

A relação entre o aleitamento, transição alimentar e os indicadores de risco para o desenvolvimento infantil

The relation between breast-feeding feeding, transition and child development risk

La relación entre la lactancia, transición nutricional y los indicadores de riesgo de para el desarrollo infantil

Josiane F Vendruscolo*

Giordana M Bolzan**

Anelise H Crestani***

Ana P R Souza****

Anaelena B de Moraes*****

Resumo

O presente estudo busca investigar a associação entre a transição alimentar e o aleitamento com a presença de risco ao desenvolvimento infantil. A amostra foi constituída de 62 díades mãe-bebê. A coleta de dados ocorreu por meio da análise da interação mãe-bebê feita com base no Protocolo de Indicadores de Risco ao Desenvolvimento Infantil (IRDIs) e de uma entrevista que investigou aspectos relativos ao aleitamento e à transição alimentar. Os dados foram organizados em categorias em relação à transição alimentar e ao aleitamento, presença ou ausência de risco ao desenvolvimento infantil, além de variáveis temporais, e analisadas estatisticamente no software STATISTICA 9.0. Os resultados apontaram que a dificuldade de transição alimentar e dificuldade de aleitamento correlacionam-se de modo significativo à presença de risco ao desenvolvimento infantil na fase de coleta dos IRDIs de 12 a 18 meses. Também está associada às variáveis idade da transição alimentar; idade da inserção de alimentação sólida, tempo de aleitamento materno e tempo de aleitamento artificial. Deste modo, a pesquisa demonstra que a dificuldade no aleitamento e na transição alimentar se associam a alterações nas interações iniciais

* Fonoaudióloga; Licenciada em Pedagogia pela Universidade Federal de Santa Maria – RS; Mestranda em Distúrbios da Comunicação Humana pela Universidade Federal de Santa Maria – RS. ** Fonoaudióloga *** Mestre em Distúrbios da Comunicação Humana pela Universidade Federal de Santa Maria – RS; Fonoaudióloga. **** Docente do Curso de Graduação em Fonoaudiologia e do Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana da Universidade Federal de Santa Maria; Pós-Doutora em Letras pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. ***** Professor Adjunto do departamento de estatística da Universidade Federal de Santa Maria.

detectáveis pelo protocolo de Índices de Risco ao Desenvolvimento Infantil, principalmente ao eixo teórico que se refere à função paterna.

Palavras-chave: desenvolvimento infantil; hábitos alimentares; aleitamento materno.

Abstract

The objective is to investigate the association between feeding transition, breast-feeding and child development risk. The sample consisted of 62 mother-baby dyads. Data collection occurred through the analysis of mother-baby interaction based on Child Development Risk Inventory (CDRI) and on an interview which investigated aspects related to breast-feeding and feeding transition. The data were organized in categories of feeding transition and breast-feeding, presence or absence of child development risk, and were statistically analyzed by the software STATISTICA 9.0. The results showed that the difficulty for feeding transition, mainly in relation to the introduction of solids, and for exclusive breast feeding until 6 months were significantly correlated with the presence of child development risk. The research demonstrated that breast-feeding and feeding transition difficulties are associated with alterations in initial interactions, especially with the theoretical axis related to the father function.

Key-words: child development; food habits; breast feeding.

Resumen

El presente estudio investiga la asociación entre la transición nutricional y la lactancia en la presencia de riesgo para el desarrollo infantil. La muestra se consistió de 62 díadas madre-bebe. La recolección de datos ocurrió a través del análisis de la interacción madre-hijo hecha con base en el Protocolo de Indicadores de Riesgo al Desarrollo Infantil (IRDIs) y de una entrevista que investigó aspectos de la lactancia y de la transición nutricional. Los datos fueron organizados en categorías, en relación con la transición nutricional y la lactancia; presencia o ausencia de riesgo al desarrollo infantil, además de variables temporales, y fueron analizados estadísticamente con el software STATISTICA 9.0. Los resultados mostraron que la dificultad de la transición nutricional y la dificultad para la lactancia se correlacionan de forma significativa con la presencia de riesgo para el desarrollo del infantil en la base de recolección de los IRDIs de 12 a 18 meses. También se asocia con las variables edad de la transición nutricional; edad de incorporación de alimentos sólidos; duración de la lactancia materna y el tiempo de lactancia artificial. El estudio muestra que la dificultad con la lactancia materna y con la transición nutricional se asocian a cambios en las interacciones iniciales detectables por el Protocolo de Indicadores de Riesgo para el Desarrollo Infantil, sobre todo con el eje teórico que trata de la función paterna.

Palabras-claves: desarrollo infantil; hábitos alimenticios; lactancia materna.

Introdução

Um ambiente positivo e favorável tem a função de facilitador do desenvolvimento normal da criança e tem como fator determinante a relação com a mãe durante os primeiros meses de vida, principalmente durante a amamentação, pois o leite materno, além de atender de forma completa todas as necessidades fisiológicas do metabolismo dos bebês, favorece o contato físico entre mãe e filho e a transferência de carinho e afeto¹.

