único de Saúde (SUS), mediante a Lei 8.080/1990, instituída sob a nova Constituição Federal por meio da XIII Conferência Nacional de Saúde. Nesta perspectiva, o SUS visou contemplar princípios para a atenção abrangente e universal por meio de ações de promoção da saúde, recuperação e reabilitação de agravos integrando os serviços privados como suplementares ao sistema. A participação comunitária foi prevista em todos os níveis decisórios, o que possibilitou o direcionamento e a tomada de decisão, por meio da Lei 8.142/90. Adotou-se a concepção de seguridade social – a qual integra assistência, saúde e previdência – como representação dos direitos do cidadão. (PAIM et al., 2012).

Nesse ensejo, princípios e diretrizes estabelecidas significaram uma ruptura com a história anterior das políticas sociais, ao garantir a saúde como direito a todos os cidadãos. A participação da população, estimulada pela Lei 8.142/90, garante que a luta pela Reforma Sanitária se firme como um objetivo alcançado e que deve ser mantido, demonstrando que as demandas da população podem interferir no direcionamento das políticas públicas. No caso, serve à criação de canais de comunicação, sendo oficialmente uma fonte de propostas de diminuição das iniquidades sociais e de saúde. (SCOREL, 2013).

A partir disso, as políticas de atenção à saúde, no Brasil, têm investido em transformações políticas, econômicas e sociais, por meio da implementação de ações em saúde que buscam responder a mudanças demográficas e epidemiológicas do País. Essa significativa conquista do sistema de saúde enfrentou dificuldades em sua efetivação. Contudo, discussões subsequentes, em escala mundial, persistem e mantêm o direcionamento para as ações de atenção à saúde da população, em especial a da mulher e do infante. (PAIM, 2013).

Há, ainda, diversas crises em sua implementação, na qual usuários, gestores e profissionais da saúde vivenciam o propósito de avançar no fortalecimento de uma saúde pública com qualidade e resolutiva, com vistas à sua plena consolidação. As Conferências Nacionais de Saúde, realizadas a cada quatro

anos, podem mobilizar os diferentes atores sociais para a promoção de mudanças que possam ter impacto no perfil do Estado, sendo impreterível a participação social. Para que tais iniciativas sejam eficazes, deve-se manter comunicação estreita entre as três esferas do governo (municípios, estados e União) e a população. (SANTOS, 2013).

Nessa perspectiva, o MS aprovou, em 2011, a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), caracterizada por uma série de ações em saúde, de âmbito individual e coletivo, que preconiza a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. (BRASIL, 2012).

Essa política considera os termos Atenção Primária à Saúde (APS) e Atenção Básica (AB) como similar. Os princípios da universalidade, integralidade da atenção, e equidade são considerados eixos norteadores do processo. As Unidades Básicas de Saúde desempenham um papel fundamental na garantia da proximidade dos serviços à população, e a territorialização possibilita o planejamento das ações e a organização dos serviços. Ao mesmo tempo, a acessibilidade, a continuidade do cuidado, resolutividade a aproximação do profissional à família, fortalece o laço de confiança entre esta e a equipe de saúde. (BRASIL, 2012; MATTOS et al., 2014).

Frente a isso, a intersetorialidade e a intrasetorialidade se fazem imprescindíveis no desenvolvimento dos direitos e deveres do cidadão. Para tal, a educação em saúde pode estimular a consciência sanitária e possíveis mudanças das condições de vida da população, fazendo da prevenção de doenças um mecanismo importante para que as práticas de atenção propiciem maior eficácia em seus desdobramentos. (HEIDEMANN; WOSNY; BOEHS, 2014).

Portanto, as ações da equipe de saúde em sua esfera local são fundamentais quando se utilizam de orientações e esclarecimentos em relação às práticas de saúde da comunidade assistida. Na saúde da criança são consideradas, sobretudo, condições socioeconômicas em seu estado nutricional. Para a identificação da vulnerabilidade é necessário existir uma análise das relações a que a criança está exposta, como sua condição social e orgânica, o que pode permitir o repensar das estratégias adequadas ao cuidado; sendo assim, as crianças podem ser beneficiadas por propostas de intervenção mais adequadas. (SILVA; DAVIM, 2012).

Logo, aspectos de ordem social, político ou individual devem ser considerados no atendimento às crianças, a fim de se efetivarem ações na atenção básica que facilitem o monitoramento de agravos, sendo especialmente oportuno à infância, pois é nesta fase que se estabelece a maioria das potencialidades humanas, a partir do crescimento, maturação e aprendizagem, os quais, inter-relacionados, alicerçam a criança para a fase adulta. (PEDROSO; MOTTA, 2010; ARCOS et al., 2013).

3.2 CUIDADO DISPENSADO À CRIANÇA NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

A atenção à saúde da criança no Brasil tem sido organizada com a implementação de propostas governamentais, as quais atendem às diretrizes internacionais e ao perfil de morbimortalidade nacional. Assim, foi criado, em 1975, o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, cujo objetivo era reduzir os altos índices de morbimortalidade da mulher e da criança provocado por agravos preveníveis por meio de ações básicas como informações sobre amamentação, suplementação alimentar, quando necessária, às gestantes e à criança, bem como oferecer melhor assistência nas fases de pré-natal, parto e puerpério. Porém, estas iniciativas foram insuficientes para modificar a situação no período. (BRASIL, 2011).

Assim, foi criado, em 1984, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), o qual previa um conjunto de ações programáticas e estratégicas para o desenvolvimento da criança em todos os ciclos de vida. O PAISC tinha enfoque sobre ações de prevenção, como incentivo ao aleitamento materno, esquema vacinal, controle de doenças diarreicas e respiratórias, além de rotina de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, para a detecção precoce de patologias e consequente intervenção e tratamentos adequados, bem como educação em saúde, com a inclusão da família nesse contexto. (ROCHA; PEDRAZA, 2013).

As ações básicas do PAISC, que tinham como base a determinação em contribuir com a saúde da população em suas necessidades de saúde da época (BRASIL, 2009a), caracterizaram-se pela alta eficácia na resolução de problemas específicos, pelos baixos custos e pela adequada complexidade tecnológica para sua execução nos vários níveis de serviço.

À medida que o tema foi se desenvolvendo, a OMS apresentou a estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) e, em 1996, o Brasil começou a incorporar tal estratégia em alguns estados. Ela orienta o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento da criança, por ser considerado um instrumento de avaliação no qual a observação da criança pela família permite a detecção precoce de agravos, torna o contato com os profissionais de saúde mais eficaz e possibilita uma intervenção adequada. O monitoramento do desenvolvimento da criança nos dois primeiros anos de vida é fundamental, pois é nesta fase que há intenso amadurecimento de seu sistema nervoso. Contudo, a acelerada formação neurológica pode estar sujeita a agravos, o que torna significativas as ações preventivas instituídas nesse período. (FUJIMORI et al., 2013).

Sendo assim, as questões que abarcam critérios norteadores da saúde trazem uma proposta denominada Agenda de Compromissos, que compreende princípios como o planejamento e o desenvolvimento de ações intersetoriais, o acesso universal, o acolhimento, a responsabilização, a assistência integral, a assistência resolutiva, a equidade, a atuação em equipe com ênfase na promoção da saúde, a participação da família na gestão local (controle social) e a avaliação permanente e sistematizada da assistência prestada. Demonstra-se, assim, que o cuidado da criança vai além da esfera biológica do processo. (BRASIL, 2004). As orientações da Agenda não anulam, mas sim integram, as medidas adotadas pela estratégia AIDPI para o crescimento e o desenvolvimento infantil saudável. (FIGUEIREDO; MELLO, 2007).

Tem-se, com isso, que as ações de promoção à saúde desenvolvida pelos profissionais da atenção básica devem ser focadas e factíveis, pautadas no diálogo, e aproximação entre o serviço e a população. Essas são ferramentas importantes para o sucesso das estratégias articuladoras e para promover a integralidade da assistência. (REICHERT et al., 2012).

Para tanto, o reconhecimento da consulta ao enfermeiro na atenção básica é considerado estratégia articuladora, pois propicia a aproximação entre profissional, família e comunidade. O potencial da consulta ao enfermeiro está na identificação do profissional como articulador de ações pertinentes ao processo de vínculo entre o serviço e a população. (MENDES, 2011).

Nesse sentido, a consulta de enfermagem, atividade considerada privativa do profissional enfermeiro, é uma ferramenta de aproximação entre o profissional e o indivíduo/população. Tal atividade é regulamentada pelo artigo 11, inciso I, alínea “i” da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que garante ao profissional uma assistência de qualidade baseada em sua formação técnico-científica, seguindo bases conceituais específicas. O método científico é direcionado pela Sistematização de Assistência de Enfermagem (SAE), o que permite uma organização do processo de enfermagem. (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM - COFEN, 1986).

A SAE, regulamentada pela Resolução 358/09, dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados, nos quais ocorre o cuidado profissional em enfermagem, e define tal processo em cinco etapas, inter-relacionado e interdependente:

- I. Coleta de dados ou histórico de enfermagem: processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com auxílio de métodos e técnicas variadas, que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde-doença.
- II. Diagnóstico de enfermagem: processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde-doença, as quais constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados.
- III. Planejamento de enfermagem: determinação dos resultados que se espera alcançar, bem como das ações e intervenções de enfermagem que serão realizadas face às respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde-doença, identificadas na etapa do diagnóstico de enfermagem.
- IV. Implementação: realização das ações e intervenções determinadas na etapa de planejamento de enfermagem.
- V. Avaliação de enfermagem: processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças na resposta da pessoa, família ou coletividade humana, em um dado momento do processo saúde-doença, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado, e de verificação da necessidade de mudança ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem. (COFEN, 2009, p. 56).

Este processo sistematiza o cuidado de enfermagem, propiciando uma assistência individualizada e assertiva para o indivíduo e a coletividade. (COFEN, 2009).

O objetivo da SAE, em suma, é organizar o cuidado por meio de um processo sistematizado, possibilitando ao enfermeiro uma identidade e a definição

do seu papel profissional. Desde a sua concepção, muitas discussões ocorreram quanto à dificuldade de implantação em alguns ambientes de saúde, sendo considerados entraves sob o ponto de vista organizacional. (SANTOS et al., 2014).

No entanto, quanto à saúde da criança na atenção básica, o enfermeiro tem a possibilidade de realizar a consulta clínica de forma a potencializar as ações interdisciplinares e melhorar o aproveitamento das oportunidades de intervenção. Portanto, é relevante que o enfermeiro, no papel de vigilante da saúde da criança nos primeiros anos de vida, seja corresponsável pela garantia do direito à assistência por parte da mãe ou outros familiares, bem como aos serviços. (GASPARINO; SIMONETTI; TONETE, 2013).

A Caderneta da Criança apresenta-se como um instrumento, que visa garantir os registros de informações – entre elas, dados antropométricos e neuropsicomotores. Por tratar-se de um documento que reúne informações do monitoramento e registros do crescimento e desenvolvimento da criança. Por meio desses registros, correlacionados de forma gráfica, revelam-se a manutenção da saúde e da nutrição infantil e também se apontam situações limítrofes para o cuidado da criança. (REICHERT et al., 2012).

Para que haja efetividade na atenção à saúde da criança, as iniciativas programáticas referentes à atenção básica precisam contemplar as condições de vida e saúde da criança, da família e da sociedade. Pesquisa demonstra que o conceito de vulnerabilidade pode contribuir para a prática profissional, desde que se compreenda que a doença ou limitação, para além da dimensão individual, é derivada de aspectos sociais e culturais. Esse entendimento contribui para que o enfermeiro identifique oportunidades e recursos para uma melhor atuação e também para a superação de obstáculos – por exemplo, as desigualdades sociais. (SILVA et al., 2014a).

Diante do exposto, as diretrizes políticas, retratadas pelos programas, despertaram a necessidade de se agregar, como critérios a serem considerados no processo saúde-doença, questões importantes, tais como vulnerabilidade, cidadania e direitos humanos, no contexto de assistência à criança. (FIGUEIREDO; MELLO, 2007).

3.3 VULNERABILIDADE

O conceito de vulnerabilidade emergiu quando das inúmeras discussões acerca da epidemia de Aids, em meados da década de 1980. A construção teórica deste conceito traz vitalidade para contribuir na reorganização das práticas assistenciais, prevenção de agravos e promoção de saúde. Assim, apresenta uma contribuição relevante no que se refere à compreensão do que esse termo propõe, pois a suscetibilidade dos indivíduos a doenças não se esgota apenas nas suas condições pessoais ou do meio onde vive, mas também é influenciada pelos aspectos sociais e institucionais. (AYRES et al., 2003).

Na fase inicial, a epidemia de Aids não era limitada por questões geográficas, opção sexual ou *status* social, contudo sobrepuja-se às questões que conduziram a uma discussão a partir do saber epidemiológico que definiu o comportamento de risco como sendo o fato de expor-se a contaminação ou outros agravos que em geral provém da opção individual de se proteger, trazer a responsabilidade para o indivíduo. (AYRES et al., 2003).

É fundamental a diferenciação entre risco e vulnerabilidade, apesar de ambos os conceitos serem similares. O risco é considerado um conjunto de certas características com maior ou menor ameaça de exposição, e essas características são analisadas dentro de um perfil epidemiológico. A vulnerabilidade, por sua vez, procura aliar elementos abstratos relacionados ou relacionáveis ao processo de adoecer, e busca, dessa forma, criar encadeamento entre os fenômenos – entre eles, a copresença, a mutualidade, a relatividade, a busca da possibilidade não constante na prática –, e isso se caracteriza como objeto de conhecimento sobre vulnerabilidade. (AYRES et al., 2003).

Atualmente, a vulnerabilidade é entendida como a possibilidade de um indivíduo ou comunidade desenvolver alterações – agravos ou incapacidades – devido ao meio onde vive. Essas alterações são provenientes de aspectos próprios, contextuais, ou ainda de políticas, programas ou serviços. Assim, a vulnerabilidade se preocupa em atribuir sentido à luz de seus significados sociais concretos, sintetizando, sistematizando, aperfeiçoando e enriquecendo um conjunto de questionamentos acerca de como proceder sobre as dimensões sociais dos processos saúde-doença. (AYRES; PAIVA; FRANÇA JUNIOR, 2011).

Para melhor compreensão neste estudo, o conceito de vulnerabilidade é apresentado no formato de três dimensões interdependentes, que auxiliam na sua compreensão do indivíduo ou da coletividade. Estas características são observadas sob a ótica das dimensões individual, social e programática, as quais, relacionadas entre si e associadas ao contexto de exposição das pessoas, levam ou não a infecções ou ao adoecimento. (AYRES et al., 2003).

Essa concepção contempla três eixos para análise de vulnerabilidade (AYRES et al., 2003, p. 35):

- Componente individual: relaciona-se com a qualidade e o nível de informações que os indivíduos recebem e a capacidade destes em elaborar e tomar para si essas informações, transformando-as nos aspectos de proteção e práticas protegidas;
- Componente social: diz respeito não somente ao grau e qualidade das informações recebidas, mas, sobretudo, ao acesso e inclusão a recursos decisórios nos campos da educação, política e cultura, de maneira livre, sem sofrer influências contraditórias;
- Componente programático: possui relação com recursos sociais cuja disponibilidade, de modo efetivo e democrático, depende fundamentalmente de esforços programáticos voltados à qualidade, ao compromisso, à gerência e ao monitoramento dos programas (nacionais, regionais ou locais) de prevenção.

Estudo aponta que a análise do conceito de vulnerabilidade, entendendo as três dimensões associadas, é considerada uma importante fonte de informações e hipóteses, desde que esses elementos sejam interpretados quanto à dinâmica de seus significados sociais. (AYRES et al., 2003).

Nesta perspectiva, outro estudo observou a relevância do entendimento, por parte da equipe de saúde, sobre vulnerabilidade, e como o aspecto socioeconômico influenciou no processo de cuidar das crianças. O significado da análise do conceito de vulnerabilidade da criança contribuiu para a instrumentalização do profissional de saúde, para desenvolver manejo adequado das situações decorrentes desse contexto e possibilitar a identificação de outros componentes. (PEDROSO; MOTTA, 2010).

Como consequência de estudos sobre conceito de vulnerabilidade e a importância do entendimento desse conceito pela equipe de saúde, recente pesquisa remete à concepção das dimensões que compõem a vulnerabilidade de crianças associada a agravos nutricionais epidemiologicamente identificados. Para tanto, Silva et al. (2013) elaborou uma matriz analítica adaptada a partir da

concepção de vulnerabilidade de Ayres et al. (2003). Tal instrumento amplia a percepção do processo saúde-doença para além da condição biológica, permitindo o olhar sob o aspecto da natureza social e programática no desenvolvimento da saúde da criança. Assim sendo, permite aproveitar cada contato do profissional de saúde e os serviços para a vigilância da saúde da criança, bem como vislumbrar a articulação de políticas públicas e novas posturas dos profissionais, utilizando-se de uma concepção que pode orientar as discussões sobre o planejamento e a implementação do cuidado em saúde da criança. (SILVA et al., [2013]).

Nesta perspectiva de cuidados, a avaliação nutricional da criança deve ser considerada como parte de critérios de cuidado de saúde, uma vez que as carências nutricionais desencadeiam morbidades e, com isso, prejudicam o processo de amadurecimento neuropsicomotor infantil. Com relação à nutrição, as políticas públicas devem ser desenvolvidas para combater a insegurança alimentar e garantir que as crianças e jovens possam se alimentar de forma mais saudável e nutritiva, reduzindo dessa maneira os efeitos negativos associados à insegurança alimentar. (NICLASSEN; PETZOLD; SCHNOHR, 2013; CAMPOS et al., 2014).

3.4 ALEITAMENTO MATERNO

Amamentar é bem mais que nutrir uma criança – é um ato de grande vínculo entre mãe e filho, que tem repercussões importantes no sistema imunológico, fisiológico e no desenvolvimento cognitivo e afetivo da criança, além de inúmeros benefícios físicos e psicológicos para a mãe. (BRASIL, 2009a).

Segundo a Organização Mundial da Saúde, deve-se estimular o aleitamento materno exclusivo até seis meses de idade. A partir desse período, recomenda-se iniciar a alimentação complementar concomitante, pois se considera que as riquezas nutritivas da alimentação garantem o funcionamento dos órgãos à medida que se transformam em energia. Contudo, os alimentos devem ser introduzidos de maneira cautelosa, para se evitar intolerância ou alergia. (BRASIL, 2009a).

Dados apontam que o Aleitamento Materno (AM) pode reduzir, em mais de 1,3 milhão, o número de óbitos de crianças menores de cinco anos nos países em desenvolvimento, além de reduzir em 22% a morte dos neonatos, se a amamentação ocorrer logo após o nascimento. Assim, refere-se que as crianças que

são amamentadas com leite materno correm menos riscos de adquirir doenças ou de sofrer déficits neurológicos. Portanto, há muitos benefícios que estão correlacionados à prática da amamentação exclusiva até os seis meses – entre eles, a diminuição de ocorrências provenientes da privação do contato mãe-filho, refletindo no fortalecimento do vínculo. (WHO, 2009).

Dessa forma, países em desenvolvimento buscam implementar as ações, previstas pelas políticas de saúde, em prol do aleitamento materno, conferindo aos profissionais de saúde um papel fundamental na promoção, proteção e apoio ao AM. A concepção dessa prática deve ser instituída como o primeiro alimento ofertado ao recém-nascido, desde a primeira hora de vida e, de forma exclusiva, até os seis meses de idade. (BOCCOLINI et al., 2013).

Com efeito, a OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) preconizam o AM já na primeira hora de vida do bebê. O contato com a pele materna estimula o reflexo de sucção, o que garante ao binômio mãe-filho o direito ao Passo 4 da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC). (WHO, 2009).

O controle do peso dos recém-nascidos deve ser criteriosamente monitorado, quando em partos hospitalares, a fim de se identificar situações de risco. Dados estatísticos indicam que até 10% de perda de peso nas primeiras 72 horas de vida de um neonato são aceitáveis, sendo importante a distinção entre a perda fisiológica e a patológica. As correções e o estímulo no manejo da amamentação, principalmente às mães primíparas, reduzem o risco da necessidade de complementar a amamentação com substitutos do leite materno. Portanto, os esforços devem ser redobrados para a elaboração de estratégias preventivas. (BERTINI; BRESCHI; DANI, 2015).

As definições dos tipos de AM preconizados pela OMS e WHO buscam padronizar, em todo o mundo, as seguintes nomenclaturas: AM exclusivo (quando a criança recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado); AM predominante (quando a criança recebe, além do leite materno, água ou bebida à base de água); AM (quando a criança recebe apenas leite materno, direto da mama ou ordenhado, independentemente da oferta de outros alimentos); AM complementado (quando a criança recebe, além do leite materno, alimentos sólidos, com o objetivo de complementá-lo, e não de substituí-lo); e, finalmente, AM misto ou parcial (quando há a oferta de leite materno, concomitante à de outros tipos de leite). (BRASIL, 2009a).

Assim, os benefícios do AM, vinculados ao seu potencial fortalecedor para o adequado crescimento e desenvolvimento infantil, são destacados por pesquisas, as quais apontam, inclusive, seu efeito modulador sobre o crescimento de tecido adiposo na primeira infância, o qual pode exercer um fator de proteção contra a obesidade adulta. (CORONA; CONDE, 2013).

Estudos afirmam ainda que o fator protetor do AM se estende à mãe e se amplia para o bebê, inclusive evitando mortes por doenças infecciosas e prevenindo doenças diarreicas e afecções respiratórias, bem como diminuindo riscos de alergia e de doenças crônicas não transmissíveis, como hipertensão, diabetes e obesidade na fase adulta, entre outras repercussões. (BOCCOLINI et al., 2013; BELO et al., 2014).

O AM está, assim, associado a uma significativa redução de risco de infecções ou doenças comuns prevalentes nos primeiros anos de vida, o que corresponde a uma considerável poupança na economia de cuidados na saúde local. O investimento na prática do aleitamento materno é, portanto, um potencial fortalecedor e protetor quando no evento de internamentos hospitalares. (THOMAS, 2014).

Portanto, a prática da amamentação, preferencialmente aliada à não introdução de alimentação artificial antes dos seis meses de vida, confere fator de proteção às crianças, sendo responsável por importante aporte nutricional e imunológico. (GOMES; GUBERT, 2012).

E, pelo exposto, a correta introdução da alimentação complementar, nos casos em que o AM exclusivo não é possível, pode garantir o adequado crescimento e desenvolvimento da criança. Reforça-se que a manutenção do aleitamento materno, até os dois anos de idade, é de crucial importância, uma vez que auxilia na manutenção do vínculo entre mãe e criança, devendo ser mantido ainda que a oferta dos alimentos à criança seja gradual e lenta, pois a introdução da alimentação complementar trata-se de um novo hábito, fazendo-se necessário estimular a ingestão dos alimentos ao mesmo tempo em que se observa sua aceitabilidade. (SANTOS et al., 2014).

Propõe-se uma reflexão acerca da experiência da não amamentação das puérperas portadoras do vírus HIV, descrevendo a imposição, dos profissionais às puérperas, de procedimentos inibidores da lactação. Condutas intolerantes por parte dos profissionais desencorajam as mães em expressar seus sentimentos, frente a

essas práticas penosas e punitivas. Demonstram-se, assim, preconceito e pré-julgamento, presentes nas práticas de atenção à saúde dessas mulheres, especialmente em um momento que requer o acolhimento que favoreça a continuidade no acompanhamento do binômio mãe-filho. (SCATTOLIN; JARDIM, 2012).

No caso da não indicação do aleitamento materno, Balarajan et al. (2011) demonstram que a ausência da prática pode estar diretamente associada a déficits nutricionais. Quanto a agravos nutricionais, demonstra-se que a anemia afeta 47% das crianças nos primeiros anos de vida e que sua etiologia é multicausal, sendo decorrente de desnutrição, doenças infecciosas e outros fatores como condições socioeconômicas. Esta complexidade é um obstáculo que vai além de condutas unicamente clínicas.

Por isso, o Ministério da Saúde propõe a implementação do Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF), visando profilaxia do ferro a crianças de seis a 18 meses, fazendo-se necessárias estratégias para intensificar a adesão a essa rotina. Sendo assim, é importante o enfrentamento do problema de forma a transcender a visão isolada do tratamento da deficiência de ferro, pois o problema envolve acima de tudo, tomada de decisão e esforços intersetoriais. (AZEREDO et al., 2013).

Neste sentido, a deficiência nutricional é uma questão decorrente de várias condições, que pode ser devida à oferta inadequada de alimentos ao lactente (como leite vegetal), causando hipovitaminose e outros distúrbios metabólicos graves, uma vez que o adequado AM ou, de modo diverso, sua baixa oferta é o que pode determinar a presença ou não de déficits nutricionais. Portanto, deve haver uma ampla e cuidadosa avaliação das condições socioeconômicas da família, e as orientações alimentares por parte dos profissionais não podem ser isoladas e impositivas. (FOURREAU et al., 2013).

Portanto, são inúmeras as causas da subnutrição decorrente da falta de amamentação materna. Devem ser considerados fatores socioeconômicos, culturais, demográficos, estruturais e políticos para o enfrentamento do déficit da adesão à prática de AM, os quais podem explicar que a subsistência é o principal fator do desmame precoce em áreas onde há péssimos índices de morbimortalidade de recém-nascidos e crianças nos primeiros anos de vida. (MURAGE et al., 2014).

3.5 AGRAVOS NUTRICIONAIS DA CRIANÇA, SAÚDE MATERNA E AMBIENTE

Os agravos nutricionais refletem o estado de saúde da população e detêm importância quando se discute a saúde da criança, sobretudo quando em situações de vulnerabilidade caracterizadas por extrema magreza (desnutrição), ganho de peso em excesso (obesidade) ou deficiência de nutrientes (hipovitaminose e anemia). Tais conjunturas retratam possíveis prejuízos ao desenvolvimento infantil, representadas pelo perfil da morbimortalidade infantil decorrente dos agravos nutricionais, o qual consiste em um dos principais indicadores de saúde. (BRASIL, 2012).

Pesquisas indicam que os aspectos biológicos materno-fetais representados por desnutrição fetal uterina, prematuridade, baixo peso ao nascer e desmame precoce são responsáveis por acometimentos futuros na vida da criança. Ainda, ambientes desprovidos de condições adequadas para a manutenção da vida saudável dos bebês podem implicar, na fase adulta, o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis. (BARKER, 2012).

A prevalência de anemia materna relacionada a dados socioeconômicos e demográficos do agregado familiar, bem como as práticas de alimentação familiar e infantil, denotam que há uma inesperada alta prevalência de anemia em crianças com idade inferior aos seis meses de idade (ou seja, antes do período considerado de vulnerabilidade). A anemia, quando não tratada, implica consequências em longo prazo, tanto para a mãe como para o bebê. (SHAKUR et al., 2010).

