UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

**Representação social de mulheres/mães sobre as
práticas alimentares de crianças menores de um ano**

JULIANA STEFANELLO

Ribeirão Preto

2008

JULIANA STEFANELLO

**Representação social de mulheres/mães sobre as
práticas alimentares de crianças menores de um ano**

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública, inserida na linha de pesquisa Assistência à Saúde da Mulher no Ciclo Vital.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Márcia Spanó Nakano

Ribeirão Preto

2008

FICHA CATALOGRÁFICA

Stefanello, Juliana

Representação social de mulheres/mães sobre as práticas alimentares de crianças menores de um ano. Ribeirão Preto, 2008.

198f. : il. ; 30cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP - Área de concentração: Saúde Pública.

Orientadora: Nakano, Ana Márcia Spanó.

1. Saúde materno-infantil. 2. Aleitamento materno. 3. Alimentação artificial. 4. Cultura.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Juliana Stefanello

Representação social de mulheres/mães sobre as práticas alimentares de crianças menores de um ano

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública, inserida na linha de pesquisa Assistência à Saúde da Mulher no Ciclo Vital.

Aprovada em:

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. _____
Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____
Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____
Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____
Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____
Instituição: _____ Assinatura: _____

Minha Dedicatória

A todos os que amo e fazem parte da minha vida, os quais sempre acreditaram em mim e não mediram esforços para que esta etapa pudesse se concretizar. É a força do amor de cada um de vocês que me dá coragem para vencer novos desafios.

A todos aqueles que, em sua vida profissional, conseguem articular as dimensões biológica, psicológica, social e cultural e fazem desta prática clínica ampliada a única possibilidade de alcançar uma assistência humanizada e de qualidade.

Meus Agradecimentos

A Deus, presença constante que norteia meu caminhar.

A todos os meus familiares, pelo apoio e incentivo determinantes na minha vida e na realização deste estudo.

À minha orientadora e colega, Profa. Dra. Ana Márcia Spanó Nakano, por me mostrar, com seu conhecimento, competência, disponibilidade e amizade, que sempre existe um outro ângulo a ser olhado e que, sendo assim, as possibilidades não se esgotam.

Às mulheres deste estudo, pelos ensinamentos de vida, de ser mulher, de ser mãe e de cuidar, que trouxeram mais luz ao meu olhar.

Às Profas. Dras. Marli Villela Mamede e Marta Neves Campanelli M. Vieira pelas contribuições e sugestões durante o exame de qualificação.

Aos colegas docentes e funcionários do Departamento Materno-Infantil e Saúde Pública, em especial às colegas da área de Saúde da Mulher. A vocês, a minha admiração e amizade.

A todos os meus amigos que, de perto ou de longe, sempre estiveram presentes, agradeço pela amizade, companheirismo e carinho.

À UBDS da Vila Virgínia, em especial à equipe de enfermagem, pela disponibilidade e acolhimento.

A todos os colegas e funcionários da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto pelo apoio e atenção dispensada.

A todas as pessoas que, de alguma maneira, contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional, durante a realização deste estudo.

“Não comemos com nossos dentes e não digerimos com nosso estômago; comemos com nosso espírito, degustamos segundo as normas culturais ligadas ao sistema de trocas recíprocas que está na base de toda vida social.”

(Moulin, 1975)

RESUMO

STEFANELLO, J. **Representação social de mulheres/mães sobre as práticas alimentares de crianças menores de um ano**. 2008. 198f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