O Ministério da Saúde² orienta a oferta do leite materno exclusivo até o sexto mês de vida, pois este supre as necessidades nutricionais da criança e a protege de doenças, não sendo admitido ofertar chás ou água como complemento durante este período. Após os seis meses é necessário introduzir alimentos complementares para garantir a contemplação das necessidades nutricionais da criança. Prentice e Paul³ recomendam a continuidade do aleitamento materno até os dois anos de idade ou mais, visto que o leite continua atuando como protetor imunológico contra a morbi-mortalidade e como importante fonte de nutrientes.

A alimentação complementar adequada, segundo Giugliani e Victora⁴, é aquela que se inicia como complemento ao aleitamento materno, com dietas adequadas em quantidade e qualidade (de consistência, nutrientes e calorias) sob a forma de purês de legumes, frutas, carnes e cereais. Esse alimento de transição para lactentes e crianças da primeira infância são aqueles preparados de modo a oferecer uma dieta de consistência gradativamente maior até que ela possa receber a dieta da família². Essa fase é um período vulnerável para a ocorrência de infecções, atraso no desenvolvimento e formação de hábitos alimentares inadequados que favorecem o estabelecimento de sequelas futuras como atraso escolar e desenvolvimento de doenças crônicas^{5,6}.

Segundo Rotemberg e De Vargas⁷, a nutrição e as práticas alimentares são, além de atos biológicos, práticas sociais, não podendo ser abordadas por uma única perspectiva disciplinar. Ainda, segundo os mesmos autores, as práticas alimentares são oriundas de conhecimentos, vivências e experiências, construídas a partir das condições sócio-culturais e do saber científico de cada época. Entre esses diversos fatores que influenciam nas práticas alimentares, destaca-se o vínculo e relação

com a mãe, visto que esta constitui o elemento fundamental nos cuidados com a criança⁸.

Brum e Schermann⁹ reconhecem, a partir de uma perspectiva psicanalítica, a grande importância do desenvolvimento de um vínculo com a mãe ou mãe substituta (cuidador primário) nos primeiros meses de vida. Destacam, ainda, que é nesse período que as bases da saúde mental se estabelecem e são dependentes das relações corporais, afetivas e simbólicas estabelecidas entre o bebê e sua mãe (ou substituto).

Porém, para que essas relações se deem de forma saudável, há a necessidade da separação por parte da mãe do corpo da criança. Uma não disjunção pode demonstrar o prazer da mãe em manter a criança como um objeto que a satisfaz, que deseja para ela, havendo falha na instalação da função paterna, ou de separação e, em decorrência disto, a criança se estruturar no campo da psicose. Essa falha decorre da não sustentação, pela mãe, de um rompimento simbólico no processo das funções da criança¹⁰. Essas relações inserem o ser humano na cultura e constroem uma subjetividade, porém, falhas nesse processo de constituição da subjetividade podem ocasionar transtornos psíquicos do desenvolvimento infantil¹¹ ou transtornos no desenvolvimento, entre os quais os sintomas alimentares podem se fazer presentes.

Kupfer¹² afirma que a criação de instrumentos com indicadores capazes de detectar transtornos mentais ainda na primeira infância, não somente precisa ser levada adiante como constitui um ponto de grande responsabilidade para aqueles que trabalham na saúde mental. Nesse sentido foi criado o protocolo de Índices de Risco ao Desenvolvimento Infantil (IRDIs) cujo objetivo principal foi verificar o poder dos indicadores para a detecção precoce de problemas de desenvolvimento na primeira infância. Esse instrumento é composto por 18 indicadores clínicos de risco ou de problemas observáveis e/ou dedutíveis nos primeiros 18 meses de vida da criança¹³. A coleta dos IRDIs é dividida em quatro fases, sendo que a primeira corresponde à faixa de zero a quatro meses; a segunda, dos quatro aos oito meses; a terceira, dos oito aos 12 meses e a quarta, dos 12 aos 18 meses. O Protocolo encontra-se em anexo (Anexo 1).

A construção do Instrumento IRDI foi baseada em quatro operações formadoras fundamentais do psiquismo da criança, tanto no que se refere à atividade de seus pais quanto no que se refere aos

modos em que a criança recebe essas operações formadoras. Estas quatro operações formadoras, que são chamadas de eixos teóricos, são: Suposição de um Sujeito, Alternância Presença/Ausência, Estabelecimento da Demanda e Função Paterna.

Destaca-se em tal protocolo, o índice sobre transição alimentar de líquidos, semi-sólidos e sólidos como um grande índice que prevê risco psíquico e que se apresenta de especial interesse a esta pesquisa, entre outros índices que avaliam a função materna e a função paterna. A hipótese deste estudo é a que alterações nessas funções, detectadas pelos IRDIs, poderão se refletir nas funções alimentares.

Além disso, acredita-se que seja importante abordar o tema do aleitamento materno e da alimentação do bebê na perspectiva relacional, além do aspecto nutricional e instrumental, pois a introdução ou retirada de qualquer modalidade alimentar, embora dependa de condições orgânicas do bebê, relaciona-se aos tempos alimentares determinados na relação deste com sua mãe e merece investigação. Tais tempos relacionam-se também, de modo mais indireto, à função paterna, pois se o corte na simbiose mãe-filho não for feito, a função alimentar pode ser um espaço para um transtorno no desenvolvimento infantil.