Aspectos como estresse e desnutrição materna devido a um ambiente desfavorável são colocados como circunstâncias que influenciam negativamente no desenvolvimento imunitário da criança, uma vez que se revela a importância de fatores protetores provindos de uma adequada nutrição. (MARQUES et al., 2013). Nesta perspectiva, pesquisas demonstram que o impacto da instalação do *diabetes mellitus* gestacional e da deficiência da vitamina A podem causar consequências irreversíveis para o binômio mãe-filho. Uma vez que há comprometimento no fornecimento de quantidades adequadas de vitamina A para o feto, ele torna-se mais vulnerável ao distúrbio nutricional, aumentando-se o risco de mortalidade, morbidade e cegueira, como no caso da hipovitaminose A. (LIRA; DIMENSTEIN, 2010).

Por outro lado, Horodynski et al. (2011) colocam a obesidade infantil presente já nesta faixa etária (inferior aos seis meses de idade) como agravo

nutricional que vem como contraponto à desnutrição, tanto em países em desenvolvimento como em desenvolvidos. Neste sentido, aponta a educação nutricional precoce como sendo eficaz ao ajudar as mães a desenvolver práticas de alimentação infantil saudáveis, que contribuem para a melhoria da saúde e do desenvolvimento infantil e reduzem o risco de outras comorbidades decorrentes da obesidade infantil precoce.

Outra pesquisa, conduzida por Galler et al. (2012b), aponta que a desnutrição, nos primeiros anos de vida da criança, é responsável, na adolescência, por problemas de conduta e comportamento agressivo. Portanto, a desnutrição na primeira infância interfere no desenvolvimento cognitivo e comportamental na adolescência e na vida adulta, significando que os investimentos e esforços de todos os níveis de atenção devem priorizar a adequada alimentação da criança.

Contudo, não se pode analisar os agravos nutricionais vinculados apenas às particularidades das crianças ou às doenças maternas especificamente. Pesquisas realizadas quanto à alimentação da criança demonstram que mudanças socioculturais, econômicas e demográficas têm influenciado nos hábitos alimentares da população. Nesta perspectiva, a insegurança alimentar revela-se como fator associado a variáveis como rendimentos, moradia e educação, visto que essa concepção contribui para uma abordagem relacional da alimentação e da nutrição, mediante práticas desenvolvidas pelo setor da saúde, que vão além da visão biológica do ser humano. (BEZERRA et al., 2013; BHALOTRA; RAWLINGS, 2011).

Nesse sentido, o aspecto socioeconômico está diretamente concatenado à possibilidade de desnutrição infantil, pois, numa realidade em que o acesso aos alimentos é definido por melhores condições financeiras e sociais, deve-se estimular investimentos no poder econômico da população, a fim de reduzir o impacto negativo, em longo prazo e na própria economia, devido aos prejuízos ao desenvolvimento da criança. (VOLLMER et al., 2014).

Relacionadas à alimentação, as políticas públicas sociais devem garantir o acesso à alimentação em quantidade e qualidade adequadas às fases e necessidades nutricionais da criança. A implementação de políticas sociais como a de transferência de renda procura reduzir as iniquidades sociais que podem estar associadas a agravos nutricionais infantis. Neste sentido, o resultado da aplicabilidade das políticas no âmbito social reflete o acesso ampliado à alimentação, e o monitoramento do crescimento e do desenvolvimento das crianças

assistidas por esses benefícios demonstra um melhor aproveitamento de nutrientes, evidenciado na progressiva redução dos índices de desnutrição da população infantil de baixa renda. (CHAGAS et al., 2013; ADAIR et al., 2013).

Não há dúvidas de que esforços para melhorar as condições socioeconômicas da população em situação de vulnerabilidade social se fazem necessários, mas há que se estimular, ao mesmo tempo e por meio de ações de promoção de saúde, a prática da amamentação para o lactente dada a importância dessa temática para promoção de saúde e prevenção de agravos a partir dessa faixa etária. (VIEIRA; GREGÓRIO; CERVATO-MANCUSO, 2013).

Nesta perspectiva, o desenvolvimento saudável na primeira infância depende de três fatores associados, que se relacionam com os componentes: saúde, nutrição e cuidado. A exposição a ambientes inapropriados desde a concepção, passando pelo nascimento, crescimento e desenvolvimento, torna a fase inicial da vida do bebê um momento fragilizado para seu potencial, o que dificulta sua capacidade cognitiva, emocional e biológica, com debilidades que refletem negativamente no decorrer da vida. Pesquisa aponta que a oferta de alimentos adequados para a criança é um dos aspectos, referentes à nutrição, cuja orientação aos pais deve ser priorizada, com vistas à redução de casos de doenças diarreicas e de pneumonia em crianças, o que se reflete na diminuição das taxas de mortalidade em recém-nascidos. (SULTAN, 2014).

4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

4.1 TIPO DE ESTUDO E ABORDAGEM

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa. Segundo Triviños (1987), estudos descritivos exigem do pesquisador técnicas, métodos, modelos e teorias bem delimitados, o que orientará o processo de coleta e interpretação dos dados de forma a conferir validade à pesquisa. Nesse estudo, a abordagem qualitativa responde a questões em que o universo de significados, crenças e valores não podem ser quantificados. Representa a apreensão de fenômenos que permitem uma expressão das ações e relações humanas, não mensuráveis.

4.2 LOCAL DA PESQUISA

4.2.1 Descrição geral do município de Curitiba

Curitiba é a capital do Estado do Paraná, localizada na Região Sul do País. Tem uma área geográfica de 435.495km², com 51m² de área verde por habitante. A população é de 1.848.943 habitantes. (CURITIBA, 2014).

O município concentra sua economia no setor do comércio, seguido da indústria de transformação, e conta com uma população economicamente ativa de 995.543 habitantes. (IPARDES, 2013).

Curitiba é uma cidade que valoriza a participação social, as ações voltadas para a promoção de saúde e prevenção de doenças. A concepção de promoção à saúde é implementada por meio de ações intersetoriais, possibilitando à população atividades de orientação à saúde que encorajam hábitos alimentares salutareis, atividade física e lazer. (CURITIBA, 2014).

Nesse sentido, pesquisa realizada pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) no Brasil, por meio de um indicador denominado Atlas do Desenvolvimento, aponta que o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do município é de 0,823. O IDH é composto por fatores como a expectativa de vida ao nascer, a renda e a educação – informações coletadas a partir de censo demográfico. Com isso, objetiva reorganizar as políticas públicas centradas nas

peças, dado que o desenvolvimento humano pode e deve ser avaliado não só pelo avanço econômico, mas, sobretudo, pelo bem-estar da população. (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2013).

Com relação ao perfil de natalidade, Curitiba apresentava, em 2000, uma taxa de 1,96 filho por mulher, passando para 1,46 em 2006, mas com redução dessa taxa no caso de mulheres na faixa de 15 a 29 anos, cujo percentual é de 13,98 nascidos vivos a cada 1.000 habitantes. No que se refere às crianças, o município apresentava 22.241 menores de um ano e 85.678 entre um a quatro anos. (IBGE, 2010).

O impacto da qualidade de vida dos municípios pode ser verificado por meio das taxas de morbimortalidade da população. De modo geral, essas taxas traduzem as condições de educação, moradia e saneamento, bem como de acesso aos serviços de saúde. Em 1979 foi implantado, no município, o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), a fim de permitir a elaboração de indicadores de saúde para subsidiar os gerentes e gestores em seus planejamentos e decisões. (CURITIBA, 2011).

Para a promoção de saúde com enfoque na criança, o município implantou, em 1993, o programa Nascer em Curitiba, visando, em parceria com as maternidades, o enfrentamento da morbimortalidade infantil, por meio do monitoramento das Declarações de Nascidos Vivos (DNV). Em 2002, após a implementação do Comitê Pró-Vida de Prevenção da Mortalidade Materno-Infantil, passou-se a utilizar a investigação e a análise dos óbitos, para correção de causas preveníveis. (CURITIBA, 2011).

Historicamente, o percentual de óbito infantil no município foi reduzido de 47,32%, em 1979, para 9,53% em 2012, o que pode significar uma satisfatória qualidade de atendimento à saúde das crianças. São múltiplos os fatores relacionados a essa significativa diminuição do índice, compreendendo dentre outros a alimentação adequada, o saneamento, a moradia, a educação e o acesso facilitado aos serviços de saúde. (IPARDES, 2013).

As ações de atenção à saúde da criança que refletem na redução dos índices de morbimortalidade são também orientadas pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), que, desde 2002, subsidia o município, de forma informatizada, com os dados de crianças menores de cinco anos. Esses dados revelam um declínio progressivo de casos de baixos peso e estatura para a idade e

simultaneamente, a partir de 2009, um aumento na taxa de excesso de peso. Há uma maior participação de menores de um ano na base de dados. (BRASIL, 2012).

O peso ao nascer é um indicador importante, pois reflete as condições de saúde e nutricionais materno-infantil da população. Os dados de incidência de Baixo Peso ao Nascer (BPN) são obtidos imediatamente no hospital e alimentam o Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC). Nessa perspectiva, os registros do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) Curitiba mostram que as taxas de baixo peso ao nascer foram ascendentes, até atingir 9,8% na década de 90/início de 2000, reduzindo, a partir daí, para 9,0%, percentual que se manteve estável até 2011. (BRASIL, 2012).

O monitoramento do peso de crianças abaixo de cinco anos é realizado sistematicamente no município de Curitiba, a partir das *chamadas nutricionais* realizadas pelas Unidades de Saúde durante as campanhas de vacinação. Nessa oportunidade, verifica-se, na amostra representativa da população, o peso, e aplica-se um inquérito de aleitamento para menores de dois anos. Observa-se que as *chamadas nutricionais* mostram uma crescente queda nos indicadores de nutrição, associada a um aumento de sobrepeso, fato decorrente da fase de transição nutricional. (BRASIL, 2012).

Segundo o SISVAN Curitiba, o número de crianças de zero a 24 meses atendidas em situação de alteração ponderal é de 73.620. Da aferição dos dados antropométricos, verificou-se que 0,8% estão na faixa de magreza acentuada, 2,9% na de magreza, 15,05% na de risco de sobrepeso, 4% na de sobrepeso e 1% na de obesidade. (CURITIBA, 2014).

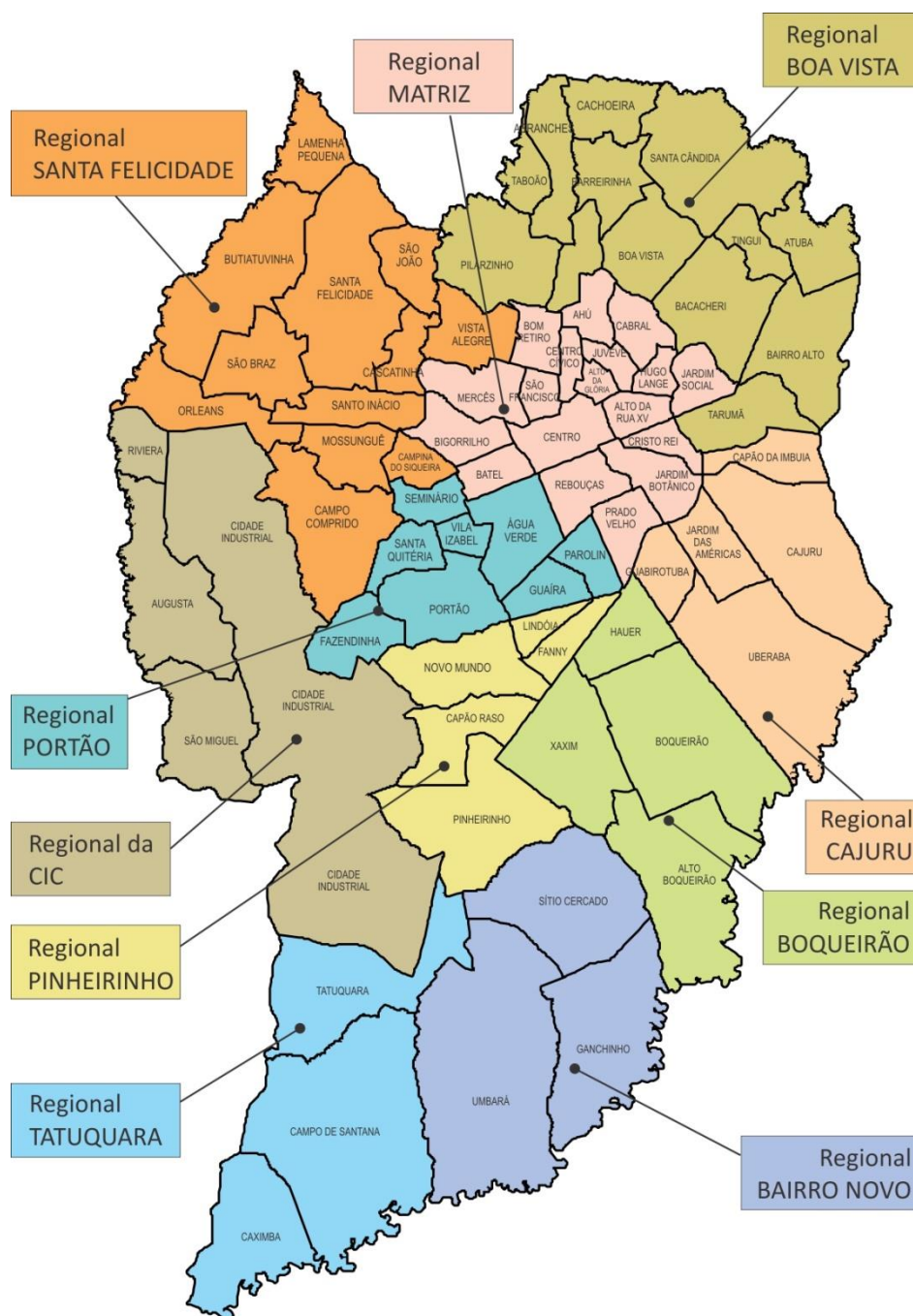
Concomitante a isto, o perfil epidemiológico da prevalência de morbidade de crianças com menos de quatro anos, motivada por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, corresponde a 1.872 atendimentos, sendo que, quanto àquelas com menos de cinco anos, a taxa de baixo peso é de 1,51%, e a de sobrepeso, 6,84%. Como limitação desse estudo, menciona-se a falta de acesso aos dados epidemiológicos de morbidades para a faixa dos menores de dois anos. (CURITIBA, 2011).

Para atender essa população, Curitiba está dividida administrativamente em 75 bairros, agrupados em dez Distritos Sanitários, os quais organizam o acesso aos equipamentos de saúde populacional. São eles: Boqueirão, Santa Felicidade, Cajuru, Boa Vista, Matriz, Portão, Pinheirinho, Tatuquara, Bairro Novo e Cidade

Industrial de Curitiba (CIC). O Sistema Municipal de Saúde encontra-se em gestão plena desde 1998.

De acordo com essa concepção, Curitiba estrutura o seu plano diretor municipal adotando a lógica do adequado uso de recursos, a fim de melhorar a qualidade de vida da população. Com isso, incentiva a manutenção de áreas verdes, com vistas à sustentabilidade ambiental associada ao progresso econômico, disponibilizando equipamentos de educação, lazer, segurança e saúde, de forma que possibilite o aproveitamento do potencial da sociedade. (CURITIBA, 2014).

FIGURA 1 – MAPA DOS BAIRROS DO MUNICÍPIO DE CURITIBA



FONTE: CURITIBA (2014).

Para gerenciar os serviços de saúde, o município está estruturado em 109 Unidades de Saúde. Dessas, 65 contam com Estratégia Saúde da Família. O município dispõe, ainda, de 100 equipes de saúde bucal, além de 29 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), 08 centros de especialidades, 12 centros de apoio psicossocial, 09 Unidade de Pronto Atendimento (UPA), um laboratório

municipal, um laboratório de prótese dentária e 02 hospitais municipais. (CURITIBA, 2014).

As ações das Unidades de Saúde do município são desenvolvidas por equipes compostas por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, cirurgiões-dentistas, técnicos de higiene dental, auxiliares de consultório dentário e agentes comunitários de saúde. A orientação dos trabalhos é responsabilidade da coordenação de unidade de saúde e a equipe conta ainda com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família, cada núcleo sendo responsável por um grupo de duas a cinco Unidades de Saúde e integrado por farmacêutico, nutricionista, profissional de educação física, psicólogo e fisioterapeuta, os quais, por meio de ações individuais ou coletivas, executam trabalho de educação em saúde e de estímulo a hábitos saudáveis.

4.2.2 Cenário da pesquisa

O bairro Santa Felicidade foi formado a partir de 1878, por imigrantes italianos provindos, em sua maioria, do norte da Itália, principalmente da região do Vêneto e de Trento. Os colonos dedicavam-se, inicialmente, à produção de queijos, vinhos e hortigranjeiros.

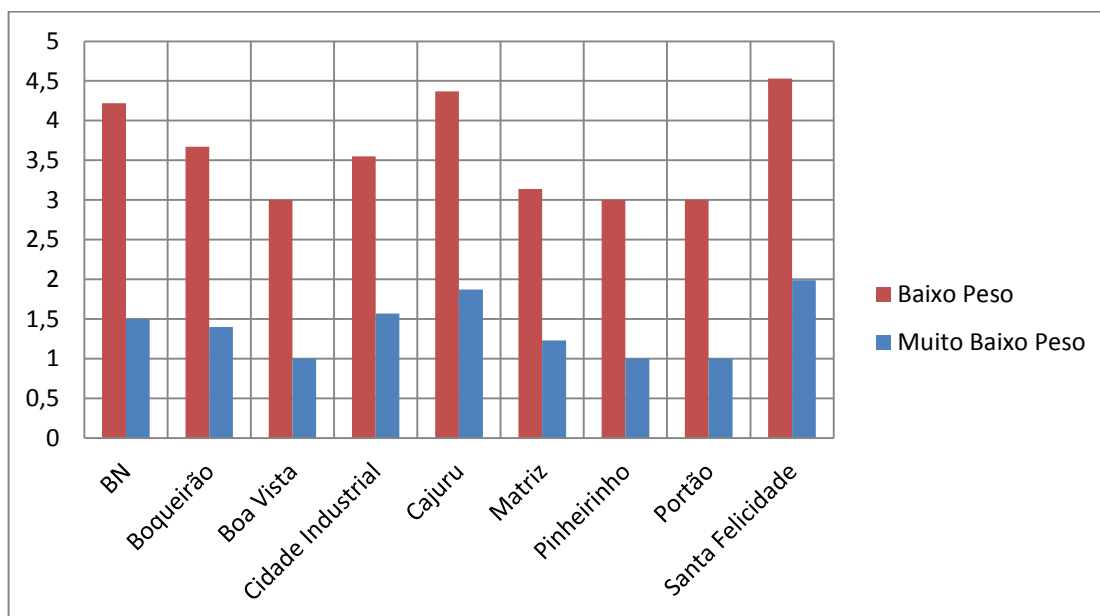
Santa Felicidade localiza-se na região noroeste de Curitiba, e a administração da regional de Santa Felicidade abrange os bairros Butiatuvinha, Campina do Siqueira, Campo Comprido, Cascatinha, Cidade Industrial de Curitiba, Jardim Gabinete, Lamenha Pequena, Mossunguê, Orleans, Santa Felicidade, Santo Inácio, São Braz, São João, Seminário e Vista Alegre. O Distrito Sanitário de Santa Felicidade faz divisa com os Distritos Sanitários da Matriz, Cidade Industrial, Portão e Boa Vista, e também com os municípios de Campo Magro e de Almirante Tamandaré.

A rede municipal de saúde de Santa Felicidade é composta por um Distrito Sanitário, um Centro de Especialidades, um Centro de Apoio Psicossocial, uma Residência Terapêutica, uma Unidade de Pronto Atendimento e dez Unidades de Saúde, seis delas com Estratégia Saúde da Família.

A seleção do local para a realização do estudo deu-se a partir dos dados do SISVAN 2013, o qual apontou o Distrito Sanitário de Santa Felicidade como àquele com o maior número de registros de agravos nutricionais em crianças de zero a 24

meses relacionados a situações de baixo peso e de muito baixo peso, conforme observado no Gráfico 1, abaixo:

GRÁFICO 1- DISTRIBUIÇÃO DOS REGISTROS DE BAIXO PESO E DE MUITO BAIXO PESO POR DISTRITOS SANITÁRIOS DE CURITIBA



FONTE: CURITIBA (2014)

As Unidades de Saúde que atendem ao distrito são Bom Pastor, Butiatuvinha, Campina do Siqueira, Jardim Gabinete, Nova Orleans, Pinheiros, Santa Felicidade, Santos Andrade, São Braz e União das Vilas. Santa Felicidade possui 173.787 habitantes, com uma concentração de 3.938 crianças de zero a 24 meses, conforme Tabela 1, abaixo (IBGE, 2010):

TABELA 1 – POPULAÇÃO DE MENORES DE 24 MESES – DISTRITO SANITÁRIO DE SANTA FELICIDADE (CURITIBA – PR)

Unidade de	Pop zero ano	Pop um ano	Total
Saúde			
Pinheiros	215	188	403
São Braz	279	289	568
União das Vilas	167	149	316
Santa	197	183	380
Felicidade			
Nova Orleans	164	152	316
Campina do	472	486	958
Siqueira			
Santos	103	129	232
Andrade			
Bom Pastor	135	149	284
Jardim	98	92	190
Gabineto			
Butiatuvinha	152	139	291
Total	1.982	1.956	3.938

FONTES: IBGE (2010).

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Para a presente pesquisa, a escolha da amostra foi intencional. Neste tipo de amostra, o pesquisador tem interesse na opinião de determinados elementos da população. (LAKATOS; MARCONI, 2003). No caso, optou-se por enfermeiros de Unidades de Saúde (UBS e ESF) de acordo com o perfil epidemiológico de agravos nutricionais prevalentes em crianças de zero a 24 meses. Como critério de inclusão foi considerado a lotação dos profissionais de saúde enfermeiros que atuam nas Unidades de Saúde (UBS e ESF) do Distrito Sanitário Santa Felicidade, no qual foi identificado o maior índice de agravos nutricionais em crianças de zero a 24 meses. Os como critérios de exclusão foram: estar em férias; estar em licença médica e estar afastado do trabalho por qualquer outro motivo.

4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados deu-se entre os meses de fevereiro e março de 2015, sendo utilizado o Grupo Focal como técnica de coleta de dados. A fim de validar o procedimento de coleta de dados do presente estudo, foram seguidas as recomendações do *check-list Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ). (TONG; SAINSBURY; CRAIG, 2007).

Com relação ao Grupo Focal, trata-se de uma estratégia de coleta de dados primários rica e amplamente utilizada, pois permite abordar conteúdos de saúde na dimensão subjetiva, e também porque é considerada uma técnica fácil, rápida e prática, que auxilia na formulação de questões de pesquisa mais precisas e complementa informações específicas a um grupo quanto às suas crenças, valores e percepções. Há um embasamento na ideia de que o processo grupal auxilia as pessoas a explorar e esclarecer seus pontos de vista, e de que a produção de dados é mais profícua na interação do grupo, influenciado pela perspectiva hermenêutica. (LIAMPUTTONG; EZZY, 2006 apud MAZZA; MELO; CHIESA, 2009).

Para a operacionalização desta técnica foram seguidas as recomendações preconizadas, como o mínimo de seis e o máximo de quinze participantes, a duração do encontro entre uma hora e uma hora e meia e a presença de um coordenador, para condução dos trabalhos, e de dois observadores.

O coordenador tem um papel fundamental como facilitador da interação entre os participantes. É ele quem motiva os participantes a interagir de forma que todos manifestem sua opinião acerca do tema proposto. Os observadores, por seu turno, fazem anotações e auxiliam no desenvolvimento de todo o trabalho. O ambiente do encontro foi propício para a realização do Grupo Focal, pois disposto de maneira acolhedora e confortável, e disponibilizado pelo próprio serviço. (MAZZA; MELO; CHIESA, 2009).

O Grupo Focal seguiu ainda as recomendações do *check-list Coreq*, a fim de validar o procedimento de coleta de dados do presente estudo.

Previamente ao recrutamento dos participantes da pesquisa, e após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Paraná (UFPR) e pelo CEP da Secretaria de Saúde de Curitiba (SMS), a pesquisadora entrou em contato telefônico com a diretora do Distrito Sanitário Santa Felicidade, a fim de apresentar o projeto.

Após a apresentação, a pesquisadora entrou em contato com a coordenação de cada uma das Unidades de Saúde selecionadas. Nessa ocasião, foi convidado um enfermeiro de cada unidade deste distrito, para participar do Grupo Focal, totalizando 10 enfermeiros. O convite foi direcionado a apenas um enfermeiro para se evitar prejudicar o funcionamento do serviço, uma vez que, segundo informações da coordenação local, há geralmente três enfermeiros lotados em cada unidade de saúde. Dos 10 enfermeiros convidados a participar do Grupo Focal, seis aceitaram o convite e assinaram o *termo de consentimento livre e esclarecido*.

Ao serem recebidos e acomodados, os participantes foram informados do propósito do Grupo Focal e da dinâmica da sessão. Houve breve apresentação da pesquisadora, observadores e participantes, e explanação sobre a duração e a dinâmica da sessão, bem como a identificação, codificada, de cada participante: Enf01 Esf01, Enf02 Trad02, Enf03 Trad03, Enf04 Trad04, Enf05 Esf05, Enf06 Esf06.

O instrumento de coleta de dados baseou-se em um guia temático (APÊNDICE 1), o qual abordou as seguintes questões: 1. Descreva uma situação na qual percebeu que o agravo nutricional prejudicou ou comprometeu a saúde da criança. O que poderia ser feito para mudar esta situação? Como e por quê? 2. Em sua opinião, o que determina os agravos nutricionais em crianças de zero a 24 meses? 3. Fale sobre as ações ou atividades desenvolvidas em sua área de abrangência que promovem a nutrição infantil saudável. As questões abordadas foram baseadas nos objetivos desse estudo.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

A interpretação dos dados foi realizada por meio da análise de conteúdo, método que une um conjunto de técnicas múltiplas e multiplicadas que é baseada na dedução: a inferência. Tais técnicas se aplicam a discursos e anseiam em desvelar mensagens ocultas sob-rigor científicos. Neste estudo, utilizou-se a análise categorial temática. Para operacionalização da análise de dados foram seguidas as etapas:

Organização da análise e codificação: a organização é dividida em três etapas compreendidas em pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação. (BARDIN, 2011, p. 95).