As práticas alimentares da criança menor de um ano trazem inúmeras particularidades que transcendem o biológico e, portanto requerem ser analisadas nas dimensões culturais, psicológicas, sociais e econômicas. Desta forma, buscou-se compreender quais as representações sociais das mulheres/mães sobre as práticas alimentares das crianças menores de um ano. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, desenvolvida com 15 mulheres/mães de crianças menores de um ano e usuárias de um serviço da rede básica de saúde de Ribeirão Preto-SP. A coleta de dados foi através de entrevistas semi-estruturadas gravadas e transcritas na íntegra e registros de imagens do contexto social da alimentação da criança, fotografadas pelas mães. A coleta se deu após o consentimento livre e esclarecido, no domicílio dos sujeitos. O conteúdo foi categorizado com base na técnica de análise de conteúdo, modalidade temática, e as fotografias possibilitaram uma análise complementar. À luz das representações sociais na perspectiva socioantropológica, analisou-se como as mulheres, enquanto agentes do cuidado infantil, em especial da alimentação do filho, atuam nas diversas dimensões do “espaço social alimentar”. Depreenderam-se quatro categorias temáticas: 1) *O contexto de construção das práticas da alimentação infantil: a alimentação da família*; 2) *A alimentação da criança no primeiro ano de vida*; 3) *Pessoas tidas como referência para as práticas alimentares infantis* e 4) *A alimentação e a saúde da criança*. A alimentação é a primeira socialização dos indivíduos, e a família é tradicionalmente o locus no qual a aprendizagem social se dá, tendo os pais, particularmente as mães, a função de primeiros educadores alimentares. As mães fornecem os sentidos e ideologias que sustentam e determinam as decisões alimentares, desde o primeiro alimento recebido, o leite materno, até a introdução à comida da família. O comportamento alimentar da criança está delimitado por condicionantes fisiológicos, como as alternâncias de sensação de fome e saciedade, parâmetros esses manifestados pelas crianças, que guiam as condutas maternas na oferta do peito ao filho e na avaliação de sua capacidade como nutriz, evidenciando a necessidade de introduzir outro leite. Na alimentação complementar, o aspecto socioeconômico tem peso determinante na seleção dos alimentos, assim como o valor do alimento que deve ter *vitaminas* e que sustente a criança. A aceitação da comida, avaliada com base na quantidade ingerida, é entendida como uma preferência da criança, a qual guiará as condutas maternas futuras. Relacionam ainda a aceitação da comida como um comportamento esperado de uma criança saudável. O preparo dos alimentos infantis segue princípios que acreditam ser compatíveis com a fase de desenvolvimento da criança, sendo a textura e consistência valorizadas para evitar engasgos, e ao mesmo tempo encorpadas para garantir a sustância da criança. As práticas alimentares infantis se orientam por saberes que perpassam pela legitimidade do discurso científico e alcançam as subjetividades do conhecimento das mulheres do meio relacional, predominantemente de domínio feminino. A introdução precoce da comida da família, “*a mesma comida que a gente come, ele come*”, é uma prática comum. Assim, as práticas alimentares demonstram estabelecer-se em um universo próprio que vai além do acesso à informação e das condições socioeconômicas, mas perpassam pelos desacordos existentes entre a prática declarada e a prática real, sendo guiadas pelas representações da comida como fonte de saciedade, evitando a fome, dando sustância e deixando a criança com o corpo forte e saudável.

Palavras-chave: Saúde materno-infantil. Aleitamento materno. Alimentação artificial. Cultura.

ABSTRACT

STEFANELLO, J. **Women/Mother's social representation regarding the feeding practices of children under one year of age.** 2008. 198p. Dissertation (Doctorate) – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Ribeirão Preto, 2008.

The feeding practices of children under one year of age take on innumerable particularities that transcend the biological aspect, and, therefore, should be analyzed according to the cultural, psychological, social, and economic dimensions. Hence, the aim of this study was to understand what social representations that women/mothers have toward the feeding practices of children under one year of age. This is a qualitative study, developed with 15 women/mothers of children under one year of age, users of a public health service in the city of Ribeirão Preto, São Paulo State. Data collection was performed using semi-structured interviews, which were recorded and fully transcribed, in addition to photographs of the child's social context in feeding, provided by the mothers. This process took place after receiving consent from the participants at their households. The content was categorized based on content analysis technique, thematic mode, and the photographs allowed for a complementary analysis. Considering the social representations from the social-anthropologic perspective, the authors analyzed how women, as child care agents, particularly regarding their child's feeding practices, act in the various dimensions of the "social feeding environment". Four thematic categories emerged: 1) *The context of constructing child feeding practices: feeding the family*; 2) *Child feeding in the first year of life*; 3) *People considered as a reference for child feeding practices*, and 4) *Child feeding and health*. Eating is a person's first socialization experience, and the family is traditionally the location where social learning takes place. Therefore, parents, particularly mothers, have the role of being the first eating educators. Mothers provide the senses and ideologies that support and determine feeding decisions, from the first food provided, breast milk, to the introduction of food in the family. The child's eating behavior is limited by physiological conditionings, such as alternations between feelings of hunger and satiation. Children demonstrate these parameters, and guide the mother's act of offering her breast to her child and of evaluating her capacity of nursing, which may raise the need of introducing another milk. In complementary feeding, the socioeconomic aspect determines the selection of foods and the value assigned to the food that has the *vitamins* needed to feed the child. The acceptance of food, evaluated based on the amount consumed, is understood as the being a child's preference, and will guide the mother's behaviors in the future. Furthermore, there is an assumption that accepting food is a behavior expected in healthy children. The preparation of child food follows principles that believe to be compatible with the child's stage of development, in which texture and consistency are considered to avoid choking, but are also made thick to assure child nourishment. Child feeding practices are guided by knowledge that skims over the legitimacy of scientific discourse and reaches the subjectivity of the knowledge of women in the relational environment, one that is mainly of feminine domain. The early introduction to family food, "*he eats the same food we eat*" is a common practice. Thus, feeding practices are established in their own universe, which goes beyond access to information and socioeconomic condition. However, they are also subject to the disagreement existing between the declared practice and the real practice, and are guided by the representations of food as a source of satiation, avoiding hunger, providing nourishment, and making the child strong and healthy.