É neste contexto que se insere a presente pesquisa, cujo objetivo geral é investigar a relação do aleitamento e da transição alimentar com a presença de risco ao desenvolvimento infantil.

Material e Método

O presente estudo foi realizado de acordo com as Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos (Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde) e foi aprovado pelo comitê de ética institucional sob o número CAAE 0284.0.243.000-09. Trata-se de uma pesquisa quantitativa, e propõe análise comparativa de grupos¹⁴.

A amostra foi constituída de 62 mães e seus bebês, os quais são originários da cidade de Santa Maria e cidades vizinhas, que realizaram e passaram na triagem auditiva neonatal em um Hospital regional de referência. As díades foram acompanhadas a partir do nascimento dos bebês até seus 18 meses, tempo este, que corresponde ao tempo de coleta dos IRDIs.

A coleta dos IRDIs foi realizada nas quatro fases, seguindo a metodologia de Kupfer¹²,

consistindo-se em observar os IRDIs na fase correspondente à idade do bebê e realizar uma filmagem, de aproximadamente dez minutos, para registrar a interação da díade e possibilitar uma segunda avaliação dos IRDIs por outro revisor experiente. Em caso de dúvidas os bebês foram retestados.

As mães foram avaliadas por psicólogas na primeira etapa da pesquisa, na qual foram excluídas aquelas que apresentassem distúrbios psíquicos graves tais como esquizofrenia, psicose, etc.

Na etapa em que os bebês encontravam-se com idades entre 10 a 15 meses foi implementado o protocolo de Avaliação da Transição Alimentar (Apêndice I), criado para esta pesquisa, para que fossem investigadas questões relativas ao aleitamento (materno ou artificial) e à alimentação e dificuldades relacionadas. Também foram feitas observações de cenas familiares de alimentação dos bebês para verificar se eles tinham algum impedimento orgânico para o ato mastigatório. Também se observaram a presença de sinais de alteração orgânica mais evidente (síndromes, alterações motoras de origem lesional, etc), visto que a presença destas nos bebês foi um critério de exclusão da pesquisa.

Define-se aqui, como critério de uma transição alimentar adequada, a criança estar aceitando a mesma alimentação de consistência variada (sólida, semi-sólida e líquida) próxima ao padrão familiar, quando testada a última fase de coletas dos IRDIs, próximo aos 18 meses.

A análise se deu pela criação de um banco de dados da pesquisa no qual as seguintes variáveis foram analisadas: Aleitamento e Dificuldade na transição alimentar para semi-sólido e sólido. São considerados aqui, alimentos semi-sólidos os pastosos como sopa, papinhas, frutas esmagadas, iogurtes consistentes, etc. Como sólidos consideram-se alimentos tais como carnes, pães, biscoitos mais crocantes e em tamanhos que demandem a quebra e mastigação dos alimentos. Sabe-se que em média os bebês tem a introdução de pastosos aos seis meses e de sólidos a partir dos oito meses¹⁵.

A partir do banco de dados da pesquisa, foi efetuada a análise quantitativa dos dados por meio da estatística descritiva e inferencial no *software* STATISTICA 9.0 das variáveis dificuldades de aleitamento e dificuldades na transição alimentar, para verificar uma possível correlação entre estas e a presença ou ausência de risco ao desenvolvimento

infantil. Para tal, foi utilizado o teste estatístico Qui-quadrado, com nível de significância de 5%.

Também foram pesquisadas as variáveis quantitativas tempo de aleitamento materno e de aleitamento artificial, idade da transição alimentar e idade da inserção de alimentos sólidos com a presença ou ausência de risco, por meio do teste não-paramétrico U de Mann-Whitney (nível de significância de 5%).

Resultados

Na coleta dos IRDIs foram encontrados os resultados expostos na Tabela 1, correspondentes à frequência em que cada IRDI foi observado ausente na faixa etária analisada, a fim de identificar quais destes se sobressaem na amostra, para posterior análise relacional com as dificuldades de aleitamento e de transição alimentar.

Percebe-se que os índices que estiveram mais ausentes na amostra foram o 1 (o bebê chora e a mãe sabe o que ele quer) na primeira fase, o 8 (a criança procura ativamente o olhar da mãe) na segunda fase, o 12 (a criança estranha pessoas desconhecidas) na terceira fase e na quarta fase todos os IRDIs apresentaram frequência semelhante, apontando para a necessidade de um estudo sobre o eixo da função paterna.

Portanto, nos dados obtidos na presente pesquisa, os índices representantes dos eixos de estabelecimento da demanda da criança e de função paterna mostraram-se em maior frequência ausentes.

Cabe pontuar a diminuição de 11,3% na amostra, referente a sete bebês, que na quarta fase de coleta do IRDIs não foram encontrados por conta de mudança de endereço ou telefone sem prévio aviso.

No intuito de verificar a aplicabilidade da relação entre IRDIs ausentes e as dificuldades de aleitamento e de transição alimentar para a amostra estudada, foi realizado o teste Qui-quadrado, com significância estatística de 5%, cujos dados estão na Tabela 2.