Nesta etapa foram realizadas a transcrição das falas do Grupo Focal, a releitura e a organização do material, utilizando-se o *software* Iramuteq®.

Categorização dos dados: nesta fase, o material classificado de acordo com o fundamento teórico dos pressupostos da pesquisa e por meio da leitura exaustiva e repetida dos textos pelo pesquisador foi estabelecido categorias temáticas empíricas, buscando-se a relação comum destas e as categorias analíticas. (BARDIN, 2011, p. 95).

Nesta etapa houve leitura exaustiva dos textos organizados pelo *software* Iramuteq® e a relação comum com as categorias analíticas sob a luz do referencial de Ayres et al., 2003.

Inferência: nesta fase é construída a partir de processos cognitivos e considerando o contexto constroem-se novo significado das palavras. Respondendo desta forma às questões de pesquisa com base nos dados dos objetivos, permitindo dessa forma uma analogia entre a teoria e a prática. BARDIN (2011, p. 95).

4.6 PROCESSAMENTO E ORDENAÇÃO DOS DADOS

O presente subcapítulo aborda a descrição do processamento e da organização dos dados coletados. Utilizou-se um *software* que não é considerado um método, mas um instrumento de exploração a partir de dados estatísticos sobre variáveis qualitativas. Denominado Iramuteq® (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires), é um programa gratuito com fonte aberta, desenvolvido por Pierre Ratinaud (LAHLOU, 2012; RATINAUD; MARCHAND, 2012) e licenciado por GNU GPL (v2), que permite fazer análises estatísticas sobre *corpus* textuais e sobre tabelas individuais/palavras. Utiliza-se do *software* R (disponível em <www.r-project.org>) e da linguagem Python (disponível em <www.python.org>). O Iramuteq® permite a realização de análises assertivas, o que lhe confere utilidade para pesquisa qualitativa. No Brasil, o seu uso iniciou-se em 2013. (CAMARGO; JUSTO, 2013).

O *software* permite análises variadas relacionadas aos *corpora* textuais: estatísticas textuais clássicas; de especificidades a partir de segmentação definida do texto (análise de contraste de modalidades de variáveis); de similitude de palavras presentes no texto e em nuvens de palavras. Permite, ainda, análise sobre tabelas de indivíduos/palavras: Classificação Hierárquica Descendente (CHD); CHD por matrizes de distância; análise de similitude (por exemplo, a partir de palavras

resultantes de evocações livres); nuvens de palavras e descrição e χ^2 . (LAHLOU, 2012).

A análise por CHD é geralmente realizada pelo ALCESTE (*Analyse Lexicale par Context d'un Ensemble de Segments de Texte*). (REINERT, 1990). Contudo, o Iramuteq® inclui outras formas de análise que não são realizadas pelo ALCESTE, podendo quantificar e traçar cálculos estatísticos em variáveis qualitativas que não são somente textos, transpondo a ambivalência de análise qualitativa e quantitativa. (LAHLOU, 2012).

Neste estudo, adotou-se a Análise Multivariada (classificação hierárquica descendente, análise pós-fatorial). Após a transcrição das falas dos seis participantes, relacionadas aos aspectos abordados no Grupo Focal, foi realizada a formatação de um *corpus*. O *corpus* contém todos os textos em um único arquivo compatível com o programa OpenOffice (disponível em <<https://www.openoffice.org/>>), salvo no formato texto (.txt), o qual é separado por linhas de comando de acordo com as duas variáveis da pesquisa: código dado a cada participante e identificação de local de trabalho. (CAMARGO; JUSTO, 2013).

Para tanto, três etapas são necessárias para a realização da CHD: preparação e codificação do texto inicial, classificação hierárquica descendente e interpretação das classes. O *corpus* adequado à análise de CHD deve constituir-se num conjunto textual centrado em um único tema (monotemático), pois, quando se tratar de questões abertas, cada texto deverá ser composto por trechos de respostas semelhantes. Contudo, quando tema ou aspectos diferentes se fazem necessários, realiza-se uma análise para cada questão. As linhas de comando e as variáveis, contendo asteriscos, foram: *enf_01 (conforme o número do participante), *esf_01 (enfermeiro de unidade de saúde com Estratégia Saúde da Família), *trad_02 (enfermeiro de unidade de saúde tradicional). O tempo de processamento do *software* Iramuteq® foi de 30 segundos, o que é considerado relevante nessa etapa.

Na CHD, os segmentos de textos são classificados conforme seu vocabulário, e seu conjunto dividido pela frequência de suas formas reduzidas a partir de matrizes, cruzando segmentos de textos e palavras em repetidos testes do tipo χ^2 . (REINERT, 1990). As Unidades de Contexto Inicial (UCI) são provenientes de textos embasados em cada pergunta realizada no Grupo Focal. Deste processo, obtêm-se Unidades de Contexto Elementar (UCE) ou segmentos de textos com vocabulários semelhantes entre si e diferentes dos segmentos de textos de outras

classes. Nesta perspectiva, o *software* organiza a análise de dados em um *dendograma* da CHD, a qual ilustra as relações entre as classes, interpretadas como campos lexicais ou contextos semânticos. (CAMARGO, 2005).

A interpretação dos dados foi sustentada pelo referencial teórico da vulnerabilidade e suas dimensões. (AYRES et al.,2003).

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Visando preservar o sigilo, o anonimato, a independência e a liberdade do participante, este estudo respeitou os preceitos éticos de participação voluntária, esclarecida e consentida, segundo a Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi submetido e aprovado, sob o Parecer Nº 832.521, pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, e, na sequência, submetido ao Comitê de Viabilidade em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, tendo sido aprovado sob o protocolo número 79/2014 (Anexo 1), com apreciação dos aspectos éticos e liberação de campo de pesquisa em sua rede de serviço.

Os participantes do Grupo Focal concordaram voluntariamente, por meio da assinatura do TCLE (Apêndice 2), em participar da pesquisa, e também com a gravação em áudio durante a realização do Grupo Focal. Antes da assinatura os participantes foram informados sobre o objetivo da pesquisa e sobre a possibilidade de desistência. O registro de áudio foi transcrito pela pesquisadora.

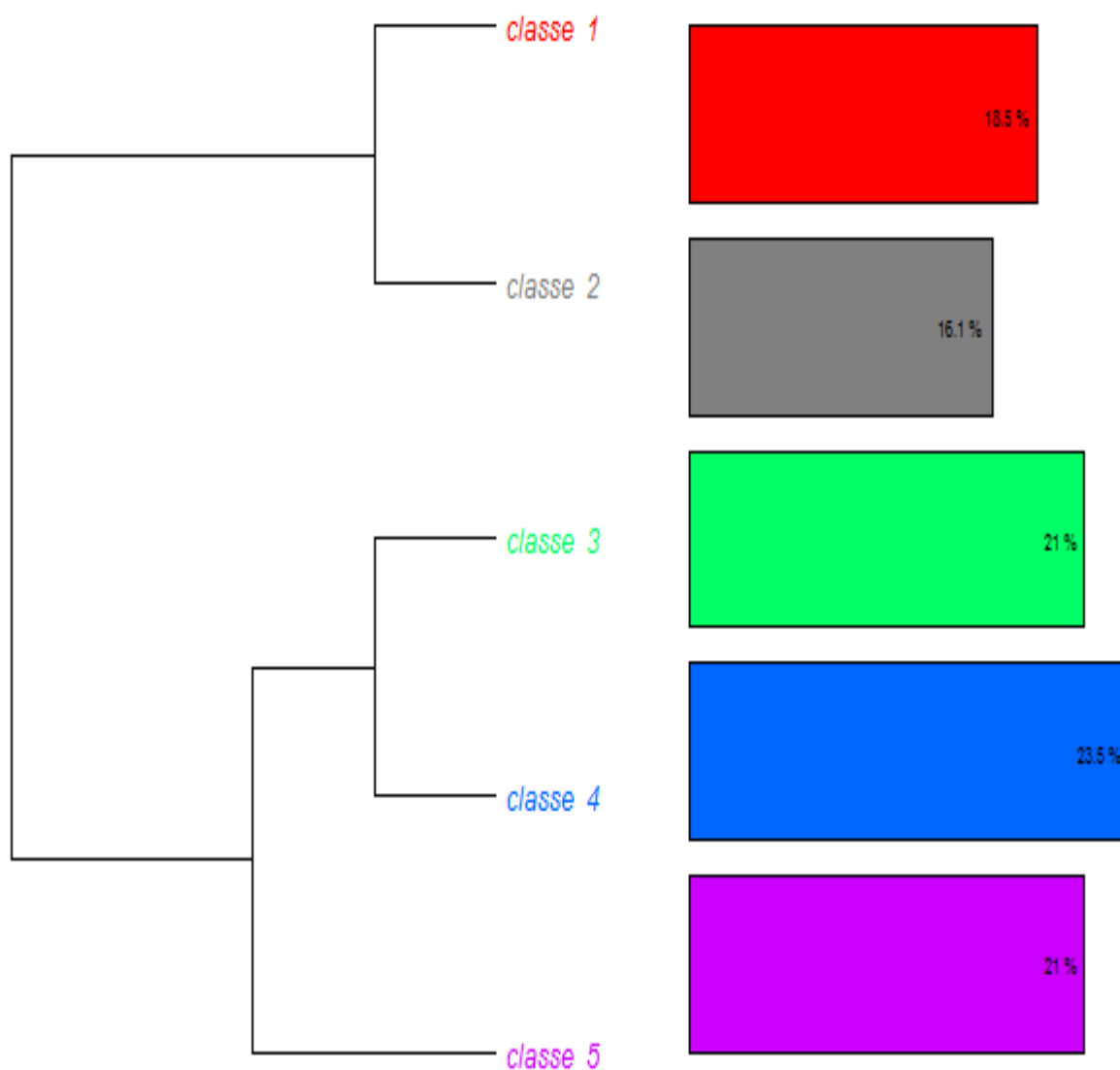
Este estudo seguiu o check list de recomendações COREQ para a realização do Grupo Focal (Anexo 3).

5 RESULTADOS

Apresentam-se cinco classes que emergiram a partir do processamento dos textos, realizado pelo *software* Iramuteq®.

O *software* processou e organizou os dados em seis textos, distribuídos em 106 segmentos, dos quais 81 (76,4%) foram aproveitados. Após o dimensionamento e a classificação dos segmentos dos textos relacionados ao vocabulário, as classes de segmentos foram definidas em medianas de três linhas. A Figura 2, a seguir, representa essa definição, ilustrada a partir do dendograma da CHD.

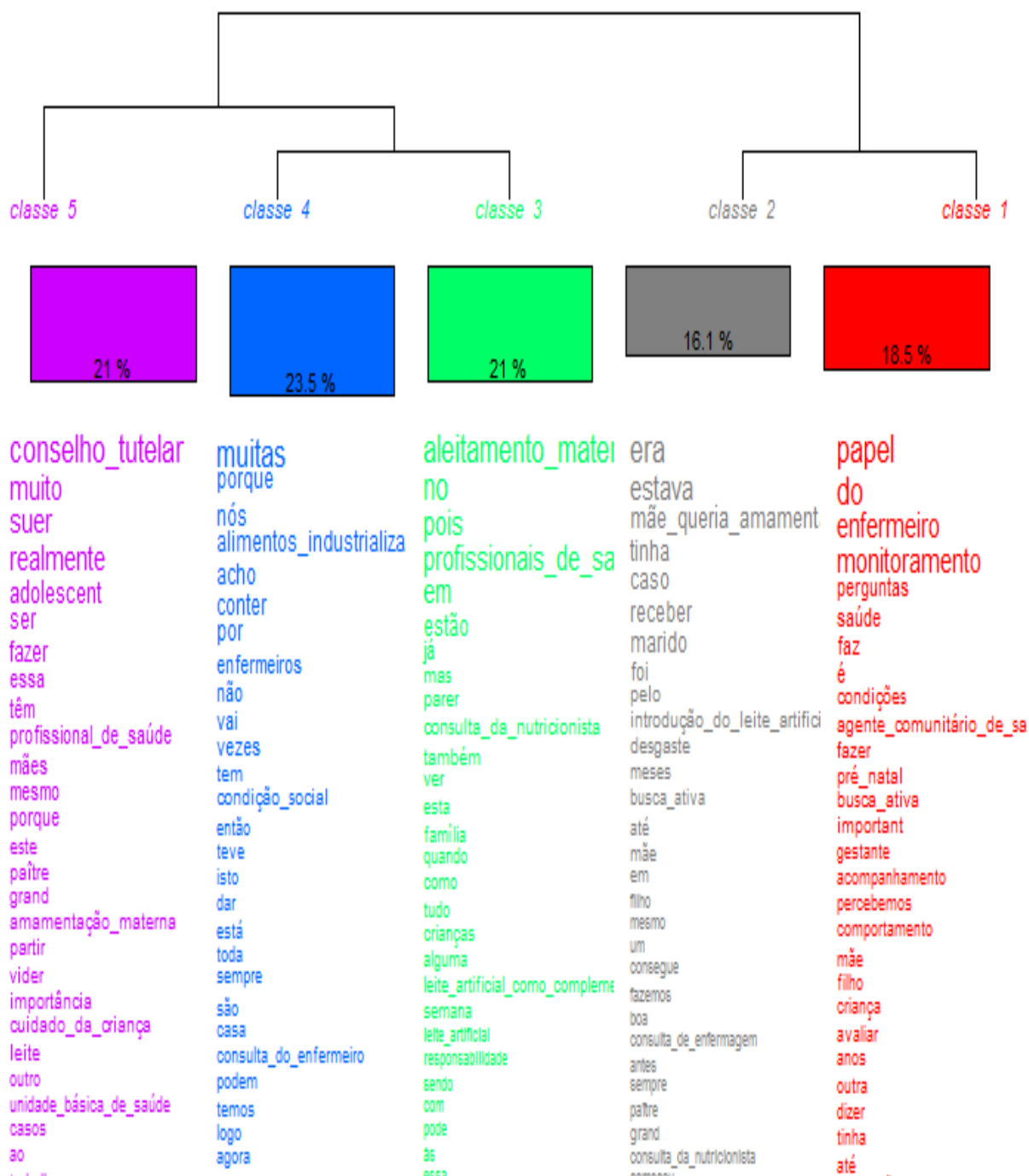
FIGURA 2 – DENDOGRAMA DAS CLASSES GERADO PELO SOFTWARE IRAMUTEQ®



FONTE: A autora (2015).

O *corpus* foi dividido em dois *subcorpus*. De um dos *subcorpus*, obteve-se a classe um e a classe dois. Do outro, originou-se a classe cinco e duas subclasses, a três e a quatro, ambas em estreita relação com a classe cinco. Para cada classe há uma lista de palavras, determinadas pelo teste “*qui-quadrado* (χ^2)”, o qual se refere ao conteúdo e à “ocorrência da palavra no segmento de texto nessa classe, em relação à sua ocorrência no *corpus*”. (CAMARGO; JUSTO, 2013, p. 15).

FIGURA 3 – DENDOGRAMA DAS CLASSES GERADO PELO SOFTWARE IRAMUTEQ®
VOCÁBULOS MAIS FREQUENTES

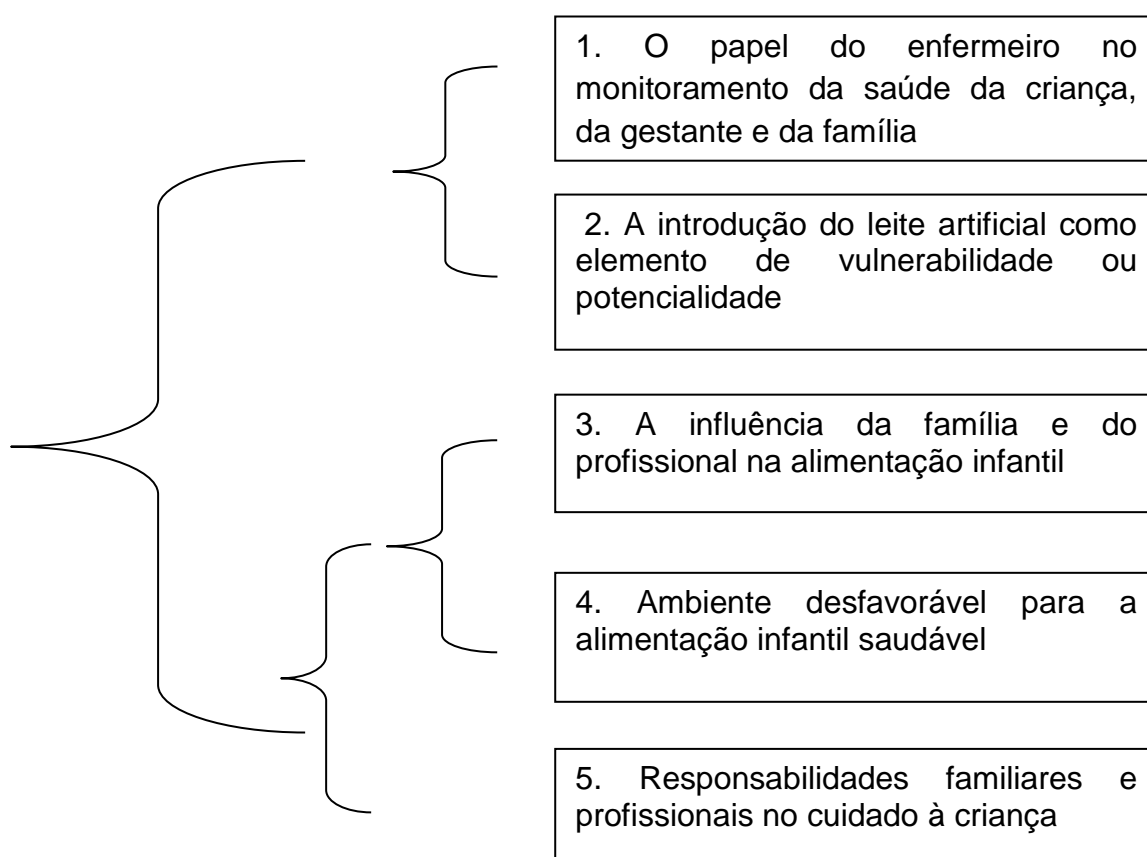


FONTE: A autora (2015).

Categorias temáticas

A relação gráfica processada pelo *software* Iramuteq® apresenta uma aproximação lexical entre as categorias 1 e 2, enquanto a categoria 5 abarca as categorias 3 e 4. A seguir, a disposição das categorias, elaboradas a partir da interpretação das classes:

FIGURA 4 – SÍNTESE GRÁFICA DAS CATEGORIAS CONSIDERADAS ELEMENTOS DE VULNERABILIDADE DA CRIANÇA RELACIONADOS A AGRAVOS NUTRICIONAIS



FONTE: A Autora (2015).

Nuvem de Palavras

Para representar o conjunto de palavras agrupadas em sua frequência, derivada do processamento do Iramuteq®, utilizou-se outra ferramenta de análise, a partir da representação gráfica denominada “nuvem de palavras”. Observa-se, portanto, que os vocábulos em destaque, como **mãe**, **criança**, **enfermeiro**, **unidade**

6 DISCUSSÃO

A partir das cinco classes geradas pelo processamento de dados pelo software IRAMUTEQ® foi realizada a categorização dos dados do corpus textuais de acordo com as classes foi estabelecida as categorias temáticas que serão apresentadas neste capítulo em sequencia diferente das classes para melhor encadeamento das ideias e organização dos temas.

A apresentação da discussão das categorias temáticas obedeceu à seguinte ordem: **ambiente desfavorável para a alimentação infantil saudável; influência da família e do profissional de saúde na alimentação infantil; introdução do leite artificial como elemento de vulnerabilidade ou potencialidade; responsabilidades familiares e dos enfermeiros no cuidado à criança e o papel do enfermeiro no monitoramento da saúde da criança, gestante e família.**

6.1 AMBIENTE DESFAVORÁVEL PARA A ALIMENTAÇÃO INFANTIL SAUDÁVEL

A classe quatro apresentou os seguintes vocábulos: **alimentos industrializados; enfermeiros; condição social**. Esses vocábulos apresentaram-se mais frequentes e com valores de *qui-quadrado* mais elevados, com $p < 0,001$.

Nesta categoria, os enfermeiros expressaram aspectos que entendem como prejudiciais para a adequada prática alimentar nos dois primeiros anos de vida. Considerou-se que o ambiente tem relevância na adequada alimentação infantil, porém este foi referido como desfavorável quando as mães não possuem orientação nutricional, quando as condições socioeconômicas são desfavoráveis e quando há falta de tempo para cozinhar, com a valorização dos alimentos industrializados em detrimento do incentivo ao aleitamento materno. Tal situação é reforçada pela mídia, ao estimular a família para o consumo frequente de alimentos industrializados, inadequados para idade da criança, ao que se soma a fragilidade das políticas de saúde alimentar. Dados desse estudo também denotam um sentimento de frustração e impotência, por parte dos enfermeiros, na tarefa de promover e incentivar hábitos alimentares saudáveis.

Assim, as fragilidades maternas para o desmame precoce e a introdução de alimentos artificiais não estão unicamente, na perspectiva da vulnerabilidade, relacionadas a fatores físicos, cognitivos, afetivos ou comportamentais. Em suma,

são o resultado do conjunto de condições inerentes aos ambientes cultural e sociopolítico, os quais permeiam valores e ações. (SOUZA; MELLO; AYRES, 2013).

Neste estudo, adotou-se o conceito de Bronfenbrenner (1993, p. 37), que percebe o ambiente como o conjunto de relações recíprocas e progressivamente complexas entre atividades, envolvimento biopsicológico humano, objetos e símbolos, o que ocorre desde as fases iniciais do desenvolvimento da criança, cujo comportamento é então influenciado por sistemas que compõe seu universo no tempo e no espaço¹.

Assim considerado, acompanhar a família em seu ambiente é fundamental, pois devem ser consideradas sua inserção social e suas crenças sócio-históricoculturais, a fim de se elaborar um planejamento com vistas a adequar as informações com a realidade da família. O envolvimento da família, agregando seu conhecimento às orientações técnicas dos profissionais, beneficia a nutriz no período de grande fragilidade física e emocional, promovendo segurança à mãe. (PRATES; SCHMALFUSS; LIPINSKI, 2014). A seguir, as expressões dos participantes:

Muitas vezes a mãe não teve uma orientação alimentar dentro de casa, não dá uma fruta ou um legume diferente, e a criança quer alimentos industrializados como salgadinho, refrigerante; criança de 1 ano não sabe falar mas pede refrigerante. (Enf02 Trad02).

[...] por mais que os enfermeiros façam orientação para as mães de que o que ofertam **não é o leite artificial adequado, elas** [as mães] olham para o profissional de saúde e **ignoram a informação, até mesmo porque muitas vezes não têm condição social para bancar um leite artificial adequado** para esta criança. Está cada vez mais difícil manter aleitamento materno.” (Enf04 Trad04).

[...] vai e compra um **doce, iogurte, e serve para a criança; não pode perder tempo na cozinha** [a mãe]. Acho que isso conta muito; se observar aquela criança mais “cheinha”, quando vai ver estão **faltando vitaminas** que precisa, sendo um ponto importante a transição alimentar. (Enf02 Trad02).

[...] dizia **não ter condições financeiras de comprar outro leite artificial e dizia não ter leite materno; não podia amamentar no peito porque precisava arranjar um trabalho.** Então, a criança **começou a ir ao serviço de emergência por pneumonia de repetição e infecção urinária,** e aquilo começou a chamar a atenção dos enfermeiros, porque tem um relatório que vem dos serviços de emergência para acompanhamento de crianças. (Enf01Trad01).

¹ BRONFENBRENNER, U. Ecological models of human development. In: **International Encyclopedia of Education**, 2nd. ed., Oxford: Elsevier, 1994. v. 3. Reprinted. In: GAUVAIN, M.; COLE, M. (Ed.). **Readings on the development of children**, 2nd ed. New York: Freeman, 1993, p. 37-43.

[...] a criança está com uma pega linda e a mãe tem leite, mas **o marido pressiona porque a mãe tem que dar o leite artificial como complemento porque foi prescrito [pelo médico], aí a sogra pressiona que o leite materno é fraco por isso que a criança não ganha peso.** (Enf05 Esf05).

A condição socioeconômica interferiu sim, mas os enfermeiros também desconfiaram da questão fisiológica porque a criança teve um problema, quando **nasceu o bebê era prematuro, o que interferiu. Então tem questões biológicas que interferem, mas é multifatorial.** (Enf03 Trad03).

O **agravo nutricional é multifatorial, não tem como definir uma causa específica**, como a condição social. Não tem como definir uma causa exclusiva, são várias as causas. (Enf03 Trad03).

Outra questão é **o ambiente desfavorável, como a mídia estimulando fortemente o consumo do refrigerante**, e muitas mães têm dificuldade, não querem amamentar no peito porque é uma gravidez indesejada, ou amamentam no peito pouco tempo, um ou dois meses. (Enf01 Esf01).

As questões que não conseguimos gerenciar dizem respeito às **políticas públicas que apoiem, incentivem a alimentação saudável, natural; ao contrário, muitas vezes a mídia divulga mais os alimentos industrializados.** Infelizmente as coisas que estão por trás são interesses financeiros, patrocínios. (Enf05 Esf05).

[...] **às vezes nós enfermeiros acabamos abdicando da consulta de enfermagem e passamos para a consulta do médico.** [...] Acho que é diferente o tempo da consulta do enfermeiro, abdicamos da consulta do enfermeiro porque não tem problema [quanto ao número de vagas] para passar para o médico pediatra. (Enf02 Trad02).

O **enfermeiro está na unidade de saúde, disponível. Quando a família precisar ou** tiver alguma dúvida, a família pode procurar. Agora, o enfermeiro bater na porta da família toda semana, isto eu não faço, porque acho **que é responsabilidade familiar.** (Enf03 Trad03).

Então vai ser sempre uma sequência, é um ciclo [sic] vicioso, porque o enfermeiro vai estar sempre trabalhando nesse **ciclo [sic] vicioso e que não vai mudar.** Tenho um exemplo: **já atendi várias gerações na minha unidade básica de saúde, fiz o pré-natal da mãe, agora da filha, e logo da neta.** (Enf06 Esf06).

[...] muitas vezes **tem famílias que não querem mais atender o profissional de saúde** por conta de o agente comunitário de saúde bater na porta da casa da família toda semana, ainda assim nem sempre o profissional de saúde vai resolver tudo. (Enf03 Trad03).

[...] voltando ao caso que **a rede de proteção deveria funcionar e não funciona** quando temos dependência química envolvida. É frustrante, **as instituições que se omitem e por consequência essas crianças continuam expostas a riscos**, e a enfermeira é que tem que dar a cara a tapa. (Enf06 Esf06).

