UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Práticas alimentares de crianças menores de dois anos de idade em Guarapuava-PR: experiências do cotidiano

Paula Chuproski

Ribeirão Preto
2009

PAULA CHUPROSKI

Práticas alimentares de crianças menores de dois anos de idade em Guarapuava-PR: experiências do cotidiano

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Enfermagem em Saúde Pública.
Área de Concentração: Enfermagem em Saúde Pública.
Inserida na linha de pesquisa: Assistência à Criança e ao Adolescente.

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Débora Falleiros de Mello

Ribeirão Preto
2009

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Chuproski, Paula.
Práticas alimentares de crianças menores de dois anos de idade em Guarapuava-PR: experiências do cotidiano.
166 p; 30cm.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP – Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.
Orientadora: Prof.ª Dr.ª Débora Falleiros de Mello

1. Práticas alimentares. 2. Desnutrição. 3. Crianças. 4. Mães.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Paula Chuproski
Práticas alimentares de crianças menores de dois anos de idade em Guarapuava-PR: experiências do cotidiano.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre junto ao Programa de Pós Graduação Enfermagem em Saúde Pública.
Área de Concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

A memória da minha avó materna, Emilia Skibinski Iantas, minha "Bába", responsável por grande parte da minha educação. Os anos de convivência ao seu lado jamais serão esquecidos, obrigada pelos ensinamentos e pelo tempo e amor a mim dedicados.

AGRADECIMENTOS

A Deus, fonte de luz e inspiração, por estar sempre presente em minha vida e guiando meus passos.

Aos meus pais, Valdomiro e Isabel, e ao meu irmão Reginaldo, pela ajuda e carinho dispensados durante essa fase da minha vida. Éramos quatro, hoje somos três, porque a "estrela" da nossa família foi brilhar no céu.

Ao Elio, meu grande amor e amigo, pelo amor e cumplicidade demonstrados nos momentos mais delicados dessa jornada.

À minha tia Dorotéa, grande educadora, quase minha "mãe", pelos esforços somados em prol da minha educação.

À Prof.ª Dr.ª Débora Falleiros de Mello, pela forma como conduziu o estudo, pela compreensão das minhas limitações e dos momentos enfrentados no decorrer do curso de mestrado e pela contribuição no meu crescimento profissional.

À Prof.ª Dr.ª Claudia Choma Bettega Almeida, pela amizade e incentivo ao estudo, suas observações durante algumas etapas do estudo foram fundamentais.

À Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO), pela oportunidade de realizar o curso de mestrado afastada integralmente das atividades docentes.

Ao Departamento de Nutrição da UNICENTRO, em especial aos meus colegas, que assumiram minhas atividades enquanto estive afastada.

Ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, congratulando seus docentes, pela qualidade das disciplinas cursadas e pelo aprendizado adquirido.

À Secretaria Municipal de Saúde de Guarapuava, às unidades de saúde onde realizei a coleta de dados e aos profissionais de saúde que não mediram esforços para a seleção e acompanhamento das famílias.

Às mães e crianças acompanhadas, pela oportunidade de realizar este estudo e conviver com suas famílias. Obrigada por permitirem que eu entrasse em seus lares, permanecesse durante os momentos da alimentação e observasse aspectos que vão além do simples ato de nutrir.

Às amigas Elizelaine, Fernanda, Flávia e Sarah, pela ajuda e pelos ricos encontros nas disciplinas. Adorei conhecê-las.

À amiga Maria Tereza Betiol, pelo carinho e ajuda ainda na fase de seleção do curso de mestrado. Você me ensinou a não levar a vida tão a sério.

À amiga Priscila Antunes Tsupal, pela força, carinho e acolhimento em algumas etapas da pesquisa. Você estará sempre em meu coração.

Ao amigo Claudio Shigueki Suzuki, pelas “dicas” sempre sensatas, pela companhia nas viagens e pela ajuda na adaptação em Ribeirão Preto.

À acadêmica Patrícia Chiconatto, pela prontidão e ajuda na avaliação nutricional das crianças.

RESUMO

CHUPROSKI, P. **Práticas alimentares de crianças menores de dois anos de idade em Guarapuava-PR: experiências do cotidiano**. 2009. 166 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

As práticas alimentares maternas constituem um dos fatores primordiais para o adequado estado nutricional das crianças e para o seu pleno crescimento e desenvolvimento. Entretanto, elas são influenciadas pela questão socioeconômica, escolaridade materna, acesso a serviços de saúde e pelos valores e crenças do entorno cultural das famílias. Os objetivos deste estudo foram descrever as práticas alimentares de crianças menores de dois anos de idade com baixo peso e baixa estatura para a idade em seguimento em unidades de saúde e analisar relatos maternos acerca da alimentação e desnutrição infantil. Foi realizado um estudo exploratório descritivo com abordagem qualitativa, buscando uma aproximação com os sujeitos pesquisados e um olhar para as experiências maternas no cotidiano. O estudo foi desenvolvido na cidade de Guarapuava-PR e os participantes foram oito crianças, na faixa etária dos 6 aos 24 meses de idade, e suas mães. As técnicas de investigação foram a observação participante e a entrevista semi-estruturada e, a partir da análise temática, buscou-se apreender as estruturas de relevância das práticas alimentares observadas e dos relatos maternos, agrupando em quatro temas: As crianças e mães estudadas, A alimentação da criança no cotidiano dos domicílios, A alimentação na infância: âmbito familiar e social, A alimentação e o cuidado à saúde da criança. Foi possível apreender as características maternas e das crianças, do ambiente e da família; aspectos sobre a história da amamentação, introdução de alimentos complementares, a alimentação da criança, destacando quem prepara, o que prepara, como prepara, os horários, rotinas e local; a alimentação da família, mostrando como ela é diferenciada da alimentação da criança, a situação social das famílias, particularmente com relação à disponibilidade de alimentos nos domicílios, e os programas e equipamentos sociais aos quais as crianças estão vinculadas; além de aspectos ligados à interação entre mães e crianças nos momentos da alimentação, cuidados e percepção das mães com relação à saúde e ao estado nutricional das crianças. Observou-se que a alimentação das crianças era monótona, predominantemente láctea no café da manhã e lanches, e no almoço com alimentos considerados “básicos”, como arroz, feijão, macarrão, batata e algumas vezes carnes; as hortaliças e frutas eram escassas. Neste estudo, houve um entendimento de que o estado nutricional da criança está ligado a vários aspectos, relativos à amamentação, introdução de alimentos complementares em idade oportuna, alimentação adequada em quantidade e qualidade, higiene, situação social da família, programas sociais e políticas públicas abrangentes, cuidados cotidianos e com a saúde. As famílias trazem valores de sua cultura, que nem sempre estão em consonância com as recomendações dos organismos internacionais e nacionais sobre a saúde e alimentação das crianças. Conhecer o ambiente onde as famílias vivem, a situação de vida e os seus valores e crenças pode ajudar os profissionais de saúde na promoção de práticas alimentares saudáveis e no direcionamento do tratamento de distúrbios nutricionais. Essa aproximação a uma realidade contextualizada e compartilhada pode trazer elementos ricos para a integralidade da atenção à saúde da criança e sua família.

Palavras-chave: Práticas alimentares. Desnutrição. Crianças. Mães.

ABSTRACT

CHUPROSKI, P. **Feeding practices of children aged under 2 years in Guarapuava-PR: experience in their daily life**. 2009. 166 f. Thesis (Master's Degree) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeiro Preto, 2009.

The maternal feeding practices are one of the essential factors for the children's right nutritional state as well as for enhancing their physical development. However, they are influenced by the socioeconomical background, the maternal schooling, the access to health public services and by the values and beliefs of the home environment. This work aims to depict the feeding practices of children under 2 years and who have low weight and height for their age. The survey was carried out through observation in Health Units as well as through the analysis of accounts about undernourished children and their feeding. An investigative and descriptive study with a qualitative research was undertaken in order to obtain more detailed and more accurate information about the people who were being investigated and also to have a look at the maternal experience in daily life. This approach was carried out in the City of Guarapuava-PR and the people who joined in it were eight children whose age group was from 6 to 24 months of age and their mothers. The investigation techniques used were the participant observation and semi-structured interviews and, from the thematic analysis, the research intends to seize the significant structures connected with the feeding practices observed and with the maternal reports, ranking them in four subjects: The children and mothers studied, The children's feeding in their home's daily life, The feeding during the childhood in the family and social circle, The child's health care. It was possible to understand the home environment and the surroundings features; to have information on the breast-feeding story, on the introduction of complementary food, as well as on the baby's feeding highlighting who prepares it, what is prepared, how it is prepared, the time when it is prepared, the routines and places. The study also enabled to know about the family's feeding pointing out how it is different from the child's feeding and about the social situation of the families, especially when it is related to the availability of food in the residences, about the social benefit plans people got; furthermore it was possible to check aspects linked with the interaction among the mothers and the children during the feeding, the mother's care and awareness of the children's health and nutritional condition. It was noted that the children's diet was fairly routine with a prevailing consumption of milk for breakfast; snacks and basic food like rice, beans, pasta, potato and sometimes meat for lunch; vegetable and fruit were hardly ever consumed. From this study one is able to realize that the child's nutritional condition is connected with many aspects related to the breast-feeding, the introduction of complementary food in the appropriate age, the correct quantity and quality in feeding, the hygiene, the family's social situation, the social benefit plans and comprehensive government's policies, ordinary cares for the health. Families bring values from their background that not always follow practices recommended by National and International Organizations on children's daily cares for the health. It may be useful to health care professionals to know the surroundings where these families live, their life situation, values and beliefs so that it will be easier to establish healthy diet habits and to treat nutritional disorders. This approach is a reality inside a context and if it is shared it can help to have a broader look at the family's and at the kids' health.

Keywords: Feeding habits. Malnutrition. Children. Mothers.

RESUMEN

CHUPROSKI, P. **Prácticas alimenticias de niños menores de dos años de edad en Guarapuava-PR: experiencias de lo cotidiano**. 2009. 166 f. Disertación (Posgrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

Las prácticas alimenticias maternas constituyen uno de los factores para el adecuado estado nutritivo de los niños y para su pleno crecimiento y desarollo. Sin embargo, ellos son influidos por la cuestión socioeconómica, la escolaridad materna, el acceso a servicios de salud e por los valores y creencias del entorno cultural de las familias. Los objetivos de este estudio fueron describir las práticas alimentares de los niños con menos de dos años de edad con bajo peso e baja estatura para la edad mediante acompañamiento en unidades de salud e analizar relatos maternos sobre la alimentación y la desnutrición infantil. Fue realizado un estudio exploratorio descriptivo con abordaje cualitativo, buscando una aproximación con los sujetos pesquisados y echar una mirada a las experiencias maternas de la vida cotidiana. El estudio fue desarollado en la ciudad de Guarapuava-PR y los participantes fueron ocho niños, en la faja etaria de los 6 hasta los 24 meses de edad, y sus madres. Las técnicas de investigación fueron la observación participante y la entrevista semi-estructurada y, a partir del analisis temático, se buscó aprehender las estructuras de relevancia de las práticas alimenticias observadas y de los relatos maternos, agrupándolas en cuatro temas: los niños y las madres estudiadas, la alimentación del niño en el vivir cotidiano de los domicilios, la alimentación en la niñez: ámbito familiar y social, la alimentación y el cuidado con la salud del niño. Fue posible aprehender las características maternas y de los niños, del ambiente y de la familia; los aspectos sobre la historia del amamantamiento, la introducción de los alimentos complementares, la alimentación del niño, destacando quién prepara, lo que se prepara, cómo se prepara, los horarios, las rotinas y el local; la alimentación de la familia, mostrando cómo ella es diferenciada de la alimentación del niño, la situación social de las familias, particularmente con relación a la disponibilidad de alimentos en los domicilios, y los programas y equipamientos sociales a los cuales los niños están vinculados además de los aspectos ligados a la interacción entre madres y niños en los momentos de la alimentación, cuidados y percepción de las madres con relación a la salud y al estado nutritivo de los niños. Se observó que la alimentación de los niños era monótona, predominantemente láctea durante el desayuno y las meriendas, y en el almuerzo con alimentos considerados “básicos”, como arroz, judías, pasta, batata e por veces carnes; las hortalizas y frutas eran escasas. En este estudio, hubo un entendimiento que el estado nutritivo del niño está ligado a varios aspectos relativos al amamantamiento, a la introducción de alimentos complementares en edade oportuna, alimentación adecuada en cantidad y cualidad, higiene, situación social de la familia, programas sociales y políticas públicas exhaustivas, cuidados cotidianos con la salud. Las familias traen valores de su cultura, que no siempre están en armonía con las recomendaciones de los organismos internacionales y nacionales sobre la salud y la alimentación de los niños. Conocer el ambiente donde las familias viven, su situación de vida y sus valores y creencias puede ayudar los profesionales de la salud en la promoción de las práticas saludables y en la orientación del tratamiento de enfermedades nutritivas. Esa aproximación a una realidad contextualizada y compartida puede traer elementos ricos para la integridad de la atención a la salud del niño y de su família.

Palabras clave: Prácticas alimenticias. Desnutrición. Niños. Madres.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO **11**
1 INTRODUÇÃO **13**
1.1 AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL DE CRIANÇAS 13
1.2 A DESNUTRIÇÃO EM CRIANÇAS E SUA PREVALÊNCIA 20
1.3 AS PRÁTICAS ALIMENTARES NA INFÂNCIA 26
2 OBJETIVOS **34**
2.1 OBJETIVO GERAL 34
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 34
3 PERCURSO METODOLÓGICO **36**
3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO 36
3.2 LOCAL DO ESTUDO 36
3.3 PARTICIPANTES 38
3.4 COLETA DOS DADOS 39
3.5 ANÁLISE DOS DADOS 42
3.6 ASPECTOS ÉTICOS 44
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO **47**
4.1 AS CRIANÇAS E MÃES ESTUDADAS 47
4.2 A ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA NO COTIDIANO DOS DOMICÍLIOS 53
4.2.1 A História da Amamentação e Introdução de Alimentos Complementares 53
4.2.2 Alimentar a Criança: Quem Prepara, O Que Prepara, Como Prepara, Horários, Rotinas e Local 61
4.3 A ALIMENTAÇÃO NA INFÂNCIA: ÂMBITO FAMILIAR E SOCIAL 91
4.3.1 A Alimentação da Família 91
4.3.2 Situação Social da Família e a Alimentação da Criança 96
4.3.3 Programas e Equipamentos Sociais aos Quais as Crianças Estão Vinculadas 102
4.4 A ALIMENTAÇÃO E O CUIDADO À SAÚDE DA CRIANÇA 119
4.4.1 Alimentação e Interação 119
4.4.2 A Percepção Materna sobre a Saúde da Criança 124
4.4.3 O Cuidado Cotidiano da Criança 134
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS **144**
REFERÊNCIAS **151**
APÊNDICES **164**

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

Os dois primeiros anos de vida são caracterizados por intenso crescimento e desenvolvimento e considerados críticos devido a transição que ocorre na alimentação da criança, evoluindo de uma dieta líquida, na qual o leite é o principal alimento, para uma dieta pastosa até receber os alimentos consumidos pela família. As práticas alimentares adotadas na infância, bem como os cuidados prestados à criança, influenciam o seu estado nutricional.

Neste estudo, inicialmente, procuramos destacar, a partir da literatura, a avaliação nutricional de crianças baseada nas novas curvas de crescimento da Organização Mundial de Saúde (OMS), a prevalência atual da desnutrição infantil em nível mundial, nacional, regional e local e as políticas e ações implementadas no país para a promoção de práticas alimentares saudáveis, o combate e a prevenção de distúrbios nutricionais na infância.

Buscamos por meio de um estudo exploratório descritivo com abordagem qualitativa conhecer as práticas alimentares de crianças menores de dois anos com baixo peso e baixa estatura para a idade da cidade de Guarapuava-PR.

Os resultados da pesquisa trazem, primeiramente, a caracterização das mães e crianças estudadas apontando a composição das famílias, escolaridade materna, estado civil dos pais, ocupação dos membros familiares, aspectos do ambiente domiciliar e informações da saúde da criança. Em seguida, descreve-se a alimentação da criança no cotidiano dos domicílios apresentando questões da história da amamentação e da introdução de alimentos complementares e da alimentação atual das crianças. Destacam-se os alimentos preparados para a criança, aspectos de higiene, horários, rotinas e o local da alimentação.

Além da alimentação da criança, esse estudo também aborda a alimentação no âmbito familiar e social, com relação à disponibilidade de alimentos nos domicílios, alimentos comumente consumidos pela família, situação socioeconômica e os programas e equipamentos sociais aos quais as famílias e crianças estão vinculadas, como programas de transferência de renda e de distribuição de alimentos.

Finalmente, são apresentados aspectos relacionados à alimentação, ao cuidado cotidiano e à saúde das crianças, destacando histórias de hospitalizações, utilização de medicamentos, buscas por serviços de saúde, alimentação da criança doente, percepção da mãe com relação à saúde e ao estado nutricional da criança e a interação entre mãe e criança observada nos momentos da alimentação e cuidados gerais.

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

Atualmente, as práticas de saúde, tanto nos serviços de saúde quanto nas famílias e comunidade, necessitam ser repensadas com vistas a aumentar o vínculo com a população, a adesão às medidas de proteção e promoção da saúde, a atuação efetiva dos profissionais de saúde junto às famílias e a construção de planos de responsabilização e de projetos de saúde.

O estado nutricional de uma população, e em especial das crianças, é um relevante indicador de saúde e de qualidade de vida, sendo importante conhecer a realidade vivenciada pelas crianças e famílias, particularmente no tocante às práticas alimentares.

Este estudo tem como foco central as práticas alimentares de crianças menores de dois anos de idade com baixo peso e baixa estatura para a idade em seguimento em unidades de saúde do município de Guarapuava-PR, buscando novos subsídios para a atenção integral à saúde da criança.

1.1 AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL DE CRIANÇAS

A infância é um período no qual ocorrem variações na composição corporal, uma vez que o crescimento é caracterizado por um processo dinâmico e complexo, regulado por múltiplos fatores, os quais incluem a hereditariedade, a ingestão de nutrientes, a atividade física, a idade, o sexo e o balanço hormonal, que exercem influência sobre o tamanho e a forma do indivíduo. Esse período também é influenciado por fatores ambientais, como saneamento e vacinação, e psicológicos (VITOLO, 2003; NACIF; VIEBIG, 2007).

Durante os primeiros meses de vida, o peso e o comprimento aumentam progressivamente, e ao final do primeiro ano, o lactente apresenta seu peso triplicado e aumento de 1,5 vez no seu comprimento. O crescimento longitudinal é proporcionalmente mais lento que o aumento de peso, dessa forma, na ocorrência de déficit nutricional em qualquer idade, a altura não sofre impacto imediato, mas o peso sim. Nos primeiros 6 meses de vida, espera-se um ganho de peso maior que 20g/dia, e, a partir do segundo semestre, acima de 15g/dia (VITOLO, 2003; NACIF; VIEBIG, 2007).

O estado nutricional é o resultado do equilíbrio entre o consumo de nutrientes e o gasto energético do organismo para suprir as necessidades nutricionais. Ele pode ser classificado da seguinte forma (BRASIL, 2004a):

- Adequação nutricional: manifestação produzida pelo equilíbrio entre o consumo em relação às necessidades nutricionais.
- Carência nutricional: manifestações produzidas pela insuficiência quantitativa e/ou qualitativa do consumo de nutrientes em relação às necessidades nutricionais.
- Distúrbio nutricional: manifestações produzidas pelo excesso e/ou desequilíbrio de consumo de nutrientes em relação às necessidades nutricionais.

Para a avaliação do estado nutricional de crianças a OMS preconiza o método antropométrico e o Ministério da Saúde adota esse método na Vigilância Alimentar e Nutricional de populações. O acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento foi uma das ações básicas adotadas a partir de 1984 pelo Ministério da Saúde para incrementar a capacidade resolutiva dos serviços de saúde na atenção à criança (WHO, 1995; BRASIL, 2002a; BRASIL, 2004a).

A antropometria é um método de investigação em nutrição baseado na medição das variações físicas e na composição corporal global, permitindo a classificação de indivíduos e grupos segundo seu estado nutricional. As medidas antropométricas consideradas básicas para a avaliação e o acompanhamento do estado nutricional de crianças são: peso e estatura, entretanto outras medidas, como os perímetros braquial, cefálico e torácico, e as dobras cutâneas, podem ser utilizadas para complementar a avaliação nutricional (WHO, 1995; VITOLO, 2003; BRASIL, 2004a; NACIF; VIEBIG, 2007).

É importante destacar que as medidas antropométricas isoladamente não permitem uma avaliação precisa do estado nutricional da criança. Assim, a partir de medidas antropométricas efetuadas é possível construir índices e indicadores, com o objetivo de avaliar diversos aspectos do crescimento. Os índices expressam a relação entre duas medidas, e os mais usados para a avaliação do estado nutricional de crianças são (WHO, 1995; BRASIL, 2002a; VITOLO, 2003; BRASIL, 2004a; NACIF; VIEBIG, 2007):

Peso por idade (P/I): esse índice expressa a massa corporal para a idade cronológica. Essa avaliação é adequada para o acompanhamento do crescimento infantil e reflete a situação global do indivíduo, porém não diferencia o comprometimento nutricional agudo dos crônicos.

Estatura por idade (E/I): esse índice expressa o crescimento linear da criança. Essa avaliação indica o efeito cumulativo de situações adversas sobre o crescimento da criança.

Peso por estatura (P/E): esse índice dispensa a informação da idade, expressa a harmonia entre as dimensões de massa corporal e estatura.

As curvas de crescimento têm sido amplamente utilizadas na avaliação do crescimento infantil, representando a distribuição das variáveis mais utilizadas (peso, estatura, Índice de Massa Corporal (IMC) e perímetro cefálico), relacionadas entre si ou com a idade de uma população de referência (NACIF; VIEBIG, 2007).

A OMS recomendava a referência internacional do *National Center for Health Statistics* (NCHS) de 1977, a qual foi revisada pelo Centro de Controle de Doenças dos Estados Unidos em 2000, para a avaliação do estado nutricional de crianças até recentemente, entretanto desde meados da década de 90 a OMS estabeleceu um Grupo de Trabalho sobre o Crescimento Infantil para desenvolver recomendações para o uso e interpretação apropriados da antropometria em bebês e crianças pequenas. Isso aconteceu em função da crescente utilização das medidas e indicadores antropométricos para a triagem e avaliação do estado nutricional de indivíduos e populações de todas as idades, bem como as críticas à referência NCHS-OMS (WHO, 1995; VICTORA; ARAÚJO; ONIS, 2007).

Entre as várias críticas da referência NCHS-OMS pode-se citar: os dados foram coletados a partir de crianças que, predominantemente, recebiam leites artificiais, residiam em uma única área geográfica, e pertenciam a famílias de descendência norte-européia, de nível socioeconômico relativamente alto (GARZA; ONIS, 2004; VICTORA; ARAÚJO; ONIS, 2007).

A seguir será feita uma breve explanação dos trabalhos que culminaram no Estudo Multicêntrico de Referência para o Crescimento, conhecido como *Multicentre Growth Reference Study* (MGRS), desenvolvido pela OMS em parceira com centros de pesquisas internacionais em Nutrição Materno Infantil, pois os resultados desse estudo são as novas curvas de referência para o crescimento infantil e a recomendação atual para a avaliação do estado nutricional de crianças.

O Grupo de Trabalho sobre o Crescimento Infantil, no início de suas deliberações, observou que as crianças amamentadas, saudáveis, filhas de mães bem nutridas e vivendo sob condições ambientais favoráveis, ainda assim, pareciam estar crescendo inadequadamente em termos da referência NCHS-OMS, porém esse déficit de crescimento era inconsistente com os múltiplos benefícios do aleitamento materno e ao fato de que essas crianças viviam em ambientes propícios à saúde e ao crescimento. Tais inconsistências indicavam que a referência NCHS-OMS precisava ser repensada (GARZA; ONIS, 2004; VICTORA; ARAÚJO; ONIS, 2007).

O Grupo de Trabalho reuniu dados publicados e não publicados sobre o crescimento de crianças amamentadas exclusiva ou predominantemente pelo menos até 4 meses de idade e

que continuaram em aleitamento materno até os 12 meses. Os resultados desse trabalho mostraram que o crescimento das crianças era claramente inferior ao da referência NCHS-OMS, e que a magnitude desse desvio era suficientemente grande para interferir na conduta nutricional. Em um primeiro momento, o conjunto de crianças amamentadas ainda apresentava origem predominantemente européia e nível socioeconômico relativamente alto, porém outro conjunto de dados incluiu crianças de uma amostra multi-étnica e os resultados foram muito similares aos anteriores (GARZA; ONIS, 2004; VICTORA; ARAÚJO; ONIS, 2007). Assim, esse Grupo concluiu que novas referências de crescimento eram necessárias.

Um novo grupo de trabalho foi constituído em 1995 para elaborar um protocolo para o desenvolvimento das novas curvas de crescimento para crianças com até cinco anos de idade. Esse protocolo apresentou quatro características (GARZA; ONIS, 2004; VICTORA; ARAÚJO; ONIS, 2007):

- uma abordagem claramente prescritiva, que leve em consideração a alimentação infantil, apoio ao aleitamento materno e condições ambientais que permitam o desenvolvimento pleno do potencial genético de crescimento da criança;
- a amostra deve ter representatividade internacional;
- uso de métodos epidemiológicos e estatísticos atualizados para planejar, implementar e garantir o controle de qualidade na coleta dos dados, assim como na elaboração das curvas;
- a proposta de articulação entre a avaliação antropométrica e indicadores funcionais específicos de relevância preditiva ao bem estar das crianças, incluindo no estudo um componente de desenvolvimento motor.

A Coordenação Geral do estudo foi desempenhada pelo Programa de Nutrição da OMS. Em 1996 foi dado início ao processo de seleção das regiões que participariam do estudo. Um dos requisitos era de que os países selecionados deveriam representar as seis principais regiões geográficas do mundo, além de apresentar resultados de estudos epidemiológicos, possuir uma instituição de pesquisa capaz de implementar o protocolo do estudo e disponibilizar fundos nacionais ou internacionais para colaboração no financiamento do estudo (ONIS et al., 2004a; VICTORA; ARAÚJO; ONIS, 2007).

Os seis países e suas respectivas cidades selecionados para o estudo foram: Brasil (Pelotas), Ghana (Accra), Índia (Nova Delhi), Noruega (Oslo), Oman (Muscat) e Estados Unidos (Davis) (ONIS et al., 2004a; ONIS et al., 2004b; VICTORA; ARAÚJO; ONIS, 2007).

O MGRS combina um estudo longitudinal do nascimento aos 24 meses de idade com um estudo transversal que incluiu crianças dos 18 aos 71 meses de idade. É importante ressaltar que no estudo longitudinal, os recém-nascidos foram seguidos até os dois primeiros anos de vida com acompanhamento das práticas alimentares e do crescimento (ONIS et al., 2004a).

O estudo contou com critérios de elegibilidade populacional bem definidos, sendo que as sub-populações do estudo tinham condições socioeconômicas favoráveis ao crescimento, baixa mobilidade, mais de 20% das mães seguindo as recomendações de alimentação e apoio para amamentação. Os critérios individuais de inclusão consistiam na ausência de restrições ambientais ou de saúde ao crescimento, adesão às recomendações de alimentação, mães não fumantes, gestação única a termo e ausência de morbidade significativa. Os critérios referentes à alimentação eram que as mães estivessem dispostas a amamentar seus bebês exclusiva ou predominantemente até os 4 meses de idade, que a introdução dos alimentos complementares acontecesse aos 6 meses de idade e que o aleitamento complementar fosse estendido até pelo menos 12 meses de idade (ONIS et al., 2004a; ONIS; VICTORA, 2004).

O estudo foi realizado entre 1997 e 2003, contou com aproximadamente 8.500 crianças de meios étnicos e culturais diversos e foi conduzido sob rigorosos padrões de qualidade. As medidas antropométricas coletadas foram peso, comprimento, altura, perímetros cefálico e braquial, pregas cutâneas triciptal e subescapular, além do peso e altura dos pais (ONIS et al., 2004a; VICTORA; ARAÚJO; ONIS, 2007).

O desenvolvimento motor incluiu o estudo da aquisição de seis habilidades: sentar sem apoio, engatinhar, ficar em pé com ajuda, caminhar sem ajuda, permanecer em pé sozinho e andar sozinho (WIJNHOVEN et al., 2004).

Em 2006, houve o lançamento das novas curvas de crescimento infantil com o primeiro conjunto de curvas que incluía os padrões dos índices Peso/Idade, Altura (Comprimento)/Idade, Peso/Altura (Comprimento), IMC/Idade e desenvolvimento motor. Em 2007, foram lançadas as curvas referentes aos perímetros cefálico e braquial, pregas cutâneas triciptal e subescapular. Aguarda-se o lançamento das curvas de velocidade de crescimento e da perda de peso materno pós-parto.

O Ministério da Saúde, através da Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição (CGPAN), disponibilizou a partir de fevereiro de 2008 um material preliminar para a Vigilância Alimentar e Nutricional com orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde. Esse material encontra-se disponível on-line e as

tabelas para classificação do estado nutricional de crianças são as recomendadas pela OMS, baseadas nas novas curvas de crescimento infantil (BRASIL, 2008a; BRASIL, 2008b).

A Caderneta de Saúde da Criança, lançada em janeiro de 2007, está sendo distribuída em todo o Brasil para crianças nascidas a partir daquele ano e apresenta as curvas para a avaliação de crescimento de crianças de zero a dez anos. As crianças de zero a cinco anos já estão sendo avaliadas com as curvas de crescimento da OMS. Uma nova versão da caderneta é esperada para o ano de 2009 para incorporar as curvas de crescimento lançadas em 2007 para crianças em idade escolar e adolescentes (BRASIL, 2007a).

A adoção das novas curvas de crescimento nos serviços de saúde precisa ir além da simples substituição dos gráficos, e incluir uma revisão das práticas de monitoramento do crescimento como um todo. De acordo com Onis e Victora (2004), iniciativas de treinamento em todos os níveis serão necessárias para superar as dificuldades enfrentadas por profissionais de saúde com o uso e interpretação das curvas de crescimento e disseminar o conhecimento a respeito de intervenções efetivas para evitar ou tratar o crescimento excessivo ou inadequado, tanto em nível individual como populacional.

Essas novas curvas de crescimento apresentam aspectos inovadores, são consideradas prescritivas ou normativas e não apenas referências, por se basearem em conhecimentos atuais sobre nutrição infantil, tanto em termos de alimentação quanto em termos de ausência de fatores ambientais ou econômicos que comprometam o crescimento genético. Outro aspecto importante é o uso de uma amostra internacional multi-étnica, a qual mostrou que crianças amamentadas, de nível socioeconômico elevado e que cumpriam os padrões de inclusão no estudo, cresciam de maneira similar nos seis centros do estudo (VICTORA; ARAÚJO; ONIS, 2007).

A avaliação nutricional de crianças deve ser baseada nas novas curvas de crescimento da OMS, independentemente se elas são amamentadas ou não. Crianças que recebem leites artificiais serão avaliadas a partir de agora pelos padrões baseados em crianças amamentadas, uma vez que o aleitamento materno é considerado o padrão para a alimentação do lactente. Crianças que eram amamentadas e avaliadas pela referência NCHS-OMS erroneamente eram classificadas como tendo um crescimento mais lento, isso contribuía substancialmente para o desmame precoce, ou para a suplementação com leite artificial (ONIS; VICTORA, 2004; VICTORA; ARAÚJO; ONIS, 2007).

Os índices e parâmetros adotados pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) do Ministério da Saúde para a avaliação antropométrica do estado nutricional de

crianças menores de dez anos de idade, baseados nas novas curvas de crescimento da OMS, são apresentados nas tabelas a seguir:

Tabela 1- Pontos de corte de peso por idade para crianças

Valores críticos		Diagnóstico nutricional
< Percentil 0,1	< Escore-z -3	Peso muito baixo para a idade
≥ Percentil 0,1 e < Percentil 3	≥ Escore-z –3 e < Escore-z -2	Peso baixo para a idade
≥ Percentil 3 e < Percentil 97	≥ Escore-z –2 < Escore-z +2	Peso adequado ou eutrófico
≥ Percentil 97	≥ Escore-z +2	Peso elevado para a idade

Fonte: Brasil, 2008a.

Tabela 2- Pontos de corte de estatura por idade para crianças

Valores críticos		Diagnóstico nutricional
< Percentil 3	< Escore-z -2	Baixa estatura para a idade
≥ Percentil 3	≥ Escore-z +2	Estatura adequada para a idade

Fonte: Brasil, 2008a.

Tabela 3- Pontos de corte de peso por estatura para crianças

Valores críticos		Diagnóstico nutricional
< Percentil 3	< Escore-z -2	Peso baixo para a estatura
≥ Percentil 3 e < Percentil 97	≥ Escore-z –2 < Escore-z +2	Peso adequado ou eutrófico
≥ Percentil 97	≥ Escore-z +2	Peso elevado para a estatura

Fonte: Brasil, 2008a.

Tabela 4- Pontos de corte de IMC por idade para crianças

Valores críticos		Diagnóstico nutricional
< Percentil 3	< Escore-z -2	Baixo IMC para a idade
≥ Percentil 3 e < Percentil 85	≥ Escore-z –2 < Escore-z +1	IMC adequado ou eutrófico
≥ Percentil 85 e < Percentil 97	≥ Escore-z +1 e < Escore-z +2	Sobrepeso
≥ Percentil 97	≥ Escore-z +2	Obesidade

Fonte: Brasil, 2008a.

A utilidade do índice P/I é limitada já que ele é influenciado tanto pela história nutricional de longo prazo da criança, quanto pela adequação do aporte recente de energia. Quando coexistem *"stunting"* (retardo do crescimento), indicado por desvios no índice E/I, e aportes excessivos de energia, a distribuição aparentemente normal do índice poderá expressar a combinação de distúrbios nutricionais e não a sua ausência (WHO, 1995; LIMA et al., 2008).

O índice E/I sintetiza a história do estado nutricional, do nascimento até o momento atual. A baixa estatura para a idade, em áreas menos desenvolvidas onde a prevalência desse déficit é substancial, reflete uma falha no crescimento linear resultante de condições de saúde e/ou nutricional inadequadas. A alta estatura para a idade é um indicador com baixa significância para a saúde pública, entretanto, ele se torna relevante, particularmente em áreas desenvolvidas onde desordens hormonais podem conduzir ao crescimento linear excessivo (WHO, 1995).

O índice P/E expressa o equilíbrio entre a massa corporal da criança e o seu crescimento linear, sendo recomendado, juntamente com o índice E/I, como um bom indicador do estado nutricional de crianças pequenas. A descrição adequada do baixo peso para a estatura é magreza, um termo que não implica necessariamente em um processo patológico. O termo *"wasting"* é empregado para descrever um processo recente e severo que conduz a uma perda de peso significante, geralmente como uma conseqüência de inadequação dietética e/ou doença severa. Esse termo pode ser aplicado para populações nas quais a prevalência do baixo peso para a estatura excede 2 a 3%, valor esse esperado na distribuição normal da população. O peso elevado para a estatura indica um acúmulo excessivo de tecido adiposo e risco para obesidade (WHO, 1995; BLACK et al., 2008; VICTORA et al., 2008).

Os valores dos índices antropométricos isolados não definem os processos específicos que estão conduzindo para a desnutrição, uma interpretação de um déficit depende dos índices utilizados na avaliação nutricional, das causas prováveis que culminaram no déficit e do nível socioeconômico da população estudada (WHO, 1995).

1.2 A DESNUTRIÇÃO EM CRIANÇAS E SUA PREVALÊNCIA

O estado nutricional de uma população, e em especial das crianças, é um relevante indicador de sua saúde e qualidade de vida, espelhando o modelo de desenvolvimento de uma determinada sociedade (BRASIL, 2002b).

A desnutrição ou, mais especificamente as deficiências nutricionais, são doenças que resultam do aporte alimentar insuficiente em energia e nutrientes, ou, ainda, com alguma freqüência, do aproveitamento biológico inadequado dos alimentos ingeridos em decorrência de doenças infecciosas (MONTEIRO, 2003).

A desnutrição infantil é considerada uma doença de origem multicausal, ou seja, não se pode falar em um único fator causal, mas sim em uma rede de fatores (MONTE, 2000; FERNANDES, 2003). Segundo Monteiro (2003), as causas mais comuns da desnutrição na infância são o desmame precoce, a higiene precária na preparação dos alimentos, o déficit específico da dieta em vitaminas e minerais e a incidência repetida de infecções, em particular doenças diarréicas e parasitoses intestinais.

Diversos modelos causais têm sido propostos, por vários autores e instituições, para explicar a gênese da desnutrição. Esquemas têm sido propostos tentando hierarquizar a importância dos fatores causais, propondo um esquema mais abrangente que inclui as práticas de cuidado com a criança e as suas condições de vida e introduzindo a natureza do vínculo mãe-filho como importante na gênese da desnutrição (CAMPOS et al., 1995; MONTE, 2000).

A OMS sugere que o esquema “alimento-saúde-cuidados”, proposto pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), seja utilizado como instrumento analítico da interação dos vários determinantes da desnutrição nos diferentes níveis da sociedade. Nesse esquema, a desnutrição infantil é mostrada como resultado da dieta inadequada e doenças que resultam de falta de segurança alimentar, de cuidados inadequados da mãe para com a criança e de serviços de saúde deficientes. As causas básicas que contribuem para esses fatores são estruturas sociais e instituições, sistemas políticos e ideologias, distribuição de riquezas e de recursos potenciais (MONTE, 2000).

Além da compreensão das causas da desnutrição, um ponto que merece destaque é a conseqüência desta na vida das crianças. Campos et al. (1995) aponta que crianças oriundas de classe socioeconômica baixa sofrem privação cultural, educacional e afetiva, causadora de grandes déficits no desenvolvimento intelectual e emocional, que se potencializam quando sobrevem a desnutrição. Tudo isso somado a privação de cuidados maternos acarreta para a criança um desenvolvimento quase sempre retardado – física, intelectual e socialmente.

Em uma das séries de cinco artigos sobre a desnutrição materna e infantil, Victora et al. (2008) destacam que a restrição do crescimento intra-uterino ou o comprometimento severo do crescimento nos primeiros dois anos de vida conduz a danos irreversíveis, incluindo baixa estatura na vida adulta, menor aproveitamento escolar, redução na capacidade produtiva na idade adulta e uma diminuição no peso de nascimento das próximas gerações. Os autores

apontam que crianças que são subnutridas nos primeiros dois anos de vida e que ganham peso rapidamente mais tarde, na infância e na adolescência, apresentam um risco aumentado de desenvolver doenças crônicas não-transmissíveis relacionadas à nutrição.

A desnutrição, ainda, é considerada uma das causas subjacentes e estruturais da mortalidade infantil. De acordo com o relatório do UNICEF (2007) sobre a Situação Mundial da Infância em 2008, 26 mil crianças menores de 5 anos morrem por dia no mundo e em 50% das mortes a desnutrição aparece como causa subjacente, sendo que a água de má qualidade, o saneamento precário e a higiene inadequada também contribuem para a morbimortalidade.

Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), adotados desde 2000 por 189 países, trazem metas que afetam diretamente a saúde da criança, entre eles podemos citar o ODM1 que visa erradicar a pobreza e a fome extremas, melhorando assim as condições de nutrição infantil e materna e contribuindo para a realização do ODM4 que visa reduzir a mortalidade de crianças menores de 5 anos em dois terços entre 1990 e 2015, passando de 13 milhões de mortes para 5 milhões de mortes por ano, respectivamente, entretanto vários países apresentam números elevados de mortalidade infantil e seguem com dificuldade para atingir tal meta. Os outros objetivos dizem respeito à melhora nas condições da saúde materna (ODM5), ao combate ao HIV e AIDS, malária e outras doenças (ODM6), à garantia da sustentabilidade ambiental (ODM7) e uma parceria para o desenvolvimento global (ODM8) (UNICEF, 2007).

O Brasil vem caminhando para o cumprimento do ODM4, uma vez que a taxa de mortalidade infantil (número de crianças que morrem antes de completar 1 ano de vida) diminuiu de 46,9 por mil nascidos vivos em 1990 para 24,9 por mil nascidos vivos em 2006, o que representa uma queda de 44,9% na mortalidade infantil. A taxa de mortalidade entre menores de 5 anos por mil nascidos vivos também vem caindo, de 59,6 por mil nascidos vivos em 1990 para 29,9 por mil nascidos vivos em 2006 (UNICEF, 2008).

As prevalências de desnutrição atuais, baseadas nas novas curvas de crescimento da OMS, apontam que, em 2005, 20% das crianças menores de 5 anos de países subdesenvolvidos e em desenvolvimento tinham baixo peso para a idade, as prevalências foram maiores no Sul da Ásia Central e na África Oriental onde 33% e 28% das crianças, respectivamente, estavam abaixo do peso (BLACK et al., 2008).

Para todos os países desenvolvidos, estimativas apontavam que 32% de crianças menores de 5 anos tinham baixa estatura para a idade em 2005. Novamente regiões da África e da Ásia apresentavam as maiores prevalências para o comprometimento do crescimento em crianças (BLACK et al., 2008).

Dos 40 países com uma prevalência do comprometimento do crescimento de 40% ou mais, 23 estão na África, 16 na Ásia, e 1 na América Latina, e dos 52 países com prevalência de menos de 20%, 17 estão na América Latina (incluindo o Brasil) e no Caribe, 16 na Ásia, 11 na Europa e 4 na África e Oceania (BLACK et al., 2008).

No Brasil, quatro estudos nacionais avaliaram as prevalências de desnutrição em crianças menores de cinco anos: o Estudo Nacional de Despesa Familiar (ENDEF) (1974/1975), a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN) (1989), a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS) (1996) e a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) (2006). Nos três primeiros estudos foram considerados como deficientes os valores abaixo de menos dois desvios padrão para os diversos índices antropométricos, tendo como referência o NCHS-OMS. A PNDS (2006) utilizou como referência para classificar o estado nutricional das crianças as novas curvas de crescimento da OMS (FERNANDES et al., 2002; BRASIL, 2002b; MONTEIRO, 2003; LIMA et al., 2008).

Entre os anos de 1975 e 1996, o Brasil reduziu em 70% a desnutrição infantil (de 18,4% para 5,7%), considerando o índice P/I. Embora sejam evidentes os avanços nas condições de saúde e nutrição das crianças brasileiras, em 1996, o Brasil ainda abrigava um contingente de cerca de um milhão de crianças com déficit de peso para a idade (BRASIL, 2005a).

Em relação ao déficit de estatura que representa o efeito cumulativo de carências nutricionais sobre o crescimento esquelético, tendo como resultado estaturas mais baixas do que o esperado para a idade, houve uma redução de 72% nesse mesmo período. No entanto, o déficit de estatura para a idade entre crianças menores de 5 anos, em 1996, ainda era significativo, 10,5%, correspondendo a quatro vezes mais a prevalência esperada para populações saudáveis (2,5%) (BRASIL, 2005a).

Monteiro e Conde (2000a) conduziram um estudo para avaliar a tendência secular da desnutrição e da obesidade na infância na cidade se São Paulo entre os anos de 1974 e 1996, a partir dos dados de pesquisas nacionais e locais, baseados na referência NCHS-OMS. Esses autores encontraram que déficits de E/I e de P/E alcançam freqüência próxima ou mesmo inferior aos 2,3% esperados na distribuição de referência, passando de 19,5% em 1974 para 2,4% em 1995/1996 e de 5,5% para 0,6%, respectivamente, o que aponta para o virtual controle da desnutrição na população. A freqüência de sobrepeso, de acordo com o índice P/E, verificada na população é de 3,8%, mostrando risco reduzido de obesidade. A diminuição da desnutrição é atribuída a mudanças positivas na renda, escolaridade materna, saneamento básico e acesso a serviços de saúde.

Dados da PNDS (2006) mostram que a prevalência de déficits de P/I estimada para o conjunto das crianças brasileiras menores de 5 anos de idade foi de 1,7%, portanto, não superior à esperada com base na distribuição de referência de crianças saudáveis e bem nutridas. Apenas entre crianças de mães sem escolaridade, a freqüência de déficits desse indicador chega a 8,2%, nos demais estratos a distribuição ficou entre 1% e 3%, porém essa distribuição próxima à esperada em populações bem nutridas não indica necessariamente ausência de problemas nutricionais na população (LIMA et al., 2008).

No tocante aos déficits de E/I, a prevalência estimada foi de 7%. A freqüência do retardo de crescimento mais do que duplica do primeiro (4,9%) para o segundo ano de vida, quando alcança seu pico (12,3%), após observa-se redução progressiva nas idades posteriores. Os déficits de P/E foram encontrados em apenas 1,9% das crianças, essa situação indica um equilíbrio adequado entre o acúmulo de massa corporal e crescimento linear das crianças, apontando o virtual controle de formas agudas de deficiência energética no país (LIMA et al., 2008).

Ainda de acordo com dados da PNDS (2006), segundo as grandes regiões do país, observa-se que na Região Sul os déficits de P/I, E/I e P/E foram respectivamente de 2,0%, 8,5% e 2,0%, mostrando um controle da desnutrição aguda, porém em termos de comprometimento da estatura, a região Sul só é superada pela região Norte, onde o índice E/I chega a 14,8%, nas demais regiões brasileiras esse índice não ultrapassa 6% (LIMA et al., 2008).