Para melhor demonstrar a relação entre a ausência e presença dos IRDIs e a dificuldade de aleitamento e de transição alimentar, tem-se a Tabela 3.

Através do teste Qui-quadrado pode-se inferir que crianças que não apresentaram indicadores de risco tiveram associação de 27,9% com a dificuldade no aleitamento, já as crianças com a presença de indicadores de risco apresentaram 66,7 % de associação à dificuldade no aleitamento.

Considerando o mesmo teste estatístico, 20,9 % das crianças sem presença de indicador de risco apresentaram dificuldade na transição alimentar enquanto que, das com presença de indicador de risco, 55,3% apresentaram dificuldade alimentar.

Com relação à variável dificuldade de aleitamento, pôde-se observar que nas três primeiras fases de coleta dos IRDIs, nas crianças com ausência de IRDIs e dificuldade de aleitamento, os IRDIs alterados em maior frequência foram o 1, 4, 5, 8, 12 e 14, relativos a todos os quatro eixos teóricos. Porém, não houve significância estatística nessa relação.

Dos 55 bebês avaliados na última fase dos IRDIs, oito apresentaram dificuldade de aleitamento e um ou mais IRDIs ausentes. Pôde-se perceber que todos os IRDIs dessa fase estiveram ausentes em frequência semelhante, sendo que os eixos teóricos a que pertencem são estabelecimento da demanda e principalmente função paterna. Observando-se os valores de *p*, na tabela 2, tem-se

Tabela 1 – Frequência da ausência de IRDIs em cada fase

Faixas dos IRDIs						
0-4 meses	1	2	3	4	5	
Frequência	4	3	1	2	2	
4-8 meses	6	7	8			
Frequência	1	0	3			
8-12 meses	9	10	11	12	13	14
Frequência	1	4	2	11	0	5
12-18 meses	15	16	17	18		
Frequência	7	6	5	6		

IRDIs: Indicadores de Risco ao Desenvolvimento Infantil

significância estatística no teste Qui-quadrado quando relacionadas a ausência de IRDIs e a dificuldade de aleitamento.

Com relação à variável dificuldade na transição alimentar, pôde-se observar que nas três primeiras fases de coleta dos IRDIs, nas crianças com ausência de um ou mais IRDIs e dificuldade na transição alimentar, os IRDIs alterados em maior frequência foram o 1, 4, 6, 8, 12 e 14, relativos a

todos os quatro eixos teóricos. Porém, não houve significância estatística nessa relação.

Na quarta fase de coleta dos IRDIs, dos 55 bebês avaliados, sete apresentaram dificuldade na transição alimentar e um ou mais IRDIs alterados. Todos os IRDIs estiveram ausentes em semelhante frequência e correspondem aos eixos estabelecimento da demanda e principalmente função paterna. Essa relação pôde ser confirmada

Tabela 2 – Relação entre a ausência de IRDIs e as dificuldades de aleitamento e de transição alimentar

Variáveis	IRDIs 0 – 4 meses			IRDIs 4 – 8 meses		
	Ausente (%)	Presente (%)	p – valor	Ausente (%)	Presente (%)	p – valor
Dificuldade de aleitamento			0,734			0,967
Sim	17 (85,0)	3 (15,0)		19 (95,0)	1 (5,0)	
Não	37 (88,1)	5 (11,9)		40 (95,2)	2 (4,8)	
Dificuldade na transição alimentar			0,418			0,760
Sim	13 (81,2)	3 (18,8)		15 (93,7)	1 (6,3)	
Não	41 (89,1)	5 (10,9)		44 (95,6)	2 (4,4)	
Total	54 (87,1)	8 (12,9)		59 (95,2)	3 (4,8)	

Variáveis	IRDIs 8 – 12 meses			IRDIs 12 – 18 meses		
	Ausente (%)	Presente (%)	p – valor	Ausente (%)	Presente (%)	p – valor
Dificuldade de aleitamento			0,793			0,014*
Sim	14 (70,0)	6 (30,0)		12 (60,0)	8 (40,0)	
Não	28 (66,7)	14 (33,3)		31 (88,6)	4 (11,4)	
Dificuldade na transição alimentar			0,920			0,012*
Sim	11 (68,7)	5 (31,3)		9 (56,3)	7 (43,7)	
Não	31 (67,4)	15 (32,6)		34 (87,2)	5 (12,8)	
Total	42 (67,7)	20 (32,3)		43 (69,3)	12 (30,7)	

IRDIs: Indicadores de Risco ao Desenvolvimento Infantil; Teste Qui-quadrado;

* significativo $p \leq 0,05$

Tabela 3 – Porcentagem da relação entre a ausência de IRDIs e as dificuldades de aleitamento e de transição alimentar

	IRDIs	
	Presente (%)	Ausente (%)
Dificuldade de aleitamento	27,9	66,7
Dificuldade de transição alimentar	20,9	55,3

IRDIs: Indicadores de Risco ao Desenvolvimento Infantil

pelo teste estatístico Qui-quadrado com nível de significância de 5%.

A respeito do tempo de aleitamento materno, dos 62 bebês avaliados, três não tiveram aleitamento materno. A média de tempo de aleitamento dos 59 que foram amamentados no seio materno foi de 12 meses, sendo que o tempo de aleitamento mínimo registrado foi de um mês e o tempo máximo de 18 meses.