Segundo a Organização Mundial da Saúde, os primeiros anos de vida da criança representam fase determinante para o crescimento e desenvolvimento neurocomportamental. A Organização estimula o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade e, a partir desse período, recomenda iniciar a alimentação

complementar concomitante, pois as riquezas nutritivas de uma alimentação balanceada, à medida que se transformam em energia, garantem o funcionamento dos órgãos. Contudo, os alimentos devem ser introduzidos de maneira cautelosa, para evitar intolerância ou alergia. (BRASIL, 2009b).

A OMS considera que a constante mudança vivida pelas famílias está causando importantes alterações na dinâmica e comportamento familiares, principalmente no que respeita aos hábitos alimentares infantis. Neste novo cenário podem ocorrer prejuízos nutricionais às crianças nos dois primeiros anos de vida, pois a situação está atrelada aos hábitos familiares durante a transição alimentar. Essa mudança exige do poder público e da sociedade posturas conscientes relacionadas à promoção de saúde. (SALDAN et al., 2015).

Neste estudo, as falas expressas pelos enfermeiros remetem à ausência de educação nutricional materna como elemento de vulnerabilidade, devido à opção materna por alimentos industrializados, muitas vezes inadequados para a faixa etária da criança. Corroboram com esse achado a pesquisa de Galler et al. (2012a), a qual demonstra que o entendimento materno insipiente em reconhecer a qualidade e os benefícios dos alimentos *in natura* leva ao comprometimento da imunidade infantil.

Sendo assim, a qualidade e a quantidade no consumo alimentar de crianças menores de dois anos deve ser foco de discussão com as famílias, a fim de que a educação nutricional oportunize condições de consumo alimentar correto e em período oportuno. Dessa maneira, representa estratégia no rompimento de barreiras paradigmáticas decorrentes desse processo e encoraja o consumo de diferentes sabores, o que aumenta as chances de aquisição de hábitos alimentares saudáveis pela família e pela criança, o que contribui para evitar o surgimento de doenças agudas e crônicas não transmissíveis. (LIORET et al., 2013; FROTA et al., 2013a; LIMA et al., 2014).

Quanto ao comportamento geracional negativo como elemento de vulnerabilidade para agravos nutricionais, a hipótese é reforçada pela pesquisa conduzida por Mais et al. (2014), a qual considerou nocivo o comportamento alimentar da família baseado em alto consumo de alimentos ultraprocessados. Segundo a pesquisa, a adoção desse comportamento pode perpetuar hábitos prejudiciais à saúde, com reflexos na saúde infantil.

Assim, ampliar o diálogo acerca da predisposição a hábitos alimentares danosos para a família e contribuir para a reflexão no sentido de interromper seu curso deve ser a prática dos profissionais de saúde, a fim de se preencher a lacuna existente entre a forma de educação nutricional instituída e os diversos aspectos envolvidos – socioeconômicos culturais e ambientais desfavoráveis –, os quais representam elementos de vulnerabilidade. (SILVA et al., 2014b).

No presente estudo observou-se que as crenças familiares estão associadas à valorização nutricional dos alimentos industrializados, em detrimento do aleitamento materno. Neste sentido, as ações de promoção de saúde devem ir ao encontro aos aspectos culturais, históricos e econômicos, com vistas a reduzir o descompasso entre as atividades educativas, desempenhadas pelos enfermeiros, e aquilo que as famílias tomam como factível para sua realidade. Aliás, a educação nutricional, como ferramenta voltada aos pais e demais cuidadores da criança, visa sensibilizar para a valorização de alimentos ricos em vitaminas e sais minerais, proporcionando adequado período de transição alimentar (OLIVEIRA; PARREIRA; SILVA, 2014).

Condições socioeconômicas desfavoráveis são percebidas nesse estudo como elemento de vulnerabilidade, pois identificou-se a introdução precoce de alimentos a crianças com idade menor que o preconizado, associada à necessidade materna de realizar atividades lucrativas, ainda que informais. Reconhece-se assim que a orientação dos profissionais às famílias, sobre alimentação infantil saudável, deve considerar as dificuldades socioeconômicas existentes, e utilizá-las de modo a oportunizar a reflexão sobre os malefícios vinculados à ingestão errônea de alimentos. (POUTIANINEM; HAKULINEN-VIITANEN; LAATIKAINEN, 2014; LONGO-SILVA et al., 2015).

Nessa perspectiva, as condições socioeconômicas das famílias, identificadas como desfavoráveis, implicam corresponsabilidades entre todas as esferas de intervenções. A desigualdade social presente nos países em desenvolvimento compele ações governamentais que devem aproximar discussões de cunho político-programático. Pesquisas indicam que o frágil orçamento doméstico é reconhecido como obstáculo para o poder de compra, aspecto que transcende o olhar estritamente normativo e prescritivo dos profissionais, sendo parte dos entraves a serem superados (COELHO et al., 2015; BORGES et al., 2015).

Não é divergente a conclusão apresentada pela pesquisa de Borges et al. (2015), a qual considera frágeis as estratégias das políticas de alimentação e de nutrição, uma vez que, embora visem o incentivo e a manutenção de boas práticas alimentares, esbarram nas dificuldades socioeconômicas das famílias. Portanto, reforça-se a necessidade de parceria entre os programas sociais, como forma de aumentar a renda da população e estimular a produção de alimentos. Resumidamente, aponta-se a necessidade de uma cobertura efetiva pelos programas de benefícios sociais, a fim de oferecer, às famílias, condições de uma dieta saudável, conforme preconizado.

Nessa linha, como estratégia para a implementação de ações de incentivo a hábitos de alimentação infantil saudável, as políticas públicas governamentais de alimentação e nutrição devem promover, ofertar e disponibilizar alimentos, de forma acessível, a toda a população, no intuito de ampliar a variedade no consumo de frutas frescas, hortaliças e vegetais, associados à educação alimentar. O objetivo de aprofundar discussões acerca da alimentação adequada – e de demonstrar que ela envolve esforços intersetoriais – pode garantir eficiente mobilização popular, o que favoreceria indiretamente as famílias e o desenvolvimento da criança. (MORRISEY; JACKNOWITZ; VINOPAL, 2014).

As falas expressas neste estudo denotam que estratégia da educação em saúde como ferramenta de política pública objetiva a conscientização da população para o direito à informação de qualidade pelo serviço ofertado. A união entre os governos federal, estadual e municipal, somada aos esforços dos profissionais pode garantir a disseminação da educação popular na área da saúde. (GOMES; MERHY, 2011).

No Brasil, a mobilização e os esforços de órgãos governamentais, não governamentais (inclusive da sociedade civil) e do setor privado vêm progressivamente reorganizando a distribuição de deveres quanto a responsabilidades relacionadas à saúde. As propagandas televisivas se submetem a fiscalizações governamentais que são, contudo, muitas vezes ineficazes. (MALTA; SILVA JR, 2013).

Observou-se neste estudo que os enfermeiros atribuem o excessivo apelo da mídia televisiva como elemento de vulnerabilidade das crianças relacionado a agravos nutricionais, uma vez que há um estímulo, aos pais, à aquisição de alimentos industrializados, o que significa, às crianças, o consumo precoce. O

consumo de alimentos não nutritivos é devido, em grande parte, ao *marketing* massivo e abusivo direcionado às famílias, incentivando o consumo desenfreado de produtos pobres em nutrientes, o que se contrapõe às diretrizes das políticas de alimentos e nutrição proposta ao lactente. (BATISTA FILHO; MELO, 2013; GUDERSEN; ZILIAK, 2014).

No Brasil, a realidade das propagandas televisivas demonstra que ainda há muito que se fazer, pois a indústria midiática e de alimentação industrializada infantil não cumpre o padrão de conduta normativa estipulada. Há a necessidade de se garantir às famílias o respeito e esclarecimentos importantes sobre os alimentos comercializados, principalmente aqueles que são direcionados ao público infantil. (HENRIQUES et al., 2012; SOUZA et al., 2014).

O problema não é exclusivo do Brasil. Em qualquer país em que propagandas de alimentos infantis inapropriados são veiculadas inadvertidamente, há uma influência nas famílias, ainda que muitas vezes indireta, para a formação de hábitos e preferências alimentares, o que acaba por motivar a compra de produtos *fast food*, que assim passam a fazer parte do cotidiano familiar. Sendo assim, a fiscalização do conteúdo televisivo direcionado à alimentação infantil deve ser prioridade dos programas de política de segurança alimentar. (HUANG; MEHTA; WONG, 2011; OLIVEIRA et al., 2014).

Frente a essa realidade, pesquisa realizada na Coreia do Sul, acerca do monitoramento, pelos órgãos competentes, da efetiva fiscalização publicitária, tem se mostrado positiva, uma vez que se evidenciou a redução do apelo persuasivo nos horários em que as famílias mais se expõem a programações televisivas. Portanto, o consumo de alimentos industrializados inadequados depende, também, de esforços e comprometimento políticos. (LEE et al., 2013).

Em linha com o exemplo sul-coreano, reforça-se a importância do monitoramento para o cumprimento de ações que contemplem a legislação acerca da divulgação de alimentos infantis, pois, no caso brasileiro, verifica-se que propagandas noturnas, cujo objetivo é a divulgação de produtos com baixo valor nutricional, atingem uma parcela significativa de familiares, o que reforça a necessidade de estratégias de intervenção. (COSTA; HORTA; SANTOS, 2013).

Destaca-se, nesse contexto, como instrumento para coibir propagandas abusivas, a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes (NBCAL), a qual tem o papel de limitar as propagandas agressivas relacionadas a

fórmulas e produtos infantis. Pesquisa demonstra que as rotulagens nem sempre conferem o que a fórmula infantil realmente anuncia, fazendo-se necessária, portanto, a rígida fiscalização, pelos órgãos competentes, sobre a mídia e o comércio desses alimentos, bem como o controle efetivo sobre os rótulos e informações utilizados. (KUS et al., 2011).

Diante de todos esses eventos, os enfermeiros participantes desse estudo relataram sentimentos de limitação e frustração, muitos tendo inclusive abdicado de suas atividades, por considerarem suas ações impotentes frente ao conjunto de condições desfavoráveis a que as famílias e crianças estão expostas. As falas desses profissionais expressam uma outra face da condição de vulnerabilidade das crianças relacionada a agravos nutricionais, pois os profissionais de saúde, ao abdicarem do desempenho de suas atribuições, geram conflitos quanto ao seu papel de educadores e mobilizadores voltados a mudanças de comportamento. Isso está em linha com o resultado da pesquisa conduzida por Sotero, Cabral e Silva (2015), a qual posiciona variáveis socioeconômicas, culturais e demográficas desfavoráveis como principais fatores para agravos nutricionais em crianças.

Os participantes deste estudo, ao relatarem a dificuldade em desenvolver ações de promoção em saúde, bem como de prevenção de agravos nutricionais, principalmente com relação às crianças menores de dois anos, demonstram que este quadro é resultado das situações socioeconômicas e culturais das famílias, o que, conseqüentemente, transcende a capacidade resolutiva do profissional. Não obstante, a estratégia utilizada de modo prático pelos enfermeiros é potencializada com a participação de outros profissionais, com vistas a concretizar ações e alcançar o entendimento sobre a necessária qualidade da alimentação infantil tida como saudável, algo elevado ao *status* de direito subjetivo, previsto pelas políticas sociais e de saúde. (ROCHA; LIMA; SZARFARC, 2014).

Há ainda outra situação, apontada neste estudo a partir do verificado pelos enfermeiros participantes, que diz respeito à família distante e não comprometida com o processo do cuidado à criança. Diante dessa situação, faz-se necessário o fortalecimento do vínculo entre a equipe da unidade de saúde e a família, a fim de desconstruir vieses, de ambos os lados, que impedem a superação do modelo biologicista de assistência. Tal movimento de mudança agrega, quanto ao comportamento profissional, crescimento e riquezas ao serviço de saúde. (MARTINIANO et al., 2013).

Por fim, os enfermeiros entrevistados neste estudo atribuem ao modelo de assistência em que está inserido a dificuldade em acompanhar e estabelecer vínculos com a criança, com a mãe e com a família. A dificuldade primordial estaria na realização de uma adequada consulta de enfermagem, o que representa um ponto frágil para o monitoramento da saúde da criança, e isso redundaria em elemento de vulnerabilidade infantil para agravos nutricionais. Os profissionais reconhecem, contudo, a importância do encontro por ocasião dessa consulta, ainda que fora do contexto da consulta específica em puericultura. Diante disso, a oportunidade de repensar o processo de trabalho, ainda que sob diferentes modelos assistenciais, contribui para a elaboração de ações educativas a partir da realidade da família, as quais são consideradas ferramentas fundamentais, que devem ser utilizadas pelas equipes que atuam diretamente com famílias vulneráveis. (SCHINCAGLIA et al., 2015).

Para isso, acompanhar a família em seu ambiente, considerando sua inserção social e suas crenças, potencializa o envolvimento familiar com as orientações técnicas dos profissionais e beneficia a nutriz, mormente em um período de grande fragilidade física e emocional, promovendo segurança à mãe. (PRATES; SCHMALFUSS; LIPINSKI, 2014).

6.2 A INFLUÊNCIA DA FAMÍLIA E DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA ALIMENTAÇÃO INFANTIL

A classe três apresentou os seguintes vocábulos: **aleitamento materno; profissionais de saúde; consulta com nutricionista e família**. Esses foram os mais frequentes e também os de valores de *qui-quadrado* mais elevados, com $p < 0,001$.

Nesta categoria, os participantes expressaram como elemento de vulnerabilidade da criança relacionado a agravos nutricionais a influência familiar negativa sobre o aleitamento materno e a percepção insuficiente, por parte da mãe, sobre a perda de peso da criança, independentemente da experiência materna relacionada à gestações e cuidados anteriores. Neste estudo, a influência da família e do profissional de saúde não pode ser limitada apenas ao incentivo à amamentação; antes, adota-se o entendimento de que a prática da amamentação é resultado de um conjunto de aspectos históricos e culturais.

A valorização do trabalho multiprofissional ganhou destaque nesta categoria, pois a presença e o envolvimento de outros profissionais da área da saúde proporcionam maior abrangência ao processo do cuidado. A seguir, os segmentos de textos que expressam as falas:

A questão da cultura, do uso de drogas, de álcool, [de] substâncias que às vezes não são nem psicoativas, mas a medicação que ela usa, tudo isto interfere [para o desmame]. **A própria interferência da família no aleitamento materno** às vezes interfere na orientação da alimentação correta. (Enf03 Trad03).

O fato de a mãe que abandona o aleitamento materno por influência familiar **e muda para o leite artificial porque a avó diz que o leite materno é fraco [...]** então esses conselhos **atrapalham as orientações do profissional de saúde**. (Enf06 Esf06).

[...] perguntava para a mãe como que essa criança, sendo o quarto filho, está desnutrida, pois **deveria ter entendimento no cuidado da criança**, como foram suas gravidezes anteriores, a **experiência em amamentar no peito**. (Enf06 Esf06).

São crianças que **precocemente estão entrando em leite artificial**, a família não tem condição social para comprar o leite artificial adequado e começam com leite integral. (Enf04 Trad04).

[...] Para um recém-nascido de menos **de dois meses, perder peso como 700 gramas [...]** assim, só ossinhos, foi muito chamativo. Me comoveu ver a cena, os **profissionais de saúde argumentaram ter que dar o leite artificial como complemento**. (Enf01 Esf01).

Os **profissionais de saúde estão enfrentando** uma situação em que a mãe quer amamentar, mas a criança perde peso e a **mãe está sofrendo influência da família e influência do profissional de saúde da unidade básica de saúde, que prescrevem leite artificial como complemento, para que a criança ganhe peso**; a mãe veio conversar esta semana, angustiada. (Enf04 Trad04).

[...] **O enfermeiro detecta que as condições de saúde da família e da gestante são desfavoráveis** ou tem [a gestante] baixo entendimento, baixa escolaridade, usa alguma substância química, **e faz [o enfermeiro] os encaminhamentos necessários**. (Enf01 Esf01).

[...] Comprometimento no cuidado da criança, entender que a nutrição não termina no aleitamento materno e sim no decorrer da vida da criança, **mas é jogada a responsabilidade para o profissional de saúde**, que não está junto com a família o dia todo, dentro da casa dela [da criança]. (Enf02 Trad02).

Os enfermeiros não podem perder de vista a responsabilidade familiar, do outro. O enfermeiro não toma para si a responsabilidade familiar, que é do outro. (Enf03 Trad03).

O trabalho da Estratégia Saúde da Família envolve mais profissionais de saúde, traz uma facilidade no trabalho em equipe. A consulta da nutricionista para os casos graves [agravos nutricionais]. É importante o apoio da nutricionista junto a outros profissionais de saúde e tem um

bom retorno, quando extrapola as atribuições e recursos do enfermeiro. (Enf05 Esf05).

Quando é detectado [pelo profissional de saúde] qualquer fator de risco, precocemente, para deficiente amamentação materna, indicando se vai ser necessário intensificar o **monitoramento pelo profissional de saúde que deve, já no pré-natal, orientar para a amamentação materna**, a alimentação da gestante também é importante. Pois a nutrição materna está ligada a formação tecidual da criança. (Enf06 Esf06).

[...] é a prática da unidade básica de saúde, existem **profissionais de saúde capacitados** que se **envolvem com o aleitamento materno**, mas como as mães não se envolvem, vem uma semana, duas semanas. **As mães desistem de procurar a unidade básica de saúde e, quando retornam, a criança já está no leite artificial na mamadeira.** (Enf04 Trad04).

A partir da interpretação das falas dos participantes, conclui-se que a influência familiar negativa surge na introdução de alimentos industrializados, os quais se sobrepõem ao aleitamento materno, e que essa prática decorre de aspectos como história, crenças, valores, concepções e experiências familiares. Esses aspectos envolvem gerações e podem significar vulnerabilidade infantil relacionada a agravos nutricionais, pois há impacto direto na forma como a família vivencia o aleitamento materno e a introdução de alimentos industrializados infantis – cenários que emergiram fortemente neste estudo –, algo que está correlacionado com as condutas maternas durante o período de transição alimentar.

Destarte, a percepção materna sobre a importância biopsicológica e afetiva envolvida no processo de aleitar possibilita a aproximação e o entrosamento entre mãe e filho. Essa percepção parte da mãe, mas pode ser estimulada pelo profissional de saúde, que promove a participação ativa da mãe e da família no decorrer do pré-natal, sobretudo no período puerperal. (FERREIRA; D'ARTIBALE; BERCINI, 2013).

Os enfermeiros demonstram, neste estudo, que a relação entre mãe e família é delicada, pois esta influencia na decisão daquela de manter a amamentação ou introduzir alimentos industrializados. Assim, a autonomia materna é por vezes limitada, sendo fundamental orientar a família sobre a importância, ainda no pré-natal, da alimentação, bem como conhecer suas histórias, experiências, conhecimentos e receios, para que o grupo familiar seja um aliado no decurso dos processos gestacional e pós-parto. (ARAÚJO et al., 2014).

De qualquer forma, observou-se que as interferências da família ora fortalecem e ora excluem o papel materno no aleitamento. Espera-se para a mãe a

independência no que diz respeito à nutrição de sua criança, mas sempre há um confronto com o novo, com situações inesperadas, que a deixam suscetível. Pesquisa realizada na China (TANG et al., 2014) concluiu que mães são influenciáveis durante o período de lactação, tendendo à insegurança quanto à sua capacidade de amamentar. Este aspecto psicológico prejudica a adequada apoijadura e, neste caso, profissionais de saúde entendem que a introdução de fórmulas infantis representa um fator protetor para a saúde da criança.

Considerou-se ainda neste estudo que, quanto a agravos nutricionais, o comportamento familiar pode ser um elemento protetor ou de vulnerabilidade, pois a falta de apoio muitas vezes pode ser decisiva para a continuidade ou não do aleitamento materno, o que pode ter como consequência a introdução de alimentos complementares. Assim, as orientações sobre o aleitamento materno, no interior das famílias, muitas vezes interpõem-se fortemente às práticas protocolares desenvolvidas pelos profissionais de saúde. Frente a isso, reconhecer a unidade familiar nas abordagens educacionais, bem como concebê-la como importante eixo de aproximação ou distanciamento do profissional de saúde à nutriz, podem definir abordagens adequadas, a fim de potencializar e estimular a apropriada participação familiar no aleitamento. (TEIXEIRA; NITSCHKE; SILVA, 2011).

Assim, a relação mãe-filho-família-profissionais de saúde torna-se importante no estabelecimento da confiança e do vínculo que ultrapassam os aspectos técnicos. O encontro desses atores pode desvelar oportunidades de conhecimento e de reconhecimento do papel que a mãe e a família assumem quando do nascimento de uma criança, e também quanto ao impacto nos cuidados dispensados. Com isto, o enfoque no repensar as práticas profissionais possibilita abordagens adequadas à realidade de cada família. (SOUZA; MELLO; AYRES, 2013).

Demonstra-se, neste estudo, que a família é a principal fonte de informação para a nutriz, embora também seja fonte de conflito sociocultural, pois a introdução de alimentos industrializados é estimulada pela crença de que são ideais para a criança. O correto alinhamento das informações, com o amparo e a orientação por profissionais de saúde, possibilita a valorização de saberes dos indivíduos em seu meio e potencializa o processo decisório dentro do espaço domiciliar, facilitando a educação em saúde pelos profissionais. (WU et al., 2014).

Identificou-se, ainda, que mães com experiências anteriores relacionadas à amamentação apresentaram dificuldades durante essa práxis. Tais eventos podem incorrer em sensação de impotência materna como provedora do seio ao seu filho. E, neste sentido, a família deve estar atenta para, juntamente com os profissionais, tomar a melhor conduta. Pesquisas deixam claro que o aleitamento materno pode provocar sentimentos conflituosos na mãe. Portanto, os profissionais que atuam nos serviços de saúde devem ser receptivos e valorizar expressões de insegurança, a fim de proporem estratégias de respostas diante das dificuldades maternas e familiares, em suas diversas facetas. (NEVES; MARIN, 2013; SANTOS et al., 2014).

E, no que se refere à educação em saúde, o presente estudo ainda demonstra que os enfermeiros estão comprometidos em incentivar a manutenção e a adoção do aleitamento materno, e, para isso, o estabelecimento de vínculos com a família é estratégia ímpar. Atitudes de valorização das particularidades familiares reduzem a chance de desmame precoce, o que pode evitar a introdução de alimentos artificiais em momento inoportuno (isto é, quando não há indicações clínicas ou sociais) e consequências negativas para a saúde infantil. (CARVALHO et al., 2014).

Assim, profissionais de saúde que prestam assistência à mãe e à família são parte responsável quanto à promoção e à manutenção do adequado aleitamento, e as atividades educativas desempenhadas por esses profissionais se caracterizam como uma das ferramentas de promoção de saúde materna e infantil. As orientações profissionais são valorizadas além das determinações clínicas, pois permitem alcançar uma profundidade de interação que inclui a família nesse acolhimento, o que constitui fator protetor para a amamentação da criança. (NASCIMENTO et al., 2013).

Destarte, o papel dos enfermeiros, ao considerar o aleitamento e seu complexo manejo, é procurar criar vínculos com a mãe e os familiares, e isso demanda a compreensão dos sentimentos expressos pela nutriz, suas dificuldades relacionais familiares e obstáculos com relação ao acesso do próprio serviço de saúde. É este o papel esperado do profissional enfermeiro: o de facilitador e multiplicador de ações educativas, durante o pré-natal, e desempenhando com igual importância no período puerperal, oferecendo suporte diferencial no prognóstico da amamentação. (MAEDA et al., 2014).

Nessa perspectiva, as ações de educação em saúde, promovidas por atividades multiprofissionais e desenvolvidas dentro do espaço comunitário e familiar, potencializam e qualificam as abordagens, uma vez que direcionam ações. A importância do direcionamento foi destacada em pesquisa publicada nos Estados Unidos (EISENBERG et al., 2015), com a citação de ocorrência de orientações insuficientes por parte das equipes médicas e de enfermagem acerca de aspectos considerados básicos (como imunização, aleitamento, posição do sono e uso de chupetas), para o que sugeriu-se uma melhor abordagem por parte dos profissionais envolvidos, ao considerá-los de extrema importância para prevenção de comorbidades.

O profissional enfermeiro tem, a partir da consulta de enfermagem, a oportunidade de avaliar e incentivar não somente a mãe, mas também a família, quanto ao aleitamento materno e à introdução oportuna de alimentos industrializados complementares. É a partir da consulta que o enfermeiro conhece a realidade e a dinâmica da família, podendo melhorar, por esta via, o vínculo com a criança. Pesquisas destacam a atuação efetiva do enfermeiro inserido na comunidade, situação em que o profissional se torna assertivo na relação com a criança, a mãe e a família, uma vez que compreende os aspectos socioeconômicos como interferências na incorporação das orientações alimentares, o que lhe possibilita ampliar o cuidado, envolvendo outros profissionais. (FURTADO et al., 2013; SOUZA et al., 2013).

Reconhece-se, assim, a importância do trabalho interdisciplinar neste processo – a equipe multiprofissional estabelece novas oportunidades de intervenção positiva na família. Além disso, a troca de experiências entre os profissionais reflete a valorização do trabalho alheio neste modelo assistencial, o qual proporciona a prática cooperativa que tem como foco o cuidado dispensado à criança, à mãe e à família. (PEREIRA; RIVERA; ARTMANN, 2013).

Contudo, barreiras organizativas e estruturais transformam o cuidado integral em cuidado fragmentado e normativo, criando obstáculos para a resolução de problemas. Nesse cenário, ações preventivas ou de promoção de saúde para a população são fragilizadas, exigindo revisão do fluxo gerencial de saúde e consequente reorganização e capacitação em serviço. (FINKLER et al., 2014).

Destaca-se, assim, a importância da educação permanente dos profissionais de saúde. A qualificação em serviço deve ser considerada investimento técnico, haja

vista que os profissionais envolvidos atuam diretamente com mães e famílias, o que pode refletir no adequado desenvolvimento da criança. (FONSECA-MACHADO et al., 2014).

Os dados do presente estudo apontaram, assim, que a conduta do profissional enfermeiro é baseada na formação e orientada por protocolos institucionais voltados à solução de problemas identificados durante a puericultura. As diretrizes utilizadas pelo profissional melhoram a qualidade da assistência e motivam a disseminação dessas práticas na rotina diária do trabalho. (BARATIERI et al., 2014).

Verificou-se, ainda, que a mãe, ainda que com desejo de amamentar, não tem a percepção exata quanto à prática ser ou não suficiente para o aporte nutricional adequado à criança. Nessa situação, a família assume posição de proteção, orientando a nutriz a iniciar a introdução de alimentos diversos. O profissional de saúde tem, portanto, a responsabilidade de orientar a família e a mãe quanto à adequada transição alimentar, ação que pode ser potencializada com o envolvimento de outros profissionais de saúde (MACHADO et al., 2014).