Diversos estudos, inclusive em outros países, têm mostrado que as crianças mais comprometidas pela desnutrição são as da faixa etária de 6 a 24 meses, exatamente o período que abrange o desmame, a introdução dos alimentos complementares e a consolidação de uma alimentação variada (BRASIL, 2002b).

No Estado do Paraná, dados do SISVAN dos anos de 1999 a 2005 mostram uma redução de 18,5% para 12,8% nos indicadores de risco nutricional e baixo peso, para o indicador P/I, em crianças menores de 5 anos, segundo a referência NCHS-OMS. Na distribuição do déficit nutricional, segundo faixa etária, observa-se maior proporção de déficit na faixa de 12 a 23 meses (PARANÁ, 2007).

Segundo os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), no ano de 2008 a média da prevalência de desnutrição em crianças menores de 2 anos em Guarapuava, baseada no índice P/I, foi de 2%, porém não há registro de dados referentes ao E/I, que pode evidenciar formas de desnutrição crônica nessa população (BRASIL, 2008c).

Romani e Lira (2004) em uma revisão da literatura sobre os fatores determinantes do crescimento infantil destacam que o déficit de crescimento aos 6 e 24 meses de idade é maior nos filhos de mães adolescentes, sendo a idade materna um importante preditor de déficit de crescimento nos primeiros anos de vida da criança.

O déficit de peso para a altura em menores de 5 anos de idade foi investigado por Vitolo et al. (2008) e encontrou-se que a idade da mãe inferior a 20 anos duplica a chance de déficit de peso nas crianças.

O grau de escolaridade materna interfere na determinação do crescimento, visto que está diretamente relacionado com uma melhor compreensão da prática dos cuidados infantis (ROMANI; LIRA, 2004). De acordo com a PNDS (2006) a prevalência de déficits de altura para a idade, avaliada com base no nível escolaridade materna, revela que o comprometimento do crescimento é maior entre filhos de mães com menos anos de estudos, 16,6% entre filhos de mães sem nenhuma escolaridade e 13,6% entre filhos de mães com 1 a 3 anos de estudo. Esses valores diminuem para 6,2% entre filhos de mães com mais de 12 anos de estudo (LIMA et al., 2008).

Carvalhaes e Benício (2002) identificaram o risco de desnutrição entre crianças de 12 a 23 meses de idade associado a fatores determinantes da capacidade materna do cuidado infantil e encontraram que a baixa escolaridade materna (menos de 8 anos de estudo) mais do que duplica o risco.

Vitolo et al. (2008) encontraram que a chance de baixa estatura é o dobro na área de condição socioeconômica baixa e 1,5 vezes maior na área de condição socioeconômica intermediária, quando comparadas com a área de condição socioeconômica alta. A chance de baixa estatura aumenta com o número de irmãos, sendo o dobro entre crianças com um ou dois irmãos e o triplo para aquelas com três ou mais irmãos, comparados aos filhos únicos.

A presença dos pais no domicílio, ou de pelo menos um deles, pode representar uma menor situação de vulnerabilidade da criança frente a situações de pobreza e agravos em saúde. Na PNDS (2006) 81,2% das crianças menores de 2 anos viviam com ambos os pais e 16% residiam somente com a mãe, mas tinham o pai vivo (CAVENAGHI, 2008).

A coabitação com o pai da criança constitui fator de favorecimento ao adequado crescimento da criança, juntamente com a escolaridade e o trabalho materno sob a forma de recursos percebidos, associados ao maior ganho de peso infantil (ROMANI; LIRA, 2004). A estrutura familiar adversa, indicada pela ausência do companheiro quase triplica o risco de desnutrição entre crianças estudadas por Carvalhaes e Benício (2002). As autoras levantam a hipótese de que a não presença do pai afeta de forma negativa o acesso da criança a bens e

serviços necessários a sua sobrevivência e conduz as mães à dependência de outras famílias. As mães com as crianças, geralmente, retornam as suas famílias de origem, onde vivem avós da criança e outros parentes, crianças e adolescentes. Nas famílias maiores, onde convivem três gerações, pode vigorar um padrão de distribuição de renda que não priorize a criança.

1.3 AS PRÁTICAS ALIMENTARES NA INFÂNCIA

O direito humano à alimentação é um direito indivisível, universal e não discriminatório que assegura qualquer ser humano a se alimentar dignamente, de forma saudável e condizente com seus hábitos culturais. Para a garantia desse direito é dever do estado estabelecer políticas que melhorem o acesso das pessoas aos recursos para produção ou aquisição, seleção e consumo de alimentos. Esses aspectos podem ser concretizados por meio da elaboração e implementação de políticas, programas e ações que promovam a progressiva realização do direito humano à alimentação para todos, definindo metas, prazos, indicadores, e recursos alocados para este fim (BRASIL, 2003).

O Brasil vem somando esforços para a promoção da alimentação saudável na infância e para combater os distúrbios nutricionais nessa população. Entre as políticas e ações implementadas para a efetivação desses objetivos destacam-se: a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN); a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras; o Guia Alimentar para crianças menores de dois anos; a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil; o Pacto pela Saúde; o Pacto pela Vida e a Política Nacional de Promoção da Saúde.

A PNAN, instituída em 1999, integra a Política Nacional de Saúde e se insere no contexto da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN). Os objetivos dessa política são: garantir a qualidade dos alimentos disponíveis para consumo no país, promover práticas alimentares saudáveis, prevenir e controlar os distúrbios nutricionais e estimular às ações intersetoriais que propiciem o acesso universal aos alimentos (BRASIL, 2007b).

O conceito de SAN vem sendo construído no país há pelo menos 20 anos e atualmente adota-se a seguinte definição (VALENTE et al., 2007, p. 6):

> A Segurança Alimentar e Nutricional consiste na realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em

> quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis.

Os elementos conceituais da SAN comportam duas dimensões distintas e complementares: a dimensão alimentar e nutricional. Na primeira, considera-se a produção e a disponibilidade de alimentos que seja suficiente para atender a demanda, estável e continuada para garantir a oferta permanente, eqüitativa para garantir o acesso universal às necessidades nutricionais adequadas à saúde nas fases da vida e nos distintos grupos da população e sustentável do ponto de vista agroecológico, social, econômico e cultural. A segunda incorpora as relações do homem com o alimento e implica na escolha dos alimentos saudáveis, no preparo dos alimentos mantendo o seu valor nutricional e sanitário, nas boas condições de saúde, higiene e de vida para garantir a utilização biológica adequada dos alimentos consumidos, na promoção dos cuidados com a própria saúde, de sua família e da comunidade e no acesso a serviços de saúde (VALENTE et al., 2007).

Para o alcance dos objetivos da PNAN foram definidas algumas diretrizes como: o monitoramento da situação alimentar e nutricional, a promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis e prevenção e controle dos distúrbios nutricionais e de doenças associadas à alimentação e nutrição. O monitoramento da situação alimentar e nutricional em todo território nacional deverá ser efetuado pelo SISVAN, com o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças, mapeamento das endemias carenciais (desnutrição, anemia, hipovitaminose A e a deficiência de iodo) e práticas de aleitamento materno (BRASIL, 2007b).

A promoção de práticas alimentares e de estilos de vida saudáveis contempla iniciativas específicas ao aleitamento materno, dirigidas, prioritariamente, às mulheres em idade fértil, à legislação de alimentos infantis e ao resgate de hábitos e práticas alimentares regionais, inerentes ao consumo de alimentos locais de baixo custo e elevado valor nutritivo (BRASIL, 2007b).

É importante salientar que nas práticas alimentares estão contidas questões que ultrapassam as necessidades nutricionais, como: a identidade cultural, a condição socioeconômica, a memória familiar expressa nas escolhas e modos de preparação e consumo dos alimentos, manifestando-se na experiência diária daquilo que se come, de como se come,

dos desejos por certos alimentos e preparações, do lugar em que se come e dos modos de preparar a comida (GARCIA, 2005a).

No tocante ao controle dos distúrbios nutricionais e de doenças associadas à alimentação e nutrição são enfatizadas, na PNAN, as ações destinadas à prevenção e ao manejo adequado das doenças infecciosas. A distribuição de alimentos e a educação nutricional constituem ferramentas a serem trabalhadas conjuntamente com a prevenção e o controle das diarréias, das infecções respiratórias agudas e das doenças imunopreveníveis, medidas essas, essenciais para evitar a desnutrição ou o seu agravamento (BRASIL, 2007b).

Com relação à legislação de alimentos infantis, o Ministério da Saúde apresenta a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras, revisada a partir de 2000. Essa norma tem como objetivo contribuir para a adequada nutrição dos lactentes e crianças através da regulamentação da promoção comercial e orientações do uso apropriado dos alimentos infantis, bem como do uso de mamadeiras, bicos, chupetas e protetores de mamilo, da proteção e incentivo ao aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida e à continuidade do mesmo até os dois anos de idade (BRASIL, s.d.). Em 2006, visando estreitar ainda mais o cumprimento da Norma acima citada, foi aprovada a Lei nº 11.265 que regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e também a de produtos de puericultura correlatos (BRASIL, 2006a).

No ano de 2002, o Ministério da Saúde publicou o Guia Alimentar para crianças menores de dois anos, um documento bastante minucioso e inovador em termos de alimentação infantil. Até então, utilizavam-se guias alimentares internacionais para a orientação da alimentação de crianças no país. Esse guia foi elaborado a partir de evidências científicas atuais e estudos nacionais acerca da alimentação infantil, práticas, percepções, tabus alimentares e problemas nutricionais mais freqüentes. Esse material é destinado aos profissionais de saúde e uma compilação das informações estão disponibilizadas em outra publicação intitulada “Dez Passos para uma Alimentação Saudável – Guia Alimentar para Crianças Menores de dois anos”, que resume as recomendações da alimentação infantil de uma forma clara e prática visando auxiliar nas orientações prestadas às mães no contexto ambulatorial e domiciliar (BRASIL, 2002b).

Os dez passos para uma alimentação saudável de crianças menores de dois anos (BRASIL, 2002b) são:

Passo 1 – Dar somente leite materno até os seis meses, sem oferecer água, chás ou qualquer outro alimento.

Passo 2 – A partir dos seis meses, introduzir de forma lenta e gradual outros alimentos, mantendo o leite materno até os dois anos de idade ou mais.

Passo 3 – Após os seis meses, dar alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas, legumes) três vezes ao dia, se a criança receber leite materno, e cinco vezes ao dia, se estiver desmamada.

Passo 4 – A alimentação complementar deve ser oferecida sem rigidez de horários, respeitando-se sempre a vontade da criança.

Passo 5 – A alimentação complementar dever ser espessa desde o início e oferecida de colher, começar com consistência pastosa (papas/purês) e, gradativamente, aumentar a consistência até chegar à alimentação da família.

Passo 6 – Oferecer à criança diferentes alimentos ao dia. Uma alimentação variada é uma alimentação colorida.

Passo 7 – Estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições.

Passo 8 – Evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas, nos primeiros anos de vida. Usar sal com moderação.

Passo 9 – Cuidar da higiene no preparo e manuseio dos alimentos, garantindo o seu armazenamento e conservação adequados.

Passo 10 – Estimular a criança doente e convalescente a se alimentar, oferecendo sua alimentação habitual e seus alimentos preferidos, respeitando a sua aceitação.

Outro documento desenvolvido pelo Ministério da Saúde, em 2004, para orientar os profissionais de saúde que lidam com a criança na assistência, desde o atendimento nas unidades básicas de saúde até a atenção especializada, é a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. Esse material apresenta, entre as linhas de cuidado que devem ser priorizadas nas ações de saúde dirigidas à criança, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e a promoção do aleitamento materno e alimentação saudável com atenção aos distúrbios nutricionais e anemias carenciais (BRASIL, 2004b).

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento faz parte da avaliação integral à saúde da criança, que envolve o registro da avaliação do peso, estatura, desenvolvimento, vacinação e intercorrências, bem como de orientações sobre os cuidados com a criança em todo atendimento. A equipe de saúde deve estar preparada para esse acompanhamento, identificando crianças faltosas ao calendário de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, detectando e abordando adequadamente as alterações nas curvas de crescimento e no desenvolvimento neuro-psicomotor da criança. A criação e manutenção do

vínculo da equipe de saúde com as famílias propiciam abordagens para a promoção da saúde, de hábitos de vida saudáveis, vacinação, prevenção de problemas e agravos, promovendo o cuidado em tempo oportuno (BRASIL, 2004b).

A equipe de saúde também deve estar capacitada para incentivar e apoiar o aleitamento materno e a introdução dos alimentos complementares em idade oportuna, momento crítico em que os distúrbios nutricionais podem aparecer. A avaliação e orientação para hábitos alimentares saudáveis devem fazer parte de todo atendimento prestado à criança no calendário de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e nas intercorrências. Para a promoção da saúde e prevenção da desnutrição e anemia, além das ações já citadas acima, as equipes devem promover ações como acompanhamento pré-natal, uso de ferro profilático e vitaminas para recém-nascidos prematuros e de baixo peso, suplementação medicamentosa de vitamina A em áreas endêmicas, suplementação alimentar para gestantes desnutridas, nutrizes e crianças em risco nutricional (BRASIL, 2004b).

Em 2005, foram lançados os Pactos pela Saúde que agregam três grandes eixos: o Pacto em Defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), o Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão. Destaca-se aqui o Pacto pela Vida, que é o compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. Entre as prioridades está a implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde, destacando aqui a ênfase na promoção da alimentação saudável (BRASIL, 2006b).

A Política Nacional de Promoção da Saúde tem como objetivo promover e reduzir a vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes, a saber: modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais. Para a promoção da alimentação saudável foram adotadas algumas ações como: disseminar a cultura da alimentação saudável em consonância com os atributos do Guia Alimentar para a população brasileira, implementar ações de vigilância alimentar e nutricional para a prevenção e controle dos agravos e doenças decorrentes da má alimentação e reorientação dos serviços de saúde com ênfase na atenção básica mobilizando e capacitando os profissionais de saúde para a promoção da alimentação saudável nas visitas domiciliares, atividades de grupo e nos atendimentos individuais (BRASIL, 2006b).

A Política Nacional de Atenção Básica foi reformulada em 2006 para atender a expansão do Programa Saúde da Família (PSF), a transformação do PSF em Estratégia Saúde da Família (ESF) e os princípios e diretrizes dos Pactos pela Saúde (BRASIL, 2006c).

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de

agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Ela se orienta pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da eqüidade e da participação social. A Saúde da Família é a estratégia prioritária adotada por essa política para sua organização de acordo com os preceitos do SUS. A saúde da criança, bem como a eliminação da desnutrição infantil, está entre as áreas estratégicas dessa política (BRASIL, 2006c).

As atuais diretrizes políticas apontam para a necessidade de garantir a qualidade dos alimentos disponíveis, promover práticas alimentares saudáveis, prevenir e controlar os distúrbios nutricionais e estimular ações intersetoriais para um efetivo acesso aos alimentos.

Apesar das transformações de ordem econômica, social e demográfica pelas quais a sociedade brasileira vem passando nas últimas décadas e das políticas e ações adotadas para promover práticas alimentares saudáveis terem modificado consideravelmente o perfil nutricional e educacional da população, a desnutrição continua sendo uma preocupação na saúde infantil, principalmente, em condições de pobreza existentes na população brasileira.

A desnutrição tem relação com o desenvolvimento neuro-psico-motor e, em função disso, gera conseqüências significativas para a qualidade de vida das crianças; conduz a amplas conseqüências na saúde e no desenvolvimento, afetando não só a esfera biológica, mas também a esfera social e produtiva da sociedade como um todo e está associada à mortalidade infantil (FERNANDES et al., 2002; FERNANDES, 2003).

Na presente investigação, o objeto central de estudo são as práticas alimentares de crianças menores de dois anos de idade com baixo peso e baixa estatura para a idade em seguimento em unidades de saúde do município de Guarapuava-PR. Buscou-se apreender a alimentação da criança no cotidiano dos domicílios, a disponibilidade de alimentos, os modos de preparo e os cuidados relacionados à saúde das crianças.

A maioria das pesquisas encontradas adota uma perspectiva quantitativa para o estudo das práticas alimentares de crianças menores de dois anos de idade, abordando, principalmente, a questão da prevalência do aleitamento materno, a introdução de alimentos complementares e, em alguns trabalhos, a relação dessas questões com o excesso de peso. Em 2004, em Guarapuava, foi realizado um estudo transversal sobre práticas alimentares de crianças menores de um ano para estimar a prevalência de aleitamento materno e descrever a alimentação complementar dessas crianças (GOMES, 2005), mas não há relatos de estudos qualitativos de práticas alimentares na infância no município.

No presente estudo, para retratar as práticas alimentares de crianças, elegeu-se a observação e a entrevista nos domicílios, em situações de crianças acompanhadas por unidades de saúde da família ou vinculadas ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), dentro de uma abordagem qualitativa, tendo como perspectiva a atenção integral à saúde da criança.

Ao procurar explorar o cotidiano das práticas alimentares de crianças menores de dois anos com baixo peso e baixa estatura, pretende-se, por meio de observações e de entrevistas, conhecer o ambiente onde elas ocorrem, relatar as experiências maternas, trazer elementos singulares e descrever aspectos relevantes sobre a alimentação das crianças e famílias.

OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Este estudo tem como objetivo geral analisar as práticas alimentares de crianças menores de dois anos de idade, fornecendo subsídios para a atenção à saúde e nutrição da criança.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever as práticas alimentares de crianças menores de dois anos de idade com baixo peso e baixa estatura para a idade, em seguimento em unidades de saúde do município de Guarapuava-PR;

- Analisar relatos maternos acerca da alimentação e da desnutrição na infância, na perspectiva da atenção integral à saúde da criança.

PERCURSO METODOLÓGICO

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo exploratório descritivo com abordagem qualitativa. Os estudos exploratórios descritivos têm por finalidade descrever as características de um grupo, ambiente, fato ou fenômeno a partir de dados obtidos por meio de entrevistas, observações ou experimentações (MARCONI; LAKATOS, 2007).

O estudo é de natureza qualitativa, entendendo-a enquanto uma abordagem que enfatiza os processos nos microambientes, voltada para o estudo das condições de vida das pessoas em determinado contexto social, buscando apreender o significado e a intencionalidade das relações sociais (MINAYO, 2006). Essa abordagem revigora a intersubjetividade, proporcionando, assim, uma aproximação entre o pesquisador e o sujeito pesquisado.

As pesquisas qualitativas têm o objetivo de expandir a compreensão e seus objetos de estudo consistem no modo como as diferentes pessoas envolvidas entendem e experimentam os processos da vida (BOGDAN; BIKLEN, 1994).

Esse tipo de pesquisa permitiu olhar para as experiências das mães, procurando explorar o cotidiano das práticas alimentares de crianças menores de dois anos com baixo peso e baixa estatura no ambiente onde elas realmente acontecem. Este estudo apresenta uma leitura dessas experiências, sem a pretensão de esgotar a discussão e a interpretação das observações e dos relatos explorados.

A busca de fontes primárias permitiu uma aproximação a uma realidade contextualizada, possibilitando descrever fenômenos que ocorrem e abordar aspectos sobre a alimentação das crianças e famílias, relevantes para as práticas de saúde da criança na atenção integral à saúde.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado na cidade de Guarapuava, localizada no Centro-Sul do Estado do Paraná. A cidade possui, de acordo com as estimativas do Censo de 2000 para o ano de 2008, 171.230 habitantes. A população de crianças menores de 1 ano, em 2000, era de 3.417 e

crianças na faixa etária de 0 a 4 anos totalizavam 13.438 (PARANÁ, 2009). Segundo os dados do SIAB, há 2.595 crianças menores de dois anos acompanhadas no município (BRASIL, 2008c).

O município tem uma economia predominantemente agrícola, as taxas de analfabetismo da população, de acordo com o Censo de 2000, oscilam entre 2% na faixa etária dos 15 aos 19 anos, chegando a 22% na faixa de 50 anos ou mais. A média de anos de estudo da população adulta em 2000 foi de 5,5, entre os anos de 1991 e 2000 a população adulta analfabeta diminuiu 40,5% e o número de adultos com mais de 12 anos de estudo evoluiu 68,4% (GUARAPUAVA, 2008a; PARANÁ, 2009).

A taxa de mortalidade infantil, que expressa a qualidade da saúde prestada pelos municípios, em Guarapuava no ano de 2006 foi de 14,36 por mil nascidos vivos, sendo que no país, na região Sul e no Estado do Paraná essa taxa, no ano de 2006, representou, respectivamente, 24,9, 16,7 e 19,3. Observa-se que a taxa de mortalidade infantil do município está abaixo das médias nacional, regional e estadual (UNICEF, 2008; PARANÁ, 2009).

O município de Guarapuava é sede da quinta Regional de Saúde do Estado, servindo de pólo de referência para pacientes de 19 municípios vizinhos, atendendo uma população total de pouco menos de meio milhão de pessoas (GUARAPUAVA, 2008a).

O sistema municipal de saúde é composto por diversas unidades de saúde de diferentes níveis de complexidade, distribuídas geograficamente para atender a população tanto na zona urbana como na rural. Atualmente, a rede de assistência está composta por 12 unidades de Centro Integrado de Atendimento (CIA), 20 unidades de ESF, 2 unidades de Posto de Saúde, 7 unidades especiais (Centro de Saúde da Mulher, Programa de Saúde Mental (PROSAM), Serviço de Atendimento Especializado (SAE), Ambulatório de Pneumologia e Dermatologia Sanitária (AMPDS), Centro Especializado de Odontologia e Laboratório de Prótese Dental (CEO/LPD) e Centro de Atendimento Psicosocial II e Álcool e Droga (CAPS II e CAPS AD)) e 3 unidades diferenciadas (2 unidades de Pronto Atendimento 24 horas e 1 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)) (GUARAPUAVA, 2008a).

Cabe destacar que o CIA tem capacidade para atender uma população de até 15.000 habitantes, conta com atendimento médico nas especialidades de Clínica Geral, Ginecologia e Obstetrícia e Pediatria, assistência de enfermagem, odontologia e terapia de apoio como Nutrição, Psicologia e Fisioterapia. Em todos os CIA de Guarapuava existe o PACS, mas não a ESF. As unidades de ESF contam com atendimento de clínica geral, assistência de enfermagem, odontologia e atendimento domiciliar. Nas unidades de Posto de Saúde existe o

atendimento médico e odontológico periódico e assistência de enfermagem (GUARAPUAVA, 2008a).

Para este estudo foram selecionadas quatro unidades de saúde do município (três unidades de ESF e uma unidade de CIA), as quais se mostraram disponíveis para a realização de um diagnóstico nutricional da população menor de dois anos de idade. Este diagnóstico possibilitou uma aproximação com a situação das crianças e o conhecimento de alguns aspectos que permitiram selecionar os participantes do estudo.

3.3 PARTICIPANTES

Os participantes da pesquisa foram oito crianças menores de dois anos, quatro delas com baixo peso para a idade e quatro com baixa estatura para a idade, acompanhadas pela ESF ou pelo PACS, bem como suas mães.

Os critérios de inclusão adotados neste estudo foram: crianças na faixa etária acima de 6 meses e menores de 24 meses de idade, com baixo peso ou baixa estatura para a idade, acompanhadas pela ESF ou pelo PACS da área urbana do município de Guarapuava e mães que permanecessem no domicílio a maior parte do tempo. Estabeleceu-se essa faixa etária das crianças porque houve o interesse em se conhecer as práticas alimentares nessa idade e também com relação a fase de alimentação complementar. Dada que a recomendação do aleitamento materno exclusivo é até os seis meses de idade, crianças menores de seis meses, teoricamente, não estariam recebendo alimentos complementares ao leite materno.

Os critérios de exclusão adotados foram: crianças prematuras, com peso ao nascer inferior a 2500g, gemelares, com problemas de saúde, freqüentadoras de creches, acompanhadas pela ESF ou pelo PACS da área rural do município de Guarapuava, cuidadas por outros responsáveis que não as mães e mães que trabalhassem fora do domicílio.

Na escolha desses participantes houve intencionalidade, com vistas a estudar as especificidades das experiências de alguns casos, não sendo prioridade o estabelecimento de amostra quantitativa e a garantia de generalizações. O conjunto de informações e dados coletados durante as observações e entrevistas nos domicílios possibilitou um relevante repertório acerca das práticas alimentares em crianças menores de dois anos de idade, trazendo experiências muito ricas do cotidiano dessas famílias para repensar as práticas de saúde da criança na atenção integral à saúde.

3.4 COLETA DOS DADOS

A coleta de dados constituiu-se de duas fases: um estudo exploratório para o diagnóstico nutricional e seleção das crianças da pesquisa e outra para a observação das práticas alimentares e entrevistas nos domicílios.

Inicialmente, foi estabelecido contato com a Secretaria Municipal de Saúde de Guarapuava para expor os objetivos da pesquisa e obter os dados de cada unidade de saúde, em relação às crianças menores de dois anos acompanhadas. No município, as crianças menores de dois anos são avaliadas nas unidades de saúde mensalmente, sejam pelas atividades de puericultura ou pelas condicionalidades dos programas de transferência de renda ou de distribuição de alimentos.

Primeiramente, o pesquisador estabeleceu contato com os enfermeiros das unidades de saúde para verificar a agenda de avaliação nutricional das crianças e a disponibilidade da unidade para a realização da avaliação nutricional das crianças menores de dois anos pelo próprio pesquisador para o diagnóstico nutricional das crianças e seleção dos sujeitos da pesquisa.

Foram feitas as avaliações antropométricas das crianças que compareceram a quatro unidades de saúde do município no dia ou na semana do agendamento da avaliação nutricional. As medidas antropométricas realizadas foram: peso e comprimento e seguiram as recomendações da OMS (WHO, 1995). As crianças foram pesadas em balanças pediátricas das unidades de saúde, com escala de precisão de 50g, e medidas deitadas com estadiômetro de madeira com escala de precisão de 0,1cm. Todas as medidas foram efetuadas pelo pesquisador responsável ou por um estagiário de nutrição, previamente treinado, sob a supervisão do pesquisador. Além das medidas antropométricas, foram registrados os seguintes dados: sexo da criança, data de nascimento, peso ao nascer e idade gestacional em semanas, a partir dos dados da Carteirinha ou Caderneta da Criança.

A partir das medidas antropométricas, foram construídos os índices de P/I, P/E e E/I de todas as crianças avaliadas. Para o diagnóstico do estado nutricional foram adotadas as recomendações do Ministério da Saúde, baseadas nas novas curvas de crescimento da OMS (BRASIL, 2008a; BRASIL, 2008b). As crianças abaixo do percentil 3 do índice P/I e do índice E/I foram consideradas na seleção dos sujeitos da pesquisa.

Um estudo piloto foi realizado em uma unidade com maior número de crianças menores de dois anos em acompanhamento. Realizou-se uma reunião com a equipe de saúde desta unidade para expor os objetivos do estudo e conversar sobre os dados de famílias com

crianças de baixo peso. O estudo piloto foi feito com duas mães de crianças acompanhadas pelo PACS, com os roteiros estabelecidos para a observação e entrevista, procurando analisar como seria o desenrolar do trabalho e efetuar as adaptações para a coleta de dados. Segundo Minayo (2006), o processo de investigação prevê idas ao campo antes do trabalho mais intensivo, o que permite o fluir da rede de relações e possíveis correções já iniciais dos instrumentos de coleta de dados.

Nos meses de maio, junho e julho de 2008 foi realizada a segunda fase do estudo, com a observação das práticas alimentares e entrevistas nos domicílios de oito crianças selecionadas de acordo com os critérios de inclusão e exclusão, sendo quatro crianças com baixo peso para a idade (abaixo do percentil 3 do índice P/I) e quatro crianças com baixa estatura para a idade (abaixo do percentil 3 do índice E/I).

As técnicas de investigação foram a observação participante das práticas alimentares nos domicílios e a entrevista semi-estruturada.

A observação participante, praticada pelos antropólogos em seus trabalhos de campo no início do século XX, consistia em um período de convivência prolongada em determinada sociedade, durante a qual o pesquisador aprendia a língua nativa e coletava dados sobre diferentes aspectos da vida social. Ao registrar, em seu diário de campo, o comportamento cotidiano dos nativos e as entrevistas, o pesquisador dedicava-se a captar os “imponderáveis” da vida real, que incluíam vários fenômenos, dentre eles o modo como preparavam a comida e se alimentavam (ROMANELLI, 1998).

A observação participante pode ser realizada de forma livre ou através de um roteiro específico e abranger o conjunto do espaço e do tempo previsto para o trabalho de campo ou se limitar a instantes e/ou aspectos da realidade (MINAYO, 2006).

No presente estudo, o processo de observação participante foi conduzido por meio de visitas domiciliares semanais às moradias das crianças. Primeiramente, realizou-se uma visita domiciliar com o Agente Comunitário de Saúde (ACS) responsável pela família para um contato inicial com as mães, conversando e explicando sobre os objetivos do estudo, a possibilidade da presença do pesquisador em alguns momentos de alimentação da criança e aspectos éticos da pesquisa. Nas demais visitas aos domicílios o pesquisador não contou mais com a presença do ACS e as visitas foram realizadas de acordo com os horários estabelecidos pelas mães, totalizando sete visitas domiciliares para cada mãe e criança, com duração de uma hora e meia a duas horas para cada visita para a observação das práticas alimentares nas residências.

A observação participante, neste trabalho, foi baseada em um roteiro (APÊNDICE 1), elaborado com aspectos das práticas alimentares, a partir da literatura, das observações do estudo piloto e das próprias visitas domiciliares semanais.

Para Minayo (2007), toda observação deve ser registrada em um instrumento denominado Diário de Campo. Durante e após as observações, eram realizadas anotações em diário de campo, ressaltando os pontos importantes para o foco do estudo. Nesse caderno, constaram todas as informações sobre as observações dos momentos que envolveram a alimentação da criança e da família, cuidados, interação e comportamentos, bem como as conversas estabelecidas entre o pesquisador e as mães, entre as mães e as crianças e entre outros membros familiares.

Além da observação participante, foi realizada uma entrevista semi-estruturada com a mãe para complementar o estudo.

Entende-se por entrevista semi-estruturada "uma conversa a dois com propósitos bem definidos" (...) "abordando, por meio de um roteiro prévio, as questões mais relevantes para o pesquisador". No entanto, esse roteiro deve servir de orientação e não de cerceamento da fala dos entrevistados, porque o que se visa não é, em si, a relevância do pesquisador, e sim, a dos próprios sujeitos em questão (MINAYO, 2006).

A entrevista semi-estruturada, nesta pesquisa, teve por base um roteiro (APÊNDICE 2) elaborado com questões orientadas sobre a saúde da criança e a desnutrição na infância.

Os depoimentos aconteceram nos domicílios, foram realizados pelo pesquisador responsável e gravados em gravador portátil marca SONY®, modelo ICD-P520, após a permissão das mães. As entrevistas foram realizadas, geralmente, no último dia de observação das práticas alimentares e tiveram duração de 30 a 45 minutos.

Durante a coleta de dados foram enfrentadas algumas dificuldades. Em algumas casas o volume do som (música ou televisão) e a presença de outras crianças dificultaram a continuidade dos diálogos; as conversas com alguns sujeitos não fluíam; o pesquisador não era apresentado às pessoas que chegavam aos domicílios; alguns tinham idéia de que o pesquisador poderia encaminhar a criança a um centro de cuidados especiais; e algumas vezes o pesquisador chegou à residência para a visita domiciliar previamente agendada e se deparou com a casa fechada.

Em alguns domicílios, a presença das crianças interferiu na entrevista, pois despertou curiosidade para mexer no gravador, falavam com a mãe durante a entrevista, ou ainda, caíam, machucavam-se, choravam e a mãe ia auxiliar a criança, sendo necessário uma

retomada da entrevista. Em uma casa a entrevista foi conduzida com barulhos de reforma e em outra o latido dos animais também dificultou a execução da entrevista.

Entretanto, observou-se também um interesse pela presença e diálogo com o pesquisador por parte das mães e famílias. Algumas mães telefonavam antecipadamente para o pesquisador desmarcando a visita domiciliar quando não podiam estar na residência no dia marcado e agendando para outra oportunidade. Em um domicílio os membros da família ficaram com a criança fora da casa para que o pesquisador pudesse conduzir a entrevista tranqüilamente. Uma mãe que não estava presente durante uma visita ligou para a avó da criança perguntando se o pesquisador estava na residência. Quando o pesquisador encerrou a coleta de dados algumas famílias pediram que ele retornasse para visitá-las e em uma casa o pesquisador foi convidado para o aniversário da criança. Esses momentos demonstram que a permanência do pesquisador nos domicílios durante a observação das práticas alimentares e entrevistas foram relevantes para a criação e manutenção de vínculos com as famílias.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Neste estudo realizamos uma análise temática. A análise temática traz a noção de tema ligada a uma afirmação a respeito de determinado assunto e o tema é considerado uma unidade de registro para estudar motivações de opiniões, atitudes, valores, crenças, tendências, entre outras (MINAYO, 2006; MINAYO, 2007).

Durante e após a coleta dos dados foi processada a análise dos dados, implicando na organização de todo o material empírico. Inicialmente, foi realizada uma leitura cuidadosa das notas dos diários de campo e das entrevistas transcritas, a fim de se deixar impregnar pelo material do estudo.

A seguir, por meio de leitura, releituras e organização em arquivos, os dados foram sendo ordenados e realizamos a leitura flutuante do conjunto, estruturando as partes e relacionando-as, procurando identificar tendências e idéias relevantes. Minayo (2006) coloca que a leitura flutuante tem o propósito de encontrar aspectos que se repetem ou se destacam, procurando, assim, apreender temáticas relevantes. O pesquisador buscou apreender as estruturas de relevância das práticas alimentares observadas e dos relatos das mães, a partir de seus contextos de vida, agrupando em sub-temas e temas.

Neste momento da pesquisa, de acordo com Minayo (2007), é necessário um diálogo entre as idéias problematizadas e as informações provenientes de outros estudos acerca do assunto.

Dessa forma, na análise final, foram construídos os seguintes temas: As crianças e mães estudadas; A alimentação da criança no cotidiano dos domicílios; A alimentação na infância: âmbito familiar e social; A alimentação e o cuidado à saúde da criança.

A Tabela 5 apresenta exemplos de fragmentos dos diários de campo e das entrevistas que nos levaram a eleger os temas e sub-temas deste estudo.

Tabela 5 – Fragmentos dos diários de campo e das entrevistas utilizados na construção dos temas e sub-temas do estudo

Fragmentos diários de campo e entrevistas	Sub-temas	Temas
A mãe tem 23 anos, estudou até a 8ª série e casou aos 16 anos (Diário da Elizabete).		As crianças e mães estudadas
A criança tem 1a11m, pesa 11900g e mede 81cm (Diário da Silvia).		
A mãe amamentou a filha exclusivamente até os 3 meses de idade, após começou a oferecer papinha (Diário da Carolina).	-A história da amamentação e introdução de alimentos complementares	
A avó preparou uma papinha de pão com leite para a criança (Diário da Célia).	-Alimentar a criança Quem prepara	
A mãe preparou a papinha da criança, ferveu a água, acrescentou macarrão, batata, cenoura e caldo concentrado (Diário da Paola).	O que prepara	
A mãe fumou enquanto preparou a refeição (Diário da Carolina).	Como prepara	A alimentação da criança no cotidiano dos domicílios
O café, por exemplo, ali por nove, nove e pouco da manhã, o almoço onze e meia, até meio dia, de tarde mais um lanchinho e daí de noite a janta, ali por sete e meia, oito hora a janta. Bom o Mateus já, aí ele já come antes né porque ele é nenenzinho né, a hora que ele pedi a gente dá (Entrevista Clotilde).	Horários e rotinas	
A mãe serviu a comida em um prato de louça, ela colocou o prato no chão da cozinha, a criança sentou ao lado do prato e comeu sozinha (Diário da Silvia).	Local	

continua

continuação

Fragmentos diários de campo e entrevistas	Sub-temas	Temas
A Emanuele temperou a salada com óleo, espremeu bastante limão e acrescentou sal, ela reservou uma parte da salada para ela e outra para a mãe, as crianças não foram servidas de salada (Diário da Emanuele).	-A alimentação da família	A alimentação na infância: âmbito familiar e social
Eu acho que assim o que nóis já, nóis podemô fazê nóis fazemô por ela, por eles, já digo, e já digo a gente é pobre, a gente, eles não passam do bom e do melhor né, mas pelo menos igual diz o pai um feijão com arroz tem, então é isso que eu acho que, o que nóis podemô fazer por eles nóis fazemô (Entrevista Carolina).	-Situação social da família e a alimentação da criança	
Sempre, e o peso do leite, que ele pesa do leite e da Bolsa né, e sempre vô pega o leite pra ele, faltei só uma veiz todo esse tempo que eu pego leite (Entrevista Clotilde).	-Programas e equipamentos sociais aos quais as crianças estão vinculadas	
A Isabela voltou a mamar no peito e a mãe disse *'deixe, quero vê se ela dorme'*, a mãe embalou a criança, ficou batendo de leve nas costas e bumbum dela, meio cantarolando, mas a menina não dormiu. A mãe completou *'essa menina quando vai dormi faz uma manha'* (Diário Paola).	-Alimentação e interação	A alimentação e o cuidado à saúde da criança
Eu acho que ele tem uma saúde boa. Porque é muito difícil ele ficá assim doente, e fica assim pulando, brincando, correndo, come bem, eu acho que ele é uma criança sadia, né nenê? (Entrevista Elizabete).	-A percepção materna sobre a saúde da criança	
A avó chamou a Célia para ela trocar a filha, a Célia foi até o quarto e logo veio com a Lorena para a sala, penteou o cabelo da filha, passou um creme e prendeu. Sempre que estou na casa a Lorena está com roupas limpas e com os cabelos presos (Diário Célia).	-O cuidado cotidiano da criança	

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

O presente trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNICENTRO (Ofício nº 0113/2007 – COMEP/UNICENTRO).

Os objetivos da pesquisa foram apresentados às mães, explicando os propósitos do estudo, solicitando sua participação e consentimento. Foram também informadas a respeito de sua liberdade em se recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma, e garantido o sigilo. Após terem ciência, aquelas que aceitaram participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Uma

cópia do termo era entregue à mãe e outra permanecia com o pesquisador responsável (APÊNDICE 3).

As notas extraídas dos diários de campo e as falas das entrevistas das mães que aparecem no decorrer dos resultados servem para exemplificar os temas discorridos, porém para garantir o anonimato das mães e crianças, os nomes foram substituídos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 AS CRIANÇAS E MÃES ESTUDADAS

Nesta parte dos resultados, apresentamos a caracterização das mães e crianças estudadas e suas famílias.

Mãe Carolina e Criança Marcela

Carolina tem 21 anos, estudou 8 anos, atualmente não trabalha, alega que seu companheiro não deixa, mas já trabalhou como doméstica e babá. Ela é mãe de duas crianças, o Marcelo com 3 anos e a Marcela com 1 ano e 7 meses. As crianças não são filhos do mesmo pai. Carolina relata que é fumante e durante a gestação da filha fumou, refere que a gestação foi um período sem problemas de saúde. A casa que Carolina reside é do pai dela, onde moram ela, os dois filhos, duas irmãs e o pai. A casa é de alvenaria, possui 5 cômodos, sendo 3 dormitórios, 1 banheiro e 1 ambiente destinado à sala e cozinha. Os eletrodomésticos presentes na casa são: geladeira, fogão a gás, televisão, DVD e som. A mãe da Carolina é separada do pai e vive com outro companheiro há mais de três anos, porém ela sempre visita as filhas. O atual companheiro da Carolina (pai da Marcela) não mora com ela, pois ele trabalha em Santa Catarina. Ele vem visitar a família em alguns finais de semana. A Carolina está com ele há um ano, quando ela engravidou da Marcela ele a abandonou e só voltou quando a criança tinha um mês, a Carolina morou um tempo na casa da tia do companheiro com a Marcela. O filho Marcelo, nesse período, ficou morando com o avô. Apenas o pai da Carolina trabalha fora de casa. Eles vivem com a renda do pai e de um irmão da Carolina que trabalha em Santa Catarina. Quando esse irmão vem visitá-los, ele ajuda com algum dinheiro. A Marcela pesa 8200g e mede 78cm, situando-se abaixo do percentil 3 do índice P/I, exatamente no percentil 3 do índice P/E e entre os percentis 10 e 50 do índice E/I.. Ela já ficou hospitalizada dois meses no Centro de Nutrição Renascer para tratar a desnutrição. O Marcelo, aparentemente, é uma criança saudável, não tem história de internações e não apresenta baixo peso. A Carolina está grávida, porém ela não falou para o pai dela, porque tem medo da reação dele, já que na gestação da Marcela o companheiro não esteve presente.

Mãe Célia e Criança Lorena

Célia tem 29 anos, 9 anos de estudo, no início da coleta de dados ela estava desempregada, relata que já trabalhou como babá e doméstica, porém no meio da coleta de dados ela começou a trabalhar temporariamente com panfletagem no centro da cidade. Ela tem duas filhas, a Ana Claudia de 13 anos e a Lorena de 1 ano e 3 meses. A Ana Claudia é filha do primeiro casamento da Célia. Célia foi casada durante 5 anos com o pai da Lorena e há dois meses está separada. Atualmente, a mãe e as filhas moram com os pais da Célia. Na casa residem os pais da Célia, ela, as duas filhas e um irmão. A casa é de alvenaria, possui 6 cômodos, sendo 3 dormitórios, 1 banheiro, 1 sala e 1 cozinha. Os eletrodomésticos presentes na casa são: geladeira, fogão a gás, liquidificador, televisão e som. Enquanto a mãe está trabalhando a criança fica sob os cuidados da avó, que também cuida de um menino de três anos. O pai da Lorena vem visitar a filha esporadicamente, e a avó refere que ele disse que iria ajudar financeiramente a filha, mas relata que isso não vem acontecendo. A família vive com a renda do trabalho do pai da Célia, do ganho que a mãe da Célia tem por cuidar de uma criança e do trabalho da Célia. A Lorena pesa 7550g e mede 73cm, situando-se abaixo do percentil 3 do índice P/I e entre os percentis 3 e 10 do índice P/E e E/I. Lorena não apresenta história de internações, porém ela é acompanhada no Centro de Nutrição Renascer para tratamento de anemia e baixo peso.

Mãe Elizabete e Criança Lucas

Elizabete tem 23 anos, 8 anos de estudo, casou aos 16 anos e até o momento nunca trabalhou. Ela tem dois filhos, a Camila de 5 anos e o Lucas de 10 meses. Na casa moram ela, o marido (30 anos) e os dois filhos. A casa é própria, de alvenaria, possui 4 cômodos, sendo 2 dormitórios, 1 banheiro e 1 ambiente com sala e cozinha. No mesmo terreno da casa, eles têm um bar, onde o marido da Elizabete trabalha e de onde vem a renda da família. Elizabete ajuda o marido no bar. Os eletrodomésticos presentes na casa são: geladeira, fogão a gás, televisão, DVD, som e tanquinho de lavar roupa. Eles também possuem um carro. Elizabete freqüenta diariamente a casa da mãe que mora próxima da casa dela. A mãe é separada do pai da Elizabete. O pai dela vive em um bairro distante, mas ela mantém contato com o pai também. O Lucas aos 9 meses pesava 6080g e media 66,5 cm, situando-se abaixo do percentil 0,1 do índice P/I, exatamente no percentil 0,1 do índice P/E e abaixo do percentil 3 do índice E/I. A mãe relata que a filha fazia acompanhamento no Centro de Nutrição Renascer, devido história de baixo peso e que o filho ainda não havia sido encaminhado para o Centro, mas a

mãe comenta que o enfermeiro da unidade de saúde disse que se a criança não ganhar peso, provavelmente será encaminhado.

Mãe Paola e Criança Isabela

Paola tem 33 anos, casada, não chegou a completar um ano de estudo, atualmente não trabalha, mas já trabalhou como doméstica e lavadeira. Ela tem 4 filhos, a Ane de 17 anos, o Marcos de 9 anos, a Lauren de 6 anos e a Isabela de 1 ano e 3 meses. Os três filhos mais velhos estão estudando. Ela mora em um terreno com três casas, sendo que na frente fica a casa do pai, no meio a dela e nos fundos a da irmã. O terreno pertence à Paola. Na casa moram a Paola, o marido (32 anos) e os quatro filhos. A casa é de madeira, tem 4 cômodos, sendo 2 dormitórios, 1 banheiro e um ambiente com sala e cozinha. Os eletrodomésticos presentes na casa são: geladeira, fogão a gás, liquidificador, duas televisões, DVD, som e máquina de lavar roupa. O marido da Paola trabalha em uma empresa de reflorestamento, de onde vem a renda da família. A mãe da Paola morreu quando ela tinha dez meses e ela relata que o pai teve vários relacionamentos e que algumas mulheres/madrastas eram rudes com ela. A Isabela, com 1 ano e 2 meses, pesava 7160g e media 70cm, situando-se abaixo do percentil 3 do índice P/I, entre os percentis 3 e 10 do índice P/E e abaixo do percentil 3 do índice E/I. Ela já ficou hospitalizada em duas ocasiões, aos dois meses e meio meses devido pneumonia e aos nove meses por diarréia. A criança é acompanhada no Centro de Nutrição Renascer para tratamento de baixo peso. A mãe relata que outros dois filhos também são acompanhados no referido centro por história de baixo peso. O filho de uma sobrinha da Paola, de 1 ano e 4 meses, que mora nos fundos da casa dela, também apresenta baixo peso.