Keywords: Maternal and child health. Breast feeding. Bottle feeding. Culture.

RESUMEN

STEFANELLO, J. **Representación social según las mujeres/madres sobre las prácticas alimenticias en niños menores de un año.** 2008. 198h. Tesis (Doctorado) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

Las prácticas alimenticias en el niño menor de un año, tienen variadas particularidades que van más allá de lo biológico; por lo tanto requieren ser analizadas en sus dimensiones culturales, psicológicas, sociales y económicas. De esta forma, se buscó comprender cuáles son las representaciones sociales sobre las prácticas alimentarias según las mujeres/madres de los niños menores de un año, usuarias de un servicio de la red básica de salud de Ribeirão Preto-SP. La recolección de los datos fue realizada a través de entrevistas semi-estructuradas, grabadas y transcritas en su totalidad; además de registros de imágenes sobre el contexto social de la alimentación del niño, que fueron obtenidos por las mismas madres. La recolección de datos se realizó, posterior al consentimiento libre e informado de los sujetos en su domicilio. El contenido fue clasificado por categorías en base a la técnica de análisis de contenido, modalidad temática; las fotografías permitieron un análisis complementario. En la perspectiva de las representaciones sociales, específicamente en la socio-antropológica, se analizó cómo las mujeres, al ser agentes del cuidado durante la alimentación de su hijo, se comportan en las diversas dimensiones de “espacio social de alimentación”. Se encontraron cuatro categorías temáticas: 1) *El contexto de construcción en las prácticas de alimentación infantil: la alimentación de la familia*, 2) *La alimentación del niño en el primer año de vida*, 3) *Personas que se tienen como referencia para las prácticas alimentarias en la infancia* y 4) *La alimentación y la salud del niño*. La alimentación es la primera forma de socialización del individuo, siendo tradicionalmente la familia el *locus* a través del cual el aprendizaje social se establece. Los padres, en especial la madre, tiene la función de educar con respecto a su alimentación. Las madres brindan los sentidos e ideologías que fundamentan y determinan las decisiones alimenticias desde el primer alimento recibido (la leche materna), hasta la introducción de la comida familiar. El comportamiento alimenticio del niño está delimitado por condicionantes fisiológicas, como los momentos de sentir hambre y saciedad, estados manifestados por el niño, que guían las conductas maternas para ofrecer el pecho materno y para evaluar su capacidad como madre lactante, con relación a la necesidad de complementar con otro tipo de leche. En la alimentación complementaria, el aspecto socioeconómico tiene mucho peso para determinar la selección de los alimentos, así mismo el valor nutritivo del alimento, el cual debe poseer *vitaminas*, que sustentan al niño. La aceptación de comida, evaluada con base a la cantidad ingerida, es comprendida como una preferencia del niño, que guiará las futuras conductas maternas. Aún se relacionan la aceptación de la comida, como un comportamiento que muestra niño saludable. La preparación de los alimentos a los infantes siguen los principios, que consideran ser compatibles con la fase de desarrollo del niño, siendo valoradas la textura y la consistencia de la comida para evitar atragantamientos, al mismo tiempo que debe mantener cuerpo para garantizar la sustancia del alimento. Las prácticas alimenticias en los infantes se orientan por saberes, que sobrepasan lo científico y alcanza la subjetividad del conocimiento de las mujeres en su ambiente relacional, siendo predominantemente de dominio femenino. La introducción precoz de la comida familiar, *“la misma comida que uno come, él come”*, es una práctica común. Siendo así, las prácticas alimenticias demuestran establecerse dentro de un universo propio, que va más allá de la obtención de información y de las condiciones socioeconómicas, no obstante, surgen desacuerdos existentes entre la práctica mencionada y la realizada, las que son guiadas por las representaciones de la comida, como fuente de saciedad, evitando el hambre, ofreciendo sustancias y dejando al niño con el cuerpo fuerte y saludable.