6.3 A INTRODUÇÃO DO LEITE ARTIFICIAL COMO ELEMENTO DE VULNERABILIDADE OU POTENCIALIDADE

A classe dois apresentou os seguintes vocábulos: **mãe queria amamentar; tinha; caso; receber; marido; foi; pelo; introdução do leite artificial; desgaste; meses**. Esses vocábulos foram os mais frequentes e com valores de *qui-quadrado* mais elevados – $p < 0,001$.

Nesta categoria, as falas expressam a introdução de leite artificial sob duas perspectivas: como elemento de vulnerabilidade e como elemento protetor, ambos relacionados a agravos nutricionais da criança com menos de dois anos. A decisão pela introdução de leite artificial, substituindo total ou parcialmente o aleitamento materno, pode ser assumida pela mãe ou pelos profissionais de saúde. Essa introdução de leite artificial é considerada protetora nos casos em que a mãe não consegue estabelecer a efetiva amamentação devido a interferências como as que surgiram nas falas dos participantes (gravidez indesejada, déficit cognitivo materno com ausência de percepção de aleitamento insuficiente, multiparidade) e, nesses

contextos, a família pode auxiliar no cuidado. Seguem as falas dos profissionais de saúde participantes desse estudo:

A mãe não viu a gravidade da situação e foi necessária a introdução do leite artificial como complemento, mesmo que a mãe quisesse amamentar no peito. A criança estava gastando muita energia, os profissionais de saúde não sabiam o que estava acontecendo, então essa criança passou por uma consulta com pediatra para a **introdução do leite artificial como complemento e melhorou.** (Enf01 Esf01).

[...] no fim a mãe ia receber **leite artificial fornecido pelo município e a criança melhorou;** depois a família mudou da área de abrangência da unidade básica de saúde; foi um desgaste muito grande, não trazia a criança para monitoramento do peso, faltava na consulta da nutricionista quando marcávamos, não tinha interesse. (Enf01 Esf01).

A mãe queria amamentar no peito e na opinião da mãe tinha leite materno, e não entendia [a mãe] por que a criança estava perdendo peso, mas na cabeça da mãe não achava que a criança estava perdendo peso. (Enf01 Esf01).

O profissional de saúde não encontra só em **mães adolescentes desatentas dificuldades de entendimento,** encontra em mulheres que já têm quatro gravidezes. Tive um caso na unidade básica de saúde em que era o quarto ou quinto filho dessa mulher e a **criança desenvolveu desnutrição.** (Enf05 Esf05).

A mãe respondeu que era uma **gravidez indesejada,** estava com uma idade avançada e era o terceiro marido, pensou **em não engravidar e engravidou;** o **profissional de saúde teve dificuldades no monitoramento da saúde da criança até os dois anos;** sempre marcava consulta médica, marcava consulta de enfermagem, e quando a mãe comparecia, [estava] atrasada. (Enf05 Esf05).

A mãe dela veio lá de outra cidade para **dizer que tinha que colocar a mamadeira** para a criança, que é só com mamadeira para esta criança ganhar peso. (Enf04 Trad04).

O profissional de saúde precisa dizer para a mãe que, **se o marido perguntar se ofereceu leite artificial como complemento, responder que sim.** O enfermeiro fez orientações e pediu retorno na consulta com enfermeiro para avaliar as próximas condutas. (Enf04 Trad04).

Neste caso, **foi solicitada a introdução do leite artificial,** fornecido pelo município, e mesmo assim a mãe não buscava e tínhamos que implorar, fazer busca ativa para ir na unidade básica de saúde receber o leite artificial fornecido pelo município, e a mãe trabalhava e o **trabalho materno prejudicava o cuidado com a criança.** (Enf01 Esf01).

Outra situação é de uma criança com dois meses. O profissional **de saúde, por meio da busca ativa, conseguiu localizar a mãe e a família em uma visita domiciliar. A criança, baixo peso, estava com dois meses, totalmente desnutrida.** A equipe de saúde pensou em alguma patologia associada. (Enf06 Esf06).

Destaca-se neste estudo, pelas falas dos enfermeiros, que o déficit cognitivo materno é considerado elemento de vulnerabilidade relacionado a agravos nutricionais. A dificuldade de entendimento materno em perceber sinais de aleitamento insuficiente é um aspecto importante, que resulta no comprometimento da alimentação infantil. (COELHO et al., 2015).

Outra situação mencionada neste estudo é a gravidez indesejada ou, ainda, casos de multiparidade. As falas dos profissionais de saúde sugerem que a gravidez indesejada desestabiliza a mulher e a expõe a uma série de eventos desfavoráveis, o que compromete sua aceitação da criança e posterior vínculo com ela. Pesquisas demonstram que o comportamento da mulher frente à gestação inoportuna tem efeitos negativos para a saúde da criança, repercutindo nos cuidados (ou ausência deles) desde o pré-natal, amamentação e sentimentos de proteção para com a criança. (KOST; LINDBERG, 2015; LINDBERG et al., 2015).

Portanto, todo o ciclo gravídico-puerperal deve ser foco da atenção intersetorial, uma vez que não se limita ao plano biológico, e condições como gestação inesperada (e, muitas vezes, indesejada) ou ainda de mãe com vários filhos podem ocasionar dificuldades no aleitamento materno e introdução precoce de alimentos industrializados. (ANDRADE et al., 2015).

Destaque-se, ainda, que o puerpério é um período de mudanças físicas e psicológicas importantes, com a mãe podendo inclusive apresentar, no pós-parto, sintomas como a depressão velada. Essas mudanças levam a mãe a não enxergar situações de risco para o seu filho, e daí a relevância da abordagem apropriada pelos profissionais de saúde, para que haja suporte psicológico adequado à mãe que, assim, poderá garantir o cuidado adequado da criança. Caso contrário, o desmame precoce é inevitável. (GREINERT; MILANI, 2015).

Outro achado importante que emergiu deste estudo foi a falta de percepção materna e da família sobre a qualidade da alimentação infantil no período da transição alimentar. Pesquisas apontam que a identificação dos hábitos alimentares e o respeito a suas crenças favorecem a aproximação à cultura familiar e o seu entendimento, o que, posteriormente, auxilia no incentivo ao consumo de variedades alimentares, conforme a tolerância da criança. (SILVA et al., 2013; ADAMO; BRETT, 2014; FROTA et al., 2013a).

Nesse sentido, cada família possui pontos de vista diferentes sobre a alimentação adequada da criança. Pesquisa realizada acerca da percepção familiar

sobre o aspecto alimentar (EIJSDEN et al., 2015) demonstra que este é um fator que deve ser reconhecido e considerado pelo profissional de saúde, a fim de alinhar suas orientações profissionais a partir da cultura e crença familiares, elaborando orientações mais adequadas à família.

Outro achado importante neste estudo está relacionado à presença do companheiro no período da introdução de alimento industrializado, situação que, neste contexto, poderia significar segurança e conforto para a mulher/mãe. Porém, o companheiro em geral assume a postura de cobrança, no sentido de chamar à mãe a responsabilidade única sobre a alimentação do filho. Pesquisa comprova que a colaboração do companheiro, desde o pré-natal, contribui para uma benéfica comunicação, o que agrega sentimentos acolhedores para sua companheira. Isto é, o vínculo afetivo entre ambos possibilita inclusive o sucesso no aleitamento, por aumentar a autoestima materna e mesmo seu sentimento de segurança, nos casos em que a introdução de alimentos industrializados se faz necessária. (VAZ et al., 2014).

Outra pesquisa constatou que, frente à angústia materna derivada do papel de provedora da amamentação, quando esta não se estabelece apropriadamente, a influência positiva do companheiro fortalece o elo entre os membros da família, pois o momento delicado exige a definição das funções de cada um. Portanto, a participação do pai está associada à superação de desafios que angustiam a mulher/mãe neste período, o qual envolve sentimentos ambíguos que muitas vezes definem o desfecho alimentar. (SANTOS; MACHADO; CHRISTOFFEL, 2013).

O presente estudo trouxe, nas falas dos profissionais, a mamadeira como elemento de vulnerabilidade relacionada a agravos nutricionais. A utilização desse artefato está relacionada a padrões culturais das famílias e se apresentaria como preceptor para a introdução de alimentos industrializados, por prejudicar o aleitamento materno exclusivo. Por conseguinte, a mamadeira estaria associada não apenas ao aspecto psicológico, mas, sobretudo, à probabilidade do desmame total, com desvantagem para a adequada nutrição para criança. (RIGOTTI; OLIVEIRA; BOCCOLINI, 2015).

O momento para introdução de alimentos ou outras fórmulas mostra-se relacionado ao período de oferta do aleitamento materno. Condicionantes sociais, maternos e da criança interferem na conduta da mãe e da família quanto à duração do aleitamento, e tais variáveis são compreendidas como aspectos maternos e da

criança, pois se revelam como o conjunto de situações que pode definir a escolha da mãe quanto ao cuidado à criança. (KRONBORG; FOVERSKOV; VAETH, 2015).

Outro aspecto que emergiu das falas dos participantes deste estudo está associado ao trabalho materno como elemento de vulnerabilidade relacionada a agravos nutricionais, devido à ausência da mãe nos primeiros meses de vida da criança, o que resulta em prejuízos à qualidade alimentar e ao cuidado à criança.

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 prevê a promoção do bem-estar e demais benefícios que advêm do vínculo mãe-filho, sem prejuízo ao emprego e ao salário. Sob o comando constitucional alterou-se a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), que passou a garantir, à empregada gestante, o direito à licença-maternidade de 120 dias, sem prejuízo do emprego e do salário. Contudo, nos casos de atividades informais esse direito não é usufruído, e, na maioria das vezes, o retorno precoce ao trabalho se deve à necessidade de subsistência. (BRASILEIRO et al., 2012).

Há situações em que o aleitamento materno é prejudicado pelo retorno da mãe ao trabalho, que assim se caracteriza como elemento de vulnerabilidade da criança relacionado a agravos nutricionais, pois a mãe se depara com a realidade de afastar-se do filho e, na angústia de amamentar menos tempo que o necessário, arrisca-se a oferecer-lhe alimentos inapropriados. A mulher experimenta, assim, um conflito entre seus múltiplos papéis na sociedade e seu papel de nutriz, apesar de também discutir, ao menos nas grandes empresas, as facilidades laborais da atualidade. (MARTINS; ABREU; FIGUEIREDO, 2015).

Este cenário avançou em 2008, quando, por meio da Lei 11.770, criou-se o Programa Empresa Cidadã, prorrogando-se a duração da licença-maternidade, de 120 para 180 dias, mediante cadastro das empresas privadas interessadas na concessão de incentivos fiscais. (LIMA; LEÃO; ALCÂNTARA, 2013). A prorrogação da licença-maternidade permite às mães amamentarem por mais tempo, promovendo o convívio e a interação mãe-filho. (FERREIRA; D'ARTIBALE; BERCINI, 2013).

Ante a importância do tema, os profissionais de saúde devem identificar as dificuldades e os facilitadores particulares, com vistas à continuidade do aleitamento após o regresso da mulher ao trabalho, organizando ações de suporte adequadas à mulher e à família. Assim, o apoio profissional, bem como sua articulação com os

demais setores, torna possível o fortalecimento do ato de aleitar, impactando positivamente na sociedade em geral. (SILVA; DAVIM, 2012).

Outro ponto importante extraído das falas dos profissionais de saúde revela como elemento de vulnerabilidade relacionado a agravos nutricionais, a dificuldade no monitoramento da saúde da criança, algo que envolve organização do trabalho, normativas e ações realizadas pelos profissionais de saúde. Nesta frente, a atuação multidisciplinar nos programas de saúde é fundamental, constituindo-se como apoio à família, com vistas a não só orientar ao aleitamento materno e à introdução de alimentos complementares, mas também a atender às necessidades de mãe, filho e família. O acompanhamento da criança em risco de desmame precoce possui caráter de urgência, pois pode implicar comprometimento de seu adequado crescimento e desenvolvimento. (MARTINS et al., 2014).

A partir deste estudo conclui-se, inclusive com base nas falas dos participantes, que os enfermeiros buscam prestar assistência adequada. Contudo, encontram barreiras, na forma de ausência de condições estruturais e de apoio de outros setores, ao desenvolvimento do seu trabalho. Protocolos estabelecidos pelo próprio sistema de saúde têm demonstrado a consulta de enfermagem como ferramenta de aproximação à realidade das mães, crianças e família, oportunizando intervenções precoces e efetivas, quando associadas às ações de outros profissionais. (GASPARINO; SIMONETTI; TONETE, 2013).

As deficientes condições estruturais referem-se não apenas a condições de trabalho, mas também a relações intersetoriais, o que representa um obstáculo na esfera da assistência básica. O processo de trabalho dos profissionais pode não atingir com sucesso os objetivos do monitoramento, uma vez que enfrenta dificuldades estruturais no sistema, o que dificulta o cumprimento dos padrões estabelecidos pelas normas protocolares às importantes ações de acompanhamento do crescimento das crianças. (ROCHA; PEDRAZA, 2013; YAKUWA et al., 2015).

6.4 RESPONSABILIDADES FAMILIARES E DOS ENFERMEIROS NO CUIDADO À CRIANÇA

A classe cinco apresentou os seguintes vocábulos: **conselho tutelar; profissional de saúde; mães; leite; importância; cuidados com a criança; amamentação**. Esses vocábulos apresentaram-se mais frequentes e com valores de *qui-quadrado* mais elevados, com $p < 0,001$.

Nesta categoria, os profissionais de saúde expressaram aspectos identificados como elementos de vulnerabilidade da criança relacionados a agravos nutricionais: o desejo materno de não amamentar e a falta de apoio familiar para o aleitamento materno e para o cuidado à criança. Adicionalmente, os enfermeiros se questionaram se suas intervenções estavam atendendo às complexas demandas familiares. São questionamentos quanto à postura profissional e expectativas relacionadas às famílias. A seguir, trechos das falas dos enfermeiros que exemplificam tal entendimento:

Observa-se [a situação] na contrapartida daquelas **mães que têm muito leite e mães que não querem amamentar no peito porque acham que é fácil dar outros tipos de alimentos**. Um caso que chamou atenção porque a mãe não quer amamentar no peito e você vê que nada está favorecendo, nem a família apoia. (Enf04 Trad04).

[...] porque essa **falta de entendimento, da importância da amamentação e do cuidado da criança**, tem que **fazer parte do plano de ação para o envolvimento familiar**. (Enf05 Esf05).

Às vezes me pergunto se não nos vestimos de detentor do saber e não permitimos que o outro coloque sua opinião, e criamos barreira entre a mãe família profissional de saúde; as **mães olham para o profissional de saúde e concordam, mas vão embora e continuam sem nenhuma mudança no comportamento**. (Enf04 Trad04).

A orientação alimentar é muito válida, e hoje o **profissional de saúde não consegue fazer a orientação alimentar**. (Enf02 Trad02).

Tem casos que nos frustram profundamente; este caso me frustrou muito, e eu não quis mais participar da rede de proteção, porque as portas **da unidade básica de saúde têm que [se] manter abertas, o profissional de saúde está na unidade básica de saúde para ajudar**. (Enf03 Trad03).

O enfermeiro avalia: — Será que as informações que oferecemos estão sendo “captadas”? O enfermeiro está começando a fazer estes questionamentos: — Será que realmente o **profissional de saúde está passando as informações que precisa e está fazendo a escuta do outro?** (Enf04 Trad04).

O **profissional de saúde deve entender que os pais têm que ter responsabilidade**, mas tem casos que realmente temos que assumir [...],

às vezes temos **que apoiar e encaminhar certas situações ao conselho tutelar**. (Enf05 Esf05).

Eu participei da rede de proteção [por] muito tempo, e teve [sic] casos que realmente, mesmo o profissional de saúde ficando em cima, mesmo **comunicando o conselho tutelar, não teve o que fazer, a criança foi a óbito**. (Enf03 Trad03).

A mãe usava bico de silicone e a criança sugava só o silicone e nenhum leite, **foi monitorado o peso da criança** semanalmente, pedimos para a mãe **comparecer na unidade básica de saúde e, na sua ausência, mesmo sendo convênio, iríamos acionar o conselho tutelar** porque a criança perdia peso. (Enf06 Esf06).

Cada um tem sua função, e essa função se reparte com a responsabilidade familiar, com o usuário; o **enfermeiro não tem que ser paternalista, e sim cobrar a responsabilidade familiar**, aquilo que a família tem que incorporar e fazer pela saúde e pela própria vida. (Enf03 Trad03).

Na área de abrangência da unidade básica de saúde [em] que trabalho existe **um número muito grande de mães adolescentes, de 13 a 16 anos, que não querem amamentar**; é o que estamos tendo de resultado independente, se as mães têm um pouquinho ou não de esclarecimento, de entendimento de orientações. (Enf04 Trad04).

Neste estudo, as falas dos enfermeiros apontam para o fato de as mães não quererem amamentar, optando por oferecer alimentos industrializados, muitas vezes não ideais e pobres em vitaminas, com possibilidade de danos à criança. O fato, portanto, é considerado elemento de vulnerabilidade, uma vez que pode levar a agravos nutricionais em menores de dois anos. Daí a importância das atividades que promovem e protegem a amamentação, com vistas a atender aos diferentes níveis de necessidade da criança e da família. Esta iniciativa prevê a educação em saúde como a principal forma de manter essa prática, o que aproxima o contato mãe-família-profissional. (PASSANHA et al., 2013; KURIHAYASHI et al., 2015).

Neste processo, cabe ao enfermeiro valorizar, para além dos aspectos clínicos da criança, as queixas relatadas pela mãe, a fim de detectar possíveis situações preveníveis. O profissional passa a ser referência para a família, fazendo parte do cotidiano das pessoas assistidas, o que desencadeia uma série de desdobramentos que vão ao encontro das necessidades do binômio mãe-filho, incluindo a família em seu planejamento. (JUNGES; RESSEL; MONTICELLI, 2014).

O planejamento nas ações de intervenção abrevia a recuperação de agravos infantis já instalados (como anemia e deficiências de vitaminas) – a reposição e o controle de nutrientes garantem a plena condição de melhora da imunidade, o que

coloca a intervenção, quando oportuna, em linha com as práticas de saúde infantil. (MAIS et al., 2014).

No que diz respeito às orientações do profissional enfermeiro voltadas à alimentação infantil saudável, destaca-se o discurso de autocrítica, que questiona a sua própria efetividade e a do trabalho intersectorial. Assim, a necessidade de intervenção de outros setores não atendida em tempo e forma esperados deve ser considerada como elemento de vulnerabilidade. A aproximação do enfermeiro com as famílias deve ser vista como parte do trabalho do profissional, e inclui aspectos biopsicossociais, fundamentados no reconhecimento das particularidades de vida dos seus assistidos. (COSTA et al., 2012).

Neste estudo, as falas dos profissionais relacionam-se às políticas e estratégias voltadas à saúde, inclusive para a promoção e proteção ao aleitamento materno. No Brasil, a vigilância quanto ao cuidado alimentar das famílias é iniciativa governamental, a qual deve prezar a promoção de práticas saudáveis e o controle de distúrbios alimentares, por meio de programas nutricionais – estratégia eficiente de ação, que dá suporte aos profissionais de saúde para atuarem juntamente às famílias. (BRASIL, 2008).

Para tanto, há de se refletir sobre a importância das parcerias com órgãos que não se limitem à área da saúde. Neste estudo, verificou-se que os entraves sociais representam vulnerabilidade, devendo se considerar o trabalho em rede a fim de que os encaminhamentos atinjam resolutividade e, assim, seja possível diminuir a morbimortalidade de crianças. (VANDERELE; NAVARRETE, 2013).

Frente ao cenário de frustração referido por um dos profissionais entrevistados, cabe articulação estratégica que possibilite intervenções mais profundas, de maneira que o reconhecimento profissional por parte das famílias seja positivo, motivando a interação e auxiliando na resolutividade. (NAVARRO; GUIMARÃES; GARANHANI, 2013).

Porém, a julgar pelas falas dos enfermeiros em geral, o aspecto legal impede os profissionais de saúde de exigir a corresponsabilidade das famílias – a burocratização das condutas dificulta o acesso ao grupo familiar –, o que também é motivo de frustração para alguns profissionais. A burocratização pode gerar descrença entre os profissionais inseridos no processo de trabalho, e deve ser superada com vistas à potencialização das ações coletivas. Nesta perspectiva, o

repensar das práticas, com o intuito de ampliar a conduta dos profissionais, torna-se importante. (MELQUÍADES; LEITE, 2014).

6.5 O PAPEL DO ENFERMEIRO NO MONITORAMENTO DA SAÚDE DA CRIANÇA, DA GESTANTE E DA FAMÍLIA

A classe um apresentou os seguintes vocábulos: **papel; enfermeiro; monitoramento; perguntas; saúde; condições; agente comunitário de saúde; pré-natal; busca ativa; importante; gestante; perceber; comportamento; mãe; filho**. Esses vocábulos foram os mais frequentes na classe e com valores de *qui-quadrado* mais elevados, com $p < 0,001$.

Nesta categoria, os participantes do estudo observaram que o papel do enfermeiro é desempenhado sob dois modelos de trabalho, identificando-se a atuação dos enfermeiros de unidades básicas de saúde e a daqueles lotados em unidades da Estratégia Saúde da Família. Verificou-se neste estudo que, independentemente do modelo de trabalho, os profissionais autorreconhecem seu papel; qual seja, o de promotores de saúde frente às situações identificadas como prejudiciais para o estado nutricional da criança. Contudo, os enfermeiros consideram que os dois modelos assistenciais – o das unidades básicas de saúde e o das unidades Saúde da Família – são distintos entre si quanto ao processo de trabalho. As diferenças e limitações na atenção à saúde da criança foram expressas neste trabalho: indisponibilidade de tempo para a adequada consulta rotineira de enfermagem na puericultura; tempo insuficiente para a realização de visitas domiciliares; inquietação frente ao cumprimento dos protocolos de pediatria, devido ao tempo reduzido que os enfermeiros têm para a execução de tarefas de cunho assistencial e administrativo.

Os enfermeiros relatam, ainda, que na Estratégia Saúde da Família o número de profissionais é maior, condição que atende de forma mais adequada às necessidades da população.

Considerando-se que o processo de trabalho dos enfermeiros pode comprometer o adequado monitoramento da qualidade da alimentação infantil, as limitações relatadas configuram-se como elemento de vulnerabilidade relacionado a agravos nutricionais de crianças com menos de dois anos. As falas dos enfermeiros estão expressas nos seguintes segmentos de texto:

O papel do enfermeiro começa no pré-natal da mulher; o enfermeiro faz o pré-natal da gestante, **o enfermeiro faz todas as perguntas a fim de levantar situações de risco, se a gravidez foi desejada, o comportamento da mãe.** (Enf01 Esf01).

O papel do agente comunitário de saúde para o monitoramento do estado vacinal da criança e **o papel do enfermeiro** é começar o **monitoramento** do peso da criança, avaliar as condições de saúde da mãe e filho, manter monitoramento do peso da criança – semanal –, **avaliar** o monitoramento do aleitamento materno. (Enf01 Esf01).

A situação de cada caso **exige o papel do enfermeiro [com] diferentes condutas.** Questões da mídia, televisão; tinha uma mãe que a criança com dois meses dava [sic] adoçante no leite artificial; isso prejudicava totalmente a capacidade imunitária da criança e aconteciam hospitalizações por pneumonia. (Enf05 Esf05).

[...] monitorar a introdução do leite artificial... é importante **o papel do enfermeiro**, quando avaliamos o conhecimento dos hábitos da família, o comportamento da mãe, para **que o papel do enfermeiro, de educador**, [de] esclarecer que as condições de saúde da mãe podem refletir na formação da criança. (Enf06 Esf06).

Como a intenção é **sistematizar as ações** de todos os profissionais de saúde, principalmente o **papel do enfermeiro**, nesses programas de saúde... (Enf02 Trad02).

[...] é mais difícil o **acompanhamento e monitoramento** do peso da criança e das condições de saúde da família, não temos mais tempo para isso. (Enf04 Trad04).

O **papel do enfermeiro** é de disponibilizarmos [sic] o cadastro [dar baixa no prontuário] da mãe e filho para que possa procurar outra unidade básica de saúde, mas dificilmente consegue **acompanhar a criança.** Eu não saio [para] fazer busca ativa na área de abrangência; eu atendo os casos que me procuram [sic] na unidade básica de saúde. (Enf02 Trad02).

Hospitalizações por diarreia, baixo peso ao nascer e outras complicações para o crescimento e desenvolvimento do lactente, avaliar o entendimento cognitivo da família e entendimento cognitivo da mãe, é [sic] importante para saber a dimensão do prejuízo para esta criança. **O papel do enfermeiro [consiste] em perceber situação de alerta e fazer os** encaminhamentos necessários. (Enf01 Esf01).

É [sic] mais difícil o **acompanhamento e monitoramento** do peso da criança e as condições de saúde da família; o agente comunitário de saúde faz a busca ativa e traz muitos casos de **prejuízos da criança, como de vacina atrasada, precário cuidado à criança;** percebemos certo grau de **depressão materna.** (Enf02 Trad02).

[...] quando a gestante já era **dependente química**, a compreensão da gestante... percebemos que não dá uma devolutiva boa nas perguntas que fazemos, que aparenta ser uma **mãe desatenta**, caracterizando uma situação [em] que devemos fazer o acompanhamento das **condições de saúde da família e gestante.** (Enf04 Trad04).

Neste estudo, a fala dos enfermeiros acerca do cuidado à criança, à gestante e à família vai além do cuidar estritamente biológico, compreendendo a

investigação de vários outros aspectos: comportamentais da mãe, ambiente em que ela vive, modo como a família percebe o autocuidado. Ou seja, o papel do enfermeiro contempla aspectos abrangentes do cotidiano das famílias, e o cuidado que o profissional a elas dispensa (bem como aos vários grupos na comunidade) baseia-se no vínculo que deve ser estabelecido entre as partes, o qual propicia o conhecimento de necessidades particulares, da cultura e da compreensão dos significados de valores e princípios nas famílias. (MORENO-FERGUSON, 2013).

Portanto, compreender que as particularidades de ordem física, econômica e social influenciam o cotidiano da gestante, da criança e da família, e quais delas representam fragilidades ou potencialidades, auxilia o profissional no direcionamento da conduta. O trabalho em equipe, no qual o enfermeiro está inserido, possibilita sua aproximação com a família e a identificação das situações e dos encaminhamentos intersetoriais adequados (como o serviço social e a educação), caracterizando-se como importante ferramenta de ação. (PEIXOTO et al., 2011).