Quanto ao aleitamento artificial, dos 62 bebês avaliados, 15 não o realizaram. Dos 47 bebês que o realizaram, a média de tempo foi de 10,3 meses de aleitamento artificial, sendo que o tempo mínimo foi de um mês e o máximo, de 18 meses. Porém, vale ressaltar que a coleta dos dados foi realizada até os 18 meses, e, assim sendo, o tempo de aleitamento poderá ser maior.

A comparação das variáveis tempo de aleitamento materno e tempo de aleitamento artificial com a ausência ou presença risco ao desenvolvimento, por meio do teste não-paramétrico U de Mann-Whitney não apresentou resultados significativos.

Quanto à idade em que foi realizada a transição alimentar, a média foi de 5,3 meses, sendo a idade mínima registrada de três meses e a máxima de oito meses. Deste modo, 46,78% dos bebês realizaram a transição alimentar antes dos seis meses, 43,55% aos seis meses e 9,67% após os seis meses.

A inserção de alimentos sólidos se deu, em média, aos 8,4 meses de idade. A idade mínima do oferecimento desses alimentos se deu aos quatro meses e a máxima aos 13 meses. Portanto, 41,95% tiveram inserção de alimentos sólidos antes dos oito meses de idade, 17,74% aos oito meses e 40,31 após os oito meses de idade.

Discussão

No presente estudo puderam ser observadas duas situações mais recorrentes: a primeira se refere aos bebês que tiveram a alimentação complementar introduzida precocemente, ou seja, o aleitamento exclusivo não foi ofertado até os seis meses como é sugerido pelo ministério da saúde¹⁵, e a segunda se relaciona aos bebês que não apresentaram a transição alimentar no período adequado e mantém o aleitamento materno de forma exclusiva, sem introdução de semi-sólidos e sólidos após seis meses.

Em relação à primeira situação, foi observado que apesar da maior parte das crianças ter

começado a transição alimentar com seis meses ou mais, um número significativo (46%) de crianças deu início à transição alimentar antes desse período.

Este achado assemelha-se a estudos como o de Spyrides *et al.*¹⁶ que afirma ser possível observar que em diversos países do mundo a recomendação da amamentação exclusiva por pelo menos seis meses não é atendida. Isso, segundo o autor, ocorre em grande parte pela influência do *marketing* na divulgação das fórmulas lácteas e da mudança na vida familiar causada pela urbanização e inserção da mulher no mundo do trabalho, que restringe a disponibilidade de tempo da mãe para o exercício da amamentação.

Contudo, o estudo de Crestani *et al.*¹⁷ apontou que apesar dessas mudanças referentes à questão profissional, as mães donas de casa, que teriam a disponibilidade de ofertar o aleitamento materno exclusivo, apresentam uma prevalência maior na oferta do aleitamento misto que as mães que realizam alguma atividade ocupacional. Isso significa que não apenas é preciso estar disponível fisicamente, mas é necessário haver disposição da mãe para amamentar. Na mesma linha de raciocínio, Beltrami¹⁸ encontrou que a presença de ansiedade materna influencia na oferta do aleitamento misto.

No Brasil esse fato pode ser observado por meio da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS)¹⁹, na qual foi constatado que menos de 50% das crianças pesquisadas, com idade inferior a dois meses de idade eram exclusivamente amamentadas, e por volta do quarto e sexto mês esse percentual decresceu para apenas 15%. Outro estudo, realizado nas capitais brasileiras, mostra que apenas 7,7% das crianças são alimentadas exclusivamente com leite materno até seis meses²⁰.

Em relação a esse início precoce da alimentação complementar, o Ministério da Saúde¹⁵ afirma que o uso de mamadeira e chupeta, além do consumo prematuro de água, chá e outros alimentos, interferem no aleitamento materno por provocar uma confusão de bicos na hora de mamar no peito, dificultando a pega correta da mama, além de provocar desconforto abdominal, cólicas no bebê e aumentar o risco de doenças. Estudos demonstram^{21,22} que a complementação do leite materno com líquidos não nutritivos, no período dos seis primeiros meses, é uma prática inadequada, que pode levar ao desmame precoce.

Em visão complementar a tais estudos, a análise da motivação de tal introdução precoce sugere que, para além de aspectos culturais alimentares da mãe, as alterações no humor materno¹⁸ ou mesmo outros fatores como prematuridade e baixo peso do bebê podem ser fatores que interfiram no aleitamento materno em conjunto com presença de risco ao desenvolvimento infantil¹⁷. Esses estudos demonstram que há uma correlação entre desmame precoce e condições para o exercício da função materna.

Analisando a segunda situação observada no presente estudo, o atraso no início da transição alimentar, puderam ser observadas dificuldades como a não aceitação de legumes, saladas, alimentação da família e alimentos sólidos, além da preferência pelo leite materno, refluxo e uso intensivo da chupeta. Relacionadas a essas dificuldades encontrou-se no relato das mães a demanda livre do seio, sendo esta noturna e diurna, impedindo, de certa forma, a inserção de outros alimentos.