Mãe Emanuele e Criança Gustavo

Emanuele tem 18 anos, 4 anos de estudo, atualmente não trabalha, mas já trabalhou como babá. Ela é mãe de duas crianças, o Juliano de 3 anos e o Gustavo de 1 ano e 4 meses. As crianças não são filhos do mesmo pai. A Emanuele mora na casa da mãe com os filhos. A casa é de madeira e tem apenas dois cômodos, sendo um dormitório e uma cozinha. O único eletrodoméstico presente na casa é um fogão a gás. Eles não dispõem de luz elétrica e de água encanada. No terreno, atrás da casa, existe uma fossa rudimentar. Faz 13 anos que residem nessa casa. O pai do Gustavo está preso e o pai do Juliano mora no bairro, e também já esteve preso. A Emanuele e os filhos vivem com o dinheiro da aposentadoria da mãe dela e refere que não recebe ajuda dos pais das crianças. A Dona Joana (52 anos), mãe da Emanuele, tem mais um filho de 31 anos, ele é casado e mora em outro bairro. O pai da Emanuele é separado

da mãe dela, reside em outra cidade e constituiu uma outra família. A Emanuele não tem contato com o pai. Ela, às vezes, vai visitar o pai do Gustavo na prisão e leva a criança. O Gustavo, com 1 ano e 2 meses, pesava 8450g e media 72cm, situando-se entre os percentis 3 e 10 do índice P/I, entre os percentis 10 e 50 do índice P/E e abaixo do percentil 3 do índice E/I. A criança não apresenta história de internações.

Mãe Clotilde e Criança André

Clotilde tem 39 anos, não chegou a completar um ano de estudo, assina o nome, mas não sabe ler, refere que atualmente não trabalha, porque não tem com quem deixar o filho mais novo, porém já trabalhou como lavadeira, babá e em uma serralheria. Ela é mãe de 4 filhos, o Tiago de 18 anos, a Andressa de 10 anos, o Jonatan de 7 anos e o André de 1 ano e 9 meses. Ela é separada do primeiro marido, com quem teve os três filhos mais velhos, há quatro anos. O filho mais velho da Clotilde esteve preso por homicídio durante dois anos e retornou há poucos dias. O Jonatan e a Andressa freqüentam a escola. Ela refere que o ex-marido freqüenta a casa e ajuda nas despesas com alimentos. O André é filho de outro relacionamento da Clotilde. O pai da criança tem 25 anos e dois filhos com outras mulheres. Ele não chegou a registrar o André e nunca ajudou financeiramente a Clotilde. Ela não chegou a morar com o pai do André. Na casa, moram ela e os quatro filhos. A casa é da Clotilde, é de madeira e possui 3 cômodos, sendo 1 dormitório, 1 banheiro e um ambiente com sala e cozinha. Os eletrodomésticos presentes na casa são: geladeira, fogão a gás, liquidificador, televisão, som e tanquinho de lavar roupa. A Clotilde refere que fuma. Eles vivem com a ajuda do ex-marido da Clotilde e com o dinheiro do Programa Bolsa Família. O André, com 1 ano e 7 meses, pesava 9300g e media 78cm, estando entre os percentis 3 e 10 do índice P/I, entre os percentis 10 e 50 do índice P/E e abaixo do percentil 3 do índice E/I. A criança não apresenta história de internações.

Mãe Silvia e Criança Cristiano

Silvia tem 29 anos, casada, 3 anos de estudo, atualmente trabalha como diarista duas a três vezes por semana. Ela é mãe de 2 filhos, o Emanuel de 11 anos e o Cristiano de 1 ano e 11 meses. Na casa, moram ela, o marido (46 anos), os filhos, um sobrinho de 16 anos e um de 12 anos, filhos de uma irmã dela que faleceu. Segundo ela, o Emanuel e um dos sobrinhos têm algum grau de deficiência mental. Refere que o sobrinho começará a freqüentar a APAE. A Silvia está empenhada para requerer o auxílio doença para o sobrinho. A sogra dela mora no terreno dos fundos. A maior parte da casa é de madeira, são 5 cômodos, sendo 2

dormitórios, 1 banheiro, 1 sala e 1 cozinha. Os eletrodomésticos presentes na casa são: geladeira, fogão a gás, televisão, som e tanquinho de lavar roupa, e possuem um carro. O marido da Silvia trabalha na área de construção civil. Eles vivem com a renda do marido, dos dias de trabalho da Silvia e de uma parte da pensão dos sobrinhos. Ela perdeu os pais quando era adolescente e logo casou. O marido da Silvia tem dois filhos de outro relacionamento, mas os filhos já são adultos e casados. O Cristiano pesa 11900g e mede 81cm, estando entre os percentis 10 e 50 do índice P/I, entre os percentis 50 e 97 do índice P/E e abaixo do percentil 3 do índice E/I. Ele ficou internado quando tinha 10 meses por pneumonia.

Mãe Evelin e Criança Amanda

Evelin tem 16 anos, 7 anos de estudo, está casada há 3 anos e atualmente não trabalha. Ela é mãe de uma criança chamada Amanda de 11 meses. Ela mora em uma casa nos fundos do terreno da mãe dela. Na casa, moram ela, o marido de 25 anos e a filha. A casa é de alvenaria e possui 3 cômodos, sendo 1 dormitório, 1 banheiro e 1 ambiente com sala e cozinha. Os eletrodomésticos presentes na casa são: fogão a gás, liquidificador, televisão e DVD. A Evelin tem três irmãos, todos de pais distintos, dois mais novos moram com a mãe na casa da frente e uma irmã que tem duas crianças mora em outra casa no mesmo terreno. O pai da Evelin é separado da mãe e mora em São Paulo, ela só conheceu o pai quando tinha 11 anos, atualmente ele tem outra família e ela já morou um tempo com o pai, porém relata que não se acostumou. Ele não conhece o marido e nem a filha da Evelin. O marido da Evelin trabalha no depósito de uma rede de supermercados. Eles vivem com a renda do trabalho do marido. A Amanda pesa 8200g e mede 67 cm, situando-se entre os percentis 10 e 50 do índice P/I, entre os percentis 50 e 97 do índice P/E e abaixo do percentil 3 do índice E/I. A mãe refere que a criança já foi hospitalizada duas vezes, uma quando tinha 20 dias por pneumonia e outra aos 3 meses por pneumonia, anemia, infecção urinária e intestinal.

Todos estes aspectos caracterizam crianças e mães que fizeram parte deste estudo, enfatizando a composição da família, idade, número de filhos, escolaridade materna, estado civil, ocupação/trabalho e moradia, bem como informações da saúde da criança, particularmente dados antropométricos e hospitalizações. Para sintetizar tais informações, apresentamos um resumo dos dados na tabela a seguir.

Tabela 6 - Caracterização das crianças e mães estudadas, Guarapuava-PR, 2008

Criança	Idade	Idade materna	Escolaridade materna	Estado civil pais	Índice P/I	Índice P/E	Índice E/I	Hospitalizações
Marcela	1a7m	21 anos	8 anos	União consensual	<P3	P3	P10-P50	Desnutrição (1x)
Lorena	1a3m	29 anos	9 anos	Separados	<P3	P3-P10	P3-P10	não
Lucas	10m	23 anos	8 anos	Casados	<P0,1	P0,1	<P3	não
Isabela	1a3m	33 anos	0	Casados	<P3	P3-P10	<P3	Pneumonia, diarréia (2x)
Gustavo	1a4m	18 anos	4 anos	União consensual	P3-P10	P10-P50	<P3	não
André	1a9m	39 anos	0	Separados	P3-P10	P10-P50	<P3	não
Cristiano	1a11m	29 anos	4 anos	Casados	P10-P50	P50-P97	<P3	Pneumonia (1x)
Amanda	11m	16 anos	7 anos	Casados	P10-P50	P50-P97	<P3	Pneumonia, anemia, infecção urinária, intestinal (2x)

Embora este estudo não tenha uma natureza quantitativa, cabe destacar que os aspectos aqui ressaltados, em geral, são analisados em estudos populacionais que investigam a saúde da criança.

Conhecer as características de indivíduos ou grupos e dos domicílios é importante para a organização da assistência, para a visualização de fatores de risco, com associações a uma probabilidade aumentada de surgir, desenvolver ou estar exposto a determinado dano à saúde e, também, para a formulação de políticas públicas. A presença do fator de risco não significa doença, mas indica quem, com maior chance, poderá ficar doente (AYRES, 2002; ALVES, 2005).

Neste estudo, as crianças caracterizam-se como de risco, com baixo peso e baixa estatura para a idade, com histórias de hospitalizações por infecções, algumas filhos de mães adolescentes ou com menos de oito anos de estudo, ou com mais de três filhos e não coabitando com o pai da criança.

Na saúde infantil, existe uma correlação entre saúde da criança e certos indicadores socioeconômicos, mas há considerações sobre outras variáveis relevantes para a criança, em razão de estar muito ligada à mãe e dela depender para sobreviver. Nesse sentido, os aspectos das condições gerais de vida, como alimentação, moradia, saneamento, acesso à assistência à saúde e renda familiar também tem que contemplar o estilo de vida da mãe, caracterizado

como uma série de aspectos comportamentais de natureza sociocultural (DYTZ; ROCHA, 2002).

Esses elementos são relevantes para as práticas de saúde com vistas à organização do cuidado em saúde e requer dos profissionais um conhecimento ampliado sobre o contexto de vida dos sujeitos.

4.2 A ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA NO COTIDIANO DOS DOMICÍLIOS

Este tema abarca os seguintes sub-temas: A história da amamentação e introdução de alimentos complementares; Alimentar a criança: quem prepara, o que prepara, como prepara, horários, rotinas e local.

4.2.1 A História da Amamentação e Introdução de Alimentos Complementares

Durante as visitas domiciliares ocorreram diálogos com as mães sobre aspectos referentes à amamentação e constatou-se que todas as mães do estudo amamentaram seus filhos. O menor período de amamentação relatado foi de 8 meses e o maior de 1 ano e 11 meses. É importante destacar que durante a coleta de dados três crianças se encontravam em aleitamento materno.

No tocante ao indicador aleitamento materno, no Brasil, o Ministério da Saúde recomenda que o aleitamento exclusivo ocorra até o sexto mês de vida da criança e, posteriormente, é um complemento da alimentação infantil até os dois anos de idade. O incentivo ao aleitamento materno é preconizado em várias estratégias para intervir na diminuição da morbimortalidade infantil, concomitantemente o desmame precoce é considerado um fator de risco para morbimortalidade infantil e tem influência direta no crescimento e desenvolvimento da criança (OPAS; OMS, 2000; BRASIL, 2004b).

As mães que amamentavam os filhos não seguiam horários rígidos para tal prática, conforme se evidencia abaixo:

A criança mamou no peito vários momentos da minha visita, ela mama um pouco e sai, depois volta e vai para o colo da mãe e volta a mamar. Eu perguntei em dado momento se ela mama muito, a mãe

respondeu *'o dia inteiro, ela chupa um pouquinho'* (Extraído do diário de campo da Paola, criança Isabela, 1 ano e 3 meses).

Ela disse que deixa de fazer o serviço de casa para dar de mamar, que quando o filho pede, ela dá e deixa ele mamar *'até que encha, daí ele brinca'*, quando vem pedir novamente ela dá a mamadeira (Extraído do diário de campo da Clotilde, criança André, 1 ano e 9 meses).

Ela disse que a criança procura pelo peito e mama após o almoço, antes de dormir, porém enquanto estive na casa, por volta das 11h30, a criança mamou um pouco. A avó ficou falando para a mãe que a criança não iria comer a comida, pois estava mamando. A mãe disse que era só um pouquinho e que ela queria (Extraído do diário de campo da Célia, criança Lorena, 1 ano e 3 meses).

Essa prática pode interferir na ingestão de alimentos necessários ao crescimento e desenvolvimento dessa fase da vida, quando o leite materno não é suficiente para suprir as necessidades nutricionais da criança (BRASIL, 2002b). As mães expressavam essa preocupação:

A Célia disse *'eu, às vezes, tenho que sair de perto dela pra ela comê, ela só qué ficá comigo, acho que ela pensa, se eu não comê a mãe me dá mamá'* (Extraído do diário de campo da Célia, criança Lorena, 1 ano e 3 meses).

Por ela mamá no seio também, né, eu tô tentando tirá, né, que tá complicado dela comê né, mas agora que eu tô trabalhando daí ela pode, ela tá comendo melhor até, que daí na hora da comida, que ela não tem mamá, né, daí ela se dispõe a comê, né, dá fome nela, daí ela se dispõe a comê, não tá perto, quando eu não tô perto, né, ela se dispõe mais a comê (Entrevista Célia, criança Lorena, 1 ano e 3 meses).

O André voltou a pedir o mamá, mas a mãe disse *'a sopinha é melhor do que o mamá'* (Extraído do diário de campo da Clotilde, criança André, 1 ano e 9 meses).

A filha insistia para mamar, a mãe disse *'coma papá, daí eu dô mamá, senão não vô dá mamá'* (Extraído do diário de campo da Paola, criança Isabela, 1 ano e 3 meses).

A OMS, atualmente, recomenda que a partir dos seis meses de vida a criança deve receber alimentos complementares. Para as crianças amamentadas, deve-se oferecer 2 a 3

refeições com alimentos complementares ao dia dos 6 aos 8 meses de idade e 3 a 4 vezes ao dia dos 9 aos 24 meses, com lanches nutritivos adicionais 1 a 2 vezes ao dia a partir dos 12 meses de idade (PAHO, 2004; MONTE; GIUGLIANI, 2004).

Das mães que não amamentavam os filhos, duas referiram que após o desmame a criança passou a ingerir maior quantidade de alimentos e houve uma melhora no estado nutricional da criança.

Notei diferença nele, porque ele engordava muito pouquinho por mês, tinha mês que ele não engordava, não engordava nem 100 gramas, e depois que ele começou a mamar na mamadeira, que eu tirei ele também do peito que ele, ele começou comer melhor, ele começou mamá né, o leite, daí ele começou a engordar mais (Entrevista Elizabete, criança Lucas, 10 meses).

Ela disse que achou que desmamando o filho ele iria emagrecer, mas que ele não emagreceu. Perguntei se ela acha que ele come melhor agora, ou antes, quando mamava no peito, ela disse que agora ele come melhor, porque quando ele mamava era o dia inteiro no peito. Ela disse que ele não comia muita comida, só queria mamar (Extraído do diário de campo da Silvia, criança Cristiano, 1 ano e 11 meses).

Entretanto, a OMS e o Ministério da Saúde preconizam que o aleitamento materno seja estendido até os 2 anos de idade ou mais, pois ele continua sendo uma fonte de energia e fornece proteção contra enfermidades (BRASIL, 2002b; PAHO, 2004).

No presente estudo, apreendeu-se que as mães que ainda amamentavam seus filhos apresentavam dificuldade em articular os horários das refeições com a amamentação. As crianças eram alimentadas próximo do horário das refeições, as mães não conseguiam negar essa prática, a criança acabava não ingerindo a refeição ou ingeria em quantidade inferior ao esperado pela mãe. Essa prática pode repercutir no estado nutricional das crianças.

Rotenberg e De Vargas (2004), em seu estudo sobre as práticas alimentares de 13 crianças de até 3 anos de idade em risco nutricional, abordando o caminho percorrido pelas mães do aleitamento materno à alimentação da família, a partir do referencial da pesquisa qualitativa e da abordagem socioantropológica, realizado no Rio de Janeiro, destacam que a maioria das crianças do estudo foi amamentada por um período superior a 9 meses. Essas autoras apontam que o aleitamento materno prolongado, quando se trata de crianças sob risco nutricional, pode, em alguns casos, comprometer a saúde da criança.

As mães reportavam que conforme a criança ia crescendo, tornava-se difícil controlar a ingestão de leite materno e desmamar a criança. Outras mães alegavam que haviam desmamado seus filhos porque achavam que quanto mais adiassem esse período, mais complicado seria para elas e para as crianças.

O André comeu pouco e já quis mamar, a mãe insistiu com a comida, mas logo depois deu o peito (Extraído do diário de campo da Clotilde, criança André, 1 ano e 9 meses).

A mãe falou *'precisa tirá porque depois vai ficá mais difícil, a criança vai ficando mais apegada'* (Extraído do diário de campo da Célia, criança Lorena, 1 ano e 3 meses).

A Silvia disse que se não desmamasse agora, não desmamava mais, eu perguntei por que, ela disse *'porque já tá fazendo uns 25 dias que desmamei e ele ainda procura eu'* (Extraído do diário de campo da Silvia, criança Cristiano, 1 ano e 11 meses).

Eu, eu vô faze o que eu posso né, vô vê se eu consigo tirá ela ainda esse fim de mês agora né, porque, porque pra saúde dela é melhor, pra saúde dela né, porque daí eu sei que ela vai comê mais, quem sabe até isso né que, que ela não come muito né, eu vô, vô começa a tirá ela na outra semana, vou dá um jeito né, de tirá ela de uma vez né, só que ela vai sofrê no começo né, e nóis vamos sofre bastante com isso né, mas nóis temô que fazê o melhor pra ela né, vai sê o melhor pra ela e o melhor pra gente também né, pra saúde dela né, que o mamá não faz mais efeito no corpo dela né, só que, aquela fol..., aquele, aquela coisa né que tem que tá mamando né, mas é, a gente vai tirá ela sim, logo do mamá (Entrevista Célia, criança Lorena, 1 ano e 3 meses).

Eu perguntei por que ela desmamou a filha, se ela não tinha mais leite, ela disse que ainda tem leite, ela disse que foi a filha que parou de mamar, aí eu questionei por que ela começou a pegar o "Leite das Crianças" se ela tinha leite, ela disse que porque ela pretendia trabalhar e pensava em deixar a filha nos dois leites (materno e do governo) e porque achava que quanto antes tirasse a filha do peito era melhor, porque depois iria ser mais difícil, mas ela disse que a filha largou sozinha (Extraído do diário de campo da Evelin, criança Amanda, 11 meses).

A situação de produzir leite e ter que recusar esse alimento para o filho é delicada para a mãe. Apesar de concordarem que o leite materno interferia na ingestão de alimentos, elas continuavam amamentando seus filhos quando esses solicitavam. Isso mostra que a

amamentação ultrapassa a questão biológica do nutrir, uma vez que ela envolve fatores fisiológicos, ambientais, emocionais e culturais.

O período do desmame é visto como um momento crítico para as mães, tanto quanto o estabelecimento da amamentação. De acordo com Rotenberg e De Vargas (2004) diferentes sentimentos parecem dificultar o desmame total, pois a mãe está envolvida afetivamente com sua criança, tem pena e visualiza o desmame como um processo de separação definitiva.

Salve (2008), em seu estudo sobre as representações sociais de 17 mães sobre a introdução e a escolha de alimentos complementares para os filhos, aponta a experiência do desmame, vivenciada pelas mães, como um momento difícil, emocionalmente doloroso e triste. Essa autora coloca, ainda, que o desmame apresenta-se como um distanciamento entre a criança e a mãe, visto como uma perda simbólica do filho, já que se abre um espaço entre a mãe e a criança a ser preenchido por outros cuidadores que também poderão alimentar, cuidar e dar colo à criança.

A fase do desmame proporciona à criança um aprendizado da alimentação dita "normal", passando de uma alimentação líquida, em que o leite materno era o principal alimento, por uma alimentação pastosa até chegar à alimentação da sua família, aprimorando o gosto da criança, ensinando-a gostar daquilo que é bom na sua cultura, e regulando a sua mecânica digestiva aos ritmos da sociedade em que vive (POULAIN; PROENÇA, 2003).

Nas conversas com as mães surgiram algumas crenças associadas ao período do desmame. Segundo as mães, havia um mês para o desmame, quando a criança era desmamada ela não podia dormir com a mãe porque ela iria procurar o seio materno, o filho não podia observar outras crianças sendo amamentadas, algumas chegavam a passar ervas amargas no seio para a criança não mamar, eram oferecidos chás à criança para prevenir verminoses e algumas mães levavam os filhos nas chamadas "benzedeiras" ou "rezadeiras".

Aqui se observa a complexidade do estudo das práticas alimentares, as quais são embutidas de valores, identidades, aprendizagem, escolhas e gostos alimentares produzidos pelo entorno cultural em que se vive e que ultrapassa a questão do estudo das variáveis renda, escolaridade, idade, entre outras (CANESQUI; GARCIA, 2005).

A alimentação se insere dentro de ciclos temporais socialmente determinados, como o ciclo de vida dos homens, assim tem-se uma alimentação para o lactente, a criança, o adolescente, o adulto e o idoso. A cada ciclo correspondem estilos alimentares, compreendendo alguns alimentos permitidos, proibidos, os ritmos das refeições, os papéis dos comensais, os *status*, as condicionantes, as obrigações e os direitos (POULAIN; PROENÇA, 2003).

A questão da temporalidade é apontada por Rotenberg e De Vargas (2004), quando as mães das crianças por elas estudadas fazem uma distinção entre a alimentação do lactente e da criança no segundo e terceiro anos de vida. Os processos de crescimento e desenvolvimento da criança fazem com que sua alimentação progrida e sofra modificações, principalmente em relação à forma de preparação, tipo de alimento oferecido e consistência da comida.

Esse aspecto também é elucidado por Salve (2008) quando menciona que o leite é entendido pelas mães como alimento importante até determinado momento da vida do bebê, após elas afirmam ser necessário que a criança comece a receber os alimentos pertencentes ao círculo familiar.

Com relação à introdução de alimentos complementares pôde-se constatar que as mães do estudo ofereceram esses alimentos pela primeira vez aos seus filhos entre o terceiro e o quarto mês de vida da criança. Entre os principais alimentos citados por elas estavam: sopas, caldo de feijão, mingau, papa de bolacha e frutas.

A introdução precoce de alimentos pelas mães é mostrada abaixo:

Enquanto ele estava no colo da mãe mamando aproveitei para perguntar quando a mãe começou a introduzir alimentos na dieta do filho, ela disse que com 3 ½, 4 meses ela começou a dar comidinha, e disse *'eu dô de comê bem cedo pras minhas criança'*, ela disse que começou dando um mingauzinho de alho com farinha de milho (fritava óleo e alho, colocava água, deixava ferver e acrescentava a farinha de milho aos poucos), depois começou a dar arroz, feijão, perguntei se o grão do feijão, ela disse que sim, mas que às vezes ela não dá porque *'solta muito o intestino, problema de diarréia'*, ela disse que o filho não gosta de batatinha e que gosta de macarrão (Extraído do diário de campo da Clotilde, criança André, 1 ano e 9 meses).

Eu perguntei com quantos meses ela começou a dar comida para o filho, ela disse que com 3 meses, ela falou que diziam para ela *'é com 6 meis, loca veia'*, ela falou que diziam que estragava o estômago da criança, mas ela deu, ela falou que começou com sopinha de bolacha doce, bolacha com leite, carne desfiada (Extraído do diário de campo da Silvia, criança Cristiano, 1 ano e 11 meses).

O Guia Alimentar para crianças menores de 2 anos traz, no Passo 1, que a criança deve receber somente leite materno até os 6 meses, sem oferta de água, chá, ou qualquer outro alimento (BRASIL, 2002b).

Os resultados do estudo transversal realizado por Gomes (2005), em Guarapuava-PR, sobre as práticas alimentares de crianças menores de um ano, também mostram que as mães introduzem alimentos complementares precocemente em seus filhos. Essa autora coloca que

das crianças menores ou iguais a 4 meses, em aleitamento materno, 4,6% receberam água, 12% chá, 4,3% suco, 5,6% fruta, 3,8% sopa de legumes e 0,9% comida de panela nas últimas 24 horas que antecederam a pesquisa.

Apesar das campanhas e políticas públicas em prol do aleitamento materno no país, dados da PNDS (2006) mostram que a proporção de crianças amamentadas exclusivamente entre os menores de 6 meses de idade é baixa, em torno de 39,8%. Entre o quarto e o sexto mês de vida, 62% das crianças amamentadas consumiam algum tipo de alimento complementar. As condições de amamentação das crianças menores de 24 meses de idade variam muito pouco quando se compara a região do país, a situação de residência, o sexo da criança e a escolaridade materna (SEGALL-CORRÊA; MARÍN-LEÓN, 2008).

De acordo como a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) (2008), a prática da amamentação vem aumentando no país, sendo que atualmente, as mães de nível socioeconômico alto tendem a amamentar mais freqüentemente do que as pobres, pelo menos nos primeiros meses de vida dos filhos.

A PNDS (2006) aponta que o padrão alimentar entre os menores de 24 meses pode ser caracterizado como de introdução de alimentos em idades não oportunas. Os dados dessa pesquisa trazem que entre o quarto e o quinto mês de vida, 41,7% dos lactentes tinham em sua dieta o consumo de leites não maternos, 31,6% de mingaus e 22% recebiam comida de sal (SEGALL-CORRÊA; MARÍN-LEÓN, 2008).

Black et al. (2008) destaca, a partir de uma meta-análise, que crianças nos primeiros seis meses de vida crianças que estavam em aleitamento materno predominante, aleitamento materno ou não eram amamentadas, quando comparadas às crianças amamentadas exclusivamente com leite materno apresentam riscos aumentados para morbimortalidade por diarréia e pneumonia. Nas crianças entre 6 e 23 meses de idade não amamentadas existe um risco aumentado para todas as causas de mortalidade e para a incidência de diarréia.

Em uma revisão da literatura acerca dos efeitos das práticas alimentares sobre o crescimento infantil, Spyrides et al. (2005) ressalta que crianças que recebem alimentos complementares precocemente podem sofrer um retardo no crescimento físico, além do que a amamentação complementada com outros alimentos ou crianças não amamentadas têm um risco 2,4 vezes maior de morte por infecção respiratória e 3,9 vezes maior de morte por diarréia do que as que são amamentadas exclusivamente. O comprometimento do crescimento em países em desenvolvimento pode ocorrer pela qualidade do alimento complementar que pode apresentar teor nutricional inadequado, baixa densidade energética, ou ainda, estar contaminado, favorecendo as infecções.

O segundo passo do Guia Alimentar para Crianças menores de dois anos descreve que a partir dos seis meses, outros alimentos devem ser introduzidos de forma lenta e gradual, mantendo o leite materno até os dois anos de idade ou mais. E o passo cinco enfatiza que a alimentação complementar deve ser espessa desde o início, oferecida de colher, com consistência pastosa (papas e purês) (BRASIL, 2002b).

As mães do estudo introduziram alimentos precocemente em seus filhos e, nem sempre, o faziam na forma e consistência recomendadas. A criança, nessa fase, apresenta uma capacidade gástrica reduzida e consome poucas colheradas no início da introdução de alimentos, assim deve-se garantir o aporte calórico com papas de alta densidade energética. As sopas e caldos oferecidos pelas mães do estudo são considerados alimentos de baixa densidade energética pela diluição.

Em um estudo transversal realizado em 136 municípios do Estado de São Paulo com relação às práticas alimentares de crianças de 6 a 12 meses de idade, verifica-se que o consumo de sopas, aos 6 meses, é alto (78%), mas o consumo de comida de panela é baixo (39%). Esse consumo só ultrapassa o de sopas aos 11 meses de idade. A tendência de consumo do leite materno aos 6 meses é de 59% e aos 12 meses esse valor diminui para 40%, porém o consumo de outros tipos de leite varia entre 70 e 83%, respectivamente (SALDIVA et al., 2007).

Embora em nossa cultura o bebê, nos primeiros meses de vida, deva receber uma alimentação mais líquida, incluindo leite, chá e sucos, isto não ocorre da mesma forma, ou seja, difere segundo classes sociais e regiões. A criança de família de baixa renda, cuja mãe não consegue amamentá-lo, nem obtém leite nos postos de saúde, acabará muito cedo recebendo alimentos que são entendidos como próprios para adultos, como arroz e/ou feijão (DANIEL; CRAVO, 2005).

O Estudo Qualitativo Nacional de Práticas Alimentares de crianças menores de dois anos de idade (1998), realizado nas regiões brasileiras revelou que as mães compreendem que o aleitamento materno deva ser exclusivo até os seis meses, entretanto os dados sobre introdução de novos alimentos mostram que desde muito cedo já são oferecidos sucos, leites engrossados com farinhas, sopas e caldo de feijão. Isso ocorre principalmente em função de uma percepção por parte das mães e familiares de que, embora o leite materno seja o alimento ideal para o bebê, nem sempre a mãe o possui em quantidade suficiente (‘*pouco* leite’, ‘leite que *secou*’), ou qualidade adequada (‘leite *fraco*’, ‘leite *ralo*’) (BRASIL, 2002b).

O aleitamento materno exclusivo por seis meses, para algumas mães do estudo realizado por Salve (2008), dificulta a aceitação da criança aos novos alimentos,

principalmente quando a mãe precisa retornar ao trabalho. A introdução dos alimentos complementares antes do período recomendado pode ajudar a criança não estranhar os cuidadores, não rejeitar os novos alimentos introduzidos e, assim, o desmame ocorre sem dificuldades.

A observação das práticas alimentares maternas das crianças acompanhadas neste estudo permitiu conhecer aspectos do período da amamentação, do desmame e da introdução de alimentos complementares na dieta dessas crianças.

4.2.2 Alimentar a Criança: Quem Prepara, O Que Prepara, Como Prepara, Horários, Rotinas e Local

Quem prepara a alimentação

Durante as observações das práticas alimentares pôde-se notar que as mães eram as principais responsáveis pelo preparo da alimentação das crianças e dos outros membros da família. No entanto, em três residências as avós exerciam papel fundamental na confecção da alimentação e nas escolhas alimentares das crianças.

A mãe começou a preparar o almoço, raspou umas cenouras, picou-as diretamente na panela, acrescentou óleo, cebola picada e fritou todos os ingredientes, depois acrescentou arroz, água e deixou cozinhar. Após cortou em pedaços uma carne de porco que estava sobre a pia em uma tábua de madeira, ela colocou a carne na vasilha onde lavou o arroz. Colocou óleo na panela, picou alho, acrescentou a carne de porco em pedaços e deixou fritar por bastante tempo. Em outra panela colocou água para ferver e cozinhou macarrão (Extraído do diário de campo da Elizabete, criança Lucas, 10 meses).

Logo que cheguei na casa a mãe começou a preparar o almoço, ela descascou algumas batatas e as colocou na panela com água para ferver, após cortou uns pedaços de carne de frango (peito e coxa) que estavam na pia e acrescentou na mesma panela, colocou macarrão tipo spaghetti, um caldo de galinha e um sache de tempero pronto, ela falou que só coloca sal depois que experimenta para ver se é necessário, mas não a observei colocar sal, ela só acrescentou um pouco de óleo durante o cozimento (Extraído do diário de campo da Silvia, criança Cristiano, 1 ano e 11 meses).

Assim que cheguei na casa a avó foi buscar uma cadeira para eu sentar e ela logo começou a preparar o almoço, ela lavou o feijão diretamente na panela de pressão e disse que já ia cozinhar o feijão

temperado, ela acrescentou alho, óleo e caldo de galinha, falou que era para engrossar o caldo (Extraído do diário de campo da Emanuele, criança Gustavo, 1 ano e 4 meses).

A criança começou a chorar, a avó ficou preocupada e disse para a filha que iria preparar algo para a neta comer, a mãe concordou. Logo a avó trouxe um copinho de plástico que tinha leite e bolacha doce, ela perguntou para a filha onde estava a farinha láctea, a filha falou e ela acrescentou umas duas colheres de farinha láctea na papa da neta, a avó começou a servir a criança, mas logo deu o copo para a filha servir a neta (Extraído do diário de campo da Evelin, criança Amanda, 11 meses).

A atividade doméstica de preparação da alimentação persiste como tarefa feminina nesse e em outros estudos que abordam práticas alimentares. Todas as sociedades humanas possuem uma divisão sexual do trabalho, uma diferenciação entre papéis femininos e masculinos que encontra na família sua manifestação privilegiada (DURHAM, 1983; ROMANELLI, 2006).

A construção cultural da divisão sexual do trabalho se constrói sobre diferenças biológicas, ou seja, a cultura organiza, orienta, modifica, ressalta ou suprime características que possuem fundamentação biológica (DURHAM, 1983; ROMANELLI, 2003).

A variabilidade das formas concretas de divisão sexual do trabalho se fundamenta em torno de uma tendência praticamente universal de separação da vida social entre uma esfera pública, de domínio masculino, associada à política e à guerra, e uma esfera doméstica privada, feminina, presa à reprodução, ao aleitamento, aos cuidados com as crianças e à socialização inicial das mesmas (DURHAM, 1983).

Canesqui (2005), quando estudou as mudanças e permanências da prática alimentar de famílias de trabalhadores de Paulínia-SP na década de 70 e novamente em 2002, encontrou que a mulher se mantém no papel de dona-de-casa, esposa e mãe, atuando como principal responsável pelo controle e gerência do consumo doméstico, com a condição de economizar, enquanto ao marido cabe a provisão dos gêneros alimentícios. A tarefa feminina de cozinhar está entre as atividades domésticas mais importantes expressas pelas mulheres de ambas as gerações do estudo, ainda que o trabalho doméstico não remunerado expresse o lugar subordinado da mulher na família.

A produção de refeições e o cuidado com a saúde da criança a cargo da mulher, passada entre as gerações, através da dimensão econômica, afetiva e social também foi constatada por Rotenberg e De Vargas (2004), e essas atividades ficam invisíveis e

desvalorizadas. Entretanto, as autoras encontraram alguns pais exercendo atividades no cuidado da casa e da alimentação da criança.

Apesar das atuais mudanças nos papéis de gênero nos cuidados dispensados aos filhos, com os pais participando mais ativamente desse cuidado, as mães, ainda, são as principais pessoas que provêem o alimento ao filho. A atitude participativa e sensata dos pais nos cuidados à criança pode contribuir positivamente para o bom desenvolvimento da mesma (ALMEIDA; LOUREIRO, 2000).

Com o desmame da criança ou com a introdução de alimentos complementares associada ao aleitamento materno, as mães podem dividir as tarefas de cuidado da criança, principalmente a produção de refeições, com outros cuidadores, como o pai, a avó, tias, a babá ou outros familiares.

Salve (2008) destaca que a alimentação da criança que não recebe mais leite materno continua a depender da mãe, porém de uma outra forma, com a escolha dos alimentos a serem preparados e o preparo cuidadoso das refeições. Essa autora coloca que a mulher passa a ser mãe de outro jeito e o desmame não determina uma interrupção na maternagem, apenas uma maneira diferente de comunicação entre a mãe e a criança.

O que é preparado

Como já explicitado na metodologia, as visitas domiciliares para a observação das práticas alimentares eram realizadas conforme acordo prévio entre o pesquisador e as mães. Assim, foi possível acompanhar alguns momentos da alimentação das crianças e, em alguns domicílios, da alimentação da família.

Na maioria das casas as visitas eram feitas próximo do horário em que a mãe ou avó preparava a refeição e, em geral, foi acompanhado o almoço, o lanche da tarde e, em alguns casos, o café da manhã.

A alimentação das crianças era predominantemente láctea, quando se observou o café da manhã e o lanche da tarde. No almoço, a combinação do arroz com feijão estava presente em várias refeições, entretanto, a batata e o macarrão eram ofertados na mesma refeição, mesmo tendo o arroz, mostrando um excesso de carboidrato na dieta infantil. A carne não estava presente em todas as refeições e, ainda, se constatou que algumas mães ofereciam sopas aos filhos.

Seguem abaixo observações de cafés da manhã, almoços e lanches da tarde oferecidos às crianças:

Cafés da manhã

Bolacha água e sal (Extraído do diário de campo da Carolina, criança Marcela, 1 ano e 7 meses).

Papinha de pão com leite (Extraído do diário de campo da Célia, criança Lorena, 1 ano e 3 meses).

Café com leite e rosquinha frita (Extraído do diário de campo da Carolina, criança Marcela, 1 ano e 7 meses).

Almoços

Arroz, caldo de feijão, macarrão, carne de porco e iogurte (Extraído do diário de campo da Elizabete, criança Lucas, 10 meses).

Sopa de macarrão, batata e cenoura (Extraído do diário de campo da Paola, criança Isabela, 1 ano e 3 meses).

Sopa industrializada, batata, macarrão e carne de frango (Extraído do diário de campo da Clotilde, criança André, 1 ano e 9 meses).

Arroz, feijão, batata com carne de frango e macarrão com queijo ralado (Extraído do diário de campo da Emanuele, criança Gustavo, 1 ano e 4 meses).

Arroz, feijão e lingüiça frita (Extraído do diário de campo da Silvia, criança Cristiano, 1 ano e 11 meses).

Lanches da tarde

Papa de leite, bolacha doce e farinha láctea (Extraído do diário de campo da Evelin, criança Amanda, 11 meses).

Leite com mucilon e açúcar (Extraído do diário de campo da Elizabete, criança Lucas, 10 meses).

Leite com açúcar e 1 laranja (Extraído do diário de campo da Silvia, criança Cristiano, 1 ano e 11 meses).

As frutas e hortaliças apareceram nos relatos das mães como exemplos de uma alimentação saudável para crianças, porém no cotidiano notou-se que elas não ofereciam esses alimentos aos filhos.

Sei lá, se alimentá bem é comê, comê bastante verdura, bastante, se alimen... comê digo, comê bastante fibras igual as mulher lá do Renascer falavam, e acho que é isso. Acho que é só isso (Entrevista Carolina, criança Marcela, 1 ano e 7 meses).

Acho que tem que escolhê bem os alimentos que dá pra criança, né, não dá só bobage, dá verdura, bastante legumes, frutas, né, que criança tem que comê bastante, né, acho que é isso (Entrevista Emanuele, criança Gustavo, 1 ano e 4 meses).

(...) boa alimentação, né, comê bastante fruta, verdura, essas coisa mais saudável (Entrevista Evelin, criança Amanda, 11 meses).

Apenas duas mães ofereceram frutas (banana e laranja) para os filhos durante todas as observações realizadas. Foi possível visualizar em algumas casas a disponibilidade de algumas frutas como maçã, banana, laranja e limão. Nos diálogos estabelecidos com as mães sobre a rotina alimentar da criança, algumas relataram que a criança ingeria frutas amassadas com cereais, in natura e com leite. As frutas que foram citadas são: banana, maçã, laranja lima, mamão e abacate.

No estudo desenvolvido por Garcia (2005b), com 21 sujeitos entre 20 a 54 anos de idade no município de São Paulo a respeito da representação social da alimentação diária, aspectos de higiene, preferências e preocupações com a comida, os sujeitos consideravam como prática alimentar saudável comer mais frutas e vegetais, enquanto as gorduras, saturadas e insaturadas, e o colesterol eram considerados prejudiciais à saúde.

As frutas, no estudo realizado por Canesqui (2005), em geral estavam entre os itens considerados desnecessários, porém para os grupos de idosos, mulheres e crianças esses alimentos eram vistos como adequados e indispensáveis ao crescimento e desenvolvimento de crianças, juntamente com o leite.

As hortaliças, assim como as frutas, apareceram poucas vezes na alimentação das crianças, geralmente elas estavam presentes nas sopas e as mais utilizadas foram: batata, cenoura, chuchu e abobrinha.

As verduras e legumes, na primeira etapa da pesquisa efetuada por Canesqui (2005), apareceram em pequenas quantidades ou quase ausentes entre as aquisições dos grupos mais pobres, entretanto, na segunda parte do estudo elas se integravam às compras dos grupos domésticos segundo os critérios de preferência, renda e disponibilidade sazonal do produto, destacando-se tomate, alface, couve, pepino, abobrinha, quiabo, mandioca e batata.

As frutas e hortaliças são fontes de vitaminas, minerais e fibras, nutrientes indispensáveis ao crescimento e desenvolvimento de crianças. Um exemplo da importância desses alimentos pode ser dado pelas frutas cítricas, fontes de vitamina C, que aumentam a biodisponibilidade do ferro contido em fontes de alimentos vegetais e ajudam na prevenção e no tratamento da anemia que acomete muitas crianças menores de dois anos de idade (BRASIL, 2002b; VITOLO, 2003).

No Estudo Qualitativo Nacional de Práticas Alimentares, as mães entrevistadas também identificam legumes, verduras e frutas como alimentos “bons para a saúde”, porém os dados de todas as regiões sugerem que esses alimentos não são prioridades de compra nem de consumo. Era dada prioridade para a aquisição de alimentos considerados básicos: arroz, feijão, açúcar, macarrão, leite e óleo (BRASIL, 2002b).

Tonial (2001), em sua pesquisa qualitativa com 25 mulheres, 13 obesas e 12 desnutridas, que viviam em São Luís-MA, constatou que todas as entrevistadas, independente de classe social e escolaridade, sabiam quais alimentos deviam comer ou oferecer aos filhos. E quando questionadas sobre uma alimentação adequada, elas referiam que as frutas e vegetais tinham que estar presentes na alimentação.

Um aspecto fundamental no processo de sociabilização da criança com a alimentação é a familiaridade com o alimento, assim para que a criança aceite consumir hortaliças e legumes é preciso que esses alimentos façam parte do cotidiano de sua dieta, pois uma criança dificilmente irá comer hortaliças e frutas se isso não é um hábito na sua família (ALMEIDA; LOUREIRO, 2000).

As mães consideravam a combinação do arroz e feijão importante para seus filhos e que, ao menos, esses alimentos estavam disponíveis à criança.

Que eu acho que é certo que eu dô pra ele é, é o arroz e o feijão, que esse daí é, é o básico pra criança (...) (Entrevista Elizabete, criança Lucas, 10 meses).

(...) e o essencial que é o arroz e o feijão, dá um feijão, um feijão com arroz já é uma alimentação forte, né (...) (Entrevista Célia, criança Lorena, 1 ano e 3 meses).

(...) e já digo a gente é pobre, a gente, eles não passam do bom e do melhor, né, mas pelo menos igual diz o pai, um feijão com arroz tem (...) (Entrevista Carolina, criança Marcela, 1 ano e 7 meses).

No saber prático encontramos informações que condizem com o saber científico. Nesse estudo, as mães reconheciam o arroz e o feijão como alimentos *'básicos'*, *'essenciais'* e *'fortes'*, e a literatura descreve que a combinação de ambos fornece proteínas de excelente qualidade, comparáveis com as da carne (BRASIL, 2002b; BRASIL, 2005a).

O feijão e arroz se destacam entre os alimentos "mais necessários" e "básicos" para as unidades familiares estudadas por Canesqui (2005) e são considerados itens absolutamente indispensáveis, representando o mínimo da dieta esperada. No trabalho desenvolvido por Garcia (2005b) esses alimentos também aparecem como base da dieta, porém não fazem parte do discurso do que seria uma alimentação saudável, recebem uma conotação levemente negativa quando sob a proteção da saúde.

O feijão também foi visto como um alimento forte, rico em ferro e bom para o sangue pelas mães das crianças estudadas por Rotenberg e De Vargas (2004).

Como apontado anteriormente, no almoço era servido mais de um alimento do grupo dos pães e cereais, e uma avó comentou isso como uma prática incorreta:

(...) *'arroz e macarrão junto não é certo'*, a mãe disse *'capaz vai tudo pro mesmo bucho'*. A avó disse que viu isso nos livros, que é o arroz ou o macarrão (Extraído do diário de campo da Célia, criança Lorena, 1 ano e 3 meses).

Esse comentário feito pela avó é pertinente, uma vez que se observou excesso de alimentos fontes de carboidrato numa mesma refeição, o que pode contribuir para a diminuição na ingestão de outros alimentos importantes para a criança, como, por exemplo, as carnes.

A sopa é um alimento culturalmente difundido entre a população e até entre alguns profissionais de saúde como alimento ideal para a criança pequena. Ela já apareceu na introdução dos alimentos complementares dessas crianças e, mesmo após um ano de idade, as crianças continuavam recebendo sopa nas refeições principais.

A mãe disse que começou a dar a comida da família, mas que ela não comia bem e que a sopa ela gosta. Quando a criança ficou internada ela percebeu que a filha comia toda a sopa do hospital, então

ela passou a fazer sopinha para a criança (Extraído do diário de campo da Paola, criança Isabela, 1 ano e 3 meses).

Ela serviu a sopa em um prato de louça, e quando sentou para servir a criança disse *'hoje é bem ralinha pra vê se você come'* (Extraído do diário de campo da Clotilde, criança André, 1 ano e 9 meses).

Como já discutido anteriormente, a capacidade gástrica da criança é pequena e ela necessita de uma alimentação com maior densidade energética para alcançar as recomendações nutricionais. As preparações como sopas, mingaus e leites muito diluídos não atingem uma densidade energética adequada, devendo ser desaconselhadas na alimentação infantil (BRASIL, 2002b).

O Estudo Qualitativo Nacional de Práticas Alimentares indicou que a baixa densidade energética pode estar relacionada não apenas ao tipo de alimento ingerido pelas crianças, mas também à consistência do mesmo. Esse estudo mostrou que são oferecidos alimentos de consistência mole para as crianças em todas as regiões, o leite engrossado com farinhas, as sopas e o caldo de feijão aparecem como preferenciais (BRASIL, 2002b).

O Passo 8 do Guia Alimentar para crianças menores de 2 anos enfatiza que se deve evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas, nos primeiros anos de vida e, ainda, usar sal com moderação (BRASIL, 2002b).