A identificação dos sinais de alerta, expressos pelos participantes nesse estudo, indica ser fundamental a atuação do enfermeiro desde o pré-natal, pois é já nesta fase que os profissionais compreendem o contexto da família e suas dimensões, reconhecendo suas potencialidades e fragilidades. A atuação tempestiva também possibilita a aproximação com as famílias, o que pode facilitar uma eventual orientação alimentar singular e adequada, à medida que se estabelece a introdução de alimentos industrializados.

O enfermeiro, no desempenho de atividades assistenciais ou educacionais, e também nas intervenções multidisciplinares, representa papel importante nas condutas em equipe e nas discussões acerca das políticas de saúde e sociais decorrentes deste processo, o que contribui para a reorganização das ações preventivas e pode ampliar o olhar dos profissionais quanto à assistência. (BRANDÃO; GODEIRO; MONTEIRO, 2012; SOUZA; BORGES; LOPES, 2014).

Neste estudo, os profissionais relataram a diferença no processo de trabalho das equipes, que varia conforme o modelo assistencial, e reconheceram que essa diferença influencia no grau de vínculo com as famílias. O vínculo é uma das ferramentas que potencializa a atuação dos profissionais e o contato direto com as famílias, decorrente da estreita e contínua aproximação entre as partes, não sendo suficiente apenas a execução dos protocolos normativos preconizados pelas políticas de atenção à saúde da criança. (CAMPOS et al., 2014).

O acompanhamento do estado de saúde da criança visa reduzir a morbimortalidade e intensificar ações de cuidados ao crescimento e desenvolvimento infantil, almejando-se que agravos de inúmeras naturezas sejam oportunamente identificados e encaminhados. Contudo, constata-se que o período de atuação do enfermeiro, além de disponibilizado à consulta de enfermagem na puericultura, é também distribuído em atendimentos assistenciais e ações gerenciais, tornando-se, pela escassez de tempo, incompatível com um adequado monitoramento da criança e repasse de orientações à família. (SUTO; LAURA; COSTA, 2014).

Barreiras estruturais, sobrecarga de trabalho e exigências administrativas estão presentes no cotidiano do trabalho do enfermeiro, o que prejudica o estabelecimento de vínculo com a criança e a família. Porém, a organização da equipe, priorizando a consulta do enfermeiro em puericultura, aliada às condições favoráveis no processo de trabalho, pode qualificar a assistência prestada, dando credibilidade e segurança à família. (CAMPOS et al., 2011).

O estudo também identificou a dificuldade em realizar a visita domiciliar, conforme o modelo de trabalho. O potencial do enfermeiro em conhecer as condições das famílias às quais assiste desde a gestação pode ser utilizado para reduzir a ocorrência de hábitos maternos nocivos ao feto. O impacto positivo das visitas domiciliares é evidenciado pelas taxas de sobrevivência materno-fetal, adesão ao aleitamento materno e consequente desenvolvimento neurocognitivo infantil adequado. (MILLER, 2015).

O monitoramento da saúde nutricional da criança, por meio da consulta de enfermagem, busca se aproximar da mãe e da família, incentivando-as a assumir seu papel de cuidadores. Neste estudo, os enfermeiros percebem a família se abstendo da responsabilidade que lhes cabe, o que representa elemento de vulnerabilidade. Portanto, a consulta de puericultura deve incluir a família no cuidado à criança, a fim de estabelecer uma relação de confiança entre esses atores. (SUTO; LAURA; COSTA, 2014).

Os enfermeiros ainda citaram, como elementos de vulnerabilidade relacionados a agravos nutricionais, outras situações detectadas durante a consulta de enfermagem, como doenças maternas, dependência química e gestação indesejada. O uso e o abuso de substância química pela mãe (que, em tal situação, revela já ser portadora de doença mental) resultam em efeitos degenerativos para o

contato mãe-filho. Portanto, medidas estratégicas nas agendas dos governos, que contemplem inclusive o início da gestação, são cruciais, podendo abreviar precocemente situações de exposição a agentes químicos. (JONSSON; SALMON; WARREN, 2014).

Ademais, os esforços governamentais na adoção de programas de prevenção ao uso de drogas ilícitas por gestantes diminuí o impacto negativo na economia, pois repercute em significativas complicações de ordem individual, familiares e na sociedade. (POPOVA et al., 2011; ZOOROB et al., 2014).

Nessa perspectiva, o papel que o profissional desenvolve frente às dimensões que lhe são atribuídas pauta-se em políticas públicas que contemplam estratégias de prevenção e educação em saúde para as populações, em especial às crianças. Nos serviços de saúde, o enfermeiro, como parte de uma equipe, assume o compromisso de oferecer assistência de qualidade e busca garantir segurança para a mãe e o bebê. (YABUUTI; BERNARDY, 2014).

A gestação implica mudanças físicas e psicológicas importantes, e leva a mãe a não enxergar situações de risco para o seu filho. Nesta ocasião, é relevante a abordagem apropriada dos profissionais de saúde, para que a mãe atenda satisfatoriamente, com o apoio da família, à sua responsabilidade. O aporte psicológico pode garantir que essa mãe consiga zelar pelo adequado crescimento e desenvolvimento da criança. Caso contrário, o desmame se torna inevitável. (GREINERT; MILANI, 2015).

O enfermeiro deve considerar as condições de vida da gestante e da família, a fim de planejar intervenções educativas e um efetivo tratamento durante o ciclo gravídico-puerperal. O intuito de reduzir danos ao feto e de sensibilizar a mãe para eventual tratamento e recuperação de sua saúde mental certifica iniciativas públicas de prevenção de doenças e de comprometimento com a prole. (ROCHA; PEDRAZA, 2013).

Com relação à ausência de aleitamento materno e à administração precoce e inoportuna de leite artificial, o estudo indica que tais situações estão associadas a agravos como diarreia, havendo, ainda, a julgar pelas citações dos enfermeiros, associações com baixo peso, o qual também representa elemento de vulnerabilidade. A disponibilização desses relatos pode auxiliar o profissional no planejamento das ações de cuidado, no intuito de promover a assistência adequada à criança. Os relatos estão em linha com os resultados de pesquisa sobre a

qualidade no pré-natal e na puericultura (PEDRAZA; ROCHA; CARDOSO, 2013), associada à redução de morbidades que são preveníveis mediante intervenção em tempo hábil.

O estudo permite ainda concluir que o baixo peso ao nascer é elemento de vulnerabilidade, pois, se não revertido, pode levar à desnutrição já no primeiro ano de vida, com consequências vinculadas a futuras alterações cognitivas e comportamentais, trazendo outros transtornos na fase adulta. Trata-se de fenômenos agressivos e conflitantes, com frequentes desajustes sociais, que podem ser reflexos do mau estado nutricional infantil. (WEMHÖNER et al., 2011).

Observou-se, ainda, que certos agravos da criança, advindos de elementos de vulnerabilidades – entre eles, as deficiências vitamínicas e anemias ocorridas já nos primeiros meses de vida do lactente, que derivam, muitas vezes, de um subdesenvolvimento fetal – devem ser corrigidos por suplementações de ferro e pela administração oral de vitamina A. Os serviços de saúde, como procedimento protocolar, vêm instituindo essa prática a todas as crianças até os cinco anos de idade. A prevalência da anemia em crianças com menos de dois anos está associada a aspectos socioeconômicos, ambientais, demográficos e maternos, ao acesso deficitário a serviços de saúde, ao desmame precoce, ao consumo de leite de vaca e à baixa ingestão de alimentos ricos em ferro. (SILVA de PAULA et al., 2014).

A hipovitaminose, as condições intrauterinas desfavoráveis (por exemplo, restrição do crescimento uterino) e certas doenças maternas (como a desnutrição) são responsáveis por altas taxas de morbimortalidade infantil. A situação é caótica em países de baixas e médias rendas, o que aumenta drasticamente a carga global de doenças da criança. Como se trata de impacto negativo resultante de fatores relacionados à deficiente nutrição materna, políticas públicas que promovam a alimentação saudável representam uma possibilidade de intervenção com vistas à redução das ocorrências. (ADAIR et al., 2013).

Por todo o exposto, destaca-se a importância das intervenções do enfermeiro voltadas à assistência das gestantes, da família e da comunidade, inclusive quanto à organização do trabalho como base para o desenvolvimento de vínculos e de ações oportunas de promoção de saúde. A qualidade do serviço prestado possibilita, ao mesmo tempo, melhoramentos no fluxo intersetorial, beneficiando a rede de assistência infantil. (NIQUINI et al., 2012).

6.5.1 Ações para o enfrentamento dos elementos de vulnerabilidade para agravos nutricionais de crianças

O enfermeiro, como profissional de saúde, está capacitado para atuar em diversos níveis de assistência, seja ela individual ou comunitária. Para tanto, segue normas e diretrizes preconizadas pelos serviços e considera aspectos que vão além das queixas clínicas. Na formação profissional, o enfermeiro desenvolve competências e habilidades que buscam contemplar a complexa demanda (e corresponder a ela) não somente no âmbito curativista, mas também no da promoção de saúde e prevenção de agravos.

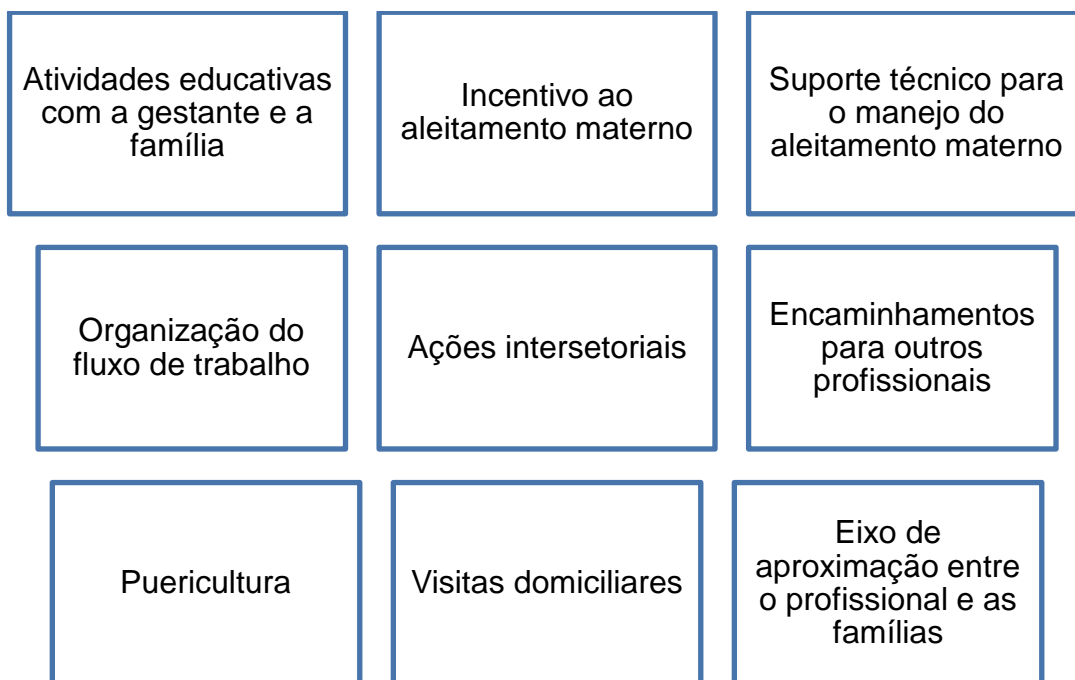
O enfermeiro, ao trabalhar com famílias, sobretudo as que têm crianças com menos de dois anos, procura refletir acerca das condições socioeconômicas, das influências histórico-culturais e da inserção dessas famílias no mercado de trabalho. Observa, assim, várias situações que expõem a criança à vulnerabilidade, buscando compreender seu conceito, o que lhe possibilita aproximar-se dos aspectos que podem determinar ou predispor a um agravo.

Contudo, o conhecimento técnico adquirido na formação não responde às necessidades das famílias acerca da alimentação infantil saudável, e o profissional enfrenta frustração adicional no desempenho do seu trabalho, pois esbarra em entraves políticos-programáticos e sociais aos quais as famílias estão sujeitas. Destarte, os elementos que influenciam e prejudicam a criança quanto a ter uma alimentação saudável impulsionam intervenções que agregam o trabalho interdisciplinar e intersetorial, com vistas ao suporte familiar e materno.

Frente a isso, discussões acerca da garantia do acesso aos alimentos, com qualidade e quantidade suficientes, e respeitando a cultura e as crenças dos indivíduos, devem permear encontros com a população, como forma de mobilização social, procurando possibilitar, às famílias em situação de vulnerabilidade social, o exercício, com dignidade, do direito à alimentação. A educação nutricional é parte fundamental da segurança alimentar, e visa à orientação sobre a aquisição, o aproveitamento e a conservação dos alimentos, bem como sua introdução adequada no cardápio das crianças, especialmente aquelas com menos de dois anos.

Neste sentido, desenvolver ações que promovam a reflexão das pessoas quanto ao papel protetor dos alimentos oportuniza o exercício da cidadania e incentiva a participação nas decisões políticas da comunidade em que vivem.

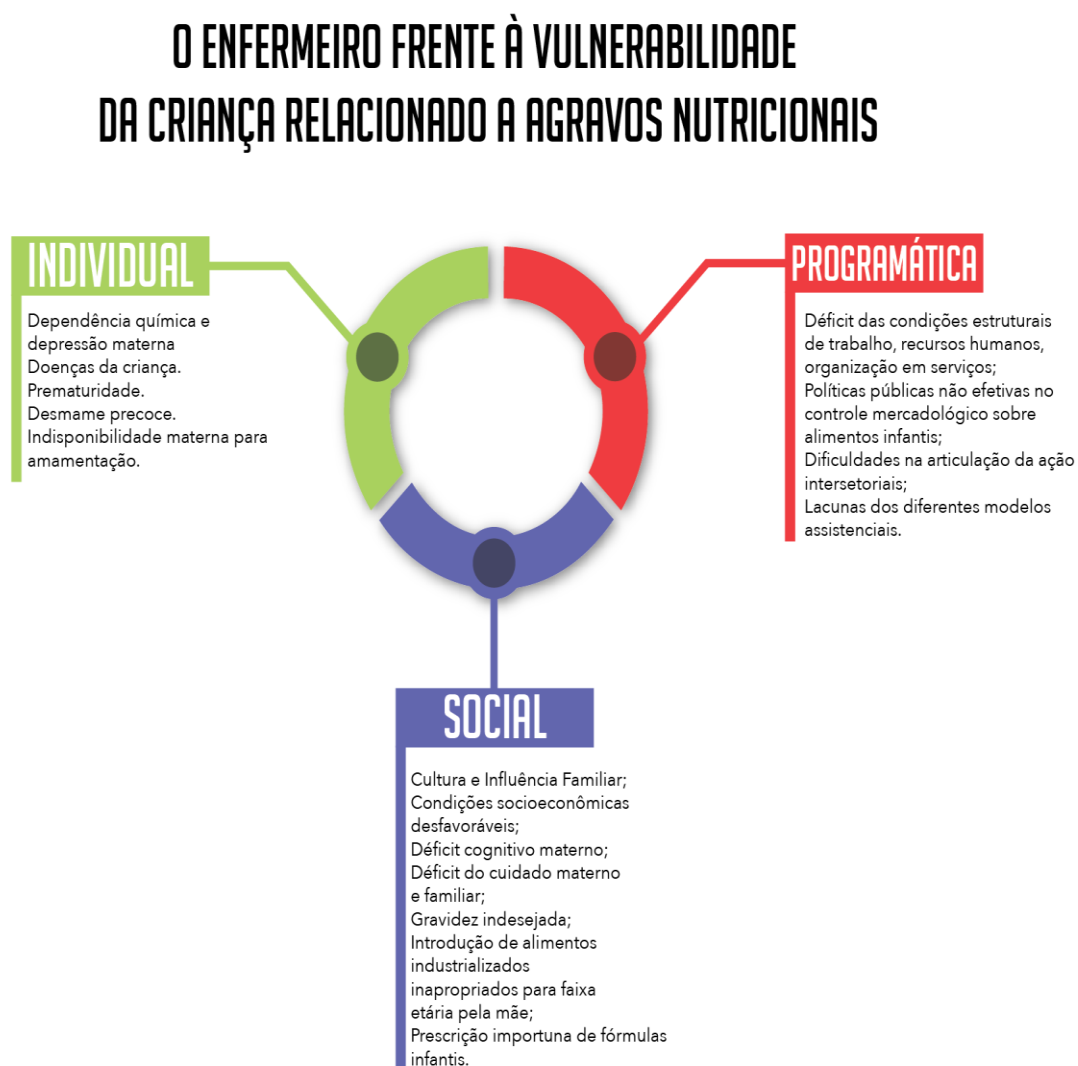
FIGURA 7 – SÍNTESE GERAL DAS AÇÕES REALIZADAS SEGUNDO DISCURSOS DOS PROFISSIONAIS



FONTE: A autora (2015).

7 SÍNTESE GERAL DOS ELEMENTOS DE VULNERABILIDADE DA CRIANÇA RELACIONADOS A AGRAVOS NUTRICIONAIS

FIGURA 8 – ELEMENTOS DE VULNERABILIDADE RELACIONADOS A AGRAVOS NUTRICIONAIS



FONTE: A autora (2015).

Apresentada a síntese dos resultados deste estudo, foram agrupados os elementos de acordo com as dimensões individual, social e programática, a partir do referencial teórico de Ayres (2003). Identificaram-se, assim, os elementos que influenciam a adequada alimentação infantil, considerando-se que os enfermeiros, na sua prática profissional do dia a dia, extrapolam a dimensão estritamente biológica dos agravos nutricionais relacionados a menores de dois anos.

Nessa perspectiva, os elementos de vulnerabilidade que compõem a **dimensão individual** compreendem condições biológicas desfavoráveis relacionadas à mãe e à criança, o que predispõe a agravos nutricionais. Existe, portanto, nos discursos dos profissionais, uma correlação desses elementos, o que permite entender o significado do impacto da exposição da criança e suas consequências para o adequado desenvolvimento infantil.

A análise dos elementos considerados de vulnerabilidade possibilita aos profissionais elaborar um plano assistencial, com ações de prevenção de cunho ambulatorial e educativo que contemplem as necessidades do binômio mãe-filho. As atividades devem detectar e encaminhar situações de exposição da mãe ou da criança, no intuito de aumentar a resolutividade precoce dos achados.

Quanto à **dimensão social**, os elementos relacionam os condicionantes que derivam do contexto social, cultural e econômico das famílias com o modo como elas se percebem frente à sua inserção social e o poder de decisão sobre suas vidas. Nesse contexto, os aspectos que compõem tal dimensão estão atrelados às situações vividas pelas famílias, em um campo desfavorável à releitura dos seus papéis, pois inseridas em um sistema social que contempla condições socioculturais e econômicas.

Na **dimensão programática** situam-se elementos que dizem respeito à organização político-programática das ações e serviços de assistência à saúde. Contudo, os profissionais, neste estudo, deixaram claro que dificuldades relacionadas ao modelo do processo de trabalho, às demandas midiáticas, às fragilidades nas políticas públicas de saúde e sociais trazem como desfecho a falta de efetividade das ações de promoção de saúde e prevenção de doenças. Com relação à nutrição infantil, a insegurança alimentar representa um problema frequentemente debatido em discussões em larga escala.

A compreensão dos elementos de vulnerabilidade pode possibilitar um estreito diálogo entre vários segmentos intersetoriais e profissionais, cujo objetivo comum é a percepção de que o adoecimento e a incapacidade são influenciados por aspectos políticos, sociais e econômicos. (SILVA et al., 2013).

Portanto, reconhecer, nos elementos de vulnerabilidade, condicionantes para agravos nutricionais em menores de dois anos, bem como estreitar vínculos com as famílias acompanhadas, é o desafio para os profissionais enfermeiros que atuam na atenção primária.

8 GUIA PARA IDENTIFICAÇÃO E MONITORAMENTO DOS ELEMENTOS DE VULNERABILIDADE DA CRIANÇA RELACIONADOS A AGRAVOS NUTRICIONAIS

A partir das informações obtidas neste estudo criou-se uma proposta de guia a fim de auxiliar o trabalho do enfermeiro para o atendimento de crianças menores de dois anos. O guia contempla questões, selecionadas a partir das falas dos enfermeiros participantes deste estudo, que vêm ao encontro das necessidades de identificar e monitorar os elementos de vulnerabilidade relacionados a agravos nutricionais. O objetivo deste formulário, o qual pode auxiliar no levantamento de dados com enfoque nas dimensões da vulnerabilidade, é subsidiar os enfermeiros em sua prática profissional.

PROPOSTA DE GUIA PARA A IDENTIFICAÇÃO E MONITORAMENTO DOS ELEMENTOS DE VULNERABILIDADE

Guia de identificação e monitoramento dos elementos de vulnerabilidade da criança relacionados a agravos nutricionais

Dados gerais:

1. Nome da criança: _____
2. Nome da mãe: _____
3. Data de nascimento: _____
4. IG ao nascer: _____
5. Apgar: _____
6. Peso ao nascer: _____
7. Má-formação ao nascer: _____

Dados sociais:

8. Idade materna: _____
9. Número de filhos vivos: _____
10. Gestação atual planejada: _____

11. Planos para amamentar: _____
12. Situação conjugal: _____
13. Situação de moradia: _____
14. Grau de instrução materno: _____
15. Residentes no domicílio: _____
16. Ocupação materna: _____
17. Renda familiar: _____
18. Vínculos sociais da família: _____

ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO:

19. Há disponibilidade de tempo para acompanhamento da criança aos Serviços de Saúde? _____
20. Tem referência com algum profissional no serviço de saúde? _____
21. A família recebe benefício social? _____
22. A família participa de algum tipo de movimento na comunidade? _____
23. Quem lhe ajuda a definir os cuidados de saúde? _____

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo permitiu verificar, a partir das falas dos enfermeiros, o entendimento que esses profissionais possuem acerca dos aspectos que eles consideram como elementos de vulnerabilidade da criança relacionados a agravos nutricionais. O reconhecimento destes determinantes, sob a perspectiva das dimensões individual, social e programática, possibilita extrapolar as ações centradas na dimensão biológica do ser humano – em particular, no caso de criança.

Dessa forma, o repensar das práticas do enfermeiro, embasado na concepção de vulnerabilidade por Ayres et al. (2003), propicia intervenções intersetoriais, inclusive na esfera política e, especialmente, locais, tornando possível a organização do processo de trabalho de forma que sejam contempladas atividades cuja implementação seja viável e que possam garantir uma releitura das necessidades das famílias destinatárias do serviço.

A condição da criança, de vulnerabilidade e dependência, requer o vínculo dos profissionais enfermeiros com a família em todas as abordagens, de forma que esta incorpore a responsabilidade que lhe cabe, embora sustentada na rede de apoio formada por seus pares, por outros profissionais e pelo Estado. Considera-se relevante a reflexão de todos esses participantes sobre os elementos de vulnerabilidade da criança relacionados a agravos nutricionais, bem como seu entendimento sobre alimentação infantil saudável.

A discussão entre os enfermeiros quanto às divergências e convergências do processo de trabalho e quanto à variação do modelo assistencial pode levar a diferentes práticas no cotidiano do trabalho, as quais podem significar abordagens mais adequadas e efetivas em relação às necessidades de saúde da criança menor de dois anos. Contudo, percebeu-se neste estudo que, embora haja intensas articulações intersetoriais que vão ao encontro de ações para o enfrentamento das vulnerabilidades, os profissionais consideram essas ações insuficientes, ante as crescentes desigualdades sociais entre as famílias.

Contínuos investimentos em serviços básicos de saúde, ao lado de parcerias intersetoriais, são fundamentais à minimização de descompassos e ao aumento de efetividade na atuação dos profissionais, o que depende da reorganização das agendas de saúde e da priorização das ações.

Nessa perspectiva, a contribuição deste estudo para a enfermagem está na teorização da prática vivenciada diariamente pelos enfermeiros e no reconhecimento das diversas possibilidades de desenvolvimento das ações, de maneira sistematizada, quando inseridas no contexto da consulta de enfermagem.

Aos enfermeiros, o vislumbrar de sua práxis, a partir das discussões acerca do reconhecimento dos elementos de vulnerabilidade da criança relacionados a agravos nutricionais, oportunizou um novo repensar e a elaboração de ações que se firmaram como de importância coletiva. Esses profissionais, uma vez sensibilizados para além do olhar biológico do processo saúde-doença, avançaram para uma discussão que envolve outros níveis de complexidade, os quais não se restringem unicamente à saúde.

Este estudo almejou, portanto, não apenas instigar debates entre os enfermeiros, mas contribuir para o repensar de novas olhares sobre as estratégias governamentais, evidenciando-se a necessidade de ações para o enfrentamento dos elementos de vulnerabilidade, uma vez que vão além do caráter biológico.

Assim, a observação de aspectos que expõe as crianças para os agravos nutricionais possibilitam a elaboração de novas tecnologias de cuidado as quais podem redirecionar atuações *in loco* e discussões em outros níveis de planejamento.

REFERENCIAS

ADAMO, K. B.; BRETT, K. E. Parental Perceptions and Childhood Dietary Quality. **Maternal and Child Health Journal**, New York, v. 18, p. 978–995, 2014. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/244481825_Parental_Perceptions_and_Childhood_Dietary_Quality>. Acesso em: 24 jul. 2014.

ADAIR, L. S. et al. Associations of linear growth and relative weight gain during early life with adult health and human capital in countries of low and middle income: findings from five birth cohort studies. **The Lancet**, London, v. 382, n. 9891, p. 525–534, 2013. Disponível em: <http://ac.els-cdn.com/S0140673613601038/1-s2.0-S0140673613601038-main.pdf?_tid=c6c5eeb2-c6e3-11e4-984d-00000aacb360&acdnat=1425964412_205165cbd22646b47891d8baf1883793>. Acesso em: 10 out. 2014.

AMADEU, M. S. U. S., et al. **Manual de normalização de documentos científicos**: de acordo com as normas da ABNT. Curitiba: Ed. UFPR, 2015

ANDRADE, R. D., et al. Factores relacionados a la salud de la mujer en el puerperio y los efectos en la salud del niño. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 181-186, mar. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452015000100181&script=sci_arttext&lng=es>. Acesso em: 19 set. 2015.

ARCOS, E. et al. Efetividade do Sistema de Proteção Integral da Infância em mães e crianças vulneráveis. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 5, [09telas], set./out. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n5/pt_0104-1169-rlae-21-05-1071.pdf>. Acesso em: 18 set. 2014.

AYRES, J. R. C. M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia, D. (Org.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro, RJ: Ed. Fundação Oswaldo Cruz, 2003. p. 117-139.