Um estudo que objetivou investigar a transição alimentar em crianças de cinco a oito meses apontou que apenas 20,8% das 101 crianças, cujas mães foram entrevistadas, apresentavam um padrão alimentar adequado, de acordo com as orientações do Ministério da Saúde⁸. Os principais motivos do não seguimento a essas normas, apontados pelas mães, foram: recusa da criança, interferência da avó e praticidade do preparo/oferecimento do mingau em relação à alimentação salgada. Rotemberg e De Vargas⁷ afirmam, em relação a essa ordem de fatos, que quando a mãe percebe “que a criança não come” ou “não mastiga”, a mesma força a criança a comer de qualquer maneira ou substitui a “comida” por mamadeira ou leite. Referem ainda que, na ânsia de que a criança fique alimentada, algumas mães ofertam aos seus filhos práticas alimentares inadequadas.

Considerando que a alimentação do ser humano não é instintiva, mas sim, construída e aprendida cognitivamente e ideologicamente nas relações sociais^{23,24}, é possível se pensar nesse atraso para a transição alimentar, percebido na amostra estudada, não como falta de potencial biológico dessas crianças, visto que todas tinham condições biológicas para mastigar, mas uma questão ambiental relacionada à rotina alimentar e a outros fatores da relação familiar.

Os dados da pesquisa demonstram que o adiamento da transição alimentar pode ser visto com

uma falha na função paterna, analisada a partir da presença de risco ao desenvolvimento infantil entre os 12 e 18 meses. É evidente a hipótese de que as mães e bebês, em situação de risco, não estejam conseguindo se separar, pois a função paterna não está operando. Nos termos de Dolto²⁵, a aceitação de outros alimentos pela criança e a possibilidade de a mãe oferecer outros alimentos, que não o seio, está relacionada à castração oral que vem marcar tanto a mãe quanto a criança, realizando a separação corpo a corpo da mãe com a criança. É necessário que a mãe aceite não ter mais o domínio sobre a boca do seu filho, pois o desmame inicia um período em que qualquer pessoa que não seja a mãe pode alimentar a criança. Para a criança, esse momento propicia-lhe experimentar e aceitar outras trocas; começar a deslocar e a diversificar as suas experiências de prazer, a descobrir do doce-salgado, mole-duro, gelado-quente, entre outros.

Os resultados da presente pesquisa demonstram uma associação entre as dificuldades de aleitamento, transição alimentar e presença de risco ao desenvolvimento infantil. Em um primeiro momento, pela dificuldade da realização da função materna e, em um segundo momento, pela posição paterna não estar sendo efetiva e não proporcionar o corte na simbiose mãe-filho de modo a permitir a introdução de consistências variadas e afastamento do seio materno. A dificuldade na função paterna é acentuada na amostra, pois é observado que há ausência de todos os índices de risco na fase de 12 a 18 meses, claramente explícitos na sua definição.

Os índices 15 e 16 referem-se ao estabelecimento da demanda da criança e implicam a ausência materna e o reconhecimento de um sujeito em separado da mãe. Faria²⁶ afirma que ausência materna é o que oferece a condição da inserção da criança no campo simbólico, porque faz surgir a necessidade de lidar com a ausência do objeto, no caso, a mãe. Dolto²⁵ reforça que é preciso que o desejo da mãe seja interditado, seja barrado, para que a criança não fique aprisionada a responder como objeto da mãe. Se a criança representa o objeto que satura o desejo da mãe, não haverá lugar para que uma interrogação pelo desejo seja formulada. É a incidência da função paterna que barra o desejo materno, produz um corte nesse desejo e possibilita a existência de pelo menos dois lugares, em vez de um, para a criança.

Os indicadores 17 e 18 fazem parte apenas do eixo função paterna. O fato de a mãe já não

se sentir mais obrigada a satisfazer tudo o que a criança pede, indica que há um descompasso entre os desejos da mãe e da criança, o que possibilita as produções de um sujeito pela criança. Já o fato de os pais colocarem pequenas regras de comportamento para a criança indica que está sendo passada a ela a cultura em que está inserida.

Desta forma, analisando os aspectos acima citados neste estudo, concorda-se com as idéias de Machado *et al.*²⁷, que debatem a importância dos fonoaudiólogos que atuam na clínica de linguagem com crianças, darem atenção especial às condutas alimentares, mesmo quando não há queixa de distúrbio. Também indicam que o exercício das funções parentais são parte integrante da análise da alimentação infantil, além de aspectos já amplamente discutidos, como os biológicos, sejam relativos às condições corporais do bebê ou àqueles relacionados aos aspectos nutricionais.

Conclusões

Considerando a proposta de análise inicial em relação à associação entre presença de risco ao desenvolvimento infantil com dificuldades de aleitamento e na transição alimentar, a presente pesquisa comprovou essa relação na última fase de coleta dos IRDIs.

O estudo evidenciou, ainda, que o eixo teórico que apresentou relação com a dificuldade de aleitamento e a dificuldade na transição alimentar foi o eixo da Função Paterna.