No presente estudo, esses alimentos faziam parte do dia-a-dia das crianças e estavam presentes em todas as casas visitadas. Os principais alimentos observados foram: embutidos (salames, mortadela e lingüiça), enlatados (massa de tomate e milho verde), produtos com corantes artificiais (gelatina e suco em pó), alimentos muito salgados (sopas industrializadas, macarrão instantâneo com tempero artificial, salgadinho e queijo ralado), alimentos muito adocicados (achocolatados, misturas instantâneas para adicionar ao leite e balas), e, ainda, frituras, refrigerantes, bolachas recheadas e maionese.

Vários desses alimentos eram considerados inadequados pelas mães e só deveriam estar presentes na alimentação das crianças esporadicamente. Nos relatos apreende-se que o discurso é distinto da prática.

Acho que tem que escolhê bem os alimentos que dá pra criança, né, não dá só bobage (...) muito salgadinho, muito iogurte, muita bolacha, toda hora, fora de hora, né, isso eu considero bobage (Entrevista Emanuele, criança Gustavo, 1 ano e 4 meses).

(...) dependendo da comida, tem coisa que não pode dá, né, de certas idade. Bobage, né, bolacha com recheio, iogurte, refrigerante, essas coisa mais bobage, né (...) (Entrevista Evelin, criança Amanda, 11 meses).

Ah eu acho assim que evitá de dá muita porcaria né pra criança né, que hoje em dia tudo, tudo qué coisa né que vê na televisão dão pra criança né, chicletes, bala, salgadinho, essas coisa né, tudo mundo, vem um compra, outro compra né, geralmente é assim né que, e daí dão coisa cru né também eu já vi né. Lingüiça cru pra criança pequena né, daí vai estragando o intestino né, muita coca-cola, e muito suco, muita, muita porcaria, vão dando, chocolate, assim, vão dando muita porcaria, porque hoje em dia tem muita coisa que não é bom pra criança né, claro um dia ou outro dá não faz mal, mas, mas não nos horário de comê eu acho assim, eu acho assim que tudo tem que tê um limite, tem que, tem que i dando pra experimentá, mas devagar né, tem pessoas que já virô assim, tem que tê sempre né, tem que dá bastante danoninho, bastante iogurte, desses iogurte, tem vários tipo de iogurte hoje em dia né, nescau, que dão muito também né pra criança pequena né, então certas coisa estraga o intestino né (...) (Entrevista Célia, criança Lorena, 1 ano e 3 meses).

Canesqui (2005), encontrou em seu trabalho algumas alterações na aquisição de produtos alimentares. Entre elas, pode-se destacar uma freqüência maior, na segunda geração do estudo, de certos produtos industrializados como algumas massas, o leite pasteurizado, os achocolatados, bolachas doces e salgadas, refrescos artificiais ou refrigerantes.

Os produtos alimentares divulgados pelas mensagens dos meios de comunicação, por um lado, encontram barreiras econômicas nas famílias de baixa renda e por outro se movem num campo de crenças que podem ou não favorecer a sua incorporação. Os produtos para a alimentação infantil são os mais focados pelos veículos de massa e são mais ouvidos pela nova geração, sendo que a geração mais velha impõe às crianças as regras sobre o que é bom para comer, preservadas pela autoridade materna tradicional (CANESQUI, 2005).

A introdução de alimentos industrializados, influenciada pelo marketing das indústrias alimentares, também foi percebida por Rotenberg e De Vargas (2004) com destaque para o consumo de leite em pó, macarrão instantâneo, achocolatados, iogurtes e biscoitos “salgadinhos”.

Os produtos alimentares industrializados também apareceram nos discursos das mulheres entrevistadas por Tonial (2001). Entre os alimentos citados tem-se: *mucilon*, *neston*, *farinha láctea*, *leite ninho*, *nescau*, *danone*, *suco industrializado* e *macarrão miojo* (grifos da autora). Essa autora aponta que há uma valorização desses alimentos, demonstrada pela adesão ao consumo ou o desejo de inseri-los na dieta da família, o que pode representar um

ideal de afirmação e busca de *status* que esses alimentos podem trazer para a população de baixo poder aquisitivo.

O oferecimento de alimentos considerados pouco nutritivos aos filhos, como por exemplo, as guloseimas (doces, bolachas, refrigerantes, salgadinhos), prenhes de valor simbólico diverso, associado ao universo alimentar da classe mais favorecida economicamente, constitui um meio da população pobre mostrar para si mesma e para seus iguais que ela também pode consumir o que é simbolicamente positivo. O consumo de tais alimentos também aparece associado à dimensão afetiva, ou seja, oferecer o que não é fundamental para a alimentação traduz-se para pais e filhos em demonstração de afeto, mesmo que esse consumo signifique a privação de outros bens (ROMANELLI, 2006).

Como são preparados os alimentos

A observação do preparo das refeições nem sempre foi possível, pois em alguns domicílios quando o pesquisador chegava, a mãe ou a avó já havia iniciado o preparo da refeição ou até finalizado. O pesquisador sempre chegava nas residências no horário estabelecido pelas mães ou um pouco antes, permanecia em torno de uma hora e meia a duas horas no domicílio até que a criança se alimentasse e, quando possível, até que os membros da família realizassem as refeições.

Cheguei na casa e fui recebida pela mãe da Célia, a Lorena estava no colo do tio. A avó disse que a Célia começou a trabalhar ontem à tarde com panfletagem no lugar do irmão. A avó comentou que o filho ajuda a cuidar da Lorena. A avó disse que a criança acordou às 10h00 e está um pouco enjoada pela falta da mãe. A avó preparou uma papinha de pão com leite, mas disse que a neta comeu só algumas colheres. Segundo a avó, a mãe amamentou a criança antes de sair para trabalhar, enquanto a criança dormia. A avó comentou que enquanto a Lorena dormia ela adiantou o almoço. Mais um dia que não observei a preparação da alimentação. A avó deixa tudo pronto e eu geralmente fico sentada na sala (Extraído do diário de campo da Célia, criança Lorena, 1 ano e 3 meses).

Quando cheguei à casa já havia uma panela no fogão a gás com a sopa do André, e outras panelas no fogão a lenha com a comida da família, a mãe pediu para a filha alcançar um pedaço de caldinho e ainda acrescentou sal na sopa do filho (Extraído do diário de campo da Clotilde, criança André, 1 ano e 9 meses).

A alimentação não deve ser vista apenas como veículo de nutrientes e calorias, porque mais que isso, ela evidencia a distribuição da riqueza na sociedade, os grupos e classes de pertencimento, marcados por diferenças, hierarquias, estilos e modos de comer, atravessados por representações coletivas, imaginários e crenças (CANESQUI; GARCIA, 2005).

Dessa forma é compreensível a atitude das mães e avós que podiam se sentir inibidas com a presença do pesquisador, já que para elas, ele podia representar alguém com maior conhecimento sobre alimentação e fazer julgamentos sobre os alimentos e as maneiras no preparo da comida.

Além disso, a observação das práticas alimentares ocorria de forma intermitente, ou seja, o observador estava presente em alguns momentos das refeições das crianças, não sendo possível coletar dados sobre a totalidade das formas de relações que faziam parte da vida social do grupo estudado. Isso é destacado por Romanelli (1998), quando esse autor aborda a utilização da observação participante em estudos com grupos urbanos, onde a convivência com o grupo estudado é descontínua, o que dificulta a captação dos imponderáveis da vida social e mesmo dos acontecimentos eventuais.

Nas residências onde foi acompanhado o preparo da alimentação oferecida à criança, notou-se que os temperos utilizados pelas mães eram basicamente o óleo, os caldos concentrados, os temperos prontos industrializados e o sal.

Abaixo, pode-se perceber a presença desses itens na alimentação infantil:

(...) eu observei a sopa, tinha bastante caldo e coloração branca, macarrão e alguns pedaços de verduras, perguntei para a mãe do que era a sopa, ela disse que de pacote (sopa industrializada), eu perguntei se ela coloca mais alguma coisa, ela disse que coloca óleo e sal, porque acha que é sem tempero, às vezes, ela coloca macarrão. Ela foi servindo a criança e dizendo que essa sopa era boa porque tinha cenourinha (Extraído do diário de campo da Clotilde, criança André, 1 ano e 9 meses).

(...) a comida estava bem amarelada devido ao caldo concentrado e ao tempero pronto (Extraído do diário de campo da Silvia, criança Cristiano, 1 ano e 11 meses).

Nos passos 7 e 8 do Guia Alimentar para Crianças menores de 2 anos, recomenda-se o uso de cebola, alho, óleo, pouco sal e ervas (salsinha, cebolinha, coentro) para temperar os alimentos oferecidos à criança, e que os alimentos muito condimentados sejam evitados, tais como pimenta, mostarda, “catchup” e temperos industrializados (BRASIL, 2002b).

No trabalho desenvolvido por Canesqui (2005), as famílias acrescentaram os temperos industrializados aos temperos básicos, tais como sal, alho e cebola, na lista de alimentos adquiridos. Para essa autora, isso reforça as preferências dos sujeitos pelos sabores marcantes distinguidos pelo paladar socializado.

Com a revolução industrial as tarefas da cozinha doméstica foram sendo transferidas para a indústria e o aumento do consumo de produtos industrializados, desde então, só aumentou. A industrialização da alimentação apresenta aspectos positivos e negativos. Entre os positivos pode-se destacar a disponibilidade durante o ano todo de produtos de diversas regiões nacionais e internacionais mesmo fora do período de sazonalidade, maior produção de alimentos a um custo mais baixo e maior diversificação alimentar. Quanto aos aspectos negativos tem-se o emprego de aditivos alimentares que contribuem para uma homogeneização da alimentação e a ingestão prolongada de substâncias cujas conseqüências a longo prazo são desconhecidas. Além disso, a questão econômica, ainda, é limitante para o acesso a determinados tipos de alimentos pela população menos favorecida (HERNÁNDEZ, 2005; ARNAIZ, 2005).

O passo 9 do Guia Alimentar elucida o cuidado da higiene no preparo e manuseio dos alimentos e o adequado armazenamento e conservação dos mesmos. Os alimentos oferecidos às crianças devem ser preparados pouco antes do consumo e não se deve oferecer restos de uma refeição (BRASIL, 2002b).

Essa prática nem sempre foi seguida pelas pessoas que preparavam a alimentação das crianças e em alguns relatos as mães mencionavam que não ofereciam comida anteriormente preparada, conforme a seguir:

Observei panelas guardadas no fogão a gás, no forno. A Carolina lavou uma panela e colocou um pouco de arroz, macarrão e feijão das panelas que estavam no fogão e acrescentou um pedaço de carne já pronta e esquentou tudo junto para os filhos (Extraído do diário de campo da Carolina, criança Marcela, 1 ano e 7 meses).

O meu marido tem problema no estômago, então ele não pode comer comida requentada, né, geralmente eu esquento pra mim o que sobra do almoço, porque também dá dó de jogá, né, e faço outra daí, pra ele e pras criança (Entrevista Elizabete, criança Lucas, 10 meses).

Ao se observar o preparo das refeições oferecidas às crianças, alguns aspectos referentes à higiene dos alimentos complementares emergiram. Entre os principais destacam-

se: a conservação e o armazenamento dos alimentos, higiene das mãos, dos utensílios (mamadeira), do ambiente da cozinha, hábito de fumar das mães e a presença de animais domésticos dentro dos domicílios.

A mãe preparou leite com açúcar para o filho tomar, ela pegou o pacote de leite que estava sobre a mesa, quando ela experimentou disse que já estava azedo, então jogou fora e abriu outro pacote que estava na geladeira. Ela disse que ia deixar o leite azedo para o sobrinho que gosta de tomar. Ela abriu o novo pacote de leite com os dentes, ela disse que assim é melhor porque a abertura é menor. Ela preparou o copinho cheio de leite (aproximadamente uns 200ml) e acrescentou 1 colher de sobremesa de açúcar. A criança ficou sentada na cadeira e tomou quase todo o conteúdo do copo, quando restavam uns 20ml ele foi para fora da casa, daí não observei se ele tomou o restante ou se jogou fora. (...) O pacote de leite que ela abriu para preparar o leite para o filho ficou na mesa durante a minha permanência na casa (Extraído do diário de campo da Silvia, criança Cristiano, 1 ano e 11 meses).

A D. Joana preparou o almoço, como não havia água para fazer comida ela decidiu esquentar um virado de feijão que estava armazenado em uma panela, ela acrescentou sal e um pouco de gordura que estava armazenada em um vidro, parecia gordura de resto de frituras (Extraído do diário de campo da Emanuele, criança Gustavo, 1 ano e 4 meses).

A Carolina limpou o nariz da Marcela e voltou preparar a refeição, não a observei lavar as mãos (Extraído do diário de campo da Carolina, criança Marcela, 1 ano e 7 meses).

A mãe perguntou se o filho queria fazer xixi, ele disse que sim, ela levou a criança até o banheiro, a criança saiu com a bermuda um pouco molhada, a porta do banheiro ficou aberta e não observei a mãe lavar as mãos (Extraído do diário de campo da Clotilde, criança André, 1 ano e 9 meses).

A mãe está com um dedo da mão cortado, ela disse que machucou cortando carne de frango, ela está usando um curativo, mas parece uma fita plástica enrolada no dedo, ela disse que ontem lavou a roupa e que o curativo caiu 3 vezes. Falou ainda que machucou outro dedo no guarda-roupa da patroa (Extraído do diário de campo da Silvia, criança Cristiano, 1 ano e 11 meses).

A mãe veio do quarto com a mamadeira do filho, mostrou-me e disse *'o pouquinho dele ele sempre deixa'*. Depois ela lavou a mamadeira com água, detergente e a bucha. A tábua que ela utilizou para cortar a carne de porco estava próxima da mamadeira, a mãe colocou o bico da mamadeira na tábua que não estava limpa, depois ela guardou a mamadeira na geladeira (Extraído do diário de campo da Elizabete, criança Lucas, 10 meses).

(...) A Carolina pegou um pedaço de plástico, abriu, colocou no sofá e colocou a Marcela sentada sobre o plástico, deu a bacia com a comida e uma colher de sopa para a criança se servir sozinha. A mãe estava fumando, enquanto preparava o prato da criança e enquanto a criança se servia (Extraído do diário de campo da Carolina, criança Marcela, 1 ano e 7 meses).

Quando eu estava saindo da casa, vi um gato em cima da pia da cozinha e outro na cadeira. A avó já comentou em outra visita e nessa também que antes da Célia ter a Lorena ela só ficava com os gatos no colo, que era um luxo com os gatos (Extraído do diário de campo da Célia, criança Lorena, 1 ano e 3 meses).

Com relação à conservação e ao armazenamento dos alimentos, notou-se que algumas mães armazenavam os alimentos (arroz, feijão, macarrão e carnes) em panelas à temperatura ambiente. Conforme descrito anteriormente, esses alimentos eram reaquecidos e oferecidos às crianças. Os alimentos perecíveis, principalmente o leite, ficavam sob temperatura ambiente em algumas casas durante o período de permanência do pesquisador. Mamadeiras prontas estavam expostas sob mesas, armários ou estantes e, em algumas visitas, as mães reaqueceram o conteúdo dessas mamadeiras e ofereceram aos filhos.

Durante o preparo dos alimentos, observou-se que as mães não tinham o hábito de lavar as mãos freqüentemente. Algumas mães ao trocarem as vestimentas dos filhos, ao conduzirem a criança ao banheiro, ao limparem o nariz da criança ou o próprio nariz não lavavam as mãos quando retornavam ao preparo da refeição. Outras mães tocavam o lixo e voltavam a preparar os alimentos. E, quando se observou a lavagem das mãos, nem sempre as mães utilizavam sabão, elas apenas passavam água nas mãos. Duas mães tinham ferimentos nos dedos das mãos, podendo ser um meio de contaminação dos alimentos.

A higienização das mamadeiras era feita com água e sabão, ou apenas água. Em várias visitas, foram observadas mamadeiras com restos de alimentos em armários, mesas e estantes. As mães faziam a lavagem das mamadeiras junto com outros utensílios.

Com relação ao ambiente da cozinha, algumas mães, em ambientes simples e espaços reduzidos, os mantinham limpos e organizados. Já outras mães tinham dificuldade em organizar a cozinha, as mesas estavam cheias de alimentos de refeições anteriores, utensílios sujos, restos de alimentos e roupas no chão.

Das mães desse estudo, três fumavam e na observação das práticas alimentares verificou-se que elas fumavam durante o preparo das refeições, enquanto amamentavam e próximas das crianças.

Outro aspecto visualizado nas visitas domiciliares foi a presença de animais domésticos (gatos) dentro dos domicílios e mais especificamente no ambiente da cozinha. Observou-se que os animais comiam dentro das casas, subiam nas cadeiras, sofás, mesas e pias.

Monte e Giugliani (2004) destacam que práticas maternas adequadas, com vistas ao manejo, preparo, administração e estocagem dos alimentos complementares, podem reduzir a contaminação dos mesmos.

A contaminação do alimento é comum quando ele é estocado à temperatura ambiente após a preparação, isso favorece a multiplicação de bactérias patogênicas. Com freqüência, em populações pobres, os alimentos armazenados em condições desfavoráveis são oferecidos às crianças sem serem reaquecidos ou com reaquecimento inadequado, resultando em ingestão de grande quantidade de microorganismos patogênicos (GIUGLIANI; VICTORA, 2000).

As doenças diarréicas, uma das causas da desnutrição em crianças, estão associadas às práticas de higiene dos alimentos complementares, que incluem a preparação, o armazenamento e a administração dos alimentos (GIUGLIANI; VICTORA, 2000; MONTE; GIUGLIANI, 2004).

Monteiro e Nazário (2000) ao analisarem a evolução das condições ambientais da saúde infantil na cidade de São Paulo, a partir de dois inquéritos realizados na década de 80 e 90, destacam que embora permaneça bastante elevada, diminuiu a proporção de crianças vivendo em residências onde havia um ou mais fumantes (72,8% em 1984/1985 e 56,8% em 1995/1996). Esses autores apontam, ainda, que a presença de fumantes no domicílio da criança foi maior no terço mais pobre da população, 63,1%, contra 51,4% no terço mais rico.

As práticas de higiene dos alimentos complementares são importantes para a nutrição e saúde das crianças pequenas. Entre as principais práticas de higiene destacam-se (GIUGLIANI; VICTORA, 2000; MONTE; GIUGLIANI, 2004; BRASIL, 2004c): Lavar as mãos antes de preparar e oferecer alimentos à criança, e também lavar as mãos da criança, com água e sabão após defecação e antes das refeições; Manter limpos o ambiente, os utensílios e as superfícies para a preparação e administração dos alimentos; Evitar tossir, fumar, espirrar, enquanto estiver preparando os alimentos; Utilizar água fervida ou filtrada para preparar os alimentos; Lavar adequadamente os alimentos crus; Cozinhar bem os alimentos antes de oferecer à criança; Oferecer alimentos frescos à criança; Alimentar a criança com auxílio de copo ou xícara, colher e prato, evitando mamadeiras, porém quando da utilização desses utensílios, lavar com água e detergente e após ferver os mesmos; Armazenar

os alimentos perecíveis ou preparados em geladeira; Consumir o alimento dentro de duas horas após o seu preparo na ausência de geladeira; Proteger os alimentos e utensílios contra animais (ratos, baratas, moscas) e poeira.

Horários das refeições e a rotina alimentar das crianças

Durante as observações das práticas alimentares e as entrevistas, as mães conversaram sobre a rotina alimentar da criança, as refeições que a criança estava habituada a fazer, os horários em que aconteciam e os alimentos comumente oferecidos ao filho.

As três crianças que eram amamentadas faziam quatro refeições diárias, sendo café da manhã, almoço, lanche e jantar. Das cinco crianças não amamentadas, duas faziam cinco refeições (café da manhã, lanche, almoço, lanche da tarde e jantar ou café da manhã, almoço, lanche, jantar e ceia), duas faziam quatro refeições (café da manhã, almoço, lanche e jantar) e uma realizava três refeições (café da manhã, almoço e jantar).

A OMS recomenda, conforme já citado anteriormente, que as crianças amamentadas recebam 2 a 3 refeições diárias com alimentos complementares dos 6 aos 8 meses de idade e 3 a 4 refeições por dia dos 9 aos 24 meses de idade, com lanches nutritivos adicionais (pedaços de frutas ou pão, cuscuz, bolo caseiro, macaxeira), oferecidos 1 a 2 vezes por dia a partir dos 12 meses (PAHO, 2004; MONTE; GIUGLIANI, 2004).

Para as crianças que não recebem leite materno é preconizado quatro a cinco refeições por dia, com lanches nutritivos adicionais oferecidos uma a duas vezes por dia. A freqüência das refeições depende da densidade energética dos alimentos locais e da quantidade de alimentos consumidos em cada refeição. Caso a densidade energética ou a quantidade de alimento por refeição seja baixa, uma maior freqüência nas refeições pode ser necessária (WHO, 2005).

As refeições incluem somente alimentos lácteos, outros alimentos e combinações de alimentos lácteos e outros alimentos. Os lanches são definidos como alimentos ingeridos entre as refeições, geralmente alimentos que podem ser consumidos com as mãos, convenientes e de preparo fácil (WHO, 2005).

No presente estudo, as crianças amamentadas, todas com mais de 12 meses, realizavam número adequado de refeições. Das crianças que não recebiam leite materno, apenas uma realizava número inferior de refeições recomendadas.

Com relação aos horários das refeições existiu uma flexibilidade por parte das mães, algumas relataram que os horários das refeições eram seguidos a partir do horário que a

criança acordava, outras referiram que não havia um horário rígido a ser seguido, mas que ofereciam a alimentação quando a criança solicitava ou em função do choro da mesma.

O comportamento alimentar da criança a partir do nascimento é amplamente submetido às condicionantes fisiológicas, à alternância de sensações de fome, aos comportamentos desencadeados por essas sensações (apelos, choros, gritos) e às sensações de saciedade e de abundância que se seguem. As interações com a mãe vão regular a criança a certos ritmos sociais (alternâncias do dia e da noite, momentos de trabalho e de repouso) e esses mecanismos biológicos vão sofrer uma influência social (POULAIN; PROENÇA, 2003).

Apesar da não rigidez dos horários das refeições, as mães achavam importante estabelecer um período para as refeições, conforme relatos abaixo:

Bom pelo menos a Amanda a hora que ela começa né assim que chora, assim eu já sei né que ela tá com fome, que eu já dou alguma coisa pra ela comê daí, acho que hora não, não é tanto né, é mais a dependendo da criança né, que a Amanda ela chora, chora já sei né, ou, ou é comida ou é trocá né, ou ela tá com alguma dor, já sei o que que ela tem né, já daí. (...) mas os horário bem certo assim não tem né, porque ela, dependendo da hora que ela acorda, então não tem como fazê um horário assim bem certinho, porque se ela acorda onze hora, que nem hoje eu dei onze e meia o almoço, então não dá né, muito em cima, tão, tão, eu ia tê que dá mais lá por uma hora, meio-dia e pouco assim, então hora certa não (Entrevista Evelin, criança Amanda, 11 meses).

O café, por exemplo, ali por nove, nove e pouco da manhã, o almoço onze e meia, até meio dia, de tarde mais um lanchinho e daí de noite a janta, ali por sete e meia, oito hora a janta. (...) Bom o André já, aí ele já come antes né, porque ele é nenenzinho né, a hora que ele pedi a gente dá (Entrevista Clotilde, criança André, 1 ano e 9 meses).

Hora de almoço, hora de café, hora de janta, hora de brinca é de brinca, hora de comê é de comê, isso. (...) Pra mim hora do almoço é meio-dia né, meio-dia, meio-dia e meio tem que almoçá, não pode passá, hora da janta tem que ser até umas oito horas a criança tem que tê jantado né, porque senão fica muito pesada a comida pra criança (Entrevista Emanuele, criança Gustavo, 1 ano e 4 meses).

Ela comentou, ainda, que dá 3 mamadeiras diariamente, mas que tem um horário, que não é a hora que ele quer, 1 mamadeira de 150ml de manhã, 1 mamadeira de 150ml à tarde e outra de 300ml à noite. Ela disse que dá esse volume de 150ml, porque tem medo que ele não coma. E disse '*se ele não quer comer, mamá ele não mama*', porque com a filha ela fez diferente, se a menina não comia ela dava

mamadeira e hoje ela não come nada, só arroz. Percebi que ela quer que a criança aprenda a comer os alimentos de sal (Extraído do diário de campo da Elizabete, criança Lucas, 10 meses).

(...) a gente tem que fazê o horário das criança comê também né (...) Ela levanta de manhã né, conforme o horário que ela acorda ela, a gente faz alguma sopinha doce pra ela comê né, um cafezinho, um leitinho com uma coisinha que ela quera comê né, e se ela não quisé a gente dá uma frutinha, daí meio-dia dá um almoço né, e daí de tarde oferece alguma coisinha né, às veis ela qué, igual eu tô trabalhando agora ela qué o mamá né, daí eu chego, daí ela mama, daí dorme, daí acorda, daí a gente dá um banho, daí ela come alguma coisinha, uma fruta, uma bolachinha, alguma coisa que ela queira né, daí a gente vai oferecendo, vê o que que ela qué comê né, daí a mãe agora tá dando de faze um mingauzinho de, de, de alho pra ela, ela gosta muito de mingau de alho, daí ela tem comido bastante mingau de alho. (...) Assim umas seis horas quase né, daí, daí, daí eu chego né, daí ela mama, daí às vezes, ali a umas sete e pouco daí ela janta né, daí às vezes qué comê alguma coisa, ou diz pra ela, vai vendo o que ela qué comê, quando a gente vê assim que ela tá, tá quietinha né, às veiz ela qué comê alguma coisa, ou chora né, às veiz qué comê alguma coisa, daí a gente vai vendo né, dando uma fruta (...) (Entrevista Célia, criança Lorena, 1 ano e 3 meses).

No Estudo Qualitativo Nacional de Práticas Alimentares foi demonstrado que é difícil precisar a freqüência de refeições das crianças, porque a definição do que vem a ser uma refeição pode ter variações entre as mães. Outro elemento que pode influenciar na decisão das mães sobre a freqüência da alimentação é a fome da criança. A fome pode ser reconhecida pelas mães através do choro, de manifestações tais como a criança que esperneia e pede, e em função do horário das refeições (BRASIL, 2002b).

O horário começa a funcionar como um marcador para as crianças entre 6 e 24 meses, seguindo o horário das refeições da família (café, almoço e jantar), com os quais são intercalados lanches, mamadeiras ou aleitamento materno, totalizando uma média de 5 a 6 ofertas de alimentos diários (BRASIL, 2002b). Tais aspectos abordados também foram evidenciados no presente estudo, mostrando que as mães tentavam estabelecer horários para a alimentação da criança baseadas nos horários das principais refeições da família e também ofereciam alimentos a partir dos sinais emitidos pelos filhos.

Nos relatos das mães foi possível notar que os alimentos que faziam parte do café da manhã das crianças eram, basicamente, leite e cereais. As papas de pão ou bolachas doces com leite, mamadeiras de leite com cereais (mucilon e farinha láctea) e mingaus (leite e mucilon) foram os mais citados. O café puro ou com leite também apareceu em alguns relatos e observações.

No almoço, seis mães referiram que as crianças consumiam os mesmos alimentos da família, geralmente, arroz, feijão, macarrão, batata e carnes, e duas mães faziam uma alimentação diferenciada para os filhos, e foi mencionada a sopa.

Os lanches constituíam-se de alimentos semelhantes aos do café da manhã, entretanto as frutas in natura ou com cereais também foram citadas pelas mães.

O jantar assemelhou-se ao almoço, porém alimentos como mingaus e sopas apareceram. As crianças que eram amamentadas recebiam leite materno antes de dormir e criança não amamentada a mamadeira.

A seguir, destacam-se algumas rotinas alimentares das crianças com os alimentos elucidados pelas mães:

A mãe comentou um pouco sobre a rotina alimentar da Amanda, ela disse que a filha acorda às 10h00 e toma uma mamadeira de leite com farinha láctea, às 12h00 ela almoça, por volta das 14h00 ela come uma papa doce ou banana amassada, antes dela dormir no final da tarde ela toma outra mamadeira, e às 22h00 ela dá a janta, arroz, feijão, macarrão (Extraído do diário de campo da Evelin, criança Amanda, 11 meses).

Perguntei para ela como é a rotina do André para a alimentação. Ela disse que ele acorda, mama no peito, dorme novamente, ela disse *'quando ele tá com fome ele pede'*, daí ela dá a mamadeira ou papinha de pão, leite e café, ela disse que ele pede a mamadeira. No almoço macarrão, arroz, sopa de feijão, miojo. As 2 ou 3h00 da tarde ela oferece uma papa (pão com café), café preto com açúcar, ela disse que ele gosta muito de café preto. Ela disse que a Lauren come o dia inteiro e o irmão come um pouco com cada um e daí ele janta com a família, mencionando que *'ele come o que nóis comemo'* (Extraído do diário de campo da Clotilde, criança André, 1 ano e 9 meses).

A hora que ele acorda ele come bolacha com leite. (...) aí depois eu dô o cafezinho dele e vou lá pra mãe né, aí lá eu, ele, eu levo a mamadeira, ele mama, daí de lá ele já vem dormindo, a maioria das vezes, daí eu faço almoço, ele almoça e depois do almoço ele mama e come besteirinha, bolacha, ele come salgadinho, ele toma suco, esses tipinho de coisas aí. (...) Daí seis horas eu dô a janta dele (Entrevista Elizabete, criança Lucas, 10 meses).

Eu perguntei que horas a criança acorda, ela disse que às 5h30 ou 6h00, come uma papinha de café preto com pão puro, mais tarde come banana, depois almoça. Ela disse que à tarde estoura pipoca ou serve pão com margarina e açúcar sobre o pão e janta às 19h00 (Extraído do diário da Silvia, criança Cristiano, 1 ano e 11 meses).

Tanto nos relatos das mães sobre a rotina alimentar das crianças, como nas observações das práticas alimentares, foi possível apreender que a dieta das crianças não apresentava uma variedade de alimentos, geralmente os alimentos oferecidos às crianças se repetiam e, entre os principais, estavam o leite, os cereais (arroz, macarrão, farinhas, biscoitos), a batata e o feijão. As carnes não estavam presentes diariamente e as frutas e hortaliças faziam parte dos relatos das mães e avós, mas na prática não se observou o oferecimento desses alimentos. A monotonia alimentar, ou seja, a não variação quanto ao aspecto e ao tipo do alimento oferecido à criança pode contribuir para a falta de apetite (ALMEIDA; LOUREIRO, 2000).

No primeiro ano de vida a alimentação das crianças brasileiras é basicamente láctea (leite materno e/ou de vaca), acrescida de açúcar e espessantes, o consumo de outros alimentos varia de acordo com o local, mas quase sempre inclui biscoito, arroz, feijão, macarrão e batata, assim como o consumo de frutas, verduras e folhosos verdes não constitui um hábito (BRASIL, 2002b).

No segundo ano de vida, apesar da contribuição elevada de alimentos lácteos como fonte de energia, a alimentação passa a ser mais diversificada, com o uso da carne bovina, de frango, de cereais e derivados e de frutas, porém persiste o baixo consumo de frutas, verduras e legumes (BRASIL, 2002b).

A OMS recomenda que uma variedade de alimentos seja oferecida à criança para garantir que os nutrientes necessários sejam consumidos. Essa variedade inclui carnes, aves, peixe, ou ovos, os quais deveriam ser ingeridos diariamente, porque fornecem nutrientes importantes como ferro e zinco; os grãos e legumes na mesma refeição para garantir proteínas de qualidade; as frutas e hortaliças, pois são fontes de vitaminas importantes, tais como vitaminas A, C e do complexo B; e o leite e seus derivados, pois são importantes fontes de proteína, cálcio e riboflavina (WHO, 2005).

A dieta variada, além de ser essencial para a nutrição da criança e seu crescimento, garantindo uma gama de nutrientes, também é importante para a formação dos hábitos alimentares da criança (BRASIL, 2002b).

É nessa fase que a criança inicia o contato com os alimentos, sabores, texturas, odores, o qual é fundamental para o estabelecimento desses hábitos. Entretanto, essa formação é permeada por vários fatores, entre eles a situação social da família, interpretações de experiências e situações maternas, preferências, etnias, religião, e, ainda, em todas as idades, existe uma alimentação entendida como apropriada para aquela faixa etária, em função das

representações sobre o significado do alimento conforme a idade, sexo e papéis sociais (CANESQUI; GARCIA, 2005; DANIEL; CRAVO, 2005).

Onde e como as crianças são servidas

Nas visitas domiciliares foi possível acompanhar a distribuição da refeição às crianças e observar os utensílios utilizados para oferecer o alimento, quem oferecia o alimento, o local onde a criança comia, a montagem do prato e quais alimentos a criança ingeria.

Em todos os domicílios notou-se que as crianças eram servidas antes dos outros membros da família, e quando se acompanhou a alimentação da família, pôde-se observar que as crianças também comiam com os adultos. Quando não foi possível acompanhar a alimentação da família, as mães relatavam que a criança se alimentava novamente com a família.

Hoje eu perguntei mais uma vez se é o habitual ela servir o filho antes dos outros membros da família, ela disse que ela sempre dá a comida dele antes, porém ela disse que quando ela e os filhos mais velhos vão comer, o André come um pouco com cada um novamente (Extraído do diário de campo da Clotilde, criança André, 1 ano e 9 meses).

A mãe comentou que a Marcela gosta de carne e que come antes dos adultos, e depois come com o avô ou a mãe novamente (Extraído do diário de campo da Carolina, criança Marcela, 1 ano e 7 meses).

Próximo das 11h40 a mãe deu uma papinha para a filha comer. Ela comentou que começa a fazer o almoço para a família por volta das 12h40, horário que a filha mais velha chega da escola. (...) a mãe comentou também que a Isabela come um pouco com eles (Extraído do diário de campo da Paola, criança Isabela, 1 ano e 3 meses).

Os utensílios utilizados para servir a refeição à criança foram: pratos de louças, pratos plásticos, potes e vasilhas plásticas, bacia de alumínio, embalagens plásticas de alimentos, colheres de sopa, de sobremesa e de chá, copos de vidro, copos plásticos, canecas de alumínio, xícaras de vidro e mamadeiras.

No passo 5 do Guia Alimentar para Crianças menores de 2 anos recomenda-se o uso de copos para oferecer água ou outros líquidos e dar alimentos semi-sólidos e sólidos com prato e com colher (BRASIL, 2002b).

O uso de mamadeira deve ser evitado, pois esse utensílio pode atrapalhar a amamentação, alterar a dinâmica oral, além do que mamadeiras são difíceis de limpar e representam uma importante fonte de contaminação e transmissão de doenças (WHO, 2000a; GIUGLIANI; VICTORA, 2000; PAHO, 2004; MONTE; GIUGLIANI, 2004; WHO, 2005).

O recipiente (copo, prato, colher) no qual é servida a alimentação pode influenciar no consumo ou não do alimento. Em geral, as crianças tendem a apreciar e se sentirem estimuladas quando a refeição é oferecida em recipientes coloridos, com formas diversas e quando o alimento é servido em pequenas porções (ALMEIDA; LOUREIRO, 2000).

As crianças eram servidas pelas mães, avós ou irmãos e, em algumas residências, observou-se que as crianças se alimentavam sozinhas. Notou-se que quando as mães ou as avós ofereciam a comida, as crianças ingeriam maior quantidade de alimento. Já quando as crianças comiam sozinhas, observou-se que elas apresentavam dificuldade para manusear a colher e acabavam comendo com as mãos, derrubavam os alimentos na roupa ou no chão, brincavam com o alimento e, assim, consumiam uma menor quantidade de comida. Além disso, as crianças juntavam os alimentos caídos no chão ou na roupa e os ingeriam, as mães nem sempre estavam atentas para isso, o que poderia representar um risco de contaminação desses alimentos e conseqüentemente interferir na saúde e no estado nutricional das crianças.

A criança quando se alimenta sozinha pode não ingerir o suficiente. É necessário tempo para ela aprender a usar a colher. Por volta dos 18 meses, a criança apresenta habilidade para manipular talheres de mesa que não tragam riscos de ferimentos (WHO, 2000a; VITOLO, 2003).

Na faixa etária dos 6 aos 8 meses, quanto às habilidades de alimentação do lactente, ele é capaz de alimentar-se com os dedos, desenvolve a capacidade de apertar e começar a beber no copo; dos 8 aos 10 meses começa a segurar a própria mamadeira, procura alcançar, e segura o alimento e a colher, senta sem apoio; dos 10 aos 12 meses ele começa a dominar o uso da colher, mas ainda derrama alimentos; de 1 a 2 anos de idade a criança usa a colher de cabo curto, alimenta-se com ajuda, consegue beber no copo, ajuda a mexer, rasgar, partir ou mergulhar os alimentos (SIZER; WHITNEY, 2003).

De acordo com o Manual para Vigilância do Desenvolvimento Infantil no contexto da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), a partir dos 9 meses de idade, a criança transfere objetos de uma mão para a outra e a partir dos 12 meses de idade faz o movimento de pinça, ou seja, ela vai apresentando a mobilidade do polegar e do dedo indicador, representando um marco no desenvolvimento neuromotor (FIGUEIRAS et al., 2005).

Algumas mães e avós consideravam que as crianças se alimentavam melhor quando eram servidas por alguém.

A avó serviu o neto, colocou o menino no colo (...) Ela disse que tem que oferecer a comida para o neto, senão ele não come, e a Emanuele não tem paciência de dar a comida para eles. (...) A avó disse *'ele tá comendo bem, mas porque eu tô tratando, se eu deixá por conta, ele só brinca com a comida'* (Extraído do diário de campo da Emanuele, criança Gustavo, 1 ano e 4 meses).

O Cristiano foi para a sala e deixou o prato. A mãe pegou o prato para servi-lo, ela disse *'se não dé, né que não come?'* (Extraído do diário de campo da Silvia, criança Cristiano, 1 ano e 11 meses).

Os adultos devem incentivar a criança para tomar líquidos em copos, manipular os alimentos e comer sozinha, isso é importante para o desenvolvimento dela, porém sempre supervisionando para se certificarem de que a criança está ingerindo o suficiente. Essa não é uma tarefa fácil e requer paciência, pois a criança pequena come vagarosamente, faz sujeira e se distrai facilmente (WHO, 2000a; GUIGLIANI; VICTORA, 2000; ALMEIDA; LOUREIRO, 2000).

Quando a criança era servida pela mãe, avó ou por algum membro da família, existiram algumas práticas que se repetiram nos domicílios, como: quem oferecia a alimentação também comia com a criança e utilizava o mesmo talher, as mães e avós antes de oferecerem a comida para a criança levavam a colher até a boca para verificar a temperatura, outras assopravam a comida e algumas mães despedaçavam o alimento com as mãos e assim o ofereciam aos filhos.

Pode-se notar nos seguintes extratos de campo algumas dessas observações e o reconhecimento das avós com relação a essas práticas:

A mãe serviu a filha e antes de colocar a colher na boca da criança ela pegava e experimentava ou passava na própria boca para não pingar (Extraído do diário de campo da Paola, criança Isabela, 1 ano e 3 meses).

A avó estava servindo o neto e experimentando a comida, ela disse que não gosta de pôr a colher na boca, mas que faz assim porque já queimou a boca do neto com a comida quente (Extraído do diário de campo da Emanuele, criança Gustavo, 1 ano e 4 meses).

A avó colocou a neta sentada no sofá, colocou uma fralda de pano ao redor do pescoço da criança para servir de babador e começou a assoprar a comida para esfriar. Logo disse que não é certo assoprar a comida, e falou *'você já deve ter ouvido falar isso, né?'* Falei que sim. Ela disse que sempre fez assim com os filhos dela, mas que disseram pra Célia que não pode (Extraído do diário de campo da Célia, criança Lorena, 1 ano e 3 meses).

O almoço foi servido às 12h20. Em alguns momentos a mãe comeu algumas colheradas da comida da filha (Extraído do diário de campo da Carolina, criança Marcela, 1 ano e 7 meses).

A cozinha e a sala foram os ambientes da residência escolhidos pelas mães e avós para o oferecimento das refeições. Entretanto, os locais nesses ambientes onde as crianças realizavam as refeições e os lanches foram variados, acredita-se que isso se deva em função da faixa etária das crianças, já que essa pesquisa contou com crianças de 10 a 23 meses. As crianças comiam no colo das mães e avós, sentadas em cadeiras, sofás, carrinhos, no chão e, ainda, em pé.

É interessante que as crianças consumam suas refeições na mesa da família, quando isso por possível, assim elas têm a oportunidade de aprender as maneiras à mesa enquanto apreciam as refeições com o grupo familiar. Compartilhar com a família torna os laços mais fortes e faz do momento da alimentação um período agradável (PIPES, 1998).

Observou-se que apenas em uma casa visitada não havia mesa na cozinha, porém as mães e avós não tinham o hábito de servir às crianças nas mesas, elas até colocavam o prato sob a mesa, mas a criança era servida em pé ou no colo.

Em uma residência verificou-se que o prato da criança e a xícara eram colocados diretamente no chão em todas as visitas, e nesse mesmo domicílio observou-se que a criança fazia xixi no chão em vários locais da casa. O chão era de madeira o que dificultava a sua limpeza e possibilitava o contato da criança e da comida com os dejetos.

O ambiente onde se oferece a alimentação é um agente de grande importância, pois ele favorece ou não a ingestão de alimentos pela criança. A mãe ou a pessoa que cuida da criança deve procurar garantir o bem-estar no momento da alimentação, cuidando para que o ambiente esteja calmo e em temperatura adequada, para que as roupas da criança sejam adequadas ao clima e que ela seja colocada em posição confortável. Isso nem sempre é possível, para boa parte da população que dispõe de más condições de habitação e de higiene, situação econômica desfavorável que interfere na quantidade e qualidade de alimentos

disponíveis e padrões socioculturais difíceis de serem mudados (ALMEIDA; LOUREIRO, 2000).

Ao acompanhar a montagem do prato da criança percebeu-se que as mães misturavam todos os alimentos, e a carne, quando estava presente, era servida em pedaços maiores.

As crianças, quando alimentadas pelas mães e avós, ingeriam primeiro os alimentos fontes de carboidrato (arroz, macarrão e batata misturados ao caldo do feijão ou da sopa) e a carne era servida ao final da refeição, mesmo estando no prato da criança. As mães alegavam que não davam a carne antes porque a criança ficava só mastigando e não comia os demais alimentos, porque ela só iria comer a carne ou porque ela gostava de pegar a carne e comer com a mão, porém quando a carne era oferecida às crianças, notou-se que elas já estavam satisfeitas e acabavam não comendo ou ingeriam pequena quantidade do alimento.

A seguir, alguns momentos que evidenciam essas práticas:

A avó mais uma vez comentou que não era para dar a carne para a criança, senão ela não come a sopa *'não dê carne, senão ela não come a comida'*. A Ana Claudia tinha tirado um pedaço de frango e ia dar para a Lorena quando a avó fez esse comentário. Percebi que a Ana Claudia ficou dando a sopa com os pedaços de cenoura e abobrinha e não deu mais a carne, quando ela tentou dar a carne para a Lorena, ela já não quis comer (Extraído do diário de campo da Célia, criança Lorena, 1 ano e 3 meses).

O pedaço de carne ficou no prato e só no final da refeição que ela despedaçou o frango e serviu para o filho, mas isso foi nas duas últimas colheradas, depois ela tentou dar a carne sozinha e ele não quis. Ele já havia comido macarrão (Extraído do diário da Elizabete, criança Lucas, 10 meses).

Enquanto ela servia o Gustavo, próximo da porta, ela comentou *'a mãe não deu carne, né nenê?'*, e disse que foi bom não ter dado senão ele ia comer só carne (Extraído do diário de campo da Emanuele, criança Gustavo, 1 ano e 4 meses).

Eu perguntei se a carne ele come, ela disse *'come, mas como ele gosta de pegá com a mão eu dô depois pra ele'* (Extraído do diário da Elizabete, criança Lucas, 10 meses).

Os alimentos de origem animal, em especial as carnes, fornecem proteínas de alta qualidade, importantes para o crescimento acelerado das crianças nessa fase. Além disso, as carnes são fontes de ferro heme, o qual é melhor aproveitado pelo organismo que o ferro contido em produtos vegetais (ferro não heme), como feijões e vegetais verde-escuros. Além

disso, o ferro de origem vegetal é melhor absorvido na presença de carnes, peixes, frutose e ácido ascórbico (WHO, 2000a; BRASIL, 2002b).

Após os seis meses de idade as crianças necessitam ingerir alimentos fontes de ferro, pois as quantidades presentes no leite materno são insuficientes para suprir as demandas do organismo nesse período (BRASIL, 2002b).

A quantidade adequada de ferro na alimentação complementar só pode ser atingida com a ingestão de produtos animais em quantidades substanciais ou de alimentos enriquecidos com esse mineral. A dificuldade é que alimentos ricos em ferro (carnes, fígado e peixe) não são consumidos em quantidades suficientes por crianças abaixo de dois anos (BRASIL, 2002b).

A anemia ferropriva é a carência nutricional de maior magnitude no mundo e atinge principalmente crianças menores de cinco anos e gestantes. A faixa etária dos 6 aos 23 meses é considerada a de maior risco para o desenvolvimento da doença e a prevalência de anemia nessa faixa chega a 67,6%. Em crianças menores de dois anos a proporção de anemia situa-se entre 50% e 83%. A deficiência de ferro ocorre, principalmente, pela quantidade insuficiente de ferro na dieta para satisfazer as necessidades nutricionais individuais, e o déficit cognitivo em crianças é um dos resultados mais significantes dessa deficiência prolongada (BRASIL, 2005b; CUNHA; JAKOB, 2008).