_____; PAIVA, V.; FRANÇA JUNIOR, I. From natural history of disease to vulnerability. In: PARKER, R.; SOMMER, M. **Routledge handbook in global public health**. New York: Routledge, 2011. p. 98-107.

AZEREDO, C. M. et al. A problemática da adesão na prevenção da anemia ferropriva e suplementação com sais de ferro no município de Viçosa (MG). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, mar 2013. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-669708>>. Acesso em: 15 out. 2014.

BALARAJAN, Y. et al. Anaemia in low-income and middle-income countries. **The Lancet**, London, v. 378, n. 9809, p. 2123-2135, Dec./Jan. 2011. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673610623045>>. Acesso em: 15 out. 2014.

BARATIERI, T. et al. Consulta de enfermagem em puericultura: um enfoque nos registros de atendimento. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 4, n. 1, p. 206-216, jan. /mar. 2014. Disponível em: <<http://cascavel.cpd.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/8553>>. Acesso em: 17 out. 2015.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARKER, D. J. P. The developmental origins of chronic disease in later life. In: **Nutritional Health**. Clifton: Humana Press, 2012. p. 59-86.

BATISTA FILHO, M.; MELO, M. N. T. Alimentos e brinquedos. **Caderno da Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, jan. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2013000100003&script=sci_arttext>. Acesso em: 01 nov. 2015.

BELO, M. N. M. et al. Aleitamento materno na primeira hora de vida em um Hospital Amigo da Criança: prevalência, fatores associados e razões para sua não ocorrência. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 14, n. 1, jan./mar. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v14n1/1519-3829-rbsmi-14-01-0065.pdf>>. Acesso em: 04 maio 2015.

BHALOTRA, S.; RAWLINGS, S. B. Intergenerational persistence in health in developing countries: the penalty of gender inequality? **Journal of Public Economics**, Amsterdam, v. 95, n. 3, p. 286-299, 2011. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0047272710001593>>. Acesso em: 17 fev. 2015.

BERTINI, G.; BRESCHI, R.; DANI, C. Physiological weight loss chart helps to identify high-risk infants who need breastfeeding support. **Acta Paediatrica**, Oslo, v. 104, n. 10, p. 1024-1027, Oct. 2015. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/apa.12820/epdf>>. Acesso em: 17 nov. 2015.

BEZERRA, M. G. S. et al. Factors associated with food insecurity in families of beneficial owners transfer income program in the municipality of Brazilian semi-arid. **Journal of Research Fundamental Care**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 6, p. 234-239, Dec. 2014. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewArticle/3495>>. Acesso em: 13 out. 2014.

BHAT, T. N. Development of Primary Health Care Systems and MCH Services in Karnataka. **Journal of Health Management**, New Delhi, v. 16, p. 113-131, Mar. 2014. Disponível em: <<http://jhm.sagepub.com/content/16/1/113.short>>. Acesso em: 05 out. 2014.

BOCCOLINI, C. S. et al. Breastfeeding during the first hour of life and neonatal mortality. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 89, n. 2, p. 131-132, 2013. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2255553613000220>>. Acesso em: 13 out. 2014.

BORGES, C. A. et al. Quanto custa para as famílias de baixa renda obterem uma dieta saudável no Brasil?. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p. 137-148, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_Arttext&pid=S0102-311X2015000100137>. Acesso em: 21 out. 2015.

BRANDÃO, I. C. A.; GODEIRO, A. L. S., MONTEIRO, A. I. Assistência de enfermagem no pré-natal e evitabilidade de óbitos neonatais. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. esp 1, p. 596-602, dez, 2012. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v20nesp1/v20e1a08.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2015.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição: República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 18 set. 2015.

_____. **Lei nº 11.770**, de 9 de setembro de 2008. Cria o Programa Empresa Cidadã, destinado à prorrogação da licença-maternidade mediante concessão de incentivo fiscal, e altera a Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2008/Lei/L11770.htm>. Acesso em: 18 set. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.

_____. _____. **Portal Brasil Informes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2013/09/taxa-de-mortalidade-infantil-no-pais-cai-77-desde-1990>>. Acesso em: 01 out. 2014.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. _____. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Criança: nutrição infantil: aleitamento infantil e alimentação complementar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_nutricao_aleitamento_alimentacao.pdf>. Acesso em: 06 set. 2015.

_____. _____. _____. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. _____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

BRASILEIRO, A. A., et al. A amamentação entre filhos de mulheres trabalhadoras. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 642-648, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n4/3731.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2015.

BRONFENBRENNER, U. Ecological models of human development. In: **International Encyclopedia of Education**, 2nd. ed., Oxford: Elsevier, 1994. v. 3. Reprinted. In: GAUVAIN, M.; COLE, M. (Ed.). **Readings on the development of children**, 2nd ed. NY: Freeman, 1993, p. 37-43.

CAMARGO, B. V. ALCESTE: um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. In: MOREIRA A. S. P. (Ed.). **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa, PB: Ed. UFPB, 2005. p. 511-539.

_____; JUSTO, A. M. **Tutorial para uso do software análise textual IRAMUTEQ**. Universidade Federal de Santa Catarina, 2013. Disponível em: <<http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais>>. Acesso em: 30 mar. 2015.

CAMPOS, A. A. O. et al. Aconselhamento nutricional de crianças menores de dois anos de idade: potencialidades e obstáculos como desafios estratégicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 529-538, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v19n2/1413-8123-csc-19-02-00529.pdf>>. Acesso em: 04 out. 2014.

CAMPOS, R. M. C. et al. Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 566-574, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/v45n3a03.pdf>>. Acesso em 31 out. 2015.

CARVALHO, O. M. C. et al. Prevalência dos diagnósticos de enfermagem de amamentação no binômio mãe-filho em Unidade Básica de Saúde. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 15, n. 1, p. 99-107, Jan. /Fev. 2014. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1482/pdf>>. Acesso em: 17 out. 2015.

CARTA DE OTTAWA. Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, 1. Ottawa -Canadá, 1986. Disponível em: <http://www.mpba.mp.br/atuacao/cidadania/gesau/legislacao/internacionais/carta_ottawa.pdf>. Acesso em: 07 out. 2014.

CHAGAS, D. C. et al. Prevalência a fatores associados à desnutrição e ao excesso de peso em menor de cinco anos nos seis municípios do Maranhão. **Revista Brasileira de Epidemiologia, São Paulo**, v. 16, n. 1, p. 146-156, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v16n1/1415-790X-rbepid-16-01-0146.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2014.

COELHO, L. C. et al. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional/ SISVAN: conhecendo as práticas alimentares de crianças menores de 24 meses. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 727-738; 2015. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v20n3/pt_1413-8123-csc-20-03-00727.pdf>. Acesso em: 21 out. 2015.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Lei n 7.498/86, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário da União, Brasília, 26 de jul. de 1986. Seção 1, p. 9273-

9275. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html>. Acesso em: 30 set. 2015.

_____. **Resolução COFEN-358/2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília-DF, 15 de outubro de 2009. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 30 set. 2015.

CORONA, L. P.; CONDE, W. L. O efeito do aleitamento na composição corporal de menores de três anos em São Paulo, Brasil. **Journal of Human Growth and Development**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 376-381, 2013. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/jhgd/article/viewFile/69500/72081>>. Acesso em: 13 out. 2014.

COSTA, L. et. al. Significado da consulta de enfermagem em puericultura: percepções de enfermeiras de Estratégia Saúde da Família. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 11, n. 4, p. 792-798, out./dez. 2012. Disponível em: <http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/19414/pdf_1>. Acesso em: 02 nov. 2015.

COSTA, S. M. M.; HORTA, P. M.; SANTOS, L. C. Análise dos alimentos anunciados durante a programação infantil em emissoras de canal aberto no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 16, n. 4, p. 176-183, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v16n4/pt_1415-790X-rbepid-16-04-00976.pdf>. Acesso em: 04 nov. 2015.

CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde. **Boletim do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, 2011**. Disponível em: <<http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/index.php/vigilancia/epidemiologica/sistema-de-vigilancia-alimentar-e-nutricional>>. Acesso em: 09 out. 2014.

_____. _____. **Curitiba**. Curitiba, 2014. Disponível em: <www.saude.curitiba.pr.gov.br>. Acesso em: 14 out. 2014.

CURSINO, E. G.; FUJIMORI, E. Integralidade como uma dimensão das práticas de atenção à saúde da criança: uma revisão bibliográfica. **Revista de Enfermagem. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. esp.1, p. 676-680, dez. 2012. Disponível em: <<https://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/5969/5368>>. Acesso em: 24 set. 2014.

EIJSDEN, M. V. et al. Cultural variation in early feeding pattern and maternal perceptions of infant growth. **British Journal of Nutrition**, Cambridge, n. 114, p. 481-488, 2015. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26166487>>. Acesso em: 30 set. 2015.

EISENBERG, S. R. et al. Maternal report of advice received for infant care. **Pediatrics**, Evanston, v. 136, n. 2, Aug. 2015. Disponível em: <<http://pediatrics.aappublications.org/content/136/2/e315.full.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2015.

ESCOREL, S. Efetivar a Reforma Sanitária por meio da participação social. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n 10, out. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n10/a05v29n10.pdf>>. Acesso em: 04 out. 2014.

FERREIRA, G. R.; D'ARTIBALE, G. F.; BERCINI, L. O. Influência da prorrogação da licença-maternidade para seis meses na duração do aleitamento materno exclusivo. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 17, n. 2, p. 398-404, abr./jun. 2013. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/658>>. Acesso em: 18 set. 2015.

FIGUEREDO, G. L. A.; MELLO, D. F. A prática de enfermagem na atenção à saúde da criança em Unidade Básica de Saúde. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 4, p. 544-551, jul./ago. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n4/v11n4a19.pdf>>. Acesso em: 14 set. 2014.

_____. _____. Child health care in Brazil: aspects of program vulnerability and human rights. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 6, p. :1171-1176, nov./dez. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n6/17.pdf>>. Acesso em: 25 ago 2014.

FINKLER, A. L. et al. O acesso e a dificuldade na resolutividade do cuidado da criança na atenção primária à saúde. **Acta Paulista de enfermagem**, São Paulo, v. 27, n. 6, nov./dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002014000600548&script=sci_arttext&tlng=es>. Acesso em: 17 out. 2015.

FONSECA-MACHADO, M. O et al. Continuing education in nursing as a factor associated with knowledge on breastfeeding. **Investigación y Educación en Enfermería**, Medellín, v. 32, n. 2, p. 139-147, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v32n1/v32n1a16.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2015.

FOURREAU, D. et al. Complications carenciell essuite à l'utilisation de <<laits>> végétaux, chez des nourrissons de deux mois et demi à 14 mois (quatre cais). **La Presse Médicale**, Paris, v. 42, n. 2, p. e37-e43, 2013. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0755498212004848>>. Acesso em: 15 out. 2014.

FROTA, M. A. et al. Alimentação complementar da criança sob a ótica de primíparas. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 26, n. 1, p. 88-94, ene./mar. 2013. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/408/40827988013.pdf>>. Acesso em: 01 set. 2015.

_____. et. al. Mother's knowledge concerning breastfeeding and complementation food: na exploratory study. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niterói, v. 12, n. 1, p. 120-134, 2013a. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3890/pdf>>. Acesso em: 17 set. 2015.

FUJIMORI, E. et al. Ensino da estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância na graduação em Enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 3, [8 telas] maio-jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n3/pt_0104-1169-rlae-21-03-0655.pdf>. Acesso em: 02 out. 2014.

FURTADO, M. C. C. et al. Floresce uma vida: parceria e extensão de serviços na formação do enfermeiro. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 12, n. 4, p. 784-788, out./dez. 2013. Disponível em: <<http://www.revenf.bvs.br/pdf/ccs/v12n4/22.pdf>>. Acesso em: 17 out. 2015.

GALLER, J. R. et al. Socioeconomic outcomes in adults malnourished in the first year of life: a 40- year study. **Pediatrics**, Elk Grove Village, US, v. 130, n. 1, p. e1-e7, 2012a. Disponível em: <<http://pediatrics.aappublications.org/content/130/1/e1.short>>. Acesso em: 21 out. 2015.

GALLER, J. R. et al. Infant malnutrition predicts conduct problems in adolescents. **Nutritional Neuroscience**, Abingdon, v. 15, n. 4, p. 186-192, jul. 2012b. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3782078/pdf/nihms444647.pdf>>. Acesso em 15 jan. 2015.

GASPARINO, R. F.; SIMONETTI, J. P.; TONETE, V. L. P. Consulta de Enfermagem Pediátrica na perspectiva dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **RevRene – Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 14, n. 6, p. 1112-1122, 2013. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1342>>. Acesso em: 14 ago. 2014.

GOMES, G. P.; GUBERT, M. B. Aleitamento materno em crianças menores de 2 anos situação domiciliar quanto à segurança alimentar e nutricional. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 88, n. 3, jun. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v88n3/v88n03a16.pdf>>. Acesso em: 13 out. 2014.

GOMES, L. B.; MERHY, E. E. Compreendendo a educação popular em saúde: um estudo na literatura brasileira. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 7-18, jan. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n1/02.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2015.

GUDERSEN, C.; ZILIAK, J. P. Childhood food insecurity in the U.S.: trends, causes, and policy options. **The future of children**, Princeton, v. 24, n. 2, , p. 1-19, Fall 2014. Disponível em: <http://muse.jhu.edu/login?auth=0&type=summary&url=/journals/future_of_children/v024/24.2.gundersen.html>. Acesso em: 22 out. 2015.

GRABOVSKI, C.; LOIGNON, C.; FORTIN M. Mapping the concept of vulnerability related to health care disparities: a scoping review. **BMC Health Services Research**, London, v. 13, n. 94, 2013. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/94>>. Acesso em: 25 set. 2014.

GREINERT, B. R. M.; MILANI, R. G. Depressão pós parto : uma compreensão psicossocial. **Revista Psicologia: Teoria e Prática**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 26-36, jan. /abr. 2015. Disponível em: <<http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/ptp/article/view/6491/5320>>. Acesso em: 21 jun. 2014.

HEIDEMANN, I. T. S. B.; WOSNY, A. M.; BOEHS, A. E. Promoção da Saúde na Atenção Básica: estudo baseado no método de Paulo Freire. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3553-3559, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n8/1413-8123-csc-19-08-03553.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2014.

HENRIQUES, P. et. al. Regulamentação da propaganda de alimentos infantis como estratégia para a promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 481-490, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n2/a21v17n2>>. Acesso em: 04 nov. 2015.

HORODYNSKI, M. et al. Healthy babies through infant-centered feeding protocol: an intervention target in gearly child hood obesity in vulnerable populations. **BMC Public Health**, London, v. 11, n. 1, p. 868-816, 2011. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-11-868.pdf>>. Acesso em: 31 jan. 2015.

HUANG, L.; MEHTA, K.; WONG, M. L. Television food advertising in Singapore: the nature and extent of children's exposure. **Health Promotion International**, Disponível em: <<http://heapro.oxfordjournals.org/content/early/2011/04/04/heapro.dar021.full.pdf+html>>. Acesso em: 26 out. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo demográfico 2010** – Resultados gerais da amostra. Brasília: IBGE, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/calendario.shtm>>. Acesso em: 18 maio 2014.

INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL (IPARDES). **Caderno Estatístico do Município de Curitiba**. 2013. Disponível em: <<http://www.ipardes.gov.br/cadernos/Montapdf.php?Municipio=80000>>. Acesso em: 09 out. 2014.

JONSSON, E.; SALMON, A.; WARREN, K. The international charter on prevention of fetal alcohol spectrum disorder. **The Lancet Global Health**. London, v. 2, n. 3, p. 135-137, 2014. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(13\)70173-6/fulltext?rss=yes](http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(13)70173-6/fulltext?rss=yes)>. Acesso em: 27 ago. 2015.

JUNGES, C. F.; RESSEL, L. B.; MONTICELLI, M. Entre desejos e possibilidades: práticas alimentares de gestantes em uma comunidade urbana no sul do Brasil. **Texto Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 382-390, abr. jun. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n2/pt_0104-0707-tce-23-02-00382.pdf>. Acesso em: 02 nov. 2015.

KOST, K.; LINDBERG, L. Pregnancy intentions, maternal behaviors and infant health: investigating relationships with new measures and propensity score analysis. **Demography**, Chicago, v. 52, n. 1, p. 83-111, Feb. 2015. Disponível em: <<http://link.springer.com/article/10.1007/s13524-014-0359-9>>. Acesso em: 18 jun. 2015.

KRONBORG, H.; FOVERSKOV, E.; VAETH, M. Predictors for early introduction of solid food among Danish mother and infants: an observational study. **BMC Pediatrics**, London, v. 14, n. 243, 2014. Disponível em: <<http://bmcpediatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2431-14-243>>. Acesso em: 05 set. 2015.

KURIHAYASHI, A. Y. et al. Estado nutricional de vitaminas A e D em crianças participantes de programa de suplementação alimentar. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, p. 531-542, mar, 2015.

KUS, M. M. M. et.al. Informação nutricional de fórmulas infantis comercializadas no Estado de São Paulo: avaliação dos teores de lipídeos e ácidos graxos. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 24, n. 2, p. 209-218, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52732011000200002&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 25 nov. 2015.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos da metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

LAHLOU, S. Text Mining Methods: Na answer to chartier and Meunier. **Papers em Social Representations**, Londres, v. 20, p. 381-397, 2012. Disponível em: <http://www.psych.lse.ac.uk/psr/PSR2011/20_39.pdf>. Acesso em: 05 maio 2015.

LEE, Y. et. al. Effect of TV food advertising restriction on food environment for children in South Korea. **Health Promotion International**, Oxford, 12 Nov. 2013. Disponível em: <<http://heapro.oxfordjournals.org/content/early/2013/11/11/heapro.dat078.full.pdf+html>>. Acesso em: 26 out. 2015.

LINDBERG, L. et al. Pregnancy intentions and maternal and child health: na analysis of logitudinal data in Oklahoma. **Maternal and Child Health Journal**, New York, v. 19, p. 1087-1096, 2015. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25287250>>. Acesso em: 22 set. 2015.

LIMA, A. P. E. et al. Práticas alimentares no primeiro ano de vida: representações sociais de mães adolescentes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 67, n. 6, p. 965-971, nov. dez. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n6/0034-7167-reben-67-06-0965.pdf>>. Acesso em: 19 set. 2015.

LIMA, I. M. S. O.; LEÃO, T. M.; ALCÂNTARA, M. A. R. Proteção legal à amamentação, na perspectiva da responsabilidade da família e do Estado do Brasil. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 66-90, nov./fev. 2014. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/75649/79186>>. Acesso em: 29 set. 2015.

LIORET, S. et al. Tracking of dietary intakes in early childhood: the Melbourne InFANT Program. **European Journal of Clinical Nutrition**, London, n. 67, p. 275-281, 2013. Disponível em: <<http://www.nature.com/ejcn/journal/v67/n3/pdf/ejcn2012218a.pdf>>. Acesso em: 25 out. 2015.

LIRA, L. Q.; DIMENSTEIN, R. Vitamina A e diabetes gestacional. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 56, n. 3, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v56n3/v56n3a23.pdf>>. Acesso em: 31 jan. 2015.

LONGO-SILVA, G. et. al. Introdução de refrigerantes e sucos industrializados na dieta de lactentes que frequentam creches públicas. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 34-41, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v33n1/pt_0103-0582-rpp-33-01-00034.pdf>. Acesso em: 09 set. 2015.

MACHADO, M. C. M. et al. Determinantes do abandono do aleitamento materno exclusivo: fatores psicossociais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 6, p. 985-994, 2014. Disponível em: <www.scielo.br/pdr/rsp/v48n6/pt_0034-8910-rsp-48-6-0985.pdf>. Acesso em: 25 set. 2015.

MAEDA, T. C. et al. Importância atribuída por puérperas às atividades desenvolvidas no pré-natal. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, Uberaba, v. 3, n. 2, p. 6-18, jul./dez. 2014. Disponível em: <<http://he.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/1016>>. Acesso em: 21 set. 2015.

MAIS, L. A. et al. Diagnóstico das práticas de alimentação complementar para o matriciamento das ações na Atenção Básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 93-104, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000100093&lng=pt&tlng=en>. Acesso em: 25 out. 2014.

MALTA, D.C.; JR SILVA, J.B. O plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição de metas globais até 2025: uma revisão. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 22, n.1, p. 131-164, jan-mar 2013. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S1679-49742013000100016&script=sci_arttext>. Acesso em 24 set. 2014.

MARTINS, C. B. G. et al. Introdução de alimentos para lactentes considerados de risco ao nascimento. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 23, n. 1, p. 79-90, jan. mar. 2014. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v23n1/v23n1a08.pdf>>. Acesso em: 02 set. 2015.

MARTINS, C.; ABREU, W.; FIGUEIREDO, M. O sofrimento do regresso ao trabalho após a licença parental. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto, ed. esp. 2, p. 69-77, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S1647-21602015000100012&script=sci_arttext&tlng=en>. Acesso em: 29 set. 2015.

MARTINIANO, C. S. et al. Análise dos cuidados de puericultura e da relação puericultura-criança-cuidador na atenção primária. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, Vitória, v. 15, n. 1, p. 40-48, jan./mar. 2013. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/download/5578/4063>>. Acesso em: 17 out. 2015.

MARQUES, A. H. et al. The influence of maternal prenatal and early childhood nutrition and maternal prenatal stress on offspring immune system development and neurodevelopmental disorders. **Frontiers in Neuroscience**, Lausanne, v. 7, n. 120, 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3728489/pdf/fnins-07-00120.pdf>>. Acesso em: 17 fev. 2015.

MASON, J. B. et al. The first 500 days of life: policies to support maternal nutrition. **Global Health Action**, Höggeby - Sweden, v. 7, 2014. Disponível em: <<http://www.globalhealthaction.net/index.php/gha/article/view/23623>>. Acesso em: 28 out. 2015.

MATTOS, G. C. M. et al. A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 373-382, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014000200373&script=sci_arttext>. Acesso em: 01 out. 2014.

MAZZA, V. A.; MELO, N. S. F. O.; CHIESA, A. M. O Grupo focal como técnica de coleta de dados na pesquisa qualitativa: relato de experiência. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 14, n. 1, p. 183-188, jan./mar. 2009. Disponível em: <<http://cmapspublic.ihmc.us/rid=1NPL0B2GN-1VW9CMC-2DHW/grupofocalrelato.pdf>>. Acesso em: 23 maio 2015

MELLO, D. F. et al. Vulnerabilidades na infância: experiências maternas no cuidado à saúde da criança. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 16, n. 1, p. 52-60, mar. 2014. Disponível em: <<http://h200137217135.ufg.br/index.php/fen/article/view/21134>>. Acesso em: 24 set. 2014.

MELQUÍADES, D. D.; LEITE, M. C. A. O estresse ocupacional em equipes de saúde da família. **REBES**, Pombal - PB, v. 4, n. 2, p. 27-32, maio/jun. 2014. Disponível em: <<http://www.gvaa.org.br/revista/index.php/REBES/article/view/3051>>. Acesso em: 05 jul. 2014.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MEYER, D. E. et al. "Você aprende. A gente ensina?" interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, 2006. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v22n6/22.pdf>>. Acesso em: 23 ago. 2014.

MILLER, T. R. Projected outcomes of nurse-family partnership home visitation during 1996-2013, USA. **Prevention Science**, New York, n. 16, p. 765-777, 2015; Disponível em: <<http://link.springer.com/article/10.1007/s11121-015-0572-9#page-2>>. Acesso em: 30 ago. 2015.

MORENO-FERGUSSON, M. E. Humanización del cuidado: una meta enraizada en la esencia de enfermería. **AQUICHAN**, Chia, v. 13, n. 2, p. 146-147, 2013. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74128688006>>. Acesso em: 29 ago 2015.

MORRISSEY, T. W.; JACKNOWITZ, A.; VINOPAL, A. Local food prices and their associations with children's weight and food security. **Pediatrics**, Elk Grove Village, v. 133, n. 3, p. 422-430, 2014. Disponível em: <<http://pediatrics.aappublications.org/content/133/3/422.short>>. Acesso em: 22 set. 2015.

MURAGE, E. W. K. et al. Factors affecting actualisation of the WHO breastfeeding recommendations in urban poor settings in Kenya. **Maternal & Child Nutrition**, Oxford, n. 11, p. 314–332, 2015. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/mcn.12161/pdf>>. Acesso em: 17 mar. 2015.

NASCIMENTO, V. C. et al. Associação entre as orientações pré-natais em aleitamento materno e a satisfação com o apoio para amamentar. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 13, n. 2, p. 147-159, abr./jun. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v13n2/a08v13n2.pdf>>. Acesso em: 21 set. 2015.

NAVARRO, A. S. S.; GUIMARÃES, R. L. S.; GARANHANI, M. L. Trabalho em equipe: o significado atribuído por profissionais da estratégia de saúde da família. **REME - Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 17, n. 1, p. 61-68, jan./mar. 2013. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/579>>. Acesso em: 23 jun. 2014.

NEVES, C. V.; MARINS, A. H. A impossibilidade de amamentar em diferentes contextos. **Barbaroi**, Santa Cruz do Sul, n. 38, jun. 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0104-65782013000100011&script=sci_arttext>. Acesso em: 24 out. 2015.

NICLASSEN, B.; PETZOLD, M.; SCHNOHR, C. W. Adverse health effects of experiencing food insecurity among Greenlandic school children. **International Journal of Circumpolar Health, North America**, [S.L.], n. 72, aug. 2013. Disponível em: <<http://www.circumpolarhealthjournal.net/index.php/ijch/article/view/20849>>. Acesso em: 26 set. 2014.

NIQUINI, R. P. et al. Avaliação do processo de assistência nutricional no pré-natal em sete unidades saúde da família do município do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2805-2816, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n10/28.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2015.

OLIVEIRA, B. G. R. et al. Um estudo sobre a influência da propaganda televisiva no consumo infantil de *fast food*. **Jovens Pesquisadores**, São Paulo, v. 11, n. 21, p. 46-62, jul./dez. 2014. Disponível em: <<http://mackenzie.br/dhtm/seer/index.php/jovenspesquisadores/article/view/1273/689>>. Acesso em: 26 out. 2015.

OLIVEIRA, B. B.; PARREIRA, B. D. M.; SILVA, S. R. Introdução de alimento complementar em crianças menores de 1 ano: vivências e prática de mães. **REAS – Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, Uberaba, v. 3, n. 1, p. 2-13, 2014. Disponível em: <<http://ta.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/926/658>>. Acesso em: 08 nov. 2015.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). **Atlas do Desenvolvimento humano**: Curitiba. [2013]. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/curitiba_pr>. Acesso em: 04 maio 2015.