Considerando a importância do estabelecimento da Função Paterna no desenvolvimento da criança e as implicações negativas da sua não-instalação, e as implicações da alimentação sobre o desenvolvimento infantil, o estudo demonstra a importância dos profissionais de saúde investigarem as questões alimentares em bebês, mesmo que não haja queixas de alteração importante nas mesmas.

Referências bibliográficas

1. Arantes, CIS. Amamentação - visão das mulheres que amamentam. *J Pediatría*. 1995; 71 (4): 195-202.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Glossário Temático Alimentação e Nutrição. Secretaria de Atenção à Saúde, 2006. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_alimenta.pdf. Acesso em: 14 abril. 2011.
3. Prentice A, Paul AA. Contribution of breast-milk to nutrition during prolonged breast-feeding. In: Atkinson SA, Hanson L, Chandra R, editors. *Human lactation 4: breast-feeding nutrition, infection and infant growth in developed and emerging countries*. St. John's: Arts Biomedical; 1990. p. 87-102.
4. Giugliani ERJ, Victora CG. Normas alimentares para crianças brasileiras menores de 2 anos: bases científicas. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial de Saúde; 1997.
5. Barbosa MB, Palma D, Bataglin T, Taddei JAAC. Custo da alimentação no primeiro ano de vida. *Rev Nutr*. 2007; 20: 55-62
6. Simon VGN, Souza JMP, Souza SB. Introdução de alimentos complementares e sua relação com variáveis demográficas e socioeconômicas, em crianças no primeiro ano de vida, nascidas em Hospital Universitário no município de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol*. 2003; 6: 29-38.
7. Rotemberg S, De Vargas S. Práticas alimentares e o cuidado da saúde: da alimentação da criança à alimentação da família. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* vol.4 no.1 Recife Jan./Mar. 2004. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292004000100008> Acesso em 28 de abril de 2011.
8. Santos CS, Lima LS, Javorski M. Fatores que interferem na transição alimentar de crianças entre cinco e oito meses: investigação em Serviço de Puericultura do Recife, Brasil. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife*, 7 (4): 373-380, out. / dez., 2007. Disponível em www.scielo.br/pdf/rbsmi/v7n4/a04v7n4.pdf. Acesso em 16 de abril de 2011.
9. Brum EHM, Schermann, L. Vínculos iniciais e desenvolvimento infantil: abordagem teórica em situação de nascimento de risco. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2004; 9(2):457-467,
10. Pesaro ME. Alcance e limites teórico-metodológicos da Pesquisa multicêntrica de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil. [Tese]. São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo; 2010.
11. Carvalho AL, Silva LFF, Grisi SJFE, Escobar AMU. Clinical indicators of child development in the capitals of nine brazilian states: the influence of regional cultural factors. *Clinics*. 2008;63(1):51-8.
12. Kupfer MCM (coord). Relatório Científico final: leitura da constituição e da psicopatologia do laço social por meio de indicadores clínicos: uma abordagem interdisciplinar atravessada pela psicanálise. Projeto temático FAPESP n.2003/09687-7, 2008.
13. Kupfer MCM et al. Valor preditivo de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam.*, 2010. São Paulo, v. 13, n. 1, Mar.
14. Goldin JR. Informação, ciência e ética. *Episteme*, 4, 7, 165-173; 1998.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana de Saúde. Dez passos para uma alimentação saudável. Guia alimentar para crianças menores de dois anos. Brasília, DF; 2002.
16. Spyrides MHC et al. Efeito das práticas alimentares sobre o crescimento infantil. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant., Recife*, v. 5, n. 2, June 2005. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292005000200002&lng=en&nrm=iso. acesso em 08 Nov. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292005000200002>.
17. Crestani AH. *Jornal da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, no prelo.
18. Beltrami L. Ansiedade materna puerperal e risco para alterações no desenvolvimento infantil [Dissertação]. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria; 2011.



19. Brasil. Ministério da Saúde. PNDS - Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher. Brasília, DF, 2008.
20. Sena MCF, Silva EF, Pereira MG. Prevalência do aleitamento materno nas capitais brasileiras. *Rev Assoc Med Brás.* 2007; 53: 520-4.
21. Sachdev HPS et al. Water supplementation in exclusively breastfed infants during summer in the Tropics. *Lancet* 1991; 337: 929-33.
22. Marchione DML. Alimentação no primeiro ano de vida: prevalência de consumo de alimentos em dois centros de saúde do município de São Paulo [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 1999.
23. Woortmann KAA. Hábitos e ideologia alimentares em grupos sociais de baixa renda: relatório final. Brasília (DF): Fundação Universidade de Brasília; 1978. (Série Antropologia, 20).
24. Valente FLS (org.). Fome e desnutrição: determinantes sociais. São Paulo: Cortez; 1986.
25. Dolto F. Psicanálise e pediatria. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1988.
26. Faria MR. Constituição do sujeito e estrutura familiar - O Complexo de Édipo de Freud a Lacan. São Paulo: Cabral, 2003.
27. Machado FP, Cunha MC, Palladino RRR. Doença do refluxo gastroesofágico e retardo de linguagem: estudo de caso clínico. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica.* 2009 jan-mar;21(1):81-3.

Recebido em fevereiro/12; aprovado em março/12.