A CNDSS (2008) aponta que os estudos que avaliaram a prevalência de anemia para distintos grupos socioeconômicos mostraram uma associação direta entre a deficiência desse micronutriente e pobreza.

O Programa Nacional de Suplementação de Ferro do Ministério da Saúde, assim como a PNAN em suas diretrizes, adotam como medidas essenciais a fortificação obrigatória das farinhas de trigo e milho com ferro e ácido fólico, a orientação nutricional e, sobretudo, o uso de ferro medicamentoso para o controle e redução da anemia por deficiência de ferro no país (BRASIL, 2005b; BRASIL, 2007b).

As crianças de 6 a 18 meses de idade estão na faixa etária preconizada pelo programa. Essas crianças recebem 25mg de ferro elementar uma vez por semana até completarem 18 meses (BRASIL, 2005b).

Neste estudo, foi possível observar que em alguns domicílios a carne não compunha a refeição da criança, porém onde existiu a disponibilidade da mesma, essa não era ofertada à criança com a mesma freqüência que os demais alimentos. É importante destacar que duas crianças faziam tratamento para anemia.

A Pesquisa Nacional sobre Práticas Alimentares de crianças menores de dois anos indicou que existem algumas percepções das mães que podem estar afetando o consumo de fontes de ferro. Para as mães o organismo da criança está em fase de formação e crescimento. Então, na opinião delas, a introdução dos alimentos deve respeitar essa característica, iniciando-se por alimentos leves, delicados e macios e, progressivamente, ir mudando até que o organismo da criança tenha condições de aceitar os alimentos considerados normais, consumidos pelos adultos (BRASIL, 2002b).

Na Região Sul, a carne e o feijão (em grão), alimentos fontes de ferro, são considerados duros e, portanto, inadequados para o consumo de crianças pequenas (BRASIL, 2002b).

Com relação ao feijão, no oferecimento da refeição observou-se que algumas mães e avós colocavam nos pratos das crianças o caldo do feijão e poucos grãos e, quando ofereciam a comida para as crianças serviam principalmente o caldo. O grão do feijão era visto como pesado, poderia causar diarréia e a criança não conseguia mastigar e engolir.

Ela falou do feijão também, disse que não davam o grão, só o caldinho, aí perguntei por que, ela disse que acha o feijão pesado, mas que a médica mandou dar, que precisa de arroz e feijão. Ela novamente não deu quase nada de carne e voltou a dizer *'quando vai carne (na colher) ela fica mastigando e não come'*. A avó deixou a carne de lado e ficou dando mais arroz, caldo de feijão e alguns grãos (Extraído do diário de campo da Célia, criança Lorena, 1 ano e 3 meses).

(...) ela disse *'o grão até agora eu não dô'*, eu perguntei o porquê, ela disse *'porque se colocá na boca, ele pincha (joga)'*. E falou mais uma vez *'o feijão não adianta, colocou na boca dele ele pincha tudo'*. Observei que no prato tinham grãos de milho também, ela deixou de lado e deu principalmente o arroz e o macarrão com o caldo do feijão (Extraído do diário da Elizabete, criança Lucas, 10 meses).

(...) depois começou a dar arroz, feijão, perguntei se o grão do feijão, ela disse que sim, mas que às vezes ela não dá porque *'solta muito o intestino, problema de diarréia'* (...) (Extraído do diário de campo da Clotilde, criança André, 1 ano e 9 meses).

O consumo da carne e do feijão deve ser estimulado entre as crianças, enfatizando a questão da consistência e apresentação dos mesmos. Recomenda-se o uso de carne moída, que fica mais macia ao cozimento, ou que após cozinhar os pedaços de carne, eles sejam desfiados e misturados aos outros alimentos como batatas, aipim ou arroz. O feijão pode ser amassado no início e servido com o arroz (BRASIL, 2002b; VITOLO, 2003).

A OMS recomenda que grãos e legumes, como, por exemplo, o arroz e o feijão, deveriam ser consumidos diariamente, se possível na mesma refeição, para garantir a quantidade adequada de proteína de qualidade, principalmente se o leite e outros produtos de origem animal não são ingeridos em quantidades suficientes (WHO, 2005).

No servimento das refeições às crianças depreendeu-se que a presença da avó também influenciava nas escolhas alimentares da criança, pois a mãe acatava o que a avó dizia. Notou-se que a mãe até tinha intenção de oferecer ao filho determinado alimento, porém em alguns casos a avó era unânime na decisão final.

Às 11h45 a Célia fez o prato da Lorena (arroz, feijão preto, batata cozida, tomate, carne de panela e um pedaço de carne à milanesa). Ela tentou dar a comida para a Lorena comer, mas foi difícil, ela comia um pouco e ficava andando pela casa, a mãe insistiu para a criança comer mais o arroz, feijão, batata e o tomate, disse que iria deixar a carne por último, pois se desse a carne primeiro a criança não iria comer o restante. Ao final ela não deu o pedaço de carne para a criança e a criança só ingeriu os demais alimentos. A avó disse que deixa para dar a carne por último senão a criança fica comendo só a carne e não come os demais alimentos, e a mãe repetiu isso também (Extraído do diário de campo da Célia, criança Lorena, 1 ano e 3 meses).

A mãe da Evelin perguntou se ela não iria dar algo para a filha comer, ela disse que só lá na Pastoral, a Evelin colocou água da torneira na mamadeira e deu para a filha tomar. (...) A criança começou a chorar, a avó ficou preocupada e disse para a filha que iria preparar algo para a neta comer, a mãe concordou. Logo a avó trouxe um copinho de plástico que tinha leite e bolacha doce, ela perguntou para a filha onde estava a farinha láctea, a filha falou e ela acrescentou umas duas colheres de farinha láctea na papa da neta, a avó começou a servir a criança, mas logo deu o copo para a filha servir a neta (Extraído do diário de campo da Evelin, criança Amanda, 11 meses).

Enquanto a Lorena mamava a mãe perguntou se não tinha tomate, mas a avó disse, *'se dé tomate ela não come'* (Extraído do diário de campo da Célia, criança Lorena, 1 ano e 3 meses).

A Emanuele me perguntou se pode dar iogurte para a criança, eu perguntei por que, se alguém disse que não poderia dar, ela disse que a mãe fala que não presta dar (...) O Juliano queria iogurte, mas a mãe disse que não iria dar porque ele não comeu. A avó disse *'iogurte afroxa demais o intestino'*, disse que hoje ele já tomou 2 potinhos de iogurte (Extraído do diário de campo da Emanuele, criança Gustavo, 1 ano e 4 meses).

O convívio com as avós das crianças pode influenciar nas escolhas alimentares maternas, pois as avós são pessoas mais velhas, mais experientes e já passaram pela maternagem, e isso lhes confere uma bagagem acerca da alimentação infantil, por isso as mães do estudo concordavam com algumas práticas alimentares das avós.

As mães podem recorrer aos familiares para aprender a preparar a refeição da criança ou para que esses as ajudem a cuidar da criança enquanto preparam a alimentação. Salve (2008) encontrou em seu estudo que as mulheres sentem necessidade de reafirmar suas escolhas, embasadas na experiência de pessoas mais velhas ou que já vivenciaram a introdução de alimentos infantis na prática. Outro aspecto levantado pela autora com relação aos familiares é que a mãe sente-se mais tranqüila para tirar dúvidas, conversar e trocar experiências, com relação à introdução de alimentos complementares, com seu grupo de pertencimento do que com os profissionais de saúde.

Outra prática observada nas refeições (almoço), em cinco domicílios, foi o oferecimento de leite de vaca e derivados (iogurte) junto ou logo após o término da refeição.

A avó deu leite em um copinho para a criança tomar logo após o almoço. Ela tomou um pouco (Extraído do diário de campo da Célia, criança Lorena, 1 ano e 3 meses).

Depois a mãe preparou o prato do filho, arroz, macarrão e caldo de feijão, e num copo colocou iogurte também. (...) Ela foi intercalando a comida e o iogurte (...) (Extraído do diário de campo da Elizabete, criança Lucas, 10 meses).

A Emanuele perguntou se o Gustavo queria mamar mucilon ou nescau, e ela disse que mucilon, porque já mamou nescau cedo. (...) A mãe ficou com o Gustavo no colo enquanto a criança mamava, essa mamadeira foi dada logo após o almoço. A criança mamou 150ml, aproximadamente (Extraído do diário de campo da Emanuele, criança Gustavo, 1 ano e 4 meses).

Durante as observações nas residências, também foi possível apreender que as crianças eram alimentadas próximo do horário da refeição (almoço) ou logo após serem servidas com alguma preparação, o que podia interferir na quantidade de alimentos ingeridos, uma vez que a capacidade gástrica da criança é reduzida. Algumas crianças eram amamentadas antes do almoço e outras ingeriam fruta, pão, leite, café com leite e bolacha.

Ela falou que devem ter dado muita comida para o Cristiano quando ela foi buscar o leite, porque ele não estava comendo, ela disse que foi buscar o leite às 10h00 e deixou um pão passado com margarina

e açúcar para ele comer, e, ainda, ela disse que pelas 8h00 deu uma banana inteira para ele, perguntei se ele comeu toda a fruta, ela disse que não sabe, porque não viu, mas ele gosta muito de banana. Ela serviu a sopa com o arroz antes do meio-dia (Extraído do diário de campo da Silvia, criança Cristiano, 1 ano e 11 meses).

Ela preparou uma mamadeira (250ml) para a filha: achocolatado (2 colheres de sopa cheias, açúcar e água quente). (...) A Marcela mamou no colo da mãe e tomou quase toda a mamadeira (200ml). (...) Logo depois que a Marcela mamou ela começou a chorar, estava meio manhosa, a mãe foi até a geladeira e pegou uma garrafa plástica com um resto de leite e colocou sobre a pia da cozinha, foi até o armário e pegou uma caixa de aveia em flocos (...) Ela preparou um mingau para a criança (meio copo de leite, 4 colheres de sopa de aveia e açúcar), cozinhou por alguns minutos, colocou em um prato de vidro e esperou esfriar. (...) A mãe colocou a filha no colo e tentou servi-la, mas a criança cuspiu o mingau (...) (criança mamou a pouco, menos de 30 minutos de intervalo) (Extraído do diário de campo da Carolina, criança Marcela, 1 ano e 7 meses).

A Clotilde disse que ele se encheu de salgadinho, doce, pipoca doce e ainda mamou quando cheguei na casa. A mãe desossou a carne de frango, misturou na sopa, mas não teve jeito, a criança não comeu (Extraído do diário de campo da Clotilde, criança André, 1 ano e 9 meses).

A mãe disse que são quase 10h30, se der alguma coisa doce agora ela (filha) pode não almoçar. Eu perguntei se ela amamentou a filha, ela disse que às 7h30 sim, a Lorena mamou dormindo. (...) A Célia foi procurar bolacha para dar, mas decidiu dar leite puro para a Lorena. (...) A criança não quis tomar o leite, ficou procurando o peito e a mãe acabou amamentando a filha. (...) Quando a avó voltou, perguntou se a Célia tinha dado alguma coisa para a Lorena comer, a Célia disse *'não dei nada, porque senão ela não come'* (Extraído do diário de campo da Célia, criança Lorena, 1 ano e 3 meses).

Nas principais refeições de crianças menores de dois anos (almoço e jantar) recomenda-se evitar a ingestão de leite, bem como chá, mate ou café, porque eles diminuem a absorção do ferro contido em alimentos de origem vegetal (WHO, 2000a; BRASIL, 2002b).

As mães e avós não ofereciam ou serviam as carnes somente ao final das refeições, não davam o grão do feijão para as crianças e, ainda, ofereciam leite que interfere na absorção do ferro não heme. Todas essas práticas alimentares podiam estar interferindo na ingestão e absorção de nutrientes indispensáveis ao organismo. Por outro lado, o oferecimento do leite após as refeições podia ser uma forma que as mães e avós encontravam para compensar a quantidade inferior de alimentos ingeridos pela criança.

Rotenberg e De Vargas (2004) identificaram que na ânsia de que a criança fique alimentada, algumas mães apresentam práticas alimentares inadequadas, tais como substituir a comida por mamadeira ou leite, a partir de queixas de que a criança não come ou não mastiga.

A observação das práticas alimentares permitiu explorar aspectos da alimentação infantil, tais como: as pessoas que estavam envolvidas na preparação da refeição, os alimentos comumente oferecidos às crianças, a forma de preparo da refeição, a higiene dos alimentos, utensílios, pessoal e ambiental, o horário da alimentação e o ambiente onde se realizava a refeição.

4.3 A ALIMENTAÇÃO NA INFÂNCIA: ÂMBITO FAMILIAR E SOCIAL

Este tema engloba os seguintes sub-temas: A alimentação da família; Situação social da família e a alimentação da criança; Programas e equipamentos sociais aos quais as crianças estão vinculadas.

4.3.1 A Alimentação da Família

A alimentação da família não constituiu o foco principal desta pesquisa, no entanto foram observados, em alguns domicílios, momentos em que a família estava fazendo as refeições.

A atividade alimentar faz parte dos mecanismos de integração primária (família) e secundária (ideologia), com as quais mantém uma interação na forma, na expressão e na estratégia social do grupo, que podem oscilar entre a integração e a diferenciação (CALVO 1982 apud iPONS, 2005).

Nas residências onde se acompanhou a alimentação da família, durante o café da manhã ou o almoço, notou-se que os alimentos preparados eram deixados sobre o fogão, cada indivíduo se servia e, no caso das crianças, essas eram servidas pelos adultos, e cada um comia onde considerava mais apropriado. Em nenhum domicílio se observou a família sentada ao redor de uma mesa e nem todos faziam a refeição ao mesmo tempo.

Os membros da família se sentavam em cadeiras ou nos sofás para comerem ou, ainda, comiam em pé. Alguns se alimentavam em frente à televisão. Dos quatro pais que residiam com os filhos, dois almoçavam no trabalho, um almoçava no meio da tarde, porque trabalhava

no período noturno e um que trabalhava ao lado da casa almoçava mais tarde, depois dos filhos.

O pai da Carolina fez o prato e foi para a sala. A Ana comeu melancia. A Samanta fez o prato e comeu um pouco sobre a pia da cozinha, em pé, e logo saiu (Extraído do diário de campo da Carolina, criança Marcela, 1 ano e 7 meses).

Perguntei pelo marido, se ele vem almoçar em casa. Ela disse que ele trabalha em uma empresa de reflorestamento e que não almoça em casa porque ele ganha marmita no trabalho, mas que volta todos os dias para casa (Extraído do diário de campo da Paola, criança Isabela, 1 ano e 3 meses).

Ela preparou o prato dos sobrinhos e do filho mais velho, ela colocou arroz e o macarrão com a batata e levou na sala, todos comeram sentados no sofá e assistindo televisão (Extraído do diário de campo da Silvia, criança Cristiano, 1 ano e 11 meses).

A Carolina tomou café em uma mesa na sala e a Ana sentada no sofá. Ambas comeram cerca de 3 rosquinhas e a Carolina repetiu o café preto (Extraído do diário de campo da Carolina, criança Marcela, 1 ano e 7 meses).

Perguntei sobre o marido dela, ela falou que ele estava dormindo, ela disse que ele trabalha à noite (...) ela falou que ele levanta por volta das 16h30, almoça e vai trabalhar (Extraído do diário de campo da Evelin, criança Amanda, 11 meses).

O marido trabalha na área de construção civil e ganha R$ 650,00 por mês, ela disse que se ele faltar no serviço é descontado R$ 50,00 por dia. Ele sai cedo e só volta à noite, ele leva marmita (Extraído do diário de campo da Silvia, criança Cristiano, 1 ano e 11 meses).

A alimentação cotidiana sofreu profundas transformações em função do modo de produção capitalista, as comidas familiares se reduzem (número de pratos preparados), o tempo gasto com a refeição é cada vez menor e, ainda, é compartilhado com outras atividades (trabalhar, assistir televisão, andar e estudar), as comidas são omitidas dos pratos, altera-se a estrutura e as horas são irregulares. Os tipos e jornadas de trabalho, bem como os horários escolares dos filhos, interferem nos horários das refeições cotidianas no domicílio urbano (ARNAIZ, 2005; CANESQUI, 2005).

Canesqui (2005), em seu estudo com famílias de trabalhadores urbanos, descreve que os horários das refeições se regulam pelas pausas das jornadas de trabalho e estudos das diferentes pessoas ou pelos ritmos de vida dos aposentados ou desempregados dos grupos domésticos. Os indivíduos se servem da comida diretamente do fogão, mulheres e crianças comem na cozinha e pai e filhos do gênero masculino na sala, assistindo televisão, mostrando que a cozinha é o espaço da dona de casa e de sociabilidade da família, enquanto o espaço da sala é de domínio masculino como espaço de lazer e descanso. Essa autora destaca que os trabalhadores, homens e mulheres, de ambas as gerações, geralmente, almoçavam nos próprios locais de trabalho. Assim a família estava completamente reunida para as refeições apenas em ocasiões não cotidianas, como o almoço do domingo ou em festas familiares.

O acompanhamento da alimentação da família pelo pesquisador pode ter influenciado os membros familiares a quase não dialogarem, a se sentarem distantes uns dos outros e do pesquisador, a realizarem as refeições mais rapidamente do que o habitual ou a deixarem de realizar a refeição enquanto o pesquisador estava no domicílio. Para os sujeitos, ter uma pessoa estranha em sua casa, ainda que familiarizada com o ambiente e com as pessoas do grupo, poderia significar julgamento do que se come, como se come, onde se come.

Os alimentos consumidos pelos familiares nem sempre faziam parte das refeições das crianças. Como já apontado anteriormente, as crianças se alimentavam antes dos adultos e, em algumas casas, a comida oferecida à criança era diferenciada, sendo, geralmente, sopa.

Os almoços das famílias eram constituídos basicamente de arroz, feijão, macarrão, batata e, às vezes, carnes. Quando havia hortaliças, observou-se que essas não eram oferecidas às crianças, apesar das mães relatarem em suas falas que legumes e verduras faziam parte de uma alimentação adequada. Mesmo entre os adultos quase não se verificou a preparação e a ingestão de hortaliças.

Abaixo, seguem algumas observações de campo mostrando a diferenciação da alimentação da família e das crianças:

A Clotilde preparou o prato do filho de 7 anos, colocou arroz, feijão, um pouco da sopa do filho pequeno e ofereceu carne, mas o filho não quis. O menino comeu sentado na cadeira, o André quis comer novamente, a mãe pegou mais um pouco de sopa e uma colher de arroz e feijão do prato do irmão, mas ele só comeu uma colher. A mãe disse que quando os filhos e ela vão comer, ele come um pouco com cada um (Extraído do diário de campo da Clotilde, criança André, 1 ano e 9 meses).

Observei o avô fazer o prato, ele colocou farinha de milho, feijão, arroz, macarrão, salame frito e se sentou no sofá para comer (Extraído do diário de campo da Carolina, criança Marcela, 1 ano e 7 meses).

A mãe preparou a couve, esquentou uma frigideira com óleo e colocou a couve para refogar. A couve estava em uma vasilha com água, ela esgotou a água e colocou a couve na frigideira. (...) A mãe pegou um prato de louça e colocou a comida para o filho: arroz, feijão e macarrão, não serviu a couve (...) (Extraído do diário de campo da Elizabete, criança Lucas, 10 meses).

A Emanuele temperou a salada de alface com óleo, espremeu bastante limão e acrescentou sal, ela reservou uma parte da salada para ela e outra para a mãe, as crianças não foram servidas de salada (Extraído do diário de campo da Emanuele, criança Gustavo, 1 ano e 4 meses).

Ela logo serviu a sopa para o filho, não a observei preparar, mas parece que era a sopa da visita anterior, talvez sopa industrializada, porém ela deve ter acrescentado macarrão e batata, pois pude observar esses alimentos no prato. Ela serviu em um prato de louça, usou uma colher de sopa para dar ao filho. A criança estava querendo mamar no peito, mas a mãe conseguiu dar algumas colheres de sopa antes de dar o peito, ela serviu cerca de nove colheres de sopa. A sopa era bem líquida, ela ainda amassou bem o macarrão com a própria colher do servimento. (...) Depois que ela serviu o André e ele mamou, ela começou a preparar o almoço da família, ela lavou o arroz e colocou em uma panela que tinha alho fritando, a carne que estava em uma vasilha de plástico ela também colocou em uma outra panela e falou que tinha feijão em outra. Ela preparou todo o almoço no fogão à lenha (Extraído do diário de campo da Clotilde, criança André, 1 ano e 9 meses).

Dados do ENDEF (1974-1975) e da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) realizada em três períodos (1987-1988, 1995-1996 e 2001-2003) elucidam algumas tendências temporais da alimentação no país. Entre as características positivas destaca-se a adequação do teor protéico da alimentação, com consumo aumentado de proteínas de alto valor biológico, e a participação crescente das gorduras vegetais. Com relação às tendências inadequadas na dieta tem-se o alto consumo de açúcar em todas as classes de renda, consumo muito baixo e insuficiente de frutas, legumes e verduras e consumo exagerado de gorduras totais e saturadas entre as classes de rendimentos mais elevados (BRASIL, 2005a; CNDSS, 2008).

Para as camadas populares o feijão, o arroz, a carne, as massas e o milho, são alimentos classificados como “comida” e nas representações aparecem como alimentos “fortes”, que sustentam, garantem a resistência e aptidão para o trabalho e protegem contra a

fome, prolongando a sensação de saciedade (ZALUAR, 1982 apud ROMANELLI, 2006; CANESQUI, 2007).

Por outro lado, legumes, verduras e frutas são considerados alimentos que servem para “tapear” a fome, associam-se à leveza e a não-saciedade. Não se trata de desconhecimento da população sobre o valor nutricional de frutas e hortaliças, mas na sensação deixada por esses alimentos (ZALUAR, 1982 apud ROMANELLI, 2006).

Canesqui (2007) ao rever estudos antropológicos de 1975 a 2005, que trabalharam as categorias alimentares (“quente/frio”, “forte/fraco” e “reimoso”), destaca que os diferentes estudos direcionam o fato de a carne de gado e o feijão preto serem considerados “fortes”, enquanto outros alimentos sofrem variações na sua classificação. Diferentemente do apontado por Romanelli (2006), as comidas ou alimentos considerados “fracos”, são vistos como destituídos de “sustança” e eles demarcam a identidade do ser pobre, sendo expressão simbólica de uma dieta empobrecida e de condição de pobreza.

Outro ponto que pode ser considerado no presente estudo é que o fator econômico também pode ter influenciado na disponibilidade dos alimentos, ainda que esse dado não tenha sido investigado diretamente com as famílias do presente estudo.

O padrão de consumo alimentar é influenciado pela renda e escolaridade (CNDSS, 2008). Claro et al. (2007) ao analisar a influencia da renda e do preço dos alimentos sobre a participação de frutas, legumes e verduras no consumo alimentar das famílias encontrou que a aquisição desses alimentos aumenta com o incremento da renda familiar, aumento no preço dos demais alimentos e diminuição do próprio preço de frutas e hortaliças.

As verduras, carnes, legumes e bebidas são classificados como itens menos necessários para as unidades domésticas estudadas por Canesqui (2005), podendo ser dispensados da dieta e considerados facultativos na provisão do pai de família. Esses alimentos eram adquiridos, pela primeira geração do estudo (anos 1970), segundo a disponibilidade de dinheiro na casa, já na segunda geração (anos 2000) eles são incorporados a partir de compras mensais ou semanais.

Rotenberg e De Vargas (2004) apontam que ao lado da carne, as frutas, verduras e legumes, são os alimentos que mais podem faltar nos domicílios e quando há uma hierarquização dos alimentos, predominam-se os básicos como primeira escolha nas compras.

Em dois domicílios foi verificado que o leite recebido como benefício para auxiliar na alimentação das crianças era compartilhado com os outros membros da família, principalmente com as outras crianças do domicílio, conforme se percebe abaixo:

A Lauren estava cortando pedaços de banana, colocou em uma caneca plástica e a mãe disse que amassava para ela, ela trouxe a caneca e a mãe amassou a banana, a filha acrescentou leite ("Leite das Crianças"), açúcar e comeu (Extraído do diário de campo da Paola, criança Isabela, 1 ano e 3 meses).

A Silvia disse que o filho não toma um pacote de leite por dia, que é muito para a criança, que então os sobrinhos também tomam esse leite ("Leite das Crianças"), ela falou que não tem problema, porque não vai deixar o leite estragar, que pelo menos assim ela aproveita (Extraído do diário de campo da Silvia, criança Cristiano, 1 ano e 11 meses).

O irmão chegou e logo pediu café e pão para a mãe, a mãe disse que ele come na escola e toma café, ainda, em casa, ele se serviu de café e colocou leite ("Leite das Crianças"), a mãe cortou duas fatias grossas de pão caseiro e ele passou doce e margarina (Extraído do diário de campo da Paola, criança Isabela, 1 ano e 3 meses).

Fato semelhante foi encontrado por Frota e Barroso (2005) quando buscaram compreender como a família convive com a problemática da desnutrição infantil. Nessas famílias foi comum as mães dividirem o leite recebido no posto de saúde com todos os membros familiares.

Os momentos da alimentação da família foram importantes para se observar a disponibilidade de alimentos no domicílio, se existia diferenciação entre a alimentação da criança e da família e como aconteciam as refeições.

4.3.2 Situação Social da Família e a Alimentação da Criança

A alimentação é imprescindível à vida e à sobrevivência humana como necessidade biológica, ela é moldada pela cultura e, ainda, sofre os efeitos da organização e da distribuição da riqueza na sociedade (CANESQUI; GARCIA, 2005).

Apesar das escolhas alimentares não serem reguladas apenas pelo fator econômico, pois incluem a aprendizagem do que se come, a qual é específica nas distintas classes sociais, elas sofrem os efeitos do modo de organização das unidades domésticas na sociedade (CANESQUI, 2005).

Nos domicílios onde se realizou esta pesquisa pôde-se observar que quatro famílias eram compostas por seis pessoas, duas famílias por quatro pessoas, uma família por cinco pessoas e uma família por três pessoas. Em seis residências os homens eram os provedores

financeiros, sendo que em quatro domicílios os pais trabalhavam e em dois os avôs maternos. Em uma casa, a família vivia com a aposentadoria da avó materna das crianças e em outra a mãe e os filhos viviam com benefícios do governo. Duas mães trabalhavam alguns dias da semana, uma como diarista e outra com distribuição de panfletos nas ruas, e uma avó cuidava de uma criança durante um período do dia.

Canesqui (2005), em seu estudo, constatou que entre o início da década de 70 e o ano 2002 o modelo tradicional dos papéis conjugais permaneceu inalterado em famílias de trabalhadores urbanos, cabendo ao pai prover a alimentação do grupo doméstico, através do trabalho remunerado, e à mãe a tarefa de organizar e gerenciar o consumo doméstico. Na segunda parte da pesquisa, em 2002, as mulheres casadas participavam do trabalho remunerado mais ativamente que na primeira fase da pesquisa e em algumas residências elas assumiam o papel de provedoras efetivas nas situações de desemprego dos maridos ou quando a sós, chefes de família. Essa autora ressalta, ainda, que, ideologicamente, a figura do pai de família como provedor e principal responsável pela alimentação da família foi mantida.

No presente estudo, não foi investigada diretamente a renda mensal das famílias, apesar de algumas mães e avós relatarem espontaneamente os valores dos salários recebidos por elas, pelos maridos ou outros membros da família. No entanto, durante as visitas domiciliares algumas situações levaram a crer que a questão econômica poderia estar interferindo na alimentação da família e, conseqüentemente, na alimentação da criança.

Em dois domicílios, no período do mês em que se realizou as visitas, foi possível notar que quando os membros das famílias recebiam os salários, existia uma maior quantidade e variedade de alimentos disponíveis sobre as mesas, caixas e armários, já na metade desse período a disponibilidade estava reduzida e se resumia aos alimentos considerados básicos (arroz, feijão, macarrão). Os alimentos como frutas, verduras e carnes acabavam e só seriam repostos com o próximo rendimento. Os relatos das mães e avós também mostravam que a não presença de carnes diariamente era vista como uma situação de desconforto perante os filhos. A compra de pedaços menos nobres de carne ou de embutidos era uma solução encontrada para o consumo desse alimento.

Na mesa da cozinha tinham várias maçãs, bananas, a caixa de alimentos estava cheia. D. Joana comentou que ontem foi receber a aposentadoria (Extraído do diário de campo da Emanuele, criança Gustavo, 1 ano e 4 meses).

A Ana disse que o café estava fraco. A Carolina disse *'não tinha mais pó, como que ia fazê'* (...) A Ana perguntou se o pai não recebeu (salário), ele disse que talvez amanhã (Extraído do diário de campo da Carolina, criança Marcela, 1 ano e 7 meses).

(...) ela falou que quando não tem carne ela até come, mas que parece que falta alguma coisa, que ela gosta de carne de gado, principalmente, mas que ela acaba comprando mais os miúdos, dorsos, pedaços com ossos porque são mais baratos, que às vezes dá para dois dias, mas dependendo do corte da carne só dá para uma refeição. Ela disse que eles nunca chegaram a ficar sem ter o que comer, mas que carne não tem todo dia, e que os filhos pedem ou questionam a falta de carne. Ela disse que compra em um mercadinho no bairro, que o dono vende fiado para ela, mas que tem uma quantia certa que ela gasta no mês (Extraído do diário de campo da Clotilde, criança André, 1 ano e 9 meses).

A avó ficou falando que recebe no final do mês, agora só no dia 28, que vai demorar ainda, que ela tem o grosso, mas que *'mistura'* ela não pode comprar, principalmente carne, ela disse *'comê assim sem carne'* (Extraído do diário de campo da Emanuele, criança Gustavo, 1 ano e 4 meses).

(...) e sempre graças a Deus meus fio, comida eles sempre tem pra comê né, não tem assim todo dia, não tem uma carne, uma carne boa, mas é raro o dia que não tem, mas sempre eles têm (Entrevista Clotilde, criança André, 1 ano e 9 meses).

Eu acho que assim o que nóis já, nóis podemô faze nóis fazemô por ela, por eles, já digo, e já digo a gente é pobre, a gente, eles não passam do bom e do melhor né, mas pelo menos igual diz o pai um feijão com arroz tem, então é isso que eu acho que, o que nóis podemô fazer por eles nóis fazemô (Entrevista Carolina, criança Marcela, 1 ano e 7 meses).

A presença ou ausência da carne marca simbolicamente a abundância ou a privação alimentar. Os grupos domésticos estudados por Canesqui (2005) que se designavam "bem de vida" e alguns "remediados" referiam "passar bem", ou seja, eles referiam que consumiam maiores quantidades e variedade de alimentos, incluindo a carne. Para eles a comida propriamente dita era arroz com feijão e "misturas", entre as misturas destacava-se a carne bovina.

A utilização do fogão a lenha, em detrimento do fogão a gás, em quatro residências (três com seis pessoas e uma com cinco pessoas) também podia elucidar indiretamente a situação econômica da família. Em duas residências, com seis pessoas, as mães faziam,

semanalmente, pão em casa. Essa foi a forma encontrada por elas para economizar, dizendo que a família era numerosa e consideravam o pão um alimento “caro”, como a seguir:

Hoje ela tinha feito fogo no fogão a lenha, eu até comentei com ela que eu tinha visto a fumaça na chaminé a hora que estava vindo à casa. Ela disse que tem que usar, porque senão não agüenta pagar o gás e que já havia feito pão duas vezes na semana (Extraído do diário de campo da Silvia, criança Cristiano, 1 ano e 11 meses).

O André estava chorando, pois queria mamar no peito, mas a mãe foi falando que tinha a comidinha, ela estava com uma panela no fogão a gás, a sopa do André, e o restante das panelas estavam no fogão a lenha, ela disse que o gás estava acabando, que não tem como comprar um novo botijão e conseguiu lenha, perguntei onde, ela disse que foi o ex-marido que comprou (Extraído do diário de campo da Clotilde, criança André, 1 ano e 9 meses).

A mãe faz pão em casa, perguntei quantos pães ela faz, ela disse que faz quatro pães na quinta-feira e na terça faz de novo e que o marido leva pão e café para lanchar no trabalho, porque o almoço ele ganha. Ela assa o pão no fogão a gás. (...) Eu perguntei se ela fez pão ontem, ela disse que não, que vai fazer amanhã, e disse *‘aqui em casa não pode faltá pão, e comprá pão é loco de caro’* (Extraído do diário de campo da Paola, criança Isabela, 1 ano e 3 meses).

Em quatro domicílios a ajuda financeira dos pais das crianças não existia ou era irregular. Esse fato preocupava as mães e avós, pois as necessidades básicas das crianças podiam não ser preenchidas, a compra de alimentos e remédios, e, ainda, outras necessidades como atividades de lazer.

Enquanto a avó servia a neta, a Célia ficou falando do pai da Lorena (...) A avó falou que faz uns 15 dias que ele não vem ver a filha, que como que pode, daí a Célia disse que ele não veio porque ele não tem dinheiro para trazer, mas a avó acha que mesmo assim ele deveria ver a neta. A Célia disse que essas coisas de lidar com a justiça ela não gosta, mas a avó disse que se precisar tem que colocar na justiça, porque só o avô não dá, já chega que a outra neta foi ele que criou, porque faz só cinco anos que o pai dela começou a ajudar, e que com a Lorena não dá, mas a Célia disse *‘ele (pai da Lorena) sabe das obrigações dele’*. Percebo que a mãe da Célia fica incomodada com a situação da filha, sem trabalho e o pai da criança ainda não ajudando financeiramente (Extraído do diário de campo da Célia, criança Lorena, 1 ano e 3 meses).

Eu perguntei se ela tem outro rendimento, ela disse que não, que vive só como dinheiro do Bolsa Família e com a ajuda do ex-marido, perguntei se o pai do André ajuda com alguma coisa, ela disse que nunca ajudou, disse *'pois ele é pé de chinelo'*, e complementou dizendo que a criança está registrada só no nome dela. (...) Ela falou que a vida dela é ficar em casa, sair até a esquina, cuidar dos filhos, da casa (...) falou que para sair com os filhos é difícil, pois ela não tem dinheiro, e ela disse que se for para sair sem dinheiro ela não vai. Ela comentou que esses dias tinha uma festinha em uma creche e que a filha queria ir muito, que até queria vender uma calça para ir, mas que ela disse para a filha que não adiantava ir sem dinheiro, daí eles vão querer alguma coisa e ela não vai poder comprar, ela disse *'se eu que sou grande tenho vontade, imagine eles'*. Ela disse que o André pede. Fiquei com muita pena da Clotilde nesse momento (Extraído do diário de campo da Clotilde, criança André, 1 ano e 9 meses).

O uso controlado de fraldas descartáveis, em quatro residências, também evidenciava que as famílias tinham restrições e precisavam priorizar a compra de outros itens para a criança. As mães e avós referiam que a criança só usava fralda descartável durante à noite, ou quando saía de casa, ou, não utilizava em nenhum momento porque não tinham condições de comprar.

Ela disse que depois que desmamou o filho, ele começou a fazer xixi na cama, eu perguntei se ele não usa fralda, ela disse que usa, mas é de pano, ela não usa fralda descartável porque não tem dinheiro (Extraído do diário de campo da Silvia, criança Cristiano, 1 ano e 11 meses).

A avó falou que a Lorena ganha muita roupa usada de conhecidos e que na Pastoral da Criança também dão, ela comentou que em casa a Lorena usa fralda de pano durante o dia e que o gasto que eles têm é com fralda descartável (usa mais para sair de casa), remédio, um talquinho, um leite especial (Extraído do diário de campo da Célia, criança Lorena, 1 ano e 3 meses).

Em uma residência a família não dispunha de luz elétrica e água encanada. A água utilizada na preparação dos alimentos, higiene dos utensílios e pessoal vinha de uma torneira instalada no terreno da casa. A conservação dos alimentos perecíveis, principalmente o leite recebido como benefício do governo estadual, ocorria à temperatura ambiente durante as observações das práticas alimentares. A avó comentou que esse alimento era acondicionado na geladeira de uma vizinha. Os alimentos preparados nas refeições principais (arroz, feijão, batata, carnes) eram estocados à temperatura ambiente e reaquecidos nas outras refeições. A mãe quase não permanecia na residência e a avó era a principal cuidadora dos netos.

A casa é simples, de madeira, tem apenas dois cômodos, o quarto e a cozinha. Pude observar que no quarto tem uma pilha de roupas num canto, na cozinha tem apenas uma mesa, uma pia sem água encanada, um fogão a gás, e também não tem luz. Os alimentos não perecíveis são armazenados em uma caixa de papelão sobre um banco e os alimentos abertos e perecíveis ficam sobre a mesa (Extraído do diário de campo da Emanuele, criança Gustavo, 1 ano e 4 meses).

D. Joana (a avó) troca e limpa os netos, ela que cozinha, que oferece comida para as crianças, que fica a maior parte do tempo com eles, que sai com eles (na igreja). A renda que eles vivem e a casa são dela, ela que leva os netos consultar, que faz as compras, que pega o leite do governo (Extraído do diário de campo da Emanuele, criança Gustavo, 1 ano e 4 meses).

No caso dessa criança (Gustavo) o diagnóstico nutricional é desnutrição crônica (estatura para a idade abaixo do P3) e sua situação social e familiar está associada a esse quadro nutricional.

O modelo utilizado para explicar as prováveis causas da desnutrição infantil adotado por Monteiro e Conde (2000a; 2000b) aborda os determinantes proximais, intermediários e distais da desnutrição. Os determinantes proximais da desnutrição são aqueles considerados de primeira instância, ou seja, o consumo alimentar e a exposição da criança a doenças. Esses determinantes estariam condicionados a uma série de fatores, como a disponibilidade de alimentos, os cuidados alimentares e de saúde, o saneamento do meio e os antecedentes reprodutivos, considerados os determinantes intermediários da desnutrição, os quais seriam influenciados pela renda familiar e pela capacidade da família em utilizar racionalmente essa renda, essa capacidade poderia ser identificada pela escolaridade materna. Assim, renda e escolaridade materna são consideradas determinantes distais da desnutrição. Todos os determinantes, direta ou indiretamente, acham-se condicionados pela forma de inserção das famílias no processo social de produção (classe ou fração de classe social).

Ao analisar o papel dos determinantes distais e intermediários do estado nutricional, esses autores encontraram que mudanças positivas no poder aquisitivo das famílias e na escolaridade materna exerceram influência decisiva sobre a evolução favorável da altura das crianças menores de cinco anos, entre as décadas de 80 e 90, na cidade de São Paulo. O ganho em altura entre 8% e 12% foi atribuído aos determinantes intermediários investigados, condições de moradia, saneamento, acesso a serviços básicos de saúde e antecedentes reprodutivos (MONTEIRO; CONDE, 2000b).

Romani e Lira (2004) destacam, a partir de uma revisão da literatura, a classe social, a renda *per capita*, tipo de moradia, saneamento básico, bens de consumo, entre alguns dos principais fatores que interferem no crescimento infantil.

Com relação à renda, os maiores déficits de crescimento em crianças são encontrados em famílias com menor alocação de recursos, cujos chefes são mulheres sozinhas ou não unidas pelo matrimônio. A condição de habitação expressa, principalmente, pelo número de pessoas por cômodos também influencia o crescimento infantil. São considerados fatores positivos do crescimento infantil, número satisfatório de cômodos por pessoa, tipo adequado de sanitário e a presença de televisão no domicílio. A precariedade no saneamento básico potencializa os riscos de infecções parasitárias e diarréia, sendo que a ausência do saneamento do meio aumenta em 2,5 vezes o risco de retardo de crescimento em crianças (ROMANI; LIRA, 2004).

Black et al. (2008) reconhecem as causas básicas e intermediárias da desnutrição, incluindo o contexto ambiental, econômico, social e político no qual as famílias estão inseridas, com a pobreza tendo um papel central.

No presente estudo, foi possível ter uma noção sobre a situação vivenciada pela família por meio de relatos que expressavam dificuldades financeiras e se justificavam com a finalização de alimentos antes do término do mês, compra de pedaços menos nobres de carnes, utilização do fogão a lenha ao invés do fogão a gás, consumo de pão feito em casa, a não ajuda regular dos pais das crianças e economia nas fraldas descartáveis ou a não utilização delas.

4.3.3 Programas e Equipamentos Sociais aos Quais as Crianças Estão Vinculadas

Durante as visitas domiciliares, as famílias relataram sobre alguns programas e equipamentos sociais aos quais as crianças do estudo estavam vinculadas: o Programa “Leite das Crianças”, o Programa Bolsa Família, o PACS, a ESF, o Centro de Nutrição Renascer e a Pastoral da Criança.

Programa “Leite das Crianças”

Inicialmente, apresentam-se aspectos sobre o Programa Leite das Crianças a partir das observações realizadas.

O Cristiano está inscrito no Programa Leite das Crianças desde os 10 ou 11 meses de idade, de acordo com a mãe (Extraído do diário de campo da Silvia, criança Cristiano, 1 ano e 11 meses).

Perguntei há quanto tempo a criança participa do Programa do Leite, a mãe disse que não sabe, mas que não faz muito tempo, pois só pesou o filho duas vezes (então provavelmente sejam dois meses). Ela pega o leite nas segundas, quartas e sextas-feiras. (...) Ela falou que foi buscar o leite cedo e levou o filho junto. (...) Perguntei se é rápido para pegar o leite, ela disse que é bem rapidinho, que quando pegava o leite para a filha, eram poucas as escolas que distribuíam, daí era mais demorado (Extraído do diário de campo da Elizabete, criança Lucas, 10 meses).

O Programa "Leite das Crianças" é um programa social do governo do Estado do Paraná, iniciado em 2003, com os objetivos de reduzir as deficiências nutricionais das populações carentes, através de ações que contribuam para a redução dos índices de morbimortalidade e de desnutrição infantil, e incentivar a produção leiteira envolvendo os pequenos produtores do estado. O público alvo desse programa são as crianças na faixa etária dos 6 aos 36 meses de idade, priorizando aquelas pertencentes a famílias com renda média *per capita* mensal inferior a meio salário mínimo (PARANÁ, 2003; PARANÁ, 2004).

As famílias são cadastradas no programa pelas unidades de saúde e postos de distribuição do leite e a seleção é feita pelo Comitê Gestor Municipal do programa. Esse comitê é constituído por 1/3 de representantes do poder público municipal e estadual e 2/3 de representantes da sociedade civil organizada. Assim, em cada município a demanda e todo o gerenciamento do programa está sob a coordenação da sociedade civil e sob o assessoramento do estado e município. As famílias selecionadas passam a receber um litro de leite por dia para cada criança. Há um limite de dois litros de leite diários por família atendida ou até três litros em caso de gêmeos ou trigêmeos. A distribuição do leite acontece nas escolas da rede estadual de ensino ou em outros pontos de redistribuição definidos pelo Comitê Gestor Municipal (PARANÁ, 2003; PARANÁ, 2004).

A Unidade Gestora do Programa é composta pelas seguintes secretarias: Secretaria de Estado do Planejamento (SEPL), Secretaria de Estado da Agricultura e Abastecimento e Centrais de Abastecimento do Paraná (SEAB/CEASA), Secretaria de Estado da Educação (SEED), Secretaria do Trabalho, Emprego e Promoção Social (SETP) e Secretaria de Estado da Saúde (SESA). Cabe a Unidade Gestora a organização técnica, implementação, monitoramento e controle da execução do programa (PARANÁ, 2004).

O leite apresenta-se em embalagens plásticas, na forma fluida, pasteurizado, com teor mínimo de gordura de 3% e enriquecido com ferro, vitaminas A e D. Todas as mães são orientadas a levar as crianças beneficiárias à unidade básica de saúde para fazer a avaliação nutricional inicial e periódica. Essa avaliação é realizada mensalmente de acordo com a sistemática desenvolvida pelo SISVAN dos municípios. A avaliação mensal dos beneficiários é registrada com carimbo ou assinatura na carteirinha do programa, que deverá ser apresentada no ponto de distribuição no momento da retirada do benefício (PARANÁ, 2004). Essa é uma forma estabelecida pelo governo para acompanhar a evolução do quadro nutricional da população atendida pelo programa.

Além de distribuir o leite, as escolas, o Comitê Gestor Municipal e as unidades de saúde diagnosticam outros problemas que as famílias venham a ter, como analfabetismo, descontrole sanitário, falta de higiene pessoal e doméstica, imunizações e outros, e encaminhamentos para tais situações (PARANÁ, 2003).

Em Guarapuava existem 28 colégios que realizam a distribuição desse leite, sendo 18 da rede estadual de ensino e 10 da rede municipal. Atualmente, são distribuídos 3.217 litros de leite por dia e 96.500 litros por mês. A distribuição acontece nas segundas, quartas e sextas-feiras (PARANÁ, 2008).

As condicionalidades do programa são que a mãe ou responsável legal deverá mensalmente levar a criança, no período estabelecido pelas unidades de saúde para a avaliação do estado nutricional da criança e assinar mensalmente a lista de beneficiários, no ponto de distribuição ou nos pontos de redistribuição (PARANÁ, 2004).

O bloqueio do benefício ocorre se a mãe ou responsável não cumprir o agendamento da avaliação nutricional da criança, se ela tiver três faltas consecutivas, ou seis faltas alternadas durante o mês e se não assinar a lista de beneficiários (PARANÁ, 2004).