PAIM, J. S. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 1927-1953, out, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v29n10/a03v29n10.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2014.

PAIM, J. et al. **O sistema de saúde brasileiro**: historia avanços e desafios.. Série Saúde no Brasil, v. 1. 09 maio de 2011. Disponível em: <http://www5.enp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_822103381.pdf>. Acesso em: 16 jul.2014.

PASSANHA, A. et.al. Implementation of the Brazilian Breastfeeding Network and Prevalence of exclusive breastfeeding. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 6, p. 1-8, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000901141 >. Acesso em: 02 nov. 2015.

PEDRAZA, D. F.; ROCHA, A. C. D.; CARDOSO, M. V. L. M. L. Assistência pré-natal e peso ao nascer: uma análise no contexto de unidades básicas de saúde da família. **Revista Brasileira De Ginecologia E Obstetrícia**, [São Paulo], v. 35, n. 8, p. 349-356, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&lng=pt&tlng=pt&pid=S0100-72032013000800003>. Acesso em: 30 ago. 2015.

PEDROSO, M. L. R.; MOTTA, M. G. C. Vulnerabilidade socioeconômica no cotidiano em Enfermagem Pediátrica. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 293-300, abr. jun. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n2/11.pdf>>. Acesso em: 25 jul. 2014.

PEIXOTO, C. R. et al. O pré-natal na atenção primária: o ponto de partida para a reorganização da assistência obstétrica. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n.2, p. 286-291. 2011. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a19.pdf>>. Acesso em: 30 ago. 2015.

PEREIRA, R. C. A.; RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. The multidisciplinary work in the family health strategy: a study on ways of teams. **Interface**, Botucatu, v. 17, n. 45, p. 327-340, abr./jun. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v17n45/aop0613.pdf>>. Acesso em: 17 out. 2015.

POPOVA, S. et al. What do we know about the economic impact of Fetal Alcohol Spectrum Disorder? A systematic literatura. **Review Alcohol and Alcoholism**, Oxford, v. 46, n. 4, p. :490-497, 2011. Disponível em: <<http://alcalc.oxfordjournals.org/content/alcalc/46/4/490.full.pdf>>. Acesso em: 27 ago. 2015.

POUTIAINEN, H.; HAKULINEN-VIITANEN, T.; LAATIKAINEN, T. Associations between family characteristics and public health nurse's concerns at children's health examination. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, Stockholm, v. 28, p. 225-234, 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23488476>>. Acesso em: 02 out. 2015.

PRATES, L. A.; SCHMALFUSS, J. M.; LIPINSKI, J. M. Amamentação: a influência familiar e o papel dos profissionais de saúde. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 4, n. 2, p. 359-367, abr./jun. 2014. Disponível em: <<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/10631>>. Acesso em: 22 set. 2015.

RATINAUD, P. **IRAMUTEQ**: Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires, versão: 0.7, alpha 1. [Software]. Disponível em: <<http://www.iramuteq.org>>. Acesso em: 15 ago. 2014.

RATINAUD, P.; MARCHAND, P. Application de laméthode ALCESTE à de "gros" corpus et stabilitédes "mondes lexicaux": analysedu "Cable-Gate" avecIraMuTeQ. In: *JOURNÉES INTERNATIONALES D'ANALYSE STATISTIQUE DES DONNÉES TEXTUELLES*, 11., 2012, Liège. **Actes...** Disponível em: <<http://lexicometrica.univparis3.fr/jadt/jadt2012/Communications/Ratinaud,%20Pierre%20et%20al.%20-%20Application%20de%20la%20methode%20Alceste>>. Acesso em: 04 maio 2015.

REICHERT, A. P. S. et al. Vigilância do crescimento infantil: conhecimento e práticas de enfermeiros da atenção primária à saúde. **RevRene – Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 13, n. 1, p. 114-126, 2012. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/23/19>>. Acesso em: 15 ago. 2014.

REINERT, M. ALCESTE, une méthodologie d'analyse des données textuelles et une application: Aurélia de G. de Nerval. **Bulletin de Méthodologie Sociologique**, Paris, n. 28, p. 24-54, 1990.

RIGOTTI, R. R.; OLIVEIRA, M. I. C.; BOCCOLINI, C. S. Association between the use of a baby's bottle and pacifier and the absence of breastfeeding in the second months of life. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p.1235, Apr. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v20n4/pt_1413-8123-csc-20-04-01235.pdf>. Acesso em: 05 set. 2015.

ROCHA, A. C. D.; PEDRAZA, D. F. Acompanhamento o crescimento infantil em Unidades Básicas de Saúde da Família do município de Queimadas, Paraíba, Brasil. **Revista Texto & Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 1169-1178, out. /dez. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n4/36.pdf>>. Acesso em: 05 out. 2014.

ROCHA, E. M. B.; LIMA, R. T.; SZARFARC, S. C. Relação de insegurança alimentar com condições de saúde materno-infantil. **Segurança Alimentar e Nutricional**, Campinas, v. 21, n. 1, p. 330-336, 2014. Disponível em: <<http://www.unicamp.br/nepa/san.php?pag=san-detalle.php&pub=san&id=0&itm=1>>. Acesso em: 20 nov. 2015.

SALDAN, P. C. et al. Práticas de aleitamento materno de crianças menor de dois anos com base em indicadores da Organização Mundial da Saúde. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 28, n. 4, p. 409-420, jul./ago. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v28n4/1415-5273-rn-28-04-00409.pdf>>. Acesso em: 25 jul. 2015.

SANTOS, A. D. O. et al. Promoting breastfeeding in a conjunction lodging: na experience report. **Journal of Nurse of the UFPE**, Recife, v. 8, n. 7, p. 2160-2164, July, 2014. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/5291/pdf_5570>. Acesso em: 25 out. 2014.

SANTOS, N. R. SUS, política pública do Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 273-280, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n1/28.pdf>>. Acesso em: 25 jan. 2015.

SANTOS, N. D.; MACHADO, M. E. D.; CHRISTOFFEL, M. M. (Re)Conhecendo a participação masculina no método canguru: uma interface com a prática assistencial de enfermagem, **Ciência, Cuidados e Saúde**, Maringá, v. 12, n. 3, p. 461-468. 2013. Disponível em: <<http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/11722/pdf>>. Acesso em 17 set. 2015.

SCATTOLIN, F.; JARDIM, V..M..R. Mães HIV positivo e a orientação para não amamentar: um relato de experiência. **Journal of Nursing and Health**, Pelotas, v. 2, p. 232-239, 2012. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/3480>>. Acesso em: 31 jan. 2015.

SCHINCAGLIA, R. M. et.al. Práticas alimentares e fatores associados à introdução precoce de alimentos complementares entre crianças menores de 6 meses na região noroeste de Goiânia. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 24, n. 3, p. 465-474, jul./set. 2015. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v24n3/v24n3a12.pdf>>. Acesso em: 08 nov. 2015.

SHAKUR, Y. et al. Unexpectedly high early prevalence of anaemia in 6-month-old breast-fed infants in rural Bangladesh. **Public Health Nutrition**, Wallingford, v. 13, n. 1, p. 4-11, 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19476679>>. Acesso em: 28 fev. 2015.

SILVA, C. A.; DAVIM, R. M. B. Mulher trabalhadora e fatores que interferem na amamentação: revisão integrativa. **REVRENE -Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 13, n. 5, p. 1208-1217, 2012. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1171>>. Acesso em: 06 out. 2015.

SILVA, D. I. et al. Contributions of the concept of vulnerability to professional nursing practice: integrated review. **Journal of Research: Fundamental Care**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 848-855, abr./jun. 2014a. Disponível em: <http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3047/pdf_1298>. Acesso em: 27 set. 2014.

_____. et al. Vulnerabilidade da criança diante de situações adversas ao seu desenvolvimento: proposta de matriz analítica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 6, dez. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n6/0080-6234-reeusp-47-6-01397.pdf>>. Acesso em: 24 ago. 2014.

SILVA, D. et.al. Aleitamento materno e caracterização dos hábitos alimentares na primeira infância: experiência de São Tomé e Príncipe. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 14, n. 3, p. 269-277, jul./set., 2014b. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v14n3/1519-3829-rbsmi-14-03-0269.pdf>>. Acesso em: 08 nov. 2015.

SILVA DE PAULA, W. K. A. et al. Anemia e deficiência de vitamina A em crianças menores de cinco anos assistidas pela Estratégia Saúde da Família no Estado de Pernambuco, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1209-1222, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000401209&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 30 ago. 2015.

SOTERO, A. M.; CABRAL, P. C.; SILVA, G. A. P. Fatores socioeconômicos, culturais e demográficos maternos associados ao padrão alimentar de lactentes. **Rev Paul Pediatr**.v.33, n.4, p. 445-452, 2015. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0103058215000854>>. Acesso em: 02 nov. 2015.

SOUSA, P. K. R. et al. Vulnerabilidades presentes no percurso vivenciado pelos pacientes com HIV/AIDS em falha terapêutica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 2, abr. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n2/08.pdf>>. Acesso em: 19 set. 2014.

_____.; MIRANDA, K. C. L.; FRANCO, A. C. Vulnerabilidade: análise do conceito na prática clínica do enfermeiro em ambulatório de HIV/AIDS. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 2, p. 381-384, mar. abr. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n2/a26v64n2.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2014.

SOUZA, A. L. F. et al. Monitoring of child growth and development in primary care. **Revista de Enfermagem da UFPI**. Teresina, v. 2, n. spe, p. 31-35, dez. 2013. Disponível em: <<http://www.revistas.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/1093/pdf>> . Acesso em: 24 set. 2014.

SOUZA, F. I. S. et.al. Complementary feeding of infants in their first year of life: focus on the main puerred baby foods. **Revista da Associação Médica**, São Paulo, v. 60, n. 3, p. 231-235, jun. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v60n3/0104-4230-ramb-60-03-0231.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2015.

SOUZA, M. A. S.; BORGES, N. A. R.; LOPES, F. V. A importância do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família para redução da morbimortalidade materna. **LSP - Revista Científica Interdisciplinar**, [S.L.], v. 1, n. 1, p. 72-89, 2014. Disponível em: <<http://revista.srvroot.com/linkscienceplace/index.php/linkscienceplace/article/view/14/9>>. Acesso em: 29 ago. 2015.

SOUZA, R. S. et al. Atenção à saúde da criança: práticas de enfermeiros da saúde da família. **REME - Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 17, n. 2, p. 331-339, abr./jun. 2013. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/653>> Acesso em: 17 out. 2015.

SOUZA, S. N. D. H.; MELLO, D. F.; AYRES, J. R. M. O aleitamento materno na perspectiva da vulnerabilidade programática e do cuidado. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1186-1194, jun. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n6/a15v29n6.pdf>>. Acesso em: 21 set. 2015.

SULTAN, S. Health, Nutrition and Care as key components for early childhood development. **International Journal of Social Science**, New Delhi, v. 3, n. spe, p. 325-333, 2014. Disponível em: <<http://ndpublisher.in/admin/issues/IJSSVSk.pdf>>. Acesso em: 24 mar. 2015.

SUTO, C. S. S.; LAURA, T. A. O. F.; COSTA, E. L. Childcare: the nursing consultation in basic health units. **Journal of Nursing UFPE**, Recife, v. 8, n. 7, p. 3127-3133, Sep. 2014. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/4956/pdf_6121>. Acesso em: 09 nov. 2015.

TANG, L. et. al. Widespread Usage of infant formula in China: A major public health problem. **BIRTH**, Boston, v. 41, n. 4, p. dez. 2014. Disponível em: <www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25229829>. Acesso em: 25 set. 2015.

TEIXEIRA, M. A.; NITSCHKE, R. G.; SILVA, L. W. S. A prática da amamentação no cotidiano familiar – um contexto intergeracional: influência das mulheres-avós. **Revista Temática Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 205-221, jun. 2011. Disponível em: <www.revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/6501/4713>. Acesso em: 06 set. 2015.

THOMAS, D. G. Is breast best in the west of England? Use of linked routinely collected data sources to quantify the protective effect of breastfeeding against infectious gastrointestinal and respiratory illness during the first year of life. **The Lancet**, London, v. 384, S 78, Nov. 2014. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(14\)62204-2.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(14)62204-2.pdf)>. Acesso em 10/03/2015.

TONG, A.; SAINSBURY, P.; CRAIG, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. **International Journal for Quality in Health Care**, Oxford, v. 19, n. 6: p. 349–357, Sep. 2007. Disponível em: <<http://intqhc.oxfordjournals.org/content/19/6/349>> Acesso em: 05 maio 2015.

TORRES, L. E. A. S., et al. Influências sociais no processo do aleitar: percepções das mães. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 15, n. 1, p. 25-36, abr. 2014. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/espacoparasaude/article/view/17381/pdf_15>. Acesso em: 17 set. 2015.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo, Atlas, 1987. 175p.

VANDERELI, L. C. M.; NAVARRETE, M. L. V. Mortalidade infantil evitável e barreiras de acesso à atenção básica no Recife, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, Sao Paulo, 47, n. 2, p. 379-89, 2013. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000300379&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 03 jul. 2014.

VAZ, D.C. et al. Concepção materna sobre a amamentação em lactentes de um programa do método mãe canguru. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 38, n. 2, p. 225-242, 2014. Disponível em: <http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/520/pdf_553>. Acesso em: 17 set. 2015.

VIEIRA, L. V.; GREGÓRIO, M. J.; CERVATO-MANCUSO, A. M. Ações de alimentação e nutrição e sua interface com segurança alimentar e nutricional: uma comparação entre Brasil e Portugal. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 603-617, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902013000200028&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 13 jul.2014.

VOLLMER, S. et al. Association between economic growth and early childhood undernutrition: evidence from 121 Demographic and Health surveys from 36 low-income and middle-income countries. **The Lancet: Global Health**, London, v. 2, n. 4, p. e225-234, 2014. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/pdfs/journals/langlo/PIIS2214-109X\(14\)70025-7.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/langlo/PIIS2214-109X(14)70025-7.pdf)>. Acesso em: 24 out. 2014.

WEMHONER, A. et al. Nutrition of preterm infants in relation to bronchopulmonary dysplasia. **BMC Pulmonary Medicine**, London, v. 11:7., 2011. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2466/11/7>>. Acesso em: 24 ago. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Declaration of Alma-Ata**. 1978. Disponível em: <http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf>. Acesso em: 07 out. 2014.

_____. **Baby-friendly Hospital Initiative**: revised, updated, and expanded for integrated care. Geneva: WHO, 2009. Disponível em: <http://www.unicef.org/nutrition/files/BFHI_2009_s1.pdf>. Acesso em: 17 fev. 2015.

WU, Q. et al. Poor infant and young child feeding practices and sources of caregivers' feeding knowledge in rural Hebei Province, China: findings from a cross-sectional survey. **BMJ Open**, [London, v. 4, n. 7, p. e005108, 2014. Disponível em: <www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4120327/pdf/bmjopen-2014-005108.pdf>. Acesso em: 25 set. 2015.

YABUUTI, P. L. K.; BERNARDY, C. C. F. Perfil de gestantes usuárias de drogas atendidas em um centro de atenção psicossocial, **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 38, n. 2, p. 344-356, abr./jun. 2014. Disponível em: <http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/538/pdf_560>. Acesso em: 27 ago. 2015.

YAKUWA, M. S. et al. Child health surveillance: nurse perspective. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 68, n. 3, p. :330-336, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-1672015000300384&script=sci_arttext>. Acesso em: 30 set. 2015.

ZOOROB, R. J. et al. Training nurses and nursing students about prevention, diagnoses, and treatment of fetal alcohol spectrum disorders. **Nurse Education in Practice**, [Edinburgh], v. 14, n. 4, p. 338-344, 2014. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S147159531300214X>>. Acesso em: 25 out. 2014.

APÊNDICE 1 – GUIA TEMÁTICO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM

1. Em sua opinião, o que influencia os agravos nutricionais em crianças de zero a 24 meses?
2. Descreva uma situação na qual percebeu que o agravo nutricional prejudicou ou comprometeu a saúde da criança. O que poderia ser feito para mudar essa situação? Como e por quê?
3. Fale sobre as ações ou atividades desenvolvidas em sua área de abrangência que promovem a nutrição infantil saudável.

APÊNDICE 2- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Verônica de Azevedo Mazza, Juliana Bertolin Gonçalves e Luciana Ferreira Lemos, pesquisadoras da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando o(a) senhor(a) profissional de saúde a participar de um estudo intitulado “O enfermeiro e sua prática frente à vulnerabilidade da criança para os agravos nutricionais”. Justificamos a importância desse estudo por ser uma forma de conhecer os riscos e as vulnerabilidades identificados pelos participantes da pesquisa, com vistas à apreensão dos elementos preditores de agravos nutricionais na infância, frente à existência de evidências de que as baixas condições socioeconômicas, individuais podem influenciar a saúde e desenvolvimento das crianças.

a) O objetivo dessa pesquisa é: descrever os elementos de vulnerabilidade das crianças para agravos nutricionais identificados pelo enfermeiro da atenção primária.

b) O risco relacionado ao estudo pode ser: constrangimento durante a realização do Grupo Focal.

c) Os benefícios esperados com essa pesquisa são: identificar os agravos nutricionais do município e traçar estratégias de enfrentamento por parte dos profissionais.

d) As pesquisadoras Verônica de Azevedo Mazza, Professora, Enfermeira, e-mail mazzas@ufpr.br, telefones (41) 3361-3756, 3361-3757 e 9619-9723; Juliana B. Gonçalves, Mestranda, Nutricionista, e-mail julianabertolin@gmail.com, telefones (41) 3361-3756, 3361-3757 e 9679-8894; Luciana Lemos, Mestranda, Enfermeira, e-mail lemosluciana76@gmail.com, telefones (41) 3361-3756, 3361-3757 e 9649-9545, responsáveis por esse estudo, poderão ser contatadas na sede da UFPR, situada na Av. Lothário Meissner, 632, CEP 80210-170, Jardim Botânico, Curitiba – PR, para esclarecer eventuais dúvidas que possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

C.A.A.E:35564014.7.0000.0102 Parecer Nº 832.521

Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR

Tel. (41) 3360-7259 e-mail cometica.saude@ufpr.br

e) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado.

f) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada numericamente, para que a sua identidade seja preservada e mantida a confidencialidade. O encontro para realizar o grupo focal será realizado nas dependências do Distrito Sanitário selecionado para pesquisa, terá duração de aproximadamente 90 minutos, será gravado, respeitando-

se completamente o seu anonimato. Tão logo transcritas as falas e encerrada a pesquisa, o conteúdo será desgravado ou destruído, em um prazo máximo de 30 dias.

g) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome e sim um código. A conclusão da pesquisa está prevista para março de 2017.

Participantes da Pesquisa e/ou Responsável legal

Pesquisador Responsável

Orientador

Orientado

Eu, _____, li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Participante da pesquisa e/ou responsável legal

Curitiba, ___/___/___

Pesquisador Responsável

C.A.A.E:35564014.7.0000.0102 Parecer Nº 832.521

Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR

Tel. (41) 3360-7259 e-mail cometica.saude@ufpr.br

ANEXO 1 – AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

DECLARAÇÃO

Declaramos para os fins que se fizerem necessários, que a pesquisadora Verônica de Azevedo Mazza protocolou sob o número 79/2014 sua solicitação de campo de pesquisa para o projeto intitulado: “Vulnerabilidade da Criança para Agravos Nutricionais: Na Perspectiva dos Profissionais da Saúde”.

(CAAE: 35564014.7.0000.0102)

Declaramos ter lido e concordar com o parecer ético emitido pelo CEP da Instituição Proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Res. CNS 466/12.

Informamos que o projeto recebeu sugestões de alteração que deverão ser comunicadas pelo pesquisador ao Comitê de Ética da Instituição Proponente.

Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como Instituição Coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança de sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/SMS.

Por ser verdade firmamos a presente.

Atenciosamente,

Curitiba, 15 de Dezembro de 2014

Samuel Jorge Moysés
Coordenador do CEP/SMS

ANEXO 2 – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VULNERABILIDADE DA CRIANÇA PARA AGRAVOS NUTRICIONAIS: NA PERSPECTIVAS DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Pesquisador: Verônica de Azevedo Mazza

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 35564014.7.0000.0102

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - UFPR

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 832.521

Data da Relatoria: 15/10/2014

Apresentação do Projeto:

VULNERABILIDADE DA CRIANÇA PARA AGRAVOS NUTRICIONAIS: NA PERSPECTIVAS DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Verônica de Azevedo Mazza

Estudo Qualitativo e quantitativo, descritivo que visa descrever os elementos de vulnerabilidades da criança para agravos nutricionais na perspectiva dos profissionais de saúde. Os agravos nutricionais ocorrem pela ausência e ou excesso de calorias, proteínas, nutrientes e ou micronutrientes, que quando ocorre na primeira infância, está associado a inúmeras doenças, sendo essencial sua intervenção nos primeiros 24 meses da criança, a fim de reduzir prejuízos para estes no futuro.

Objetivo da Pesquisa:

Descrever os elementos de vulnerabilidade da criança para agravos nutricionais na perspectiva dos profissionais de saúde

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar perfil nutricional de crianças de zero a 24 meses, conforme o território sanitário do município;

Endereço: Rua Padre Camargo, 280

Bairro: 2º andar

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

CEP: 80.060-240

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



Continuação do Parecer: 832.521

- Elaborar matriz de análise de vulnerabilidades aos agravos nutricionais da criança com o olhar dos profissionais de saúde.
- Construir coletivamente estratégias de ação para enfrentamento da vulnerabilidade da criança para agravos nutricionais.
- Relacionar os agravos nutricionais prevalentes e suas implicações para o desenvolvimento infantil;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os autores a pesquisa pode acarretar em constrangimento para os participantes. Com vistas a minimizar estes riscos, será explicado ao participante sobre o sigilo das informações e sobre a condução da coleta de dados. Também com esta finalidade, a entrevista e o grupo focal será realizado em lugar reservado, com a presença apenas dos pesquisadores e participantes.

Seus benefícios consistem em subsidiar a prática dos profissionais de saúde por meio do conhecimento dos elementos de vulnerabilidade das crianças para agravos nutricionais e com isto traçar estratégias de enfrentamento.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa reveste-se de relevância social pois a partir deste constructo poderá subsidiar a prática da saúde coletiva e auxiliar na elaboração de políticas de promoção a saúde infantil com maior amplitude. Outros estudos têm sido desenvolvidos nesta área, porém, neste caso reconheço a proposta como original e inovadora uma vez que a partir da concepção de vulnerabilidade criado por Ayres pode-se trazer aspectos das dimensões individual, social e político – programática pois aborda o mapeamento e compreensão da vulnerabilidade das crianças para agravos nutricionais auxiliando os profissionais de saúde a apreender os elementos de vulnerabilidade que tem influência direta para a promoção do desenvolvimento infantil.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios foram anexados.

Endereço: Rua Padre Camargo, 280

Bairro: 2ª andar

UF: PR

Telefone: (41)3360-7259

Município: CURITIBA

CEP: 80.060-240

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



Continuação do Parecer: 832.521

Recomendações:

Pendências atendidas em conformidade com o preconizado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendências atendidas.

É obrigatório retirar na secretaria do CEP/SD uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com carimbo onde constará data de aprovação por este CEP/SD, sendo este modelo reproduzido para aplicar junto ao participante da pesquisa.

O TCLE deverá conter duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma cópia ficará com o participante da pesquisa (Carta Circular nº. 003/2011 CONEP/CNS).

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Por se tratar de pesquisa envolvendo Instituição da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, o pesquisador poderá iniciar a pesquisa somente após a análise de viabilidade emitida pelo CEP/SMS. Após análise do CEP da SMS, favor anexar o Parecer de Viabilidade no Sistema PB, modo: notificação.

CURITIBA, 15 de Outubro de 2014

Assinado por:
IDA CRISTINA GUBERT
(Coordenador)

Endereço: Rua Padre Camargo, 280

Bairro: 2ª andar

UF: PR

Telefone: (41)3360-7259

Município: CURITIBA

CEP: 80.060-240

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

**ANEXO 3 – CONSOLIDATED CRITERIA FOR REPORTING QUALITATIVE
RESEARCH: A 32-ITEM CHECKLIST FOR INTERVIEWS AND FOCUS
GROUPS (COREQ)**

No. Item	Guide questions/description	Reported on Page #
Domain 1: Research team and reflexivity		
<i>Personal Characteristics</i>		
1. Interviewer/facilitator	Which author/s conducted the interview or focus group?	
2. Credentials	What were the researcher's credentials? E.g. PhD, MD	
3. Occupation	What was their occupation at the time of the study?	
4. Gender	Was the researcher male or female?	
5. Experience and training	What experience or training did the researcher have?	
<i>Relationship with participants</i>		
6. Relationship established	Was a relationship established prior to study commencement?	
7. Participant knowledge of the interviewer	What did the participants know about the researcher? e.g. personal goals, reasons for doing the research	
8. Interviewer characteristics	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic	
Domain 2: study design		
<i>Theoretical framework</i>		
9. Methodological orientation and Theory	What methodological orientation was stated to underpin the study? e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis	
<i>Participant selection</i>		
10. Sampling	How were participants selected? e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball	
11. Method of approach	How were participants approached? e.g. face-to-face, telephone, mail, email	
12. Sample size	How many participants were in the study?	
13. Non-participation	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?	
<i>Setting</i>		
14. Setting of data collection	Where was the data collected? e.g. home, clinic, workplace	
15. Presence of non-participants	Was anyone else present besides the participants and researchers?	
16. Description of sample	What are the important characteristics of	

	the sample? e.g. demographic data, date	
<i>Data collection</i>		
17. Interview guide	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?	
18. Repeat interviews	Were repeat interviews carried out? If yes, how many?	
19. Audio/visual recording	Did the research use audio or visual recording to collect the data?	
20. Field notes	Were field notes made during and/or after the interview or focus group?	
21. Duration	What was the duration of the interviews or focus group?	
22. Data saturation	Was data saturation discussed?	
23. Transcripts returned	Were transcripts returned to participants for comment and/or correction?	
Domain 3: analysis and findings		
<i>Data analysis</i>		
24. Number of data coders	How many data coders coded the data?	
25. Description of the coding tree	Did authors provide a description of the coding tree?	
26. Derivation of themes	Were themes identified in advance or derived from the data?	
27. Software	What software, if applicable, was used to manage the data?	
28. Participant checking	Did participants provide feedback on the findings?	
<i>Reporting</i>		
29. Quotations presented	Were participant quotations presented to illustrate the themes/findings? Was each quotation identified? e.g. participant number	
30. Data and findings consistent	Was there consistency between the data presented and the findings?	
31. Clarity of major themes	Were major themes clearly presented in the findings?	
32. Clarity of minor themes	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?	