Endereço para correspondência

Josiane Fernanda Vendruscolo
Rua Olavo Bilac, 621/209
CEP: 97015-440
Santa Maria/RS
Telefone: (55) 99083379

E-mail: josileve@yahoo.com.br

Anexo 1

0 a 4m in-comp.	1. Quando a criança chora ou grita a mãe sabe o que ela quer 2. A Mãe fala à criança num estilo particularmente dirigido a ela (manhês) 3. A criança reage ao manhês 4. A mãe propõe algo à criança e aguarda sua reação. 5. Há trocas de olhares entre a criança e a mãe	SS/ED SS ED PA SS/PA
4 a 8 m. incomp.	6. A criança começa a diferenciar o dia da noite 7. A criança utiliza sinais diferentes para expressar suas diferentes necessidades 8. A criança procura ativamente o olhar da mãe	ED/PA ED ED/PA
8 a 12 in-comp.	9. A mãe percebe que alguns pedidos da criança podem ser para chamar sua atenção 10. Durante os cuidados corporais a criança busca ativamente jogos amorosos com a mãe 11. Mãe e criança compartilham linguagem particular 12. A criança estranha pessoas desconhecidas para ela 13. A criança faz gracinhas 14. A criança aceita alimentação semi-sólida, sólida e variada.	ED/SS ED SS/PA FP ED ED
12 a 18m in-comp.	15. A mãe alterna momentos de dedicação à criança com outros interesses 16. A criança suporta breves ausências e reage a longas ausências da mãe 17. A mãe não se sente obrigada a satisfazer tudo que a criança quer. 18. Os pais estabelecem pequenas regras de comportamento para a criança	ED/FP ED/FP FP FP



Anexo 2

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título do estudo: **Índices de Risco para o Desenvolvimento Infantil e Aquisição da Linguagem e uma proposta de intervenção grupal**

Pesquisador(es) responsável(is): Ana Paula Ramos de Souza, Anelise Henrich Crestani

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria - Departamento de Fonoaudiologia

Local da coleta de dados: Serviço de Atendimento Fonoaudiológico – SAF - UFSM

Os pesquisadores garantem o acesso aos dados e informações desta pesquisa a qualquer momento que o (a) voluntário(a) conforme exposto nos itens seguintes.

1 – Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo, que tem o objetivo principal promover a saúde mental, de linguagem e comunicação do (a) seu (sua) filho (a), buscando impedir que ele(a) apresente distúrbios no seu desenvolvimento, através da orientação familiar e terapia da criança quando necessária.

2 – A coleta de dados inclui entrevistas, encontros de orientação com a família e filmagem de interações entre a criança e sua família e a criança e terapeuta, cujos dados serão analisados pelos pesquisadores.

3 – A pesquisa não possui riscos e os desconfortos estão ligados à necessidade de responder entrevistas pessoais e/ou ser filmado em interação com seu bebê.

4 – Benefícios para o participante estão na possibilidade de se atingir melhores resultados no desenvolvimento de seu filho, impedindo distúrbios no mesmo.

5 – A intervenção planejada não possui procedimentos alternativos, pois não seria diferente caso não estivéssemos realizando a pesquisa. A mesma proposta de intervenção seria implementada em caso em que você não quisesse ser voluntário na pesquisa.

6 – É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade da terapia de seu (sua) filho(a).

7 – As informações obtidas serão analisadas em conjunto, não sendo divulgada a identificação de nenhum participante.

8 – Os voluntários receberão informações atualizadas sobre os resultados parciais das pesquisas e receberão um retorno de todos os resultados ao final da pesquisa.

9 – Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

10 – Não há possibilidades de dano pessoal, mas se o voluntário se sentir constrangido ou prejudicado pode solicitar seu desligamento da pesquisa.

11 – Mantenho, como pesquisadora, o compromisso de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa. Se as mães concordarem, poderemos criar banco de imagens para aulas teóricas, a partir da assinatura de termo específico para isso.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo.

Eu discuti com o Dr. Ana Paula Ramos de Souza sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Santa Maria, ____ de _____ 20 ____.

Assinatura do sujeito de pesquisa/representante legal

N. identidade

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

Santa Maria, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do responsável pelo estudo

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato:

Comitê de Ética em Pesquisa - CEP-UFSM

Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria – 7º andar – Campus Universitário – 97105-900 – Santa Maria-RS - tel.: (55) 32209362 - email: comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br



Apêndice 1

Protocolo da Avaliação da Transição Alimentar

Nome: _____

Ficha: _____.

DN: ____/____/____.

Tipo de aleitamento: () materno; () artificial; () materno+artificial.

Materno desde _____ até _____.

Artificial desde _____ até _____.

Dificuldades? Quais? _____

_____.

Transição alimentar aos _____. Como se deu? _____

_____.

Alimentação semi-sólida/sólida aos _____.

Uso da chupeta: () sim; () não. Desde _____ até _____.

Mamadeira: () sim; () não. Desde _____ até _____.

Outros hábitos orais: _____. Desde _____ até _____.

Dificuldade alimentar? _____.

Alteração observada? _____.

Palavras que está falando: _____.

Compreensão: _____.

Brincar: Funcional () Exploratório ()