As sobras de leite, provenientes das faltas, são encaminhadas a instituições beneficentes, sem fins lucrativos, mantidas pela comunidade e voltadas ao atendimento de crianças ou idosos (PARANÁ, 2004).

As crianças que completam 36 meses de idade e se encontram em risco nutricional, com baixo peso para a idade ou desnutridas podem continuar a receber o benefício por mais 6 meses, após uma avaliação médica que comprove o estado nutricional da criança e parecer do Comitê Gestor Municipal (PARANÁ, 2004).

Sete famílias do estudo recebiam o benefício e as mães em suas falas relatavam, principalmente, as idas mensais às unidades de saúde para a aferição do peso e algumas expressavam que a partir do momento que a criança começou a consumir o leite do programa

elas notaram um incremento no peso da mesma. Uma família que também tinha o direito ao benefício não usufruía do mesmo, a mãe referia que não podia se dirigir ao comitê por não ter como levar e nem com quem deixar os filhos. Pôde-se observar a agente comunitária responsável por essa família reforçar à mãe, em dois momentos das observações das práticas alimentares, que ela fosse até o comitê. Essa mãe apresentava uma situação econômica desfavorável, tinha dois filhos, estava grávida e a mamadeira da filha era preparada com água, achocolatado e açúcar. Abaixo, têm-se algumas notas de campo e de entrevistas que elucidam esses aspectos:

(...) que sempre eu vô de manhã né, eu gosto de manhã pesá, ali pelas nove e pouco dez hora eu já tenho pesado e já tô na casa de volta. Sempre, e o peso do leite, que ele pesa do leite e da Bolsa né, e sempre vô pegá o leite pra ele, faltei só uma veiz todo esse tempo que eu pego leite (Entrevista Clotilde, criança André, 1 ano e 9 meses).

É, na do posto ela, ela deu uma engordada, mas não foi aquela coisa, daí eu tenho, eu tenho agendado lá o, do posto né, por causa do leite né, e daí a, a enfermeira mesmo, ela, ela agenda pra mim, daí nois conversamô com ela né, daí tem o horário, tudo né e o dia, e daí ela fica perguntando né, da, da Lorena né, e fica dando umas informação né, querendo saber melhor da, da Lorena como que, como que tá o desenvolvimento dela né, se ela tá comendo melhor (Entrevista Célia, criança Lorena, 1 ano e 3 meses).

Levamo todo meis pesá, por causa do leite, daí lá eles pesam, eles medim, todo meis nóis imo (Entrevista Paola, criança Isabela, 1 ano e 3 meses).

(...) agora eu dô só o leite mesmo, mas esse leite já é mais, ele já é próprio né pra, pra eles. Tá. Tá, tá dando resultado também. Notei diferença nele, porque ele engordava muito pouquinho por mês, tinha mês que ele não engordava, não engordava nem 100 gramas, e depois que ele começou a mamar na mamadeira, que eu tirei ele também do peito que ele, ele começou comer melhor, ele começou mamá né, o leite, daí ele começou a engordar mais (Entrevista Elizabete, criança Lucas, 10 meses).

A Carolina disse que o marido tem que mandar dinheiro para ela comprar leite e bolacha que são as coisas que a filha gosta, pois ela acostumou comer no Renascer. De acordo com a ACS que acompanha a família, a Carolina tem que ir até o Comitê do leite para fazer o cadastro/inscrição para pegar o “Leite das Crianças”, agora só depende dela ir até lá para receber esse alimento. Ela me disse que iria na quarta-feira, mas hoje questionei se ela havia ido até lá, ela disse que é muito longe, que

não tem como levar as crianças e nem com quem deixar, que não vai (Extraído do diário de campo da Carolina, criança Marcela, 1 ano e 7 meses).

Conforme já citado anteriormente, notou-se que em dois domicílios o leite recebido como benefício era repartido entre outros membros da família, principalmente entre as crianças. Isso pode refletir a situação social das famílias que vêem o benefício como uma complementaridade não apenas para a criança beneficiada, mas para suplementar a alimentação das crianças pequenas e da família.

Programa Bolsa Família

O Programa Bolsa Família também foi mencionado e os aspectos ressaltados eram o acesso ao programa e os valores recebidos. Três famílias do estudo recebiam o benefício do programa.

Ela disse que está inscrita no Programa Bolsa Família, que recebe R$ 112,00 por mês dos 3 filhos mais novos e que antes era o Bolsa Escola (Extraído do diário de campo da Clotilde, criança André, 1 ano e 9 meses).

Ela falou que as crianças estão inscritas no Programa Bolsa Família, que as 4 crianças estão, mas que a filha com 17 anos logo vai sair, que ela fez o cadastro da Isabela ainda com 3 meses, mas ela acha que não está vindo o benefício para a filha (Isabela). Ela disse que foi até a Promoção Social e lá no computador a Isabela não está cadastrada. Ela já recebeu R$ 112,00 em um mês, R$ 94,00 em outro, mas que esse mês recebeu R$ 124,00 (Extraído do diário de campo da Paola, criança Isabela, 1 ano e 3 meses).

Ela disse que pela filha ela recebe R$ 18,00 por mês, já faz 3 anos que está inscrita, eu perguntei se a filha também participava do Programa do Leite, ela disse que sim, até os 3 anos e 4 meses, porque ela era baixo peso (...) (Extraído do diário de campo da Elizabete, criança Lucas, 10 meses).

A mãe disse *'eu já fui lá, fiz o cadastro no Bolsa, mas ainda não fui chamada'* (Extraído do diário de campo da Silvia, criança Cristiano, 1 ano e 11 meses).

A Evelin comentou que a irmã fez o cadastro no Programa Bolsa Família, mas o cadastro não foi aprovado (Extraído do diário de campo da Evelin, criança Amanda, 11 meses).

O Programa Bolsa Família é um programa integrado de transferência direta de renda do governo federal, instituído em janeiro de 2004, que unificou os Programas Bolsa Escola (Ministério da Educação), Bolsa Alimentação (Ministério da Saúde), Auxílio Gás (Ministério de Minas e Energia) e Cartão Alimentação, criados entre 2001 e 2003, com os objetivos de aumentar a eficiência e o impacto social dessa ação. O Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome é o responsável pela coordenação, gestão e operacionalização do programa (FONSECA; ROQUETE, 2005; BRASIL, 2005c).

O público alvo desse programa são famílias em situação de pobreza e extrema pobreza, caracterizadas pela renda familiar mensal *per capita* de até R$ 120,00 e R$ 60,00, respectivamente (BRASIL, 2007c).

Os objetivos do programa são: promover o acesso à rede de serviços públicos, em especial, de saúde, educação e assistência social; combater a fome e promover a segurança alimentar e nutricional; estimular a emancipação sustentada das famílias que vivem em situação de pobreza e extrema pobreza; combater a pobreza e promover a intersetorialidade, a complementaridade e a sinergia das ações sociais do Poder Público (BRASIL, 2005c).

Os benefícios financeiros do Programa Bolsa Família se dividem em benefício básico e benefício variável. O primeiro, no valor mensal de R$ 58,00, destina-se a unidades familiares que se encontrem em situação de extrema pobreza. O segundo, no valor mensal de R$ 18,00 por beneficiário, até o limite de R$ 54,00 por família, destina-se a unidades familiares que se encontrem em situação de pobreza ou extrema pobreza e que tenham em sua composição, gestantes, nutrizes, crianças entre 0 e 12 anos ou adolescentes até 15 anos (BRASIL, 2005c; BRASIL, 2007c).

As famílias que ingressam no programa assumem alguns compromissos com a saúde e educação de todos os seus membros, principalmente, crianças, adolescentes e gestantes. O cumprimento dos compromissos faz parte da condicionalidade para permanecer no programa (BRASIL, 2007c).

Entre as condicionalidades do programa destacam-se: na área de educação, a freqüência mínima de 85% da carga horária escolar mensal de crianças ou adolescentes de 6 a 15 anos de idade que componham as famílias beneficiárias, matriculados em estabelecimentos de ensino, e na área de saúde o cumprimento da agenda de saúde e nutrição para famílias beneficiárias que tenham em sua composição gestantes, nutrizes ou crianças menores de sete anos. O objetivo de tais condições é garantir a oferta das ações básicas, como saúde e educação, potencializando a melhoria da qualidade de vida das famílias e contribuindo para a sua inclusão social (BRASIL, 2007c).

Outro aspecto que surgiu nos relatos foi a colocação das mães a respeito do cumprimento de condicionalidades para manter a inscrição no programa.

(...) que ele pesa do leite e da Bolsa né, (...) faltei só uma veiz todo esse tempo (...) (Entrevista Clotilde, criança André, 1 ano e 9 meses).

Levamo todo meis pesá, (...) daí lá eles pesam, eles medim, todo meis nóis imo (Entrevista Paola, criança Isabela, 1 ano e 3 meses).

Eu levo ela e ele pra pesa no postinho todo mês do Bolsa e do Leite (Entrevista Elizabete, criança Lucas, 10 meses).

A mãe ou responsável pelas crianças menores de sete anos deve levar a criança à unidade de saúde para a realização do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde (primeiro ano de vida: sete consultas, segundo ano de vida: duas consultas, e, do terceiro ao sexto ano de vida: uma consulta por ano); participar de atividades educativas sobre aleitamento materno e cuidados gerais com a alimentação e saúde da criança; cumprir o calendário de vacinação da criança, de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2005c; BRASIL, 2007c). Essa recomendação é para todas as crianças, independente de estar inscrita em programas.

A gestante deve fazer a inscrição do pré-natal e comparecer às consultas, de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde (mínimo de seis consultas, sendo uma no primeiro trimestre da gestação, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre); participar de atividades educativas sobre aleitamento materno, orientação para uma alimentação saudável da gestante e preparo para o parto (BRASIL, 2005c; BRASIL, 2007c).

As ações de saúde como pré-natal, vacinação, acompanhamento do estado nutricional da criança e as atividades educativas em saúde, alimentação e nutrição ficam a cargo da Secretaria Municipal de Saúde (BRASIL, 2007c).

O SISVAN é o instrumento para o acompanhamento dos membros das famílias beneficiárias. Os dados transmitidos pelos municípios são consolidados pelo Ministério da Saúde e encaminhados ao Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (BRASIL, 2007c).

De acordo com o relatório consolidado do Programa Bolsa Família, no período da segunda vigência de 2008, o município de Guarapuava apresenta 12.625 beneficiários do

programa. O número de famílias beneficiárias e de famílias com crianças é de 6.527 e 2.694, respectivamente. As crianças beneficiárias somam 3.310, sendo que 31,13% das famílias inscritas no programa e 49,15% das crianças são acompanhadas pelo setor saúde (BRASIL, 2008d).

Os estudos que avaliaram o impacto do Programa Bolsa Família e seu precursor (Programa Bolsa Alimentação) confirmam que os programas estiveram efetivamente focalizados nos mais pobres e os trabalhos que procuraram analisar o impacto sobre a nutrição infantil ainda não são consistentes (CNDSS, 2008).

PACS e ESF

O PACS e a ESF foram mencionados nos relatos, com destaque para a visita do ACS e a utilização da unidade de saúde da família.

A Carolina começou a limpar o fogão e logo as ACS chegaram no portão. A Carolina disse que elas vieram ver se ela tinha ido até o Comitê do leite e ela levou a carteirinha da Marcela. Perguntei se elas vêm sempre, ela disse *'agora vem cada passo'* (Extraído do diário de campo da Carolina, criança Marcela, 1 ano e 7 meses).

A mãe comentou que a ACS veio fazer visita ontem e disse *'a quantia que essa menina engordou'*. A Paola disse *'também todo mês eu tava no posto com a Isabela'*. (...) A mãe disse que a ACS falou que agora todos da família terão que ser pesados, devido ao Programa Bolsa Família, que é para saber quantos desnutridos têm nas famílias (Extraído do diário de campo da Paola, criança Isabela, 1 ano e 3 meses).

Ela referiu que utiliza os serviços do PSF "A", mas que prefere o CIA "A", porque lá tem médico sempre. Ela disse que no postinho (PSF) o médico não está indo, que amanhã ela precisa levar o resultado do exame do filho mais velho para o médico, ela disse que quando precisa pegar ficha para consultar tem que estar no postinho às 6h00, se chegar mais tarde já não consegue ficha. Ela disse que o médico tira a roupa toda da criança, examina outras partes do corpo, ela disse que levou o filho mais velho e o médico examinou a garganta, o ouvido, o olho, além do caroço na cabeça que ele tinha (Extraído do diário de campo da Silvia, criança Cristiano, 1 ano e 11 meses).

Ela comentou que hoje pela manhã levou a filha no postinho para a enfermeira pesar, ela disse que a enfermeira pesa a filha sem roupas e que no dia do peso do leite a criança é pesada com roupas. Perguntei quanto a criança está pesando, ela pegou a carteirinha e me mostrou, P= 7700g e E= 66cm.

(...) Eu perguntei se ela utiliza os serviços do postinho, ela disse que sim, mas que depois das 18h00 ela vai ao CIA "B", disse que o médico do PSF é pensativo, faz as mesmas perguntas várias vezes e que ele escuta os pacientes. Falou da enfermeira, que gosta muito dela, que a enfermeira emprestava as peças do inalador para ela fazer inalação na filha em casa, porque a criança tinha que fazer três vezes ao dia. Ela disse que as agentes comunitárias vinham sempre em três, que por último era a S. e que ela era muito *'pronta'* (Extraído do diário de campo da Evelin, criança Amanda, 11 meses).

Pode-se perceber a partir dos extratos de campo que existia um vínculo entre os profissionais de saúde (médico, enfermeiro e ACS) e as mães do estudo apontando uma relação positiva entre os mesmos.

No PACS, bem como na ESF, figuram atores sociais diversos que interagem entre si. No caso específico da ESF destacam-se dois grandes atores: as equipes multiprofissionais de saúde e as famílias de uma determinada comunidade. A intensidade dessa interação entre profissionais de saúde e famílias, a partir de ações específicas dos programas pode produzir modificações no contexto familiar (TRAD; BASTOS, 1998).

O ACS desempenha um importante papel na construção de vínculos entre a comunidade, as pessoas e a família com os serviços de saúde e que intermediam o saber (prática biomédica) e a cultura da sociedade (área na qual trabalha). O trabalho desse profissional tem sido pautado, também, em fortalecer a relação entre a população e a equipe de saúde (NASCIMENTO; CORREA, 2008).

O PACS foi formulado pelo Ministério da Saúde em 1991, a partir da experiência da utilização do trabalho do ACS no Estado do Ceará, entre 1987 e 1990. As primeiras ações desenvolvidas por esses trabalhadores, promovendo alguns cuidados de saúde, foram o incentivo ao aleitamento materno, a utilização da terapia de reidratação oral e a verificação do calendário de vacinação (CORBO; MOROSINI, 2005).

Os resultados dessa experiência foram fundamentais para a implantação do PACS em 1991 que teve início nos estados do Nordeste, priorizando ações de informação e educação em saúde voltadas para a área Materno Infantil, após estendeu-se para a região Norte e posteriormente para as demais regiões brasileiras (CORBO; MOROSINI, 2005).

Em 2002, a profissão de ACS foi criada e os requisitos para o exercício da profissão são: residir na área da comunidade em que atuar e haver concluído o curso de qualificação básica para a formação de ACS e o ensino fundamental (BRASIL, 2002c). Cada ACS é responsável por um contingente de 100 a 250 famílias da sua área de atuação, atendendo um

número máximo de 750 pessoas. A supervisão do trabalho do ACS é realizada pelo enfermeiro (CORBO; MOROSINI, 2005).

A exigência do ACS residir na área de abrangência do serviço em que atua permite que ele conviva com a realidade e as práticas de saúde do bairro, conhecendo profundamente a população, sendo realmente um representante da comunidade no serviço de saúde, aumentando o vínculo entre os profissionais de saúde e as famílias, o que de certo modo contribui para a melhoria da atenção à saúde (NASCIMENTO; CORREA, 2008).

Ao ACS compete a atividade de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS (BRASIL, 1999; BRASIL, 2002c).

O ACS tem a possibilidade de abordar as crianças nos espaços de sua vida cotidiana, em especial no domicílio, isso amplia a capacidade de sua atuação na prevenção de doenças, na promoção da saúde e identificação de necessidades especiais em tempo oportuno, por exemplo, quando detecta desvios no crescimento e desenvolvimento da criança, na alimentação, imunização e a pronta abordagem da criança com algum sinal de risco (BRASIL, 2004b).

O PSF foi criado em 1994 como proposta para a atenção básica capaz de ampliar a capacidade resolutiva do PACS e de criar as condições de expansão em direção aos centros de maior complexidade urbana (CORBO; MOROSINI, 2005).

A partir de 1996, o Ministério da Saúde começa a romper com o conceito de programa que estava vinculado a uma idéia de verticalidade e transitoriedade, passando a adotar a denominação de ESF por considerá-la a estratégia escolhida para reorientação da atenção à saúde do país (CORBO; MOROSINI, 2005).

Nessa estratégia o núcleo básico de abordagem é a unidade familiar, seja em nível ambulatorial, domiciliar ou comunitário. A equipe de saúde é responsável por uma área geográfica definida, de 600 a 1.000 famílias, o que equivale a aproximadamente 3.450 pessoas. A equipe mínima é formada por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis ACS, podendo, ainda, contar com um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene bucal. As equipes de saúde da família atuam em ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças e agravos (CORBO; MOROSINI, 2005; CNDSS, 2008).

A ESF, ao incorporar o atendimento domiciliar, aponta para uma reestruturação e reorganização das práticas de saúde para além dos serviços de saúde, deslocando seu olhar para o espaço-domicílio das famílias e comunidades nas quais as práticas estão enraizadas.

Dessa forma, a família e seu contexto tornam-se alvos estratégicos de investigação para a ESF (TRAD; BASTOS, 1998).

A ESF contava, em 2008, com cerca de 27,5 mil equipes (mais de 150 mil profissionais), atuando em 5.131 municípios (92% do total de municípios brasileiros) (CNDSS, 2008).

As famílias e crianças do estudo eram acompanhadas pelos ACS e estavam inseridas no PACS ou na ESF. De acordo com dados do SIAB, em Guarapuava, há 2.595 crianças menores de 2 anos de idade acompanhadas, sendo que 1.837 crianças são acompanhadas pela ESF e 758 pelo PACS (BRASIL, 2008c).

Centro de Nutrição Renascer

O Centro de Nutrição Renascer foi mencionado por três famílias, particularmente quanto à internação, acompanhamento e tratamento do baixo peso e da anemia, como relatos a seguir:

(...) esse problema do Renascer né, peso baixo. É, no começo eu fiquei muito nervosa, não sabia o que eu fazia, porque nunca ela ficou internada né, eu pensava que era outra coisa, outro problema, daí que eu fui vendo, fui conhecendo as mulher de lá, fui vendo como que não era bem assim, como que tava pensando, muita gente me assustavam, e então, daí fui vendo são muito gente boa, me ajudaram um monte, agradeço elas que me ajudaram um monte, é sei lá, sei que depois que a Marcela foi pra lá ela melhorou bastante. É, foi bom, foi muito bom, pra ela, pra mim, porque ela não tava engordando, não se desenvolvia, e daí depois que ela foi pra lá ela se desenvolveu, ela engordou, comeu até melhor, ela já comia bastante né, mais só que começô comê melhor ainda, é isso (Entrevista Carolina, criança Marcela, 1 ano e 7 meses, ficou internada no Centro de Nutrição Renascer no período de 28/11/2007 a 11/02/2008).

Logo que começamos a conversar a mãe foi falando que os filhos têm baixo peso porque ela não tomou sulfato ferroso na gestação, que o médico não receitou e ela também não pediu. Ela disse que a Isabela freqüenta o Centro de Nutrição Renascer, mas ela não foi encaminhada pelo posto ou por algum profissional, na verdade ela levou a filha Lauren (essa foi encaminhada) e nos retornos da menina, o filho Marcos e a filha Isabela foram pesados e se constatou baixo peso. A ACS que acompanha a família já havia me falado que a criança freqüenta o Renascer. Os filhos nunca ficaram internados no Centro, apenas são acompanhados pela pediatra e ela disse que a médica falou que os

filhos não chegam a ser desnutridos (Extraído do diário de campo da Paola, criança Isabela, 1 ano e 3 meses, criança faz acompanhamento no Centro de Nutrição Renascer devido baixo peso e anemia).

Eu perguntei como ela chegou até o Centro de Nutrição Renascer, ela disse que uma tia dela leva um filho para tratamento lá e disse para ela ir lá, ela disse que no começo achou que precisava de um encaminhamento, mas que chegou lá um dia (final do ano de 2007) e conseguiu marcar uma consulta para março de 2008, pois a auxiliar de enfermagem constatou que a criança tinha baixo peso. Na primeira consulta não foi possível o atendimento da médica, mas a auxiliar de enfermagem fez a solicitação dos exames necessários e marcou uma outra consulta (...) (Extraído do diário de campo da Célia, criança Lorena, 1 ano e 3 meses, criança faz acompanhamento no Centro de Nutrição Renascer devido baixo peso e anemia).

As mães expressavam preocupação com a situação de internação ou acompanhamento da criança nessa instituição, mas destacavam que mantinham vínculo com os profissionais, reconheciam como suporte, percebiam que a criança começou a ganhar peso e melhorou o apetite.

Crianças que apresentam desnutrição grave (<70% do índice P/E) correm risco de morte por problemas como hipoglicemia, hipotermia, infecção e distúrbio hidroeletrolítico. Devido a essa vulnerabilidade, elas necessitam de uma avaliação cuidadosa, de tratamento e cuidado especial, com alimentação e monitoramento regular. O tratamento em nível hospitalar deve ser bem organizado e conduzido por uma equipe especialmente treinada. Como a recuperação pode levar várias semanas, a alta hospitalar deve ser cuidadosamente planejada para fornecer um cuidado ambulatorial que complete a reabilitação da criança e previna uma recidiva do problema (WHO, 2000b).

Quando o diagnóstico ou o problema da criança pode ser tratado em nível ambulatorial é importante explicar para a mãe ou para o cuidador como realizar todo o tratamento em casa e aconselhá-lo a retornar com a criança em caso de emergência e para o acompanhamento da mesma (WHO, 2000b).

O Centro de Nutrição Renascer, criado em 1994, é uma organização da sociedade civil, de direito privado, sem fins lucrativos, situada na cidade de Guarapuava, que presta atendimento a crianças desnutridas da cidade e região (CENTRO DE NUTRIÇÃO RENASCER, 2005; DE CARLI, s.d.).

A clientela do centro são crianças na faixa etária dos zero aos seis anos de idade com desnutrição grave, para o regime de internamento, e crianças com desnutrição leve e

moderada para atendimento ambulatorial, bem como todos os familiares das crianças atendidas (CENTRO DE NUTRIÇÃO RENASCER, 2005). As crianças são encaminhadas ao centro pelas unidades de saúde, Pastoral da Criança, hospitais e escolas do município e região.

Os principais objetivos do Centro de Nutrição Renascer são: prestar assistência e recuperar crianças desnutridas, fornecendo assistência médica e medicamentos; capacitar e assistir as famílias das crianças na busca de um padrão nutricional satisfatório e promover o desenvolvimento social e o combate à pobreza (CENTRO DE NUTRIÇÃO RENASCER, 2005).

Além de fornecer medicamentos o referido centro também auxilia as famílias com alimentos, roupas e brinquedos. O centro conta com dez leitos para as crianças que necessitam de internamento, sendo que as mães podem permanecer integralmente com seus filhos durante esse período. O atendimento ambulatorial acontece 3 vezes por semana, com uma média de 39 consultas por semana (GUARAPUAVA, 2008b; 2008c; CENTRO DE NUTRIÇÃO RENASCER, 2008).

A Prefeitura Municipal disponibiliza alguns funcionários, tais como uma médica pediatra, motorista e uma auxiliar de serviços gerais, repassa uma verba mensal para os gastos internos e pagamento de outros funcionários e ainda fornece os medicamentos que também estão disponíveis nas unidades de saúde.

O Centro de Nutrição, através do Projeto Reabilita, conta com uma equipe multiprofissional, composta por fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicólogo e assistente social, para o atendimento das crianças e familiares. As crianças que são internadas no centro recebem o cuidado da mãe biológica quando essa permanece integralmente com a criança ou da mãe social quando da ausência da mãe biológica, e, ainda, da auxiliar de enfermagem e da médica pediatra. O cuidado diário inclui higiene pessoal da criança (banho, troca de vestimentas), alimentação, medicação, realização de exames, fisioterapia e quando necessário encaminhamento para hospitais.

De acordo com a OMS a mãe deve ser estimulada a permanecer com o seu filho durante toda a fase de internação, pois isso contribui para a recuperação da criança. Além disso, uma boa organização da alimentação é essencial e uma equipe deve estar disponível para garantir correta preparação de alimentos adequados e para fornecer alimentação regular durante o dia e a noite. A comunicação com os serviços de saúde é essencial e facilitará nos arranjos dados para o cuidado da criança durante a fase de reabilitação e para prevenir uma possível recaída (WHO, 2000b).

Pastoral da Criança

A Pastoral da Criança foi relatada, destacando seus benefícios no que se refere ao acompanhamento do peso, alimentação, roupas, entre outros.

Ela disse que desde que a Amanda tinha oito meses de idade ela vai à Pastoral da Criança, ela falou *'eles acompanham o peso da criança, dão o lanche'*. Eu perguntei quantas vezes por mês, ela disse que uma vez por mês, sempre na terceira segunda-feira do mês. Ela disse que foi lá que a Amanda comeu quirera pela primeira vez, ela não tinha dado quirera para a filha, ela disse que tinha medo de dar dor de barriga ou alguma coisa. (...) Eu perguntei se na Pastoral só é feito o peso ou se existe alguma outra atividade. Ela falou que às vezes tem palestras, mas que na maioria a criança é pesada para o acompanhamento do peso, depois eles servem sopa com farelo, e eles dão o farelo para trazer para casa, ela falou que lá a Amanda toma a sopa com o farelo (multimistura), porque a quantidade de farelo é pequena na grande quantidade de sopa. (...) A Evelin disse que na Pastoral da Criança deram um pote de mel para cada mãe dar para sua criança, ela disse que indicaram dar uma colher pequena todo dia para a criança, ou para colocar no chá, eu perguntei se ela já havia dado mel para a filha, ela disse que não (Extraído do diário de campo da Evelin, criança Amanda, 11 meses).

A avó comentou que levam a Lorena e o menino que ela cuida na Pastoral da Criança, uma vez por mês. Eles aferem o peso, dão multimistura e sopa com muitos legumes bem picadinhos. Ela disse que a Lorena come e gosta da sopa. A Célia já havia comentado comigo na primeira visita (Extraído do diário de campo da Célia, criança Lorena, 1 ano e 3 meses).

A Pastoral da Criança é um organismo de ação social da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil, de natureza filantrópica, com atuação em nível nacional e com sede em Curitiba, Paraná (PASTORAL DA CRIANÇA, 2003).

Essa entidade apresenta como objetivo a promoção do desenvolvimento integral das crianças, suas famílias e comunidades. Os beneficiários são as crianças de até seis anos de idade, suas famílias e lideranças comunitárias voluntárias, priorizando as áreas carentes (PASTORAL DA CRIANÇA, 2003).

O trabalho desenvolvido pela Pastoral da Criança iniciou em 1982 quando foi proposto, em uma reunião da Organização das Nações Unidas, que a igreja poderia ajudar a salvar vidas de crianças se ensinasse às mães ações simples, como preparar o soro caseiro para evitar a desidratação de crianças. Essa experiência se concretizou no Brasil e se estende até os dias atuais com ações de educação, fé e cidadania (PASTORAL DA CRIANÇA, 2003).

A entidade conta com o trabalho voluntário para desenvolver suas ações e a maioria das líderes comunitárias são mulheres, perfazendo 82% do total. Entre as principais atividades desenvolvidas pelos voluntários estão o acompanhamento das gestantes com o incentivo ao aleitamento materno, às consultas de pré-natal e cuidados com a alimentação; o acompanhamento de crianças menores de seis anos através da avaliação nutricional antropométrica e orientação para a prevenção e tratamento da diarréia e de infecções respiratórias e, ainda, ação no contexto familiar e comunitário como alfabetização de jovens e adultos, brinquedos e brincadeiras, capacitação para o trabalho e comunicação popular (PASTORAL DA CRIANÇA, 2003).

Os líderes comunitários registram as informações referentes às crianças e gestantes acompanhadas em folhas de acompanhamento e avaliação das ações básicas de saúde, nutrição e educação, as quais são emitidas à Coordenação Nacional da Pastoral da Criança responsável por inserir esses dados no sistema de informação da entidade e trimestralmente são fornecidos relatórios com as informações acerca de cada município (PASTORAL DA CRIANÇA, 2003).

A Pastoral visita mensalmente mais de 2 milhões de crianças e gestantes, em 43.000 comunidades de 4.063 municípios brasileiros. O município de Guarapuava apresenta 2.067 famílias e 2.383 crianças na faixa etária dos 0 aos 6 anos de idade cadastradas na Pastoral da Criança. Os voluntários chegam a 430, sendo que o número de líderes atuantes é de 209, ou seja, existe uma média de 11 crianças cadastradas para cada líder. A porcentagem de crianças visitadas chega a 70,2% (CNDSS, 2008; PASTORAL DA CRIANÇA, 2008).

Durante as visitas, as mães também relatavam experiências com a utilização da multimistura para a criança, como a seguir:

(...) a multimistura ajuda bastante né, o intestino funcioná também né. Eu uso muito pouco, muito pouco. Da Pastoral que eles dão, no Renascer eles dão também, no posto também, eu já ganhei no posto também (Entrevista Célia, criança Lorena, 1 ano e 3 meses).

Ela me mostrou um pacote com uma farinha e disse *'eu tô dando essa farinha pra ele, foi o enfermeiro que receitou'*, porque o filho é baixo peso. Ela trouxe o pacote perto de mim e eu observei que era multimistura, ela disse que o enfermeiro recomendou colocar nos alimentos salgados. Ela disse *'e sorte que ele tá gostando'* (Extraído do diário de campo da Elizabete, criança Lucas, 10 meses).

Ela pegou um prato de louça, acrescentou a multimistura que estava armazenada em uma lata enferrujada, e colocou a sopa (...) Ela misturou a sopa com a multimistura e serviu para o filho. (...) Eu perguntei desde quando ela está dando a multimistura para o filho, ela disse que desde o dia 06 do mês passado (maio) (Extraído do diário de campo da Clotilde, criança André, 1 ano e 9 meses).

Esses relatos maternos trazem aspectos sobre a ajuda desse produto para a criança, que ele é voltado para o baixo peso e que foi recomendado por profissional de saúde.

Na década de 80, houve uma ampla difusão da utilização de recursos alimentares não convencionais, como forma de melhorar ou recuperar o estado nutricional especialmente de gestantes, nutrizes e crianças de baixo peso (CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS, 2002).

A Pastoral da Criança iniciou, em 1985, o trabalho de “Alimentação Alternativa”. Tratava-se da utilização de um composto de baixo custo, obtido a partir de alimentos como farelos, adicionado de folhas, sementes secas e trituradas e a casca do ovo, na forma de uma farinha, denominada multimistura. A composição pode ser variada e depende da disponibilidade de produtos na região e da equipe que a prepara (CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS, 2002; VITOLO, 2003; PASTORAL DA CRIANÇA, 2005).

A partir das divulgações de que a multimistura melhorava o estado nutricional, principalmente, de crianças com desnutrição grave, a comunidade científica, no início da década de 90, mobilizou-se para avaliar a eficácia do produto. Os estudos experimentais realizados com animais e crianças de baixo peso constataram que a utilização do produto não foi capaz de promover a recuperação do peso corporal dos usuários (CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS, 2002; VITOLO, 2003).

Entre os principais achados dos estudos estão que na multimistura existe a presença de fatores antinutricionais, como o ácido fítico, presente nos farelos de trigo e arroz, e o ácido cianídrico, encontrado nas folhas de mandioca, e que esses fatores prejudicam a biodisponibilidade de minerais como zinco, ferro, magnésio e o cálcio (CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS, 2002; VITOLO, 2003).

No ano de 2000, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) publicou a Resolução número 53, de 15 de julho de 2000, que fixa a identidade e as características mínimas de qualidade para a mistura a base de farelo de cereais abrangendo sua composição obrigatória e opcional. Nessa resolução, consta que o produto não deve ser utilizado na alimentação de crianças nos primeiros 12 meses de vida e no rótulo é obrigatória a seguinte

informação: “O Ministério da Saúde adverte: não existem evidências científicas comprovadas de que este alimento previna, trate ou cure doenças” (BRASIL, 2000).

Dessa forma, o Conselho Federal de Nutricionistas orienta os profissionais para a observância do código de ética, não devendo a multimistura ser prescrita, nem recomendada pelo nutricionista (CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS, 2002).

A Pastoral da Criança, em uma publicação da Coordenação Nacional de junho de 2005 às demais coordenações da entidade, reconhece os achados dos estudos e orienta seus líderes a reforçar nas comunidades o conceito de “Alimentação Enriquecida” e não de “Alimentação Alternativa” (PASTORAL DA CRIANÇA, 2005).

Vitolo (2003) destaca positivamente o trabalho desenvolvido pela Pastoral da Criança, a qual com seus seguidores comprometidos acompanha famílias carentes em seus lares, oferecendo apoio, orientações alimentares, de higiene e de vida, tão imprescindíveis à saúde das crianças.

Em Guarapuava a multimistura é produzida no Centro de Complementação Alimentar, popularmente conhecido como “Casa da Farinha”. A Prefeitura Municipal disponibiliza a esse Centro mão-de-obra e matéria-prima para a produção da multimistura. Os ingredientes utilizados na produção da multimistura são: farelos de arroz e trigo, sementes de abóbora e folhas de mandioca, abóbora e batata doce. Os farelos passam por processamento de torragem e peneiramento, as sementes de abóbora passa por lavagem, secagem em forno industrial, moagem e peneiramento e as folhas por lavagem, secagem natural e trituração. Ao final todos os ingredientes são colocados em um misturador e após passam por nova moagem e peneiramento para garantir que o produto final tenha o aspecto de farinha. São produzidos aproximadamente 480Kg de farinha por mês. As embalagens que acondicionam o produto final são de plástico, os pacotes individuais pesam 250g e têm validade de três meses. A multimistura fica armazenada no Centro de Complementação Alimentar e é distribuída às unidades de saúde do município, ao Centro de Nutrição Renascer e à Pastoral da Criança.

Nas embalagens, a indicação de uso da multimistura, como um rótulo do produto é a seguinte: de 6 meses a 2 anos de idade: 1 colher de café 3 vezes ao dia; de 2 a 6 anos de idade: 1 colher de chá; de 6 a 12 anos de idade: 1 colher de sobremesa; acima de 12 anos: 1 colher de sopa e para gestantes e nutrizes: 1½ colher de sopa. Ela é indicada para uso nas seguintes preparações: leite, mingau, sopa, feijão ou polvilhada na comida pronta.

Atualmente, não existe um protocolo de produção da farinha em Guarapuava, não há um responsável técnico por essa produção e a rotulagem do produto não segue as especificações da ANVISA.

De acordo com a CNDSS (2008), o Brasil possui um grande número de intervenções com possível impacto sobre iniquidades em saúde e nutrição infantil, como a ESF, os ACS, o Programa Bolsa Família, a Pastoral da Criança, a AIDPI, além de programas estaduais e municipais.

O acesso a programas estruturados e planejados e a políticas públicas abrangentes possibilita melhores condições de saúde e de vida aos indivíduos. As famílias do presente estudo relataram vários aspectos vivenciados nestes programas, destacando o vínculo com as instituições e/ou profissionais, o suporte social e o acompanhamento da saúde da criança.

4.4 A ALIMENTAÇÃO E O CUIDADO À SAÚDE DA CRIANÇA

Este tema abarca os seguintes sub-temas: Alimentação e interação; A percepção materna sobre a saúde da criança; O cuidado cotidiano da criança.

4.4.1 Alimentação e Interação

A alimentação não é um ato solitário, mas é uma atividade social, sempre envolve outras pessoas, seja na produção dos alimentos, em seu preparo e, sobretudo, na própria comensalidade, momento para se criar e manter formas ricas de sociabilidade (ROMANELLI, 2006).

Nas observações das práticas alimentares depreendeu-se a relação estabelecida entre as mães e crianças nos momentos destinados à alimentação. As relações eram permeadas por gestos de carinho (toques no corpo, beijos), conversas, gritos, xingos, ameaças, promessas e tapas, conforme se evidencia a seguir:

Enquanto a Carolina servia a filha observei gestos de carinho da mãe. Ela pediu um beijo para a criança. A criança deu um leve beijo nos lábios da mãe. A criança se mexeu muito na cadeira enquanto comeu e a mãe deu alguns tapas na criança e falou *'tá com bichinho na bunda'*. A Carolina falou que tinha que fazer almoço para o avô. Disse para a filha: *'Pare monte, venha aqui'* (Extraído do diário de campo da Carolina, criança Marcela, 1 ano e 7 meses).

A Isabela voltou a mamar no peito e a mãe disse *'deixe, quero vê se ela dorme'*, a mãe embalou a criança, ficou batendo de leve nas costas e bumbum dela, meio cantarolando, mas a menina não

dormiu. A mãe completou *'essa menina quando vai dormi faz uma manha'* (Extraído do diário de campo da Paola, criança Isabela, 1 ano e 3 meses).

Para o filho comer a mãe ficou o tempo todo inventado estórias, falando de uma menininha da vizinha que viria comer a comida do filho, depois falou de levar ele ver o trator, depois ameaçou de dar a comida para o irmão, ela até deu uma colherada de comida para o irmão comer, para ver se o filho comia mais (Extraído do diário de campo da Clotilde, criança André, 1 ano e 9 meses).

A Marcela tem dificuldade para comer sozinha, o macarrão escorregava da colher e caia na roupa, a criança pegava com a mão, depois tentava novamente com a colher e assim foi devagar comendo. Sozinha ela comeu cerca de quatro colheres de comida. A mãe vendo a situação da criança disse *'ui que nojo, porca, olha só o que você tá fazendo'*. A mãe juntou a comida do plástico e da roupa da Marcela e voltou para o prato. (...) a mãe voltou a dizer para a criança *'por que você joga a comida, porca, relaxada, não tá querendo a comida, não qué mais né?'* (Extraído do diário de campo da Carolina, criança Marcela, 1 ano e 7 meses).

O Gustavo estava brincando com uma bolinha e a mãe disse *'hora de comê é de comê'* e tomou a bolinha do filho. Ela mandou a criança abrir a boca para servir a comida e disse *'oh, que eu te sóco na boca'* (Extraído do diário de campo da Emanuele, criança Gustavo, 1 ano e 4 meses).

O André sentou no colo da mãe e mamou, depois quis passar para o outro seio, mamou no outro, a mãe reclamou que ele mordeu o seio, ela brigou com ele, disse que não pode morder, ele voltou a mamar no outro seio, a mãe ficou perguntando se ele gosta de mamar *'na teta'*, a criança gesticulava que sim. Ela ficava perguntando se ele gosta da mamãe, se ama a mamãe. E ficou conversando bastante com o filho enquanto amamentava. (...) Enquanto ela amamentava o filho disse *'vadio véio da mãe, você é vadio?'* (Extraído do diário de campo da Clotilde, criança André, 1 ano e 9 meses).

Algumas mães demonstravam paciência, calma e falavam suavemente com os filhos no momento da refeição, enquanto outras se irritavam facilmente com certa desordem das crianças ao se servirem e gritavam com os filhos, independente da presença do pesquisador.

Romanelli (2006) destaca que a dimensão afetiva da alimentação, que engloba a relação com o outro, presente nas refeições e que cria e mantém formas de sociabilidade bastante ricas e prazerosas, não se caracteriza unicamente pela positividade das relações harmoniosas e da solidariedade.

As crianças, normalmente, fazem associações entre os alimentos e o contexto onde a refeição está ocorrendo, o que vai influenciar na formação de padrões de aceitação. Assim, se os alimentos são oferecidos em condições positivas, eles tendem a ser associados positivamente (ALMEIDA; LOUREIRO, 2000).

A alimentação é a primeira aprendizagem social do homem (socialização primária) estando presente desde o nascimento. O leite materno é o primeiro alimento oferecido ao bebê e sua ingestão envolve, além da saciedade, o contato direto com a mãe, associado ao afeto e proteção (ALMEIDA; LOUREIRO, 2000; POULAIN; PROENÇA, 2003; ROMANELLI, 2006).

Com o desmame ou com a introdução de alimentos complementares, inicia-se uma nova fase de socialização da criança que pode ser traumática para ambos, mãe e criança. Essa etapa coloca-se como uma nova aprendizagem que requer adaptação dos sujeitos, envolvendo modificações na interação e no significado de provisão. O aspecto, a aparência do alimento, sua temperatura, o tipo e a forma do que é oferecido produz um efeito psicológico que poderá influenciar a aceitação ou rejeição pela criança (ALMEIDA; LOUREIRO, 2000).

Salve (2008), em seu trabalho, identificou alterações na interação e no significado da provisão da alimentação quando do desmame precoce ou da introdução de alimentos complementares. As mães, ao oferecerem alimentos aos filhos, referiam uma forma de proximidade, pois a criança necessitava de estímulo, de brincadeira, ou seja, de interação no momento da refeição, representando simbolicamente a interação que existiu quando da amamentação.

Os horários das refeições são momentos que podem ser usados para introduzir novas palavras e conceitos e, assim, estimular o desenvolvimento mental da criança. Os familiares devem ser incentivados a falar para as crianças os nomes dos utensílios, dos alimentos, suas cores, mostrar para a criança algumas coisas que são pequenas e grandes para ela ir se habituando com o tamanho e conversar sobre o sabor dos alimentos (WHO, 2000a).

Nos relatos, as mães, mesmo aquelas que se chateavam facilmente, referiam que para a criança se desenvolver e crescer adequadamente era importante oferecer além do alimento, o amor e o carinho.

O importante é a gente dá bastante carinho, bastante amor né, passeá, uma alimentação saudável né, dá bastante fruta, verdura, essas coisas né, eu acho assim que, criança mais precisa também de carinho e amor né, principalmente né, pra se desenvolvê uma criança saudável, feliz né, porque hoje em dia a gente vê tanta coisa né, e tem pais que dão de tudo, mas não carinho e amor que é o principal né, e

também os pai tarem junto também né, que é o principal, mas às vezes não é assim também as coisa né, tanto, tanta mãe que judia né das criança, eu acho que é isso (Entrevista Célia, criança Lorena, 1 ano e 3 meses).

(...) eu acho que a mãe, assim a família né, a mãe, tem que dá comida na hora certa né, não deixá faltá comida, e tem que cuidá bem, porque vai do amor da mãe também pelo fio, não é só enchê a criança de comida e sê, né, e judiá, eu graças a Deus, meus fio nunca judiei, é isso que eu acho (Entrevista Paola, criança Isabela, 1 ano e 3 meses).

Na minha opinião eu acho que é importante ah, um cuidado bom, sê bem cuidado e carinho, sei lá, acho qué isso, dá bastante carinho, cuidá bem, alimentá bem (Entrevista Emanuele, criança Gustavo, 1 ano e 4 meses).

Ah uma boa alimentação né, primeiro lugar, e tratá bem da criança né (...) É cuidá bem da criança né, porque ela aprenda bastante coisa, ensiná bem né, tratá com bastante carinho né, ensiná a criança bem mesmo (Entrevista Evelin, criança Amanda, 11 meses).

Alguns pontos levantados pelas mães no momento em que ofereciam o alimento para os filhos foram: a criança nem sempre comia no horário em que se oferecia a alimentação, a criança não parava para comer, ela estava sempre agitada, se distraía, comia, brincava um pouco e depois retornava para comer e, que, às vezes, para a criança se alimentar, era preciso brincar com ela. Percebeu-se que as mães tinham dificuldade em lidar com essas situações.

A mãe disse *'criança é assim, é difícil eles comerem no horário bem certo'*. E comentou que a Lorena come mais tarde com os adultos também (Extraído do diário de campo da Célia, criança Lorena, 1 ano e 3 meses).

O Lucas não mamou tudo de uma vez, e a mãe comentou que ele não é de deitar e mamar até o fim, ele mama um pouco, desce, brinca, depois mama mais um pouco e assim vai, e sempre deixa um pouquinho na mamadeira. Observei que ele não mamou de uma só vez, mas ele mamou quase toda a mamadeira, deixou cerca de 5ml. (...) A mãe falou *'criança pequena tem que tê um saco pra eles comê, tem hora que eles querem brincá, tem hora que eles querem comê'* (Extrato do diário de campo da Elizabete, criança Lucas, 10 meses).

A mãe disse *'essa menina pra comê, tem que andá correndo atrás dela com o prato'*. A criança comeu tudo o que havia na vasilha (Extraído do diário de campo da Paola, criança Isabela, 1 ano e 3 meses).

Enquanto o filho mamava, ela disse *'não sei porque não comem bem sossegadinho, né?'* (...) A criança comeu duas colheres de sopa e não quis mais, ela insistiu *'vamos: come papá pra nóis i passeá, não tem sossego pra comê ô home, venha, come papá meu anjo, venha comê papá pra nóis i na Inha'* (Extraído do diário de campo da Clotilde, criança André, 1 ano e 9 meses).

Quando o filho começou a andar com um pedaço de lingüiça frita na mão a mãe disse *'esse aqui não pára nem pra comê'* (...) Ela falou que ele gosta de comer e ficar passeando. A criança pegava um pouquinho de comida e ia para a sala, depois voltava para a cozinha e comia mais um pouquinho. (...) ela disse *'pra dá comida tem que brincá com ele'* (Extraído do diário de campo da Silvia, criança Cristiano, 1 ano e 11 meses).

As crianças, com freqüência, comem devagar e se distraem facilmente. É importante que a criança tenha tempo para comer o suficiente. Assim, é recomendado pela OMS que quem serve a criança precisa (WHO, 2000a): Sentar com a criança no momento das refeições, observar o que ela está comendo, ajudar e encorajar quando necessário; Não apressar a criança, pois ela pode comer um pouco, brincar e voltar a comer; Quando a criança parar de comer, esperar um pouco e voltar a oferecer o alimento novamente; Misturar os alimentos se a criança escolhe e come somente o alimento favorito; Oferecer alimento logo que a criança demonstrar que esteja com fome, pois se ela esperar muito tempo para comer ela pode ficar irritada e perder o apetite; Não oferecer alimento quando a criança estiver sonolenta; Não forçar a criança comer, pois isso aumenta o estresse e diminui o apetite ainda mais; Assegurar que a criança não esteja com sede, porém evitar grandes quantidades de líquidos antes e durante as refeições, porque isso também pode reduzir o apetite; Criar jogos imaginários para ajudar a criança a comer melhor.

Neste estudo, as pessoas envolvidas na alimentação das crianças foram, principalmente, as mães e avós. O preparo da alimentação está fortemente ligado ao universo feminino, entrelaçando a dimensão econômica, com a afetiva e com a de ritual de socialização (DURHAM, 1983; ROTENBERG; DE VARGAS, 2004; ROMANELLI, 2006). Observou-se que desde a seleção do que iria ser preparado para a criança, o preparo do alimento e a distribuição da refeição, sempre foram ocasiões em que alguns membros da família estavam presentes, mostrando que desde cedo a criança estabelece contatos com o outro, seja a mãe, pai, irmãos, tios, avós, primos, por meio da alimentação.

4.4.2 A Percepção Materna sobre a Saúde da Criança

Nos diálogos estabelecidos com as mães durante a observação das práticas alimentares das crianças, foi possível apreender alguns aspectos referentes à saúde da criança, como a utilização de medicamentos, histórias de hospitalizações, buscas pelos serviços de saúde e a alimentação da criança doente.

Durante o período da coleta de dados, cinco crianças apresentaram gripe e resfriado, com febre, tosse, coriza e dor de garganta. Dessas crianças, duas foram levadas ao serviço de saúde e medicadas. Duas mães faziam uso de medicamentos que dispunham em casa e uma não utilizava nenhum medicamento. Duas crianças do estudo também faziam tratamento para anemia.

A D. Joana falou que levou o neto no postinho porque ele estava com febre, chiado no peito, tosse, a criança estava abatida, só queria ficar no colo da avó, ela disse que começou no final de semana. (...) Como na visita anterior ela tinha levado a criança para consultar, perguntei como o menino estava, se estava recebendo alguma medicação, ela disse que ele estava tomando amoxicilina para dor de garganta, ela até deu o remédio para o neto enquanto estive na casa, perguntei como ela está administrando a medicação, ela disse que dá quando lembra, porque é esquecida (Extraído do diário de campo da Emanuele, criança Gustavo, 1 ano e 4 meses).

A Amanda estava com tosse e com coriza, perguntei para a mãe se ela está dando algum medicamento à criança, ela disse que está dando um broncodilatador. (...) a mãe comentou que na noite passada a criança não dormiu, ficou só chorando, ela continua com tosse, a Evelin disse que está dando um xarope que a mãe dela tem, ela não foi ao médico com a criança (Extraído do diário de campo da Evelin, criança Amanda, 11 meses).

A Marcela estava com bastante coriza hoje, acho que ela está com um começo de resfriado. (...) Observei que a Marcela continua resfriada, com coriza. A mãe refere que não faz uso de medicamentos e não procurou o serviço de saúde (Extraído do diário de campo da Carolina, criança Marcela, 1 ano e 7 meses).

Os medicamentos utilizados pelas crianças do estudo foram: sulfato ferroso, noripurun (vitaminado/ácido fólico), vitaminas do complexo B, amoxicilina, xaropes e broncodilatadores.

A mãe referiu que a criança está em uso de noripurun (prescrição da pediatra do Centro de Nutrição Renascer) e sulfato ferroso (fornecido pela unidade de saúde) para o tratamento de anemia (Extraído do diário de campo da Célia, criança Lorena, 1 ano e 3 meses).

(...) a mãe me mostrou as embalagens dos medicamentos que a criança faz uso, a Isabela toma Calcinol (vitamina B_{12} composta) há um mês e meio, Complexo B (polivitamínico) e Sulferbel 125mg/ml (sulfato ferroso). O complexo B e o sulfato ferroso foram fornecidos pelo Centro de Nutrição Renascer e o Calcinol ela comprou. Perguntei se o cálcio foi receitado, ela disse que não, que ela comprou por conta, mas que a médica do Renascer ia receitar e ela falou que já estava dando para a criança, então a médica disse que era para ela continuar. O complexo B e o sulfato ferroso são em gotas. A mãe falou que na primeira internação da filha com dois meses e meio foi feito exame de sangue e a criança estava com anemia, foi aí que ela começou a dar o sulfato ferroso, depois na segunda internação com nove meses, a mãe disse que a anemia não era tão severa devido ao uso do sulfato ferroso (Extraído do diário de campo da Paola, criança Isabela, 1 ano e 3 meses).

Com relação à hospitalização, quatro crianças já haviam sido internadas, sendo que duas delas mais de uma vez. Uma criança permaneceu internada por um período de dois meses no Centro de Nutrição Renascer para recuperação do peso e três crianças foram hospitalizadas, devido pneumonia e diarréia.

A mãe disse que a criança teve duas internações em hospital. Na primeira ela tinha dois meses e meio e ficou internada seis dias por *'pontada'*. Eu perguntei o que era a pontada e ela me explicou que era início de pneumonia. Ela disse *'a criança tossia e se afogava, ela não sabia jogá o catarro'*. Na segunda internação ela tinha nove meses e ficou internada sete dias por diarréia, a mãe disse que era por causa dos dentes, quando os dentes estavam saindo (Extraído do diário de campo da Paola, criança Isabela, 1 ano e 3 meses).

A mãe referiu que o filho já ficou hospitalizado uma vez quando tinha dez meses, pois ele teve *'pontada'* (pneumonia), a criança permaneceu internada durante sete dias e a mãe ficou junto com o filho (Extraído do diário de campo da Silvia, criança Cristiano, 1 ano e 11 meses).

A Evelin comentou que a Amanda ficou internada duas vezes no Hospital "A", uma vez quando ela tinha 20 dias, por pneumonia, a criança permaneceu internada 8 dias, na segunda vez a criança tinha 3 meses e o diagnóstico foi pneumonia, anemia, infecção urinária e intestinal, a internação também durou 8 dias (Extraído do diário de campo da Evelin, criança Amanda, 11 meses).

As demais crianças não haviam sido hospitalizadas, porém algumas mães referiram que já utilizaram o serviço de emergência da Secretaria Municipal de Saúde, porque suas crianças tiveram episódios de diarréia, vômito e febre, em dias e horários em que a unidade de saúde do bairro não se encontrava disponível para o atendimento, no período noturno, em finais de semana e feriados.

A Elizabete comentou que há mais ou menos uma semana ela levou o filho no *'postão'* (atendimento 24h-emergência), pois ele estava com diarréia e vômito. Ela relatou que durante o dia ela levou o filho ao posto de saúde do bairro, ele foi atendido pelo médico, recebeu medicação oral, porém ela não conseguia dar a mesma para a criança, pois ele vomitava tudo, então ela resolveu levar ele no *'postão'* para darem algo na veia, ele ficou sob observação. Observei que a criança está com o sinal na mão do acesso para medicação. Ela comentou, ainda, que essa foi a primeira vez que levou o filho no posto de saúde, pois desde que ele nasceu ela só tinha levado uma vez, quando ele tinha oito dias, pois ele não conseguia evacuar, ela disse que na maternidade as enfermeiras disseram que era normal, mas como ele demorou para evacuar ela foi até o posto de saúde e eles deram um supositório, mas ela não quis usar, porque a criança era muito pequena e ela tinha medo, então ela voltou à unidade de saúde e o filho recebeu um remédio via oral, depois desse episódio ela disse que não tinha mais ido ao posto para consultar ou por problema de saúde (Extraído do diário de campo da Elizabete, criança Lucas, 10 meses).

Ela falou que os filhos nunca ficam doentes, que só levou o André no posto estes tempos por causa de uma gripe e porque ele estava com muita febre, ela comentou que o enfermeiro da unidade de saúde mandou um carro do posto levar ela e o filho na emergência, lá a criança recebeu injeção, remédio para dor (paracetamol) e amoxicilina, a criança não ficou internada, perguntei se hoje ele está tomando algum remédio, ela disse que só o complexo B (Extraído do diário de campo da Clotilde, criança André, 1 ano e 9 meses).

As mães das crianças que estavam doentes durante a coleta de dados relatavam que a criança, nesse período, diminuía a ingestão de alimentos, consumia mais as preparações doces e diminuía a ingestão de preparações salgadas. A seguir, têm-se algumas notas de campo e trechos das entrevistas que elucidam esses aspectos:

A mãe falou que essa noite a filha demorou a dormir, pois estava com o nariz trancado, ela disse que a criança tinha dificuldade até para mamar o leite materno, ela passou um pouco de óleo de cozinha próximo do nariz da criança, e daí ela conseguiu dormir, a mãe disse que a médica do Centro de

Nutrição Renascer disse que é bom (Extraído do diário de campo da Paola, criança Isabela, 1 ano e 3 meses).

Pra ela não comê só se ela tivé igual aquele dia que ela tava com infecção na garganta né, daí ela não comia, a gente ponhava comida na boca dela, ela jogava, mas ela tando boazinha ela come (Entrevista Paola, criança Isabela, 1 ano e 3 meses).

A mãe comentou que esses dias que a Amanda estava doente, ela não estava comendo comida de sal, só o leite na mamadeira e a papa doce de bolacha, ela disse que tentava dar a comida salgada, mas a filha virava o rosto, perguntei se a criança comia toda a papa doce e se tomava todo o leite da mamadeira, a mãe disse que sim. (...) Eu perguntei se a Amanda teve febre, a mãe disse que não, que ela estava com o peito carregado e tosse e a mãe achava que ela não estava comendo comida de sal porque ela estava com dor de garganta (Extraído do diário de campo da Evelin, criança Amanda, 11 meses).

Dados da PNDS (2006) mostram que 23% e 35% das crianças menores de 5 anos de idade tiveram febre e tosse, respectivamente, nas duas semanas que antecederam a pesquisa, as maiores prevalências desses sintomas estão nas crianças de 6 a 35 meses de idade. Das crianças que apresentaram esses sintomas, 50% receberam algum tipo de atenção dos serviços de saúde, sendo que as maiores proporções de atendimento estão entre as mães com mais anos de estudo, autodeclaradas brancas e residentes na região Sul (CUNHA; JAKOB, 2008).

Com relação à diarréia, também nas duas últimas semanas anteriores à pesquisa, os dados apontam que o agravo se mostra mais significativo nas crianças de 6 a 23 meses de idade, o quarto ou o quinto filho tende a apresentar maior propensão ao agravo, nas regiões Norte e Nordeste, nas zonas rurais, entre as mães autodeclaradas negras e sem nenhum ano de estudo. A grande maioria das mães (59%) não buscou auxílio médico, porém das que buscaram a maioria conseguiu atendimento (CUNHA; JAKOB, 2008).

No que tange às internações de crianças menores de 5 anos de idade, os dados demonstram que 27% das crianças foram hospitalizadas por bronquite, 22% por pneumonia e 19% por diarréia, no ano anterior à pesquisa. As internações afetam, sobretudo, as famílias com piores condições de vida, ou seja, aquelas que têm menos acesso aos serviços de saúde, retardam a procura por atendimento, o que agrava a doença e aumenta a chance de hospitalização. As internações tendem a se concentrar nas faixas dos 12 aos 47 meses de idade, entre crianças de mães com menos anos de estudo e negras (CUNHA; JAKOB, 2008).

As doenças infecciosas são determinantes importantes do comprometimento do crescimento. Embora as doenças respiratórias contribuam para falhas no crescimento, as doenças diarréicas parecem desempenhar um papel particularmente importante, devido à associação com a má absorção de nutrientes, assim como anorexia e catabolismo (BLACK et al., 2008). Segundo Victora et al. (2008), o comprometimento do crescimento linear está amplamente limitado ao período intrauterino e aos primeiros anos de vida, e é causado por dietas inadequadas e infecções freqüentes.

No período em que a criança se encontra doente é comum a inapetência e ela pode se estender para além do episódio da doença. Os pais ou responsáveis pelas crianças precisam ser orientados a aumentar a ingestão de fluidos durante esse período, as crianças que ainda são alimentadas com o leite materno podem receber esse alimento mais freqüentemente que o habitual, pois além de ser uma fonte importante de energia, o leite materno apresenta fatores imunológicos que ajudam na recuperação da criança e micronutrientes que são bem absorvidos e aproveitados (WHO, 2000a; BRASIL, 2002b; PAHO, 2004; WHO, 2005).

A criança doente deve ser incentivada a se alimentar. Não existe indicação de restringir a ingestão de alimentos nesse período. A inapetência é um fator limitante, cujos efeitos podem ser minimizados oferecendo, com freqüência, os alimentos preferidos da criança, ricos em calorias e numa consistência que facilite a sua deglutição e que não irrite as mucosas se a criança apresentar dor à deglutição e/ou mastigação (BRASIL, 2002b; PAHO, 2004; WHO, 2005).

No período de convalescença a criança normalmente apresenta um aumento no apetite para recuperar o seu estado nutricional. Nesse momento, é aconselhável oferecer mais alimentos que o habitual e estimular a criança a comer mais, principalmente alimentos com maiores conteúdos calóricos e proteínas de alto valor biológico como carne, produtos lácteos e ovos, favorecendo, também, o suporte nutricional de minerais (ferro e zinco) e vitaminas (BRASIL, 2002b; PAHO, 2004; WHO, 2005).

De acordo com estudos realizados nas cinco regiões brasileiras, as mães não valorizam a falta de apetite da criança durante a doença (BRASIL, 2002b). As crianças, normalmente, ingerem uma dieta insatisfatória, e isso é mencionado como falta de apetite, crença de que, nesse período, as crianças devem comer alimentos mais leves, restrição de alimentos considerados prejudiciais e orientação médica inapropriada.

Em um estudo transversal conduzido em duas unidades de saúde do município de São Paulo, uma unidade com PSF e outra sem PSF, Prado e Fujimori (2006), buscaram identificar os conhecimentos maternos em relação ao cuidado prestado à criança com infecção

respiratória aguda ou com diarréia. No tocante aos conhecimentos sobre infecção respiratória, essas autoras encontraram respostas maternas semelhantes entre as unidades, maior oferta de líquidos e alimentos para a recuperação da criança. Entretanto, com relação à diarréia, houve uma consciência das mães, na oferta aumentada de líquidos, porém 100% das respondentes, de ambas as unidades, referiram pausa ou diminuição da alimentação no período de diarréia, mesmo que essa conduta já tenha sido superada do ponto de vista científico, ela, ainda, permanece impregnada na cultura popular.

Quando foi dialogado com as mães a respeito da saúde de seus filhos, seis delas relataram que as crianças tinham uma boa saúde, como a seguir:

Eu acho que ele tem uma saúde boa, porque que nem o Juliano, o Juliano na idade do Gustavo já tinha sido internado umas cinco vezes. O Gustavo nunca foi internado, deu gripe forte já nele, infecção no ouvido, mas o resto não, eu acho que ele tem a saúde boa (Entrevista Emanuele, criança Gustavo, 1 ano e 4 meses).

Eu acho que ele tem uma saúde boa. Porque é muito difícil ele ficá assim doente, e fica assim pulando, brincando, correndo, come bem, eu acho que ele é uma criança sadia, né nenê? (Entrevista Elizabete, criança Lucas, 10 meses).

Eu acho boa a saúde dela, porque agora ela não tá mais com, tá um pouquinho com anemia ainda né, mas não tá com anemia, aquela anemia né que tava né, e daí ela tem comido bastante fruta, ela gosta bastante de fruta né, e verdura também né, mas a gente tá ensinando ela comê né, bastante comidinha assim normal né, porque ela qué comê comida normal, não qué comê sopa mais né, é isso (Entrevista Célia, criança Lorena, 1 ano e 3 meses).

Eu acho que é igual diz a mãe pra mim, é muito boa, porque igual diz, a mãe contava que eu não careceu levá no médico né, nem careceu interná, e eu, e a Marcela também é um, a saúde dela é muito boa, só gripe, gripe é normal pra criança né? É só isso. Ela nunca teve problema de saúde, só esse problema do Renascer né, peso baixo (Entrevista Carolina, criança Marcela, 1 ano e 7 meses).

A Isabela, ela sempre foi assim né, assim graças a Deus nunca deu né, nada grave, apesar dela ter um pouquinho de anemia, mas ela tá sendo né, tomando remédio, tudo né, i pra mim eu acho que, agora ela tá, quando ela era mais pequena ela era mais doentinha, cada passinho ela ficava doente, eu levava no posto e ficô internada duas veiz né, e agora graças a Deus depois que ela pegou um ano ela tá tendo mais saúde, porque eu acho que quando ela era pequenininha ela era muito fraca, decerto por causa

dela não tomava o remédio de anemia, tudo, e depois que eu comecei dá o remédio de anemia ela ficô mais resistente, porque qualqué gripinha que dava nela ela já ficava caidinha, não comia, agora apesar das gripe que dá nela, por sorte ela come bem né. Até um ano ela era mais, assim cada passo ela tava doente né, dava diarréia cada passo nela, com tudo que eu cuidava bem né, agora daí depois que ela completou um ano, ela só dá gripe assim, daí eu dô remédio, já sara, mas nada mais grave (Entrevista Paola, criança Isabela, 1 ano e 3 meses).

Nesses relatos, algumas mães destacaram o baixo peso, as internações dos filhos, anemia, gripe e infecções, embora afirmando que a criança apresentava boa saúde. Duas mães referiram que a saúde das crianças estava melhor naquele momento (entrevista), entretanto comentaram as dificuldades enfrentadas com os problemas de saúde dos filhos, como idas freqüentes aos serviços de saúde e as internações.

Assim como para algumas mães a saúde dos filhos é considerada boa, a questão do baixo peso para a idade ou da baixa estatura para a idade não é vista como um grave problema. Abaixo, seguem algumas notas de campo e trechos das entrevistas que revelam esses aspectos:

(...) depende também da natureza da criança, né? Pois é, que tem criança que já nasce sem, sem, sem um peso adequado né, e que nem os meus, os meus têm uma dificuldade para engordar, isso eles têm né, a menina teve e esse aqui tem também, uma dificuldade grande pra engordar, eles não engordam muito, assim por mês, daí não sei, às veiz depende. (...) Eles comparam, eles é, credo que criança miudinha, o teu nenê é muito pequenininho, nem parece que tem essa idade, mas eu, eu já não falo muito, porque eu sei que eles, os meus, nenhum dos dois vão ser gordo, não vão ter, não tem tendência mesmo pra engordar né, que eu já era assim, desde pequena já era também miudinha e daí mais (Entrevista Elizabete, criança Lucas, 10 meses).

A mãe falou *'se eles (os filhos) não engordam não é por falta de alimento'*. E disse que tem criança que não come e que a médica do Renascer também falou que é assim, até faz comida, mas às vezes a criança não quer comer. Ela disse que o pai, a mãe (ela), os avós das crianças são todos baixos, que não tem como as crianças dela serem altas, só a sogra que é alta, mas o sogro é quase da mesma altura do filho, e que os filhos não puxaram a sogra (Extraído do diário de campo da Paola, criança Isabela, 1 ano e 3 meses).

Ela é mais baixinha, pequenininha né, vai dá bem, ela é gordinha só que bem baixinha né, ela já é mais diferente das criança, e ela não é porque ela come bastante né, mais é porque ela, ela não cresce rápido né, ela é mais, vai dá baixinha mesmo, mais gordinha. (...) eu acho que é por causa de nóis né, eu e o

pai dela samo baixinho então ela também vai dá baixinha, de família (Entrevista Evelin, criança Amanda, 11 meses).

Leva num, leva num pediatra, num médico pra vê, se a criança é magro de nascença ou tem algum problema né, porque a gente mesmo não sabe, tem que levá num médico né, pro médico vê né, que, que nem ele (André) o pai dele é magro, eu fiquei ansim deformada de corpo depois que eu comecei tomá comprimido, tudo né, porque eu não era ansim, eu era bem magrona (Entrevista Clotilde, criança André, 1 ano e 9 meses).

A Carolina comentou que a mãe dela disse que quando ela era pequena ela também era miudinha, que achava que *'ela não ia se criá'* (Extraído do diário da Carolina, criança Marcela, 1 ano e 7 meses).

A mãe comentou que enquanto os filhos são pequenininhos ela faz de tudo para eles engordarem, que até os 2 anos todos são bem miudinhos, depois eles se desenvolvem, ela disse que o pai dela contou que ela (Paola) era igual a Isabela, ficava meses internada em hospital, ela disse que a mãe dela morreu quando ela tinha 10 meses e que o pai (hoje com 60 anos) teve umas 10 mulheres, que ela teve umas madrastas boas, mas que teve umas ruins também, que só judiavam dela. Hoje olhando a Paola, depois de quatro gestações, percebo que ela tem sobrepeso ou obesidade grau I. Ela disse que a filha mais velha, que hoje tem 17 anos, quando tinha 13 anos estava bem gordinha, que ela falou para a menina fazer regime, porque tem medo que fique obesa, e que a filha falou *'mas a senhora deu um monte de vitamina pra nós e agora que tá fazendo efeito'* (Extraído do diário de campo da Paola, criança Isabela, 1 ano e 3 meses).

Algumas mães referiam que elas mesmas apresentaram problemas de baixo peso e baixa estatura quando crianças ou mais jovens, sendo assim, consideravam normal seus filhos serem *'pequenos'*, *'miudinhos'*, *'magrinhos'* e *'baixinhos*, estabelecendo certa associação desses déficits ao fator genético. Em algumas famílias outros filhos também apresentavam história de baixo peso, a falta de alimentos não foi vista como o único fator responsável pela dificuldade do aumento do peso da criança, a ajuda profissional para se descartar algum problema de saúde relacionado ao baixo peso foi destacada e, além do fator genético, o relato de algumas mães evidencia a situação de vida enfrentada por elas.

O processo de crescimento é influenciado por fatores intrínsecos (genéticos) e extrínsecos (ambientais), como, por exemplo, a alimentação, a saúde, a higiene, a habitação e os cuidados gerais com a criança, que podem atuar acelerando ou retardando esse processo (VITOLO, 2003; ROMANI; LIRA, 2004; VICTORA et al., 2008).

Com relação ao crescimento linear, pode-se dizer que a altura final do indivíduo resulta da interação entre a sua carga genética e os fatores do meio ambiente, os quais permitirão a maior ou menor expressão do seu potencial genético (ROMANI; LIRA, 2004).

Até os dois anos de idade, o crescimento reflete as condições de nascimento (gestação) e ambientais, tendo destaque importante a nutrição. Dessa forma, nos dois primeiros anos de vida não se deve pensar que a criança esteja “magrinha” ou “pequena” pelo biotipo dos pais. Essas condições podem ocorrer quando existe um déficit nutricional pregresso ou atual. Somente a partir dessa faixa etária o potencial genético passa a interferir de forma mais expressiva no crescimento da criança (VITOLO, 2003; SPYRIDES et al., 2005).

De acordo com Fernandes (2003), há uma dificuldade das equipes de saúde em envolver as famílias na solução do problema da desnutrição, porque a maior parte das alterações ocorre de forma leve ou moderada, não sendo perceptíveis para as famílias. Mesmo nas crianças mais gravemente desnutridas, as mães não têm noção do que está acontecendo e, por conseqüência, não buscam soluções possíveis.

Em uma revisão da literatura, nos últimos dez anos (1998 - 2007), sobre a percepção materna em relação ao peso das crianças, notou-se que os estudos, sobretudo internacionais, avaliaram essa questão em relação ao excesso de peso e obesidade em crianças acima de dois anos de idade (SAELENS; ERNST; EPSTEIN, 2000; DÍAZ, 2000; BAUGHCUM et al., 2000; JAIN et al., 2001; TIGGEMANN; LOWES, 2002; MAYNARD et al., 2003; GENOVESI et al., 2005; OLVERA; SUMINSKI; POWER, 2005; KASEMSUP; REICKS, 2006; LAZZERI et al., 2006; ARAÚJO; LEMOS; CHAVES, 2006; HIRSCHLER et al., 2006; BRACHO; RAMOS, 2007; MAY et al., 2007; BOA-SORTE et al., 2007).

Nessa revisão encontrou-se que o estado nutricional das crianças estava relacionado ao estado nutricional materno, as mães apresentavam dificuldades para reconhecer o peso do seu filho, apesar de demonstrarem preocupação com o peso futuro da criança e de considerarem mais saudável uma criança com peso normal. A percepção materna do peso da criança pode ser influenciada pela idade da criança, gênero, peso, padrões socioculturais e escolaridade materna.

Em um estudo de corte transversal realizado com mães de 115 crianças menores de 5 anos de uma área periférica do município de Porto Alegre-RS, na década de 1990, sobre a percepção em relação à adequação do peso e da altura das crianças, encontrou-se que 48% das crianças com peso insuficiente foram consideradas com peso adequado por suas mães. No entanto, todas, exceto uma, apresentavam também baixa estatura, dando uma impressão de proporcionalidade, que pode ter sido o fator de confusão para a percepção errônea da mãe. De

44% das crianças que apresentavam baixa estatura, apenas 27,5% das mães tinham percepção do problema (GIUGLIANI et al., 1990).

Um outro estudo, também de corte transversal, sobre o perfil nutricional de 125 crianças de 0 a 24 meses de idade e suas mães em bolsões de pobreza do município de Campinas-SP, abordou a avaliação da percepção do estado de nutricional das crianças por parte de suas mães e mostrou que a situação de inadequação alimentar pode não ser reconhecida pelas mães, uma vez que 9,1 e 12,5% das crianças com sobrepeso e obesidade, respectivamente, eram vistas como magras por suas mães. Para os mesmos grupos, 36,4 e 50% das mães, não souberam dizer se consideravam seu filho magro ou não (DOMENE et al., 1999).

Lopes, Machado e Vieira (2003) realizaram um estudo qualitativo em nove domicílios de Fortaleza-CE. Verificaram que as falas das mães estavam diretamente relacionadas a doenças, magreza e morte. As mães viam a desnutrição no que essa podia trazer de prejuízos imediatos ao filho e não como causa e conseqüência das condições sociais e econômicas a que estavam expostas.

A percepção materna do estado nutricional de crianças também foi estudada por Almeida (2004), quando investigou 45 mães de crianças eutróficas, desnutridas e obesas que residiam em Paranaguá-PR. Os achados mostraram que todas as mães, com exceção de uma, sabiam o que era desnutrição e a maioria relacionou este distúrbio com a morte ou com doença. A imagem pela qual as mães descreveram uma criança desnutrida foi referente a uma criança com desnutrição severa. Para elas, essas crianças, normalmente, estavam em lugares distantes de onde moravam e só conheciam este fenômeno através da televisão. Por meio dos relatos, a autora coloca que as mães de crianças desnutridas não percebiam o distúrbio em seus filhos, sendo que 37% já tinham visto a desnutrição através da televisão e outras viram na Pastoral da Criança (23%), no hospital (23%) quando o filho esteve internado, ou na escola (17%). Segundo a mesma autora, a desnutrição raramente é vista como uma emergência; as crianças, na maior parte das vezes, não estão passando fome e, aos olhos de muitas pessoas, não apresentam indícios de desnutrição.

Paulo e Madeira (2006), em estudo qualitativo de abordagem fenomenológica, trabalharam com 11 mães de filhos desnutridos da cidade de Belo Horizonte-MG, buscando compreender o que significa para a mãe ter um filho desnutrido. Essas autoras apreenderam que as mães sentem-se tristes ao ver o filho emagrecido. Quando o comparam com outras crianças consideradas por elas sadias as mães se sentem culpadas pelo estado do filho, associando a desnutrição à falta de alimentos ou à amamentação prolongada e se sentem, às

vezes, perdidas sem saber o que fazer. As autoras propõem que a mãe deve ser compreendida não apenas como uma cuidadora, mas como um ser que tem sentimentos, que tem uma história de vida, uma cultura e que interage com o mundo em que vive. Cuidar da criança desnutrida engloba também o cuidado com a mãe.

As conversas com as mães durante os momentos das visitas domiciliares foram essenciais para se conhecer alguns aspectos da saúde da criança anteriores a coleta de dados, como as mães visualizavam a saúde atual de seus filhos e como elas percebiam a questão do baixo peso ou da baixa estatura para a idade.

4.4.3 O Cuidado Cotidiano da Criança

Nos momentos das visitas domiciliares às mães e seus filhos, foi possível acompanhar alguns cuidados gerais com as crianças realizados pelas mães e avós. Esses cuidados incluíram a higiene das crianças, atenção e interação entre mães, avós e crianças.

No tocante à higiene, os relatos durante as observações expressam os cuidados com o corpo da criança, principalmente com relação às eliminações. Das crianças que participaram deste estudo, não eram todas que usavam fraldas descartáveis, em algumas residências observou-se que as crianças usavam fraldas de pano e em outras as crianças ficavam sem fraldas ou somente com as roupas, eliminando fezes e urina no chão da casa ou no terreno, em situações que a mãe orientava, e algumas crianças pediam para ir ao banheiro.

Notou-se que algumas mães e avós não trocavam ou higienizavam a criança assim que apresentava eliminações, a criança ficava com a roupa suja e cheirando mal por algum tempo até que a mãe ou avó fosse limpá-la. Em alguns domicílios, as mães e avós brigavam e xingavam as crianças por terem feito urina ou fezes.

Abaixo, têm-se algumas observações de campo que mostram esses comportamentos das mães e avós:

A Marcela fez urina e fezes na calça. A mãe bateu na bunda da criança. A mãe afastou um pouco a calça da criança e disse *'ui que nojo'* e, no banheiro, chamou a filha de *'relaxada'* e *'porca'* (Extraído do diário de campo da Carolina, criança Marcela, 1 ano e 7 meses).

O Gustavo estava brincando com a porta da casa, a avó ficava mandando a criança parar, reclamando que *'a porta já está toda despregada de tanto a Emanuele bater'*, mas ele foi brincando, então a avó

deu um tapa na cabeça da criança. A avó disse para o neto: *'cheirando cocô já?, tomô o Nescau?'*, a avó disse que já havia trocado ele cedo. Ele estava usando fralda descartável. Depois ele ficou perto do botijão de gás, brincando com um prendedor de roupa. (...) A avó chamou o Gustavo de *'porco'* porque ele apresentou fezes novamente, ela disse que já lavou o bumbum dele hoje. (...) A D. Joana demorou para trocar o neto e quando ele se aproximou de mim, ela disse *'não vire pro lado da menina'*, porque a criança estava cheirando mal. O Gustavo ficou rolando no chão. Ao final da visita ela trocou o neto, ela pediu licença para mim e levou a criança ao quarto, ela o deixou lá e foi buscar água na torneira de fora, usou sabão de lavar roupa para limpar o neto, disse que a ensinaram a usar sabão que não provoca assaduras na criança, e ela disse que faz a higiene da criança só com sabão e água (Extraído do diário de campo da Emanuele, criança Gustavo, 1 ano e 4 meses).

O Emanuel apareceu na janela da cozinha e trouxe a calça do Cristiano, a mãe deu papel higiênico para o irmão limpar a criança, mas o Emanuel ficou dizendo que não ia limpar. Perguntei se ele limpa o irmão, ela disse que limpa e que os sobrinhos também limpam a criança, e que eles limpam bem. A mãe disse que o filho não vai ao vaso sanitário porque tem medo (...) O Cristiano estava andando pelo terreiro só de blusa, sem calça, com a bundinha e as pernas sujas de cocô (Extraído do diário de campo da Silvia, criança Cristiano, 1 ano e 11 meses).

A Isabela fez cocô e a mãe não a trocou naquele momento. O cheiro já estava perceptível e a mãe pediu à irmã mais velha que esperasse mais um pouco para trocar, porque *'pode não ter feito tudo'* (Extraído do diário de campo da Paola, criança Isabela, 1 ano e 3 meses).

O Cristiano queria fazer xixi, a mãe disse *'vá na porta, fazê ele mijá'*, a criança estava de camiseta, sem calçados e tirou a calça para fazer xixi. Estava frio e com chuva. Depois a mãe vestiu a calça na criança (Extraído do diário de campo da Silvia, criança Cristiano, 1 ano e 11 meses).

É importante destacar, também, que em outros domicílios as mães e avós tinham um cuidado para que as crianças estivessem limpas, com os cabelos presos e com as fraldas trocadas quando necessário.

Eu percebo nas minhas visitas à casa que a avó é bem cuidadosa, atenciosa e carinhosa com a neta. Não a vejo gritar com a criança. A criança está sempre limpa e com o cabelo preso (Extraído do diário de campo da Célia, criança Lorena, 1 ano e 3 meses).

Ao chegar à casa observei que a Evelin estava sentada no sofá e a Amanda no carrinho. A criança estava com o cabelo molhado, tinha tomado banho e estava com uma roupa limpa, a mãe comentou

que na noite passada a criança não dormiu, ficou só chorando, ela está com tosse (...) (Extraído do diário de campo da Evelin, criança Amanda, 11 meses).

A avó chamou a Célia para ela trocar a filha, a Célia foi até o quarto e logo veio com a Lorena para a sala, penteou o cabelo da filha, passou um creme e prendeu. Sempre que estou na casa a Lorena está com roupas limpas e com os cabelos presos (Extraído do diário de campo da Célia, criança Lorena, 1 ano e 3 meses).

Outras situações que envolvem cuidados de higiene também foram observadas. Algumas mães ao limparem o nariz da criança que estava com gripe e coriza no momento da coleta de dados, o faziam com as roupas das crianças que ficavam espalhadas pela casa. Outras mães utilizavam uma fralda de pano exclusiva para esse fim.

A Marcela está com tosse e com coriza. A mãe usa uma calça que fica pendurada na cama para limpar o nariz da Marcela e do Marcelo, observei também ela utilizar um moletom que estava no sofá e outro que estava na cama (Extraído do diário de campo da Carolina, criança Marcela, 1 ano e 7 meses).

O Lucas ainda está com gripe, com tosse, coriza, ele espirrou algumas vezes, e a mãe utilizou um casaquinho que ele vestia para limpar o nariz do filho (Extraído do diário de campo da Elizabete, criança Lucas, 10 meses).

Diferentemente de outras mães que já visitei, a Paola estava usando uma fralda de pano para limpar o nariz da filha (Extraído do diário da Paola, criança Isabela, 1 ano e 3 meses).

Em relação à higiene corporal (banho) das crianças, não foi possível acompanhar em virtude dos horários das visitas domiciliares, porém algumas situações foram relatadas.

A Célia comentou que a filha estava com assadura, que a enfermeira do posto deu uma pomada, mas que não melhorou, então uma vizinha deu óleo de amêndoa, ela usou com talco e segundo ela foi bom. A avó comentou que não dá pra deixar de dar banho diariamente na criança, que eles não deram banho uns dias e só passaram um paninho úmido por causa do frio, mas que *'foi a pior viagem'*, a criança apresentou assadura no bumbum (Extraído do diário de campo da Célia, criança Lorena, 1 ano e 3 meses).

Eu perguntei à avó sobre o banho das crianças, já que na casa não há água encanada nem luz elétrica, ela disse que ela e a Emanuele dão banho neles, que esquentam água no fogão e colocam na banheira (Extraído do diário de campo da Emanuele, criança Gustavo, 1 ano e 4 meses).

Como ela havia falado que o filho estava com piolho em visita anterior, eu perguntei se ela lavou a cabeça da criança com algum produto, ela disse que lavou a cabeça do Cristiano e dos outros meninos com vinagre, e até a dela, ela falou que ficou tonta, e que pretende lavar novamente antes de iniciar as aulas. Eu perguntei se ela lava a cabeça da criança todos os dias, ela disse que não, porque o pai dele não gosta, ela disse que a criança gosta de água e de tomar banho, ela falou que ia dizer para o filho que ia dar banho nele só para eu ver a reação da criança, e, realmente, quando ela falou que ia dar banho nele, ele veio correndo, trouxe uma bacia de plástico e foi tirando a roupa e o calçado para entrar na bacia, o Cristiano é uma criança bem esperta, entende bem as coisas. Ela disse que o chuveiro queimou, então ela está esquentando água para tomarem banho. (...) Perguntei para a Silvia se já arrumaram o chuveiro, ela disse que ainda não, mas que o problema não é o chuveiro, são os fios, ela até me mostrou, ela disse que a caixa de água do banheiro ela comprou. Ela disse que não estão tomando banho todo dia, que quando o chuveiro está funcionando os sobrinhos tomam banho diariamente, e que o filho mais velho toma banho pelas 11h00, antes de ir para o colégio (Extraído do diário de campo da Silvia, criança Cristiano, 1 ano e 11 meses).

Nas observações também apareceram momentos em que as crianças estavam brincando, como a seguir:

A mãe trocou a filha e ela logo foi para fora da casa e colocou na boca um palito de pirulito que estava no terreiro. A mãe gritou da cozinha *'tira da boca'*, mas a criança não obedeceu e continuou com o palito (Extraído do diário de campo da Carolina, criança Marcela, 1 ano e 7 meses).

A Amanda estava brincando com uma chupeta, ela na verdade não usa chupeta, ela só brinca e, às vezes, coloca na boca, como para coçar a gengiva, a mãe disse que ela dorme com o dedo polegar na boca. A chupeta várias vezes caiu no chão, no tapete, a mãe juntava e dava para a criança, ou a própria criança pegava e colocava na boca, enquanto estive na casa a chupeta não foi lavada (Extraído do diário de campo da Evelin, criança Amanda, 11 meses).

A filha estava brincando com um brinquedo que vem dentro de chocolates, o irmão viu e ela deu para ele brincar, ele coloca tudo na boca, ele jogava no chão, a mãe pegava e dava novamente para o filho, ela não lavou em nenhum momento, além disso, o brinquedo é bem pequeno e a criança pode acidentalmente engolir (Extraído do diário de campo da Elizabete, criança Lucas, 10 meses).

O Cristiano veio do terreiro com uma mexerica estragada na mão, ele havia juntado no quintal e estava comendo os gomos, a mãe tirou da mão dele, jogou no lixo, falou que estava podre e chamou a criança de *'relaxado'* (Extraído do diário de campo da Silvia, criança Cristiano, 1 ano e 11 meses).

A Marcela apareceu com a mão toda suja de barro e com a calça molhada de xixi. A mãe disse que ela mexeu na água do cachorro. A mãe foi com a criança para o banheiro e disse *'relaxada, quantas vezes eu falei pra você não mexê com a água do cachorro, porca'* (Extraído do diário de campo da Carolina, criança Marcela, 1 ano e 7 meses).

Nota-se, nas situações acima, que as crianças estavam brincando, geralmente, com objetos ou em locais impróprios, o que pode acarretar acidentes ou contaminações.

Em relação ao desenvolvimento infantil, a aquisição dos movimentos de marcha e de apreensão possibilita à criança maior autonomia na manipulação de objetos e na exploração de espaços. A partir desses movimentos, ela procura pegar os objetos próximos com as mãos e, sendo capaz de sentar-se, explora o mundo que a rodeia. A criança olha os objetos incessantemente, toca, coloca e tira da boca, põe e tira dos lugares, une e separa, vai e vem com eles, bate, destrói ou não, abandona e os recupera (CHAGURI, 2000).

As crianças pequenas, entre os 6 e os 24 meses de idade, engatinham e brincam no chão, colocam os dedos e outros objetos sujos na boca e a imunidade nessa fase da vida não está completamente desenvolvida, fatores esses que as colocam como mais propensas a ter diarréia do que crianças mais velhas e adultos (WHO, 2000a).

A criança desnutrida apresenta uma proteção contra patógenos menos eficiente ainda, pois o seu organismo não produz anticorpos suficientes para combater a doença e, assim, os micoorganismos se multiplicam mais facilmente. A OMS ressalta que as famílias têm um papel importante para reduzir o risco de doenças e agravos (diarréia, infecções respiratórias, malária e desnutrição), adotando estratégias como: fornecer alimentos e água seguros, manter a casa e os arredores limpos, colocar a criança para dormir sob mosquiteiros se existem mosquitos no ambiente e manter o calendário vacinal atualizado (WHO, 2000a).

Além das questões relacionadas à higiene dos objetos e ambientes onde as crianças brincam é importante destacar que o brincar não é uma atividade apenas de motivação da criança, mas constitui uma ação dotada de significados que requer aprendizagem. É necessário que o adulto organize um espaço que facilite a exploração e a interação das crianças, dando-lhes a oportunidade de brincar das mais diversas formas (CHAGURI, 2000).

As atividades lúdicas são primordiais ao desenvolvimento humano, fazem parte desse processo dinâmico, descontínuo, não linear e conflituoso. As atividades e brincadeiras experimentadas pela criança em situações de interação lhe proporcionam conviver com valores, normas, conhecimentos e condutas que regem as relações sociais da cultura do seu grupo (CHAGURI, 2000).

Durante as visitas nos domicílios, foi possível observar algumas situações de interação entre as mães e crianças e a maneira como as crianças eram tratadas:

Depois que as ACS saíram da casa, a mãe foi até o terreiro e gritou: *'Marcela venha aqui filha da mãe'*, a mãe estava chamando a filha para trocá-la (Extraído do diário de campo da Carolina, criança Marcela, 1 ano e 7 meses).

A Evelin pegou a Amanda no colo e ficou brincando com a filha, a deitou nas pernas e ficou fazendo cócegas na filha, a criança dava gargalhadas, depois a mãe a colocou no colo para dormir e ficou passando a mão na cabeça da filha, até que a criança adormeceu. Até o horário que permaneci na casa a Amanda estava no colo da mãe dormindo. A mãe comentou que quando a filha não quer dormir à noite ela fica mexendo na cabeça da criança e logo ela adormece. Percebo que a Evelin é paciente com a filha, a menina chora às vezes e a mãe não gritou na minha presença, não bateu na filha, quando a filha chora a mãe pega a criança no colo, fica dando alguns brinquedinhos para ela, senta com a criança no sofá, fala calmamente, tem um tom de voz suave. A mãe demonstra interesse, sempre pergunta sobre os alimentos infantis e patologias, parece preocupada com a saúde da criança (Extraído do diário de campo da Evelin, criança Amanda, 11 meses).

Eu observo que a mãe tem paciência, fala baixo com as crianças, a filha mais velha é obediente, e não escutei a mãe gritar em nenhum momento das visitas domiciliares (Extraído do diário de campo da Elizabete, criança Lucas, 10 meses).

A Clotilde grita em vários momentos com o Jonatan, chama a atenção, ela se irrita muito fácil com qualquer atitude do filho de sete anos, se ele pegar algo que o André estava brincando ela já quer que o filho devolva, se ele se aproxima do André enquanto ele come ou mama ela já fala pra ele sair de perto. Já com o André eu não a observo gritar, ela ameaça a criança quando ele não come, ou quando ele quer o peito ao invés da comida (Extraído do diário de campo da Clotilde, criança André, 1 ano e 9 meses).

A criança estava com bastante coriza, a mãe se dirigiu a filha assim: *'Venha limpar o ranho, venha'* (Extraído do diário de campo da Carolina, criança Marcela, 1 ano e 7 meses).

Pela primeira vez eu presenciei a Emanuele brincar com o Gustavo, ela ficou escondendo um isqueiro do filho, pediu que a criança desse beijo nela. Ela disse *'você é muito bonito'*. Nas demais visitas eu presenciei a mãe gritar com os filhos, ameaçar bater, chamar o filho de *'sem vergonha'* (Extraído do diário de campo da Emanuele, criança Gustavo, 1 ano e 4 meses).

Nesse estudo, notou-se que as relações entre as mães e crianças foram distintas entre os domicílios e no mesmo domicílio. Nem sempre as relações foram harmoniosas, porém os gestos de afeto estiveram presentes em todas as residências em algum momento das visitas realizadas.

Rossetti-Ferreira (2007), ao abordar questões do desenvolvimento humano, afirma que "nos tornamos pessoas através de outras pessoas". Assim, para que um bebê ou uma criança possa se tornar uma pessoa ele necessita das interações estabelecidas com outros seres humanos (mãe, pai, irmãos, avós, primos, tios, babá, entre outras pessoas) em ambientes físicos e sociais, culturalmente estruturados.

Os adultos interagem com as crianças de acordo com as expectativas que têm sobre aquela criança, sobre seu desenvolvimento e sobre seu próprio papel com relação a ela, todas essas representações são adquiridas em suas experiências de vida em um meio sócio-histórico específico (CHAGURI, 2000; ROSSETTI-FERREIRA, 2007).

Desde a concepção, mãe e bebê participam de um sistema complexo de relações, o qual sofre modificações através do curso de evolução e de eventos culturais interpostos ao desenvolvimento subseqüente de ambos. Nos primeiros meses e anos de vida, ocorrem mudanças significativas tanto para a mãe como para a criança, afetando-os mutuamente, dentro de um padrão interacional singular. A qualidade da interação inicial é considerada um importante fator mediador entre os eventos perinatais e o seu posterior desenvolvimento, principalmente no que se referem à comunicação, socialização e cognição (ZAMBERLAN, 2002).

Após o nascimento, o ambiente em que a criança vive, os cuidados que lhe são oferecidos pelos pais, o carinho, os estímulos e a alimentação passam a fazer parte significativa do processo de maturação, que caminha da dependência à independência. A mãe (ou figura materna), geralmente, é a mediadora do bebê com o mundo, através da transmissão da linguagem e de jogos que são fundamentais na constituição do psiquismo, além de fornecer a alimentação, ela participa ativamente da construção da identidade da criança, reconhece-a como um ser, e nessa relação, ela própria se modifica (BRASIL, 2002a).

A interação mãe-criança pode facilitar ou interferir no desenvolvimento adaptativo do infante, e condições como: altos níveis de ansiedade materna, desinteresse maternal ou inconsistência nos cuidados, são extremamente relevantes ao desenvolvimento emocional, social e cognitivo da criança (ZAMBERLAN, 2002).

Alguns fatores como o ambiente sociocultural e a escolaridade materna podem influenciar a responsividade materna. O ambiente de crianças procedentes de famílias de condições socioeconômicas desfavoráveis pode ser qualificado como de estilos inadequados de interação familiar, baixa estimulação verbal/cognitiva, principalmente na interação materno infantil de mães com baixa escolaridade, o que pode representar um desenvolvimento aquém quando comparado ao ambiente de crianças provenientes de famílias com melhores condições econômicas e mães com níveis de instrução maiores (ZAMBERLAN, 2002).

No estudo desenvolvido por Paulo e Madeira (2006), as autoras notaram uma ligação estreita entre as mães e os filhos desnutridos, que pôde ser evidenciada pela forma carinhosa como elas tratavam o filho, o tom de voz delicado ao falar com eles, as demonstrações de afeto e a preocupação de estarem presentes e pontuais nas consultas de enfermagem e reuniões de grupo.

Nas observações das práticas alimentares do presente estudo, foi possível apreender vários momentos de interação das mães e avós com as crianças. Esses momentos incluíram, principalmente, os cuidados gerais dispensados à criança no domicílio relativos à alimentação e higiene. As situações não harmoniosas entre mães e avós com as crianças estiveram presentes em algumas residências, conforme as notas de campo elencadas anteriormente, o que evidencia, de certo modo, formas de violência doméstica, aqui representada pela violência física e psicológica. As crianças eram agredidas fisicamente com tapas no corpo e psicologicamente eram depreciadas com gritos e xingos.

A violência doméstica é definida por Azevedo e Guerra (1995) apud Lara (2000, p. 209) como:

> Todo ato ou omissão praticado por pais, parentes ou responsáveis contra crianças e/ou adolescentes que, sendo capaz de causar dano físico, sexual e/ou psicológico à vítima, implica de um lado uma transgressão do poder/dever de proteção do adulto e, de outro, uma coisificação da infância, isto é, uma negação do direito que crianças e adolescentes têm de serem tratados como sujeitos e pessoas em condição peculiar de desenvolvimento.

Brito et al. (2005), em um estudo descritivo, ao avaliar as características de famílias onde houve violência doméstica contra crianças aponta que a violência física é a mais notificada (58% dos casos), as crianças do sexo feminino são as mais acometidas por violência (60%), a mãe é a agressora em 49% dos casos e os fatores desencadeantes, segundo as famílias, são: conflitos do casal (58%), características próprias da criança ou adolescente (51%), histórico de vida dos pais (41%), dificuldade em impor limites aos filhos (40%), alcoolismo (32%), fatores socioculturais e falta ou excesso de trabalho (25%).

No presente estudo, observou-se que as mães e uma avó foram as principais responsáveis pelos atos de violência física e psicológica à criança já que elas eram as principais cuidadoras e permaneciam a maior parte do tempo com os filhos/netos. As questões sobre violência na infância e adolescência envolvem várias dimensões, cabendo destacar que não foi foco deste estudo o aprofundamento das mesmas.

O cuidado da criança envolve voltar-se à presença do outro e otimizar as interações, sendo fundamental as experiências das mães e famílias, procurando entender e conhecer os valores e interesses dos sujeitos, suas singularidades e particularidades.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do estudo permitiram conhecer as práticas alimentares de crianças menores de dois anos com baixo peso e baixa estatura para a idade e de suas famílias, bem como a situação social dessas famílias e aspectos referentes à saúde e ao cuidado das crianças em seus domicílios.

Nas observações das práticas alimentares e nos diálogos estabelecidos com as mães, apreendeu-se que aquelas que estavam amamentando os filhos tinham dificuldades em articular os horários das refeições com a amamentação. As crianças eram alimentadas próximo do horário das refeições, as mães não conseguiam manejar tal rotina e as crianças acabavam não ingerindo a refeição ou ingeriam em quantidade inferior ao esperado pela mãe. Essa é uma prática que pode estar interferindo no estado nutricional das crianças.

Apesar das mães concordarem que a ingestão de leite materno próximo ao momento das refeições interferia na ingestão de alimentos, elas amamentavam os filhos quando esses solicitavam. Aqui, evidencia-se que a prática da amamentação ultrapassa os aspectos biológicos do nutrir, pois os fatores emocionais e culturais estão em destaque.

O período do desmame, vivenciado por aquelas mães que não amamentavam mais seus filhos e por aquelas que pretendiam desmamar a criança, estava embutido de crenças, mostrando a complexidade das práticas alimentares, as quais são prenhes de valores, identidades, aprendizagem e escolhas produzidos pela cultura das mães/famílias.

A introdução de alimentos complementares para as crianças foi precoce, por volta dos três a quatro meses de idade, e com alimentos considerados de baixa densidade calórica (sopas e caldos). Essa também é uma prática que pode interferir no estado nutricional das crianças. Entretanto, a sopa é um alimento culturalmente difundido entre as mães e alguns profissionais de saúde como um alimento ideal para crianças pequenas, mesmo entre aquelas menores de seis meses e em aleitamento materno.

As políticas e ações implementadas em prol do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade, da introdução de alimentos complementares em idade oportuna e da manutenção do aleitamento materno até os dois anos de idade ou mais, são inúmeras, porém, parece que não atingiram, ainda, as denominadas populações-alvo a que se destinam. Isso é apontado nos resultados de estudos nacionais e locais que mostram baixas prevalências de aleitamento materno exclusivo e complementar e introdução precoce dos alimentos. Apesar dessas taxas terem melhorado, nas últimas décadas, elas ainda são consideradas baixas.

A alimentação das crianças e dos outros membros familiares era preparada pelas mães e avós, mostrando que a atividade doméstica da alimentação estava ligada ao universo feminino. Os alimentos preparados para as crianças no café da manhã e no lanche da tarde foram, principalmente, o leite com cereais (farinhas e pão), constituindo uma refeição predominantemente láctea. No almoço, os alimentos fontes de carboidrato eram os principais componentes da refeição, com arroz, macarrão, batata, feijão, algumas vezes carne, e sopa. As mães utilizavam temperos prontos e caldos concentrados no preparo da alimentação. As frutas e hortaliças estavam presentes nos relatos maternos acerca de uma alimentação saudável, mas eram escassas na alimentação cotidiana. A dieta infantil não apresentou variedade de alimentos.

Uma gama de alimentos industrializados estava presente nas residências visitadas e se observou o consumo desses alimentos por todas as crianças estudadas. As mães que ofereciam esses alimentos aos filhos relatavam que vários alimentos industrializados eram inadequados para crianças e que só poderiam ser consumidos esporadicamente. No entanto, isso pode significar uma forma da população menos favorecida mostrar para si mesma e para seus pares que ela também pode consumir o que é simbolicamente positivo. Além disso, o marketing de alimentos infantis é muito explorado pelas indústrias alimentares, o que pode favorecer o consumo desses alimentos pela população.

No preparo da alimentação observou-se que as práticas de higiene nem sempre foram adequadas, destacando-se que o armazenamento e a conservação dos alimentos ocorria em panelas e em temperatura ambiente, as mães não tinham o hábito de lavar as mãos freqüentemente, a higiene de utensílios como a mamadeira era feita precariamente, algumas mães fumavam e animais domésticos permaneciam dentro dos domicílios, inclusive no ambiente da cozinha. A higiene precária favorece a contaminação dos alimentos e a manifestação de doenças diarréicas nas crianças, que pode afetar o seu estado nutricional ou comprometê-lo ainda mais no caso de crianças desnutridas.

As crianças eram servidas geralmente antes dos adultos, elas eram alimentadas pelas mães e avós ou comiam sozinhas e os ambientes escolhidos para a refeição foram a cozinha e a sala. Notou-se que quando a criança era alimentada por alguém ela consumia maior quantidade de alimentos. As mães e avós ofereciam primeiro os alimentos ricos em carboidrato, misturados ao caldo do feijão, o grão do feijão raramente era ofertado, e a carne era servida no final da refeição, porém, a criança acabava não ingerindo esse alimento. Uma prática alimentar observada em alguns domicílios foi o oferecimento de leite de vaca e iogurte junto ou após o almoço.

O momento da refeição é importante para a criança, pois ela tem contato com diferentes texturas, vai conhecendo os alimentos e formando seu hábito alimentar. É de extrema importância que os adultos tenham paciência e estimulem a criança a comer sozinha, porém supervisionando-a para garantir a ingestão suficiente de alimentos. O consumo do feijão (grão) e da carne pela criança é essencial para suprir as demandas elevadas de ferro nessa fase da vida e os alimentos lácteos devem ser evitados nas principais refeições para não comprometer a utilização do ferro no organismo.

No entanto, as práticas das mães e avós foram justificadas quando elas relatavam que o feijão era um alimento pesado, podia causar diarréia, que a criança não conseguia mastigar e que expelia da boca. No caso da carne, elas alegavam que não ofereciam antes porque a criança ficava só mastigando a carne e não comia os outros alimentos, que ela só iria comer a carne ou porque a criança gostava de pegar a carne com a mão. O oferecimento do leite e iogurte pode ser uma maneira das mães compensarem a quantidade inferior de alimentos ingeridos pela criança.

Os alimentos consumidos pela família nem sempre faziam parte das refeições das crianças e o almoço era constituído basicamente de arroz, feijão, macarrão, batata, às vezes, carne e hortaliças, essas não eram oferecidas às crianças. Nota-se que a alimentação da família era baseada em alimentos ricos em carboidrato, esses alimentos são mais acessíveis à população menos favorecida e prolongam a sensação de saciedade, enquanto as frutas e hortaliças são consideradas alimentos que não sustentam e que em uma escala de prioridades são os alimentos que podem faltar.

A alimentação da família, e, conseqüentemente, da criança estava condicionada à sua situação social. Apesar de não investigarmos diretamente a questão da renda, algumas situações levaram-nos a crer que a questão econômica poderia estar interferindo na alimentação da família, em certos momentos mencionada pelas mães. Entre elas destacamos: a disponibilidade de alimentos era maior quando os membros das famílias recebiam os salários e em alguns períodos do mês a disponibilidade se restringia aos alimentos considerados básicos (arroz, feijão e macarrão), a aquisição de pedaços menos nobres de carne, a utilização do fogão a lenha em detrimento do fogão a gás, a produção de pão caseiro pelas famílias mais numerosas, a ajuda financeira irregular dos pais das crianças e o uso controlado de fraldas descartáveis.

As mães não chegaram a relatar períodos de escassez total de alimentos, porém referiram a dificuldade enfrentada para adquirir alimentos como as carnes e a privação de atividades de lazer com os filhos. A situação social das famílias, principalmente com a

questão da não disponibilidade de alimentos em quantidade e qualidade durante todo o período do mês pode comprometer o estado nutricional das crianças, já que elas são privadas de uma alimentação adequada.

As famílias e as crianças estavam vinculadas a programas e equipamentos sociais de distribuição de alimentos, de transferência de renda e de acompanhamento da saúde. Os relatos acerca desses programas eram referentes ao cumprimento das condicionalidades, ao vínculo com as instituições e profissionais, ao suporte social e ao acompanhamento da saúde da criança. O acesso a programas estruturados e planejados e políticas públicas abrangentes possibilita melhores condições de saúde e de vida para a criança e sua família.

Nos diálogos com as mães apareceram questões relativas à saúde da criança como, histórias de hospitalizações e buscas pelo serviço de emergência. As hospitalizações se deram em função de pneumonia, diarréia e desnutrição e a procura pelo pronto atendimento devido à diarréia, vômito e febre. As doenças infecciosas podem comprometer o estado nutricional da criança e acarretar, principalmente, falhas no crescimento linear.

O baixo peso e a baixa estatura para idade das crianças, para algumas mães, não foi visto como um grave problema, pois elas estabeleceram certa associação desses déficits ao fator genético, que outros filhos também tinham história de baixo peso, que a ajuda profissional era necessária para descartar problemas relacionados ao estado nutricional e que a falta de alimento não era o único fator responsável pela dificuldade do aumento de peso da criança. Além disso, a situação de vida enfrentada por algumas mães as leva a imaginar que o que se passa com os filhos é “normal”, já que elas, quando crianças, também tiveram problemas de saúde que comprometeram o seu estado nutricional.

O cuidado cotidiano das crianças durante as visitas domiciliares incluíram a higiene, principalmente os cuidados com o corpo da criança, a atenção e interação entre mães, avós e crianças. Observou-se que algumas crianças não eram trocadas ou higienizadas logo que apresentavam eliminações, permaneciam com a roupa suja e cheirando mal até que fossem trocadas, e, em alguns domicílios, as mães e avós brigavam, xingavam e batiam nas crianças por apresentarem urina e fezes. Esses comportamentos das mães e avós também foram presenciados quando as crianças estavam brincando ou se alimentando. Os locais onde as crianças brincavam e se alimentavam nem sempre foram adequados do ponto de vista higiênico, o que pode comprometer o seu estado nutricional. Entretanto, essas famílias, muitas vezes, não dispunham de ambientes adequados para atividades lúdicas e para a alimentação, vivendo em locais sem saneamento básico, em casas com poucos cômodos e nos terrenos havia a presença de animais domésticos e lixo.

Os comportamentos das mães e avós com as crianças, nem sempre harmoniosos, demonstravam certos atos de violência doméstica na forma de violência física e psicológica. Para um efetivo cuidado, é fundamental a compreensão sobre o mundo da criança, já que ela está em uma fase de descobertas, de intenso contato com o outro e ela precisa dessa convivência para se tornar um ser no mundo. Essa fase da vida é primordial para o desenvolvimento psíquico da criança e as intolerâncias podem comprometer e interferir no seu desenvolvimento adequado.

Nesse estudo, houve um entendimento de que o estado nutricional da criança está ligado a vários aspectos, relativos à amamentação, introdução de alimentos complementares em idade oportuna, alimentação adequada em quantidade e qualidade, higiene dos alimentos complementares, situação social da família, programas sociais e políticas públicas abrangentes, cuidados cotidianos e com a saúde. Ainda, é preciso salientar que as famílias trazem consigo valores de sua cultura, que nem sempre estão em consonância com as recomendações dos organismos internacionais e nacionais sobre a saúde e alimentação das crianças menores de dois anos. Conhecer o ambiente onde as famílias vivem e a situação de vida e os seus valores, crenças e identidades pode ajudar os profissionais de saúde na promoção de práticas alimentares saudáveis, com alimentos adequados do ponto de vista da qualidade e da aceitação social e cultural, e no direcionamento do tratamento de distúrbios nutricionais, como a desnutrição na infância. Essa aproximação a uma realidade contextualizada pode trazer elementos ricos para a integralidade da atenção à saúde da criança e sua família.

As práticas de saúde adotadas pelos profissionais precisam ser repensadas e configuradas em um processo para além das orientações de quais alimentos e em que período a mãe deve ou não oferecer ao seu filho. No cotidiano dos serviços de saúde é importante estar atento e ouvir aquilo que demanda cuidado, colocando os recursos técnicos existentes em consonância com as realidades contextualizadas e compartilhadas entre profissionais, famílias e crianças, integrando saberes técnicos e saberes práticos.

O compromisso com a atenção à saúde da criança necessita estar centrado na atenção integral à saúde, no desenvolvimento de ações de prevenção de agravos, promoção da saúde e assistência, apontando para a melhoria da qualidade de vida da criança e contribuindo para que ela possa desenvolver todo o seu potencial.

Cabe ressaltar que outros espaços de discussão e de pesquisas poderão trazer outras dimensões, sendo importante o desenvolvimento de estudos que investiguem as experiências e

conhecimentos dos profissionais de saúde a respeito da alimentação infantil, bem como as estratégias utilizadas para integrar os conhecimentos.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C. C. B. *Situação alimentar, nutricional e de vida das crianças menores de dois anos em Paranaguá*. 2004. 256 f. Tese (Doutorado em Meio Ambiente e Desenvolvimento) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2004.

ALMEIDA, G. A. N. de.; LOUREIRO, S. R. Psicologia da alimentação. In: RICCO, R. G.; DEL CIAMPO, L. A.; ALMEIDA, G. A. N. de. *Puericultura*: princípios e práticas – atenção integral à saúde da criança. São Paulo: Atheneu, 2000. Capítulo 7, p. 49-55.

ALVES, J. E. D. *Harmonização das variáveis de domicílios dos censos demográficos de 1960, 1970, 1980, 1991 e 2000*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Ciências Estatísticas, 2005. 41 p.

ARAÚJO, M. F. M. de.; LEMOS, A. C. S.; CHAVES, E. S. Creche comunitária: um cenário para a detecção da obesidade infantil. *Revista Ciência, Cuidado e Saúde*, Maringá, v. 5, n. 1, p. 24-31, jan./abr. 2006.

ARNAIZ, M. G. Em direção a uma nova ordem alimentar? In: CANESQUI, A. M.; GARCIA, R. W. D. (org.). *Antropologia e nutrição:* um diálogo possível. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. Capítulo 8, p. 147-64.

AYRES, J. R. de C. M. Epidemiologia, promoção da saúde e o paradoxo do risco. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 5, s. 1, p. 28-42, nov. 2002.

BAUGHCUM, A. E. et al. Maternal perceptions of overweight preschool children. *Pediatrics*, Evanston, v. 106, n. 6, p. 1380-386, dez. 2000.

BLACK, R. E. et al. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. *The Lancet*, London, v. 371, n. 9608, p. 243-60, jan. 2008.

BOA-SORTE, N. et al. Percepção materna e autopercepção do estado nutricional de crianças e adolescentes de escolas privadas. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 83, n. 4, p. 349-56, set./out. 2007.

BOGDAN, R.; BIKLEN, S. *Investigação qualitativa em educação*. Porto: Porto Editora, 1994. 335 p.

BRACHO, F.; RAMOS, E. Percepción materna del estado nutricional de sus hijos: ¿Es un factor de riesgo para presentar malnutrición por exceso? *Revista Chilena de Pediatría*, Santiago, v. 78, n. 1, p. 20-7, fev. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. *Orientações para a coleta*

e análise de dados antropométricos em serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a. 7 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. *Tabelas das curvas da OMS (2006 e 2007)*. 2008b. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/nutricao/documentos/tabelas_curvas_oms_2006_2007.pdf> Acesso em: 09 abr. 2008.

_____. Ministério da Saúde. DATASUS. *Sistema de Informação de Atenção Básica* – Situação de saúde - Paraná. 2008c. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/cnv/SIABSPR.def> Acesso em: 12 jan. 2008.

_____. Ministério da Saúde. DATASUS. Bolsa Família na Saúde. *Relatório consolidado do Bolsa Família*. 2008d. Disponível em: <http://bolsafamilia.datasus.gov.br/w3c/bfa_relconsol.asp> Acesso em: 07 nov. 2008.

_____. Ministério da Saúde. *Caderneta de saúde da criança*: passaporte da cidadania. 2007a. 84 p. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/nutricao/documentos/caderneta_saude_da_crianca.pdf> Acesso em 09 abr. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política nacional de alimentação e nutrição*. 2. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b. 48 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual de orientações sobre o Bolsa Família na saúde*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007c. 51 p.

_____. Lei nº 11.265, de 3 de janeiro de 2006. Regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes e crianças na primeira infância e também a de produtos de puericultura correlatos. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 4 jan. 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Política nacional de promoção da saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 60 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política nacional de atenção básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. 60 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. *Guia alimentar para a população brasileira:* promovendo a alimentação saudável. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a. 236 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual operacional*: programa nacional de suplementação de ferro. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b. 32 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Política de Alimentação e Nutrição. *Manual de orientações sobre o Bolsa Família na saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005c. 32 p.

_____. Ministério da Saúde. *Vigilância alimentar e nutricional – SISVAN*: orientações básicas para a coleta, o processamento, a análise de dados e a informação em serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. 120 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Agenda de compromisso para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. 80 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Guia prático de preparo de alimentos para crianças menores de 12 meses que não podem ser amamentadas.* Brasília: Ministério da Saúde, 2004c. 50 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. *A promoção da alimentação saudável como instrumento de prevenção e combate ao sobrepeso e obesidade.* Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 15 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde da criança:* acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a. 100 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Organização Pan Americana da Saúde. *Guia alimentar para crianças menores de dois anos.* Brasília: Ministério da Saúde, 2002b. 152 p.

_____. Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002. Cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 11 jul. 2002c.

_____. Resolução nº 53, de 15 de junho de 2000. Dispõe sobre o regulamento técnico para a fixação de identidade e qualidade de mistura à base de farelo de cereais. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 19 jun. 2000.

_____. Decreto nº 3.189, de 04 de outubro de 1999. Fixa diretrizes para o exercício da atividade de Agente Comunitário de Saúde (ACS), e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 05 out. 1999.

_____. Ministério da Saúde. *Norma brasileira de comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância, bicos, chupetas e mamadeiras*. Brasília: s. d. 27 p.

BRITO, A. M. M. et al. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: estudo de um programa de intervenção. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 143-9, 2005.

CAMPOS, A. L. R. de et al. Aspectos nutricionais, psicológicos e sociais de mães de crianças desnutridas. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 71, n. 4, p. 214-18, 1995.

CANESQUI, A. M. A qualidade dos alimentos: análise de algumas categorias da dietética popular. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 20, n. 2, p. 203-16, mar./abr. 2007.

_____. Mudanças e permanências da prática alimentar cotidiana de famílias de trabalhadores. In: CANESQUI, A. M.; GARCIA, R. W. D. (org.). *Antropologia e nutrição:* um diálogo possível. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. Capítulo 9, p. 167-210.

CANESQUI, A. M.; GARCIA, R. W. D. Uma introdução à reflexão sobre a abordagem sociocultural da alimentação. In: _____. *Antropologia e nutrição:* um diálogo possível. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. p. 9-19.

CARVALHAES, M. A. de B. L.; BENÍCIO, M. H. D'A. Capacidade materna de cuidar e desnutrição infantil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 188-97, 2002.

CAVENAGHI, S. M. Características dos domicílios e da população. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. *PNDS 2006*: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Capítulo 1, p. 58-85.

CENTRO DE NUTRIÇÃO RENASCER. *Relatório de atendimento médico*. Guarapuava, 2008.

_____. *Estatuto social do Centro de Nutrição Renascer*. 3. alteração. Guarapuava, 2005. 16 p.

CHAGURI, A. C. Desenvolvimento lúdico. In: RICCO, R. G.; DEL CIAMPO, L. A.; ALMEIDA, G. A. N. de. *Puericultura*: princípios e práticas – atenção integral à saúde da criança. São Paulo: Atheneu, 2000. Capítulo 20, p. 201-8.

CLARO, R. M. et al. Renda, preço dos alimentos e participação de frutas e hortaliças na dieta. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 557-64, 2007.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE - CNDSS. *As causas sociais das iniqüidades em saúde no Brasil*: relatório final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 216 p.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. Multimistura: a posição do CFN. *Revista CFN/Conselho Federal de Nutricionistas*, Brasília, ano III, n. 6, p. 9, 2002.

CORBO, A. D'A.; MOROSINI, M. V. G. C. Saúde da família: história recente da reorganização da atenção à saúde. In: FIOCRUZ. *Textos de apoio em políticas de saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. Capítulo, 7, p. 157-81.

CUNHA, E. M. G. de P. da.; JAKOB, R. O. S. E. Saúde das Crianças. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. *PNDS 2006*: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Capítulo 8, p. 207-41.

DANIEL, J. M. P.; CRAVO, V. Z. O valor social e cultural da alimentação. In: CANESQUI, A. M.; GARCIA, R. W. D. (org.). *Antropologia e nutrição:* um diálogo possível. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. Capítulo 3, p. 57-68.

DE CARLI, E. F. R. de S. *Histórico do Centro de Nutrição Renascer*. Guarapuava, s.d. 8 p.

DÍAZ, M. Percepción materna del estado nutritivo de sus hijos obesos. *Revista Chilena de Pediatría,* Santiago, v. 71, n. 4, p. 316-20, jul. 2000.

DOMENE, S. M. A. et al. Perfil nutricional de crianças e suas mães em bolsões de pobreza do município de Campinas, SP – 1996. *Revista de Nutrição,* Campinas, v. 12, n. 2, p. 183-89, mai./ago. 1999.

DURHAM, E. R. Família e reprodução humana. In: DURHAM, E. R. et al. *Perspectivas antropológicas da mulher 3*. Rio de Janeiro: Zahar, 1983. p. 15-43.

DYTZ, J. L. G.; ROCHA, S. M. M. O modo de vida da mãe e a saúde infantil. *Revista Brasileira de Enfermagem,* Brasília, v. 55, n. 2, p. 151-6, 2002.

FERNANDES, B. S. Nova abordagem para o grave problema da desnutrição infantil. *Estudos Avançados,* São Paulo, v.17, n. 48, p. 77-92, mai./ago. 2003.

FERNANDES, S. F. et al. *Vencendo a desnutrição:* abordagem clínica e preventiva. São Paulo: Salus Paulista, 2002. 157 p. (Coleção vencendo a desnutrição, 3).

FIGUEIRAS, A. C. et al. *Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI*. Washington, DC: OPAS, 2005. 54 p. (Série OPS/FCH/CA/05.16.P).

FONSECA, A. M. M. da.; ROQUETE, C. Proteção social e programas de transferência de renda: o Bolsa-Família. In: VIANA, A. L. d'A.; ELIAS, P. E. M.; IBAÑEZ, N. (org.). *Proteção social*: dilemas e desafios. São Paulo: Hucitec, 2005. p. 123-49.

FROTA, M. A.; BARROSO, M. G. T. Repercussão da desnutrição infantil na família. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 996-1000, nov./dez. 2005.

GARCIA, R. W. D. A antropologia aplicada às diferentes áreas da nutrição. In: CANESQUI, A. M.; GARCIA, R. W. D. (org.). *Antropologia e nutrição:* um diálogo possível. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005a. Capítulo 14, p. 275-86.

_____. Alimentação e saúde nas representações e práticas alimentares do comensal urbano. In: CANESQUI, A. M.; GARCIA, R. W. D. (org.). *Antropologia e nutrição:* um diálogo possível. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005b. Capítulo 10, p. 211-25.

GARZA, C.; ONIS, M. de. Rationale for developing a new international growth reference. In: ONIS, M. de et al. The WHO Multicentre Growth Reference Study (MGRS): rationale, planning and implementation. *Food and Nutrition Bulletin*, The United Nations University, v. 25, n. 1, p. 5-14, 2004.

GENOVESI, S. et al. Maternal perception of excess weight in children: a survey conducted by paediatricians in the province of Milan. *Acta Paediatrica*, Oslo, v. 94, n.6, p. 747-52, jun. 2005.

GIUGLIANI, E. R. J. et al. Percepção materna sobre adequação do peso e da altura de crianças menores de 5 anos em uma vila periférica de Porto Alegre. *Revista do HCPA & Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, v. 10, n. 2, p. 70-3, 1990.

GIUGLIANI, E. R. J.; VICTORA, C. G. Alimentação complementar. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 76, n. 3, p. 253-61, 2000.

GOMES, P. T. T. *Práticas alimentares de crianças menores de um ano que compareceram na segunda etapa da campanha nacional de vacinação nos postos de saúde fixos da cidade de Guarapuava-PR, em 2004*. 2005. 126 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

GUARAPUAVA. Secretaria Municipal de Saúde. *Plano municipal de saúde 2008 – 2009*: mais saúde pra você. Guarapuava, 2008a.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório de atendimento diário*: nível médio. Guarapuava, dez. 2008b.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório de atendimento diário*: nível superior. Guarapuava, dez. 2008c.

HERNÁNDEZ, J. C. Patrimônio e globalização: o caso das culturas alimentares. In: CANESQUI, A. M.; GARCIA, R. W. D. (org.). *Antropologia e nutrição:* um diálogo possível. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. Capítulo 7, p. 129-45.

HIRSCHLER, V. et al. Cómo perciben las madres de niños de jardín de infantes a sus hijos con sobrepeso? *Archivos Argentinos de Pediatría,* Buenos Aires, v. 104, n. 3, p. 221-26, jun. 2006.

iPONS, S. C. Pontos de partida teórico-metodológicos para o estudo sociocultural da alimentação em um contexto de transformação. In: CANESQUI, A. M.; GARCIA, R. W. D. (org.). *Antropologia e nutrição:* um diálogo possível. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. Capítulo 6, p. 101-26.

JAIN, A. et al. Why don't low-income mothers worry about their preschoolers being overweight? *Pediatrics,* Evanston, v. 107, n. 5, p. 1138-46, mai. 2001.

KASEMSUP, R.; REICKS, M. The relationship between maternal child-feeding practices and overweight in Hmong preschool children. *Ethnicity & Disease,* Atlanta, v. 16, n. 1, p. 187-93, 2006.

LARA, M. C. de A. Violência e vitimização da criança. In: RICCO, R. G.; DEL CIAMPO, L. A.; ALMEIDA, G. A. N. de. *Puericultura*: princípios e práticas – atenção integral à saúde da criança. São Paulo: Atheneu, 2000. Capítulo 21, p. 209-17.

LAZZERI, G. et al. Nutritional surveillance in Tuscany: maternal perception of nutritional status of 8-9 y-old school-children. *Journal of Preventive Medicine and Hygiene,* Genova, v. 47, n. 1, p. 16-21, mar. 2006.

LIMA, A. L. L. de et al. Avaliação antropométrica do estado nutricional de crianças e mulheres em idade fértil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. *PNDS 2006*: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Capítulo 10, p. 252-62.

LOPES, M. do S. V.; MACHADO, M. de F. A. S.; VIEIRA, N. F. C. Percepção das mães sobre a perda de peso e desnutrição dos filhos. *Revista Nursing,* São Paulo, v. 57, n. 6, p. 30-4, fev. 2003.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. *Fundamentos de metodologia científica*. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2007. 320 p.

MAY, A. L. et al. Child-feeding strategies are associated with maternal concern about children becoming overweight, but not children's weight status. *Journal of the American Dietetic Association,* Chicago, v. 107, n. 7, p. 1167-74, jul. 2007.

MAYNARD, L. M. et al. Maternal perceptions of weight status of children. *Pediatrics,* Evanston, v. 111, n. 5, p. 1226-31, mai. 2003.

MINAYO, M. C. de S. *Pesquisa social:* teoria, método e criatividade. 25. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007. 108 p.

_____. *O desafio do conhecimento:* pesquisa qualitativa em saúde. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. 406 p.

MONTE, C. M. G. Desnutrição: um desafio secular à nutrição infantil. *Jornal de Pediatria,* Rio de Janeiro, v. 76, n. 3, p. 285-97, 2000.

MONTE, C. M. G.; GIUGLIANI, E. R. J. Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno. *Jornal de Pediatria,* Rio de Janeiro, v. 80, n. 5, p. 131-41, 2004.

MONTEIRO, C. A. A dimensão da pobreza, da desnutrição e da fome no Brasil. *Estudos Avançados,* São Paulo, v. 17, n. 48, p. 7-20, mai./ago. 2003.

MONTEIRO, C. A.; CONDE, W. L. Tendência secular da desnutrição e da obesidade na infância na cidade de São Paulo (1974-1996). *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 34, s. 6, p. 52-61, 2000a.

_____. Tendência secular do crescimento pós-natal na cidade de São Paulo (1974-1996). *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 34, s. 6, p. 41-51, 2000b.

MONTEIRO, C. A.; NAZÁRIO, C. de L. Evolução de condicionantes ambientais da saúde na infância na cidade de São Paulo (1984-1996). *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 34, s. 6, p. 13-8, 2000.

NACIF, M.; VIEBIG, R. F. *Avaliação antropométrica nos ciclos da vida*: uma visão prática. São Paulo: Metha, 2007. 137 p.

NASCIMENTO, E. P. L.; CORREA, C. R. da S. O agente comunitário de saúde: formação, inserção e práticas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1304-13, jun. 2008.

OLVERA, N.; SUMINSKI, R.; POWER, T. G. Intergenerational perceptions of body image in hispanics: role of BMI, gender, and acculturation. *Obesity Research,* Baton Rouge, v. 13, n. 11, p. 1970-79, nov. 2005.

ONIS, M. de.; VICTORA, C. G. Gráficos de crescimento para bebês alimentados com leite materno. Editorial. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 80, n. 2, p. 85-7, 2004.

ONIS, M. de et al. The WHO Multicentre Growth Reference Study: planning, study design and methodology. In: _____. The WHO Multicentre Growth Reference Study (MGRS): rationale, planning and implementation. *Food and Nutrition Bulletin*, The United Nations University, v. 25, n. 1, p. 15-26, 2004a.

_____. Measurement and standardization protocols for anthropometry used in the construction of a new international growth reference. In: _____. The WHO Multicentre Growth Reference Study (MGRS): rationale, planning and implementation. *Food and Nutrition Bulletin*, The United Nations University, v. 25, n. 1, p. 27-36, 2004b.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. *Melhorando a saúde das crianças*. AIDPI: o enfoque integrado. Brasília: OPAS/AIDPI, 2000. 38 p.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION - PAHO. World Health Organization. Division of Health Promotion and Protection. Food and Nutrition Program. *Guiding principles for complementary feeding of the breastfed child*. Geneva: WHO, 2004. 37 p.

PARANÁ. Secretaria de Estado do Planejamento e Coordenação Geral. IPARDES - Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. *Caderno estatístico*: município de Guarapuava. Curitiba, jan. 2009. 28 p.

_____. *Programa Leite das Crianças*: diminuição da desnutrição infantil. Lista de beneficiários por ponto de recebimento. Guarapuava, nov. 2008.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenação de Vigilância Nutricional. *Sistema de vigilância alimentar e nutricional SISVAN – Paraná*. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/vigilancianutricional/index.html> Acesso em: 10 out. 2007.

_____. *Programa "Leite das Crianças*: diminuição da desnutrição infantil" e dá providências correlatas. Curitiba, 2004. 15 p.

_____. *Leite das Crianças*: diminuição da desnutrição infantil. 2003. Disponível em: <http://www3.pr.gov.br/e-parana/atp/programaleite/apresenta.php> Acesso em: 08 nov. 2008.

PASTORAL DA CRIANÇA. Sistema de Informação da Pastoral da Criança. *Relatório extrato de indicadores, abrangência por município, comparação entre os trimestres 3/2008 e 3/2007*. Disponível em: <http://www.pastoraldacrianca.org.br/organizacao/estat_mun.php> Acesso em: 14 dez. 2008.

_____. *Resgate histórico*: primeiros conceitos de multimistura de alimentos na Pastoral da Criança. Curitiba, n. 29, jul. 2005. Disponível em: <http://www.pastoraldacrianca.org.br/htmltonuke.php?filnavn=dicas/dicas_multimistura.htm > Acesso em: 11 nov. 2008.

_____. *Promovendo a vida plena para todas as crianças*. 2003. Disponível em: <http://www.pastoraldacrianca.com.br/index.php> Acesso em: 11 nov. 2008.

PAULO, I. M. A.; MADEIRA, A. M. F. Ter um filho desnutrido: o significado para as mães. *Revista Mineira de Enfermagem*, Belo Horizonte, v. 10, n. 1, p. 12-7, jan./mar. 2006.

PIPES, P. L. Nutrição durante a lactância. In: MAHAN, L. K.; ESCOTT-STUMP, S. *Krause*: alimentos, nutrição e dietoterapia. 9. ed. São Paulo: Roca, 1998. Capítulo 10, p. 213-30.

POULAIN, J. P.; PROENÇA, R. P. da C. O espaço social alimentar: um instrumento para o estudo dos modelos alimentares. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 16, n. 3, p. 245-56, jul./set. 2003.

PRADO, S. R. L. de A.; FUJIMORI, E. Conhecimento materno/familiar sobre o cuidado prestado à criança doente. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 59, n. 4, p. 492-6, jul./ago. 2006.

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

_____. Paternidade em famílias de camadas médias. *Revista Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Rio de Janeiro, ano 3, n. 2, p. 79-95, 2003.

_____. A entrevista antropológica: troca e alteridade. In: ROMANELLI, G.; BIASOLI-ALVES, Z. M. M. *Diálogos metodológicos sobre prática de pesquisa*. Ribeirão Preto: Legis Summa/CAPES, 1998. p. 119-33.

ROMANI, S. de A. M.; LIRA, P. I. C. de. Fatores determinantes do crescimento infantil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 4, n. 1, p. 15-23, jan./mar. 2004.

ROSSETTI-FERREIRA, M. C. Virar gente: reflexões sobre o desenvolvimento humano. In: _____. *Os fazeres na educação infantil*. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2007. Capítulo 4, p. 34-7.

ROTENBERG, S.; DE VARGAS, S. Práticas alimentares e o cuidado da saúde: da alimentação da criança à alimentação da família. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 4, n. 1, p. 85-94, jan./mar. 2004.

SAELENS, B. E.; ERNST, M. M.; EPSTEIN, L. H. Maternal child feeding practices and obesity: a discordant sibling analysis. *International Journal of Eating Disordes*, Nova Iorque, v. 27, n. 4, p. 459-63, mai. 2000.

SALDIVA, S. R. D. M. et al. Práticas alimentares de crianças de 6 a 12 meses e fatores maternos associados. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 83, n. 1, p. 53-8, 2007.

SALVE, J. M. *Estudo das representações sociais de mães sobre a introdução e a escolha de alimentos complementares para lactentes.* 2008. 114 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

SEGALL-CORRÊA, A. M.; MARÍN-LEÓN, L. Amamentação e alimentação. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento

de Ciência e Tecnologia. *PNDS 2006*: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Capítulo 9, p. 242-51.

SIZER, F.; WHITNEY, E. A nutrição e o ciclo vital: a mãe e o lactente. In: _____. *Nutrição*: conceitos e controvérsias. 8. ed. Barueri, SP: Manole, 2003. Capítulo 12, p. 431-62.

SPYRIDES, M. H. C. et al. Efeito das práticas alimentares sobre o crescimento infantil. *Revista Brasileira de Nutrição Materno Infantil*, Recife, v. 5, n. 2, p. 145-53, abr./jun. 2005.

TIGGEMANN, M.; LOWES, J. Predictors of maternal control over children's eating behaviour. *Appetite*, Londres, v. 39, n. 1, p. 1-7, ago. 2002.

TONIAL, S. R. *Desnutrição e obesidade:* faces contraditórias na miséria e na abundância. Recife: Instituto Materno Infantil de Pernambuco, 2001. 189 p.

TRAD, L. A. B.; BASTOS, A. C. de S. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 429-35, abr./jun. 1998.

UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND - UNICEF. *Situação mundial da infância 2008*: caderno Brasil. Brasília: UNICEF, jan. 2008. 64 p.

_____. *Situação mundial da infância 2008*: sobrevivência infantil. Brasília: UNICEF, dez. 2007. 164 p.

VALENTE, F. et al. *Curso formação em direito humano à alimentação adequada:* no contexto da segurança alimentar e nutricional, Módulo I: segurança alimentar e nutricional (SAN) e o direito humano à alimentação adequada, Lerni ambiente colaborativo de aprendizagem: no ar desde 06 de agosto de 2007. Disponível em: <http://www.lerni.com.br/cursos/dhalimentacao/textos/modulo1.pdf> Acesso em: 10 ago. 2007. 30 p.

VICTORA, C. G. et al. Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital. *The Lancet*, London, v. 371, n. 9609, p. 340-57, jan. 2008.

VICTORA, C. G.; ARAUJO, C. L.; ONIS, M. de. *Uma nova curva de crescimento para o século XXI*. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/nutricao/documentos/nova_curva_cresc_sec_xxi.pdf> Acesso em: 05 out. 2007.

VITOLO, M. R. *Nutrição:* da gestação à adolescência. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2003. 322 p.

VITOLO, M. R. et al. Alguns fatores associados a excesso de peso, baixa estatura e déficit de peso em menores de 5 anos. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 84, n. 3, p. 251-7, 2008.

WIJNHOVEN, T. M. A. et al. Assessment of gross motor development in the WHO Multicentre Growth Reference Study. In: ONIS, M. de et al. The WHO Multicentre Growth Reference Study (MGRS): rationale, planning and implementation. *Food and Nutrition Bulletin*, The United Nations University, v. 25, n. 1, p. 37-45, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. *Guiding principles for feeding non-breastfed children 6-24 months of age*. Geneva: WHO, 2005. 40 p.

_____. Department of Nutrition for Health and Development. *Complementary feeding*: family foods for breastfed children. Geneva: WHO, 2000a. 52 p.

_____. Department of Child and Adolescent Health and Development. *Management of the child with a serious infection or severe malnutrition*: guidelines for care at the first-referral level in developing countries. Geneva: WHO, 2000b. 175 p.

_____. Infants and children. In: _____. *Physical status*: the use and interpretation of anthropometry. Geneva: WHO, n. 854, 1995. Capítulo 5, p. 111-75.

ZAMBERLAN, M. A. T. Interação mãe-criança: enfoques teóricos e implicações decorrentes de estudos empíricos. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 7, n. 2, p. 399-406, 2002.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Roteiro de observação participante

- Horários da alimentação da criança.

- Alimentos oferecidos à criança (o que a família utiliza, o que a criança ingere, alimentos da região, alimentos no café da manhã, almoço ou outras refeições).

- Forma de preparo dos alimentos oferecidos à criança (quem prepara, o que prepara, como prepara).

- A refeição para a criança (onde a criança se alimenta, quem oferece, a criança come sozinha, come em frente à televisão, como é a interação entre mãe-criança, como é a participação de membros da família, como foi ou é a amamentação da criança).

- Armazenamento e conservação dos alimentos oferecidos à criança.

- Aspectos de higiene dos alimentos, dos equipamentos, do ambiente e pessoal.

- Aspectos da moradia e da família (condições do ambiente, número de cômodos, como é a cozinha, sua organização, composição da família, quem reside na casa, número de crianças, escolaridade da mãe, idade materna, idade das crianças).

- Presença de equipamentos, fogão, geladeira, entre outros utensílios e recursos (como é a utilização, como associam a renda da família e o trabalho/emprego à obtenção dos alimentos, há outros recursos obtidos de programas governamentais, que programas a família está vinculada).

APÊNDICE 2 – Roteiro de entrevista

1. Na sua opinião, o que você acha que é importante para uma criança crescer e se desenvolver bem?

2. Na sua opinião, o que é uma criança bem nutrida?

4. Como a mãe e a família podem fazer para a sua criança ficar bem nutrida?

5. Você já ouviu falar em desnutrição? O que é que faz com que a criança fique desnutrida?

6. Quando a sua criança está próxima de outras crianças da mesma idade, você costuma comparar o peso e o tamanho dela com o das outras crianças? Como é esta situação?

7. Você gostaria de sugerir algo?

APÊNDICE 3 – Termo de consentimento livre e esclarecido

Título da Pesquisa: Percepção materna sobre o estado nutricional de seus filhos menores de dois anos de idade

Meu nome é Paula Chuproski, sou aluna do Curso de Pós-Graduação de Enfermagem e gostaria de saber se você poderia participar de uma pesquisa. A minha professora orientadora é a Débora Falleiros de Mello, enfermeira e professora da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. O objetivo deste trabalho é estudar como você percebe o peso do seu filho (a) e observar como você cuida da alimentação dele (a). Para isso, eu pretendo estar com você e sua criança em alguns momentos da alimentação dela, observando como você prepara e serve a alimentação. Além disso, eu gostaria de conversar (entrevista) com você, e caso concorde, gravarei nossa conversa para que eu não esqueça nada do que foi dito. Caso não queira que a conversa seja gravada, escreverei o que você fala e depois faremos a leitura juntas. Toda conversa e observação dos momentos da alimentação da sua criança será mantida em segredo (anonimato). A qualquer momento você poderá deixar de participar da pesquisa e isso não vai interferir no seu tratamento e de sua família na unidade de saúde.

Caso você queira se comunicar conosco o endereço é Departamento de Nutrição da UNICENTRO, CEDETEG, na Rua Camargo Varela de Sá, nº 03, telefone (42) 3629-8182.

_____

Paula Chuproski
Aluna de Pós-Graduação da Esc. de Enf. de Ribeirão Preto da USP

Eu, _____ aceito participar do projeto de pesquisa “Percepção materna sobre o estado nutricional de seus filhos menores de dois anos de idade”. Estou ciente de que a entrevista será gravada, as informações serão mantidas em segredo e caso decida que não deva mais participar, em qualquer momento, tenho a liberdade de retirar o meu consentimento. Recebi uma cópia deste documento e tive a oportunidade de discuti-lo com a interessada.

_____

Assinatura da mãe

Data: _____/_____/_____