Palabras claves: Salud materno-infantil. Lactancia materna. Alimentación artificial. Cultura.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1.....	76
FIGURA 2.....	88
FIGURA 3.....	92
FIGURA 4.....	94
FIGURA 5.....	101
FIGURA 6.....	102
FIGURA 7.....	103
FIGURA 8.....	104
FIGURA 9.....	106
FIGURA 10.....	109
FIGURA 11.....	109
FIGURA 12.....	110
FIGURA 13.....	111
FIGURA 14.....	112
FIGURA 15.....	115
FIGURA 16.....	115
FIGURA 17.....	117
FIGURA 18.....	117
FIGURA 19.....	119
FIGURA 20.....	119
FIGURA 21.....	120
FIGURA 22.....	121
FIGURA 23.....	122
FIGURA 24.....	122
FIGURA 25.....	124
FIGURA 26.....	125
FIGURA 27.....	125
FIGURA 28.....	129
FIGURA 29.....	130
FIGURA 30.....	131

FIGURA 31.....	132
FIGURA 32.....	133
FIGURA 33.....	134
FIGURA 34.....	139
FIGURA 35.....	140
FIGURA 36.....	140
FIGURA 37.....	141

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	13
2	INTRODUÇÃO	19
3	DELINEANDO O OBJETO DE ESTUDO.....	26
3.1	A alimentação de crianças menores de um ano - ampliando o olhar para as questões da construção cultural das práticas alimentares	26
3.2	A participação da mulher/mãe nas práticas alimentares de crianças menores de um ano - dinâmicas e lógicas socioculturais	33
4	OBJETIVOS DO ESTUDO	42
5	REFERENCIAL TEÓRICO	44
5.1	O espaço social alimentar	44
5.2	A Representação Social na perspectiva sociocultural	46
6	METODOLOGIA	53
6.1	O cenário do estudo.....	54
6.2	Os sujeitos do estudo	55
6.3	A coleta dos dados.....	56
6.4	A análise dos dados.....	58
7	RESULTADOS.....	62
7.1	Perfil dos sujeitos do estudo	63
7.2	O contexto de construção das práticas da alimentação infantil: a alimentação da família	70
7.3	A alimentação da criança no primeiro ano de vida.....	82

7.4	Pessoas tidas como referência para as práticas alimentares infantis	142
7.5	A alimentação e a saúde da criança	151
8	REPRESENTAÇÃO SOCIAL DE MULHERES/MÃES SOBRE AS PRÁTICAS ALIMENTARES DE CRIANÇAS MENORES DE UM ANO: “ENCHER A BARRIGA, FICAR FORTÃO E SAUDÁVEL	160
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS	173
	REFERÊNCIAS.....	179
	APÊNDICES	193
	ANEXO	198

APRESENTAÇÃO

Capítulo 1

APRESENTAÇÃO

Ainda durante o Curso de Graduação em Enfermagem, ao presenciar pela primeira vez um parto, fui tomada por um sentimento mágico de plenitude inesquecível, porém, ao mesmo tempo, me senti tão decepcionada com a banalização na qual foi assistido que eu tentava achar uma resposta ao porquê, em um momento tão especial, é subestimado em prol de técnicas e procedimentos, além de ser visto pelas mulheres como um sinônimo de dor e sofrimento.

Comecei a me questionar sobre o que era preciso fazer para tornar o processo de parturição mais humano e para que a parturiente o recordasse como algo positivo. Diante destas crescentes indagações e acreditando que no dia-a-dia de nossa profissão podemos, por meio do acolhimento e da valorização da mulher, dar novas perspectivas ao parto e à maternidade como um todo, é que se intensificou meu interesse pela área de saúde da mulher.

Buscando novos conhecimentos e a vivência prática da assistência à mulher na fase reprodutiva, optei por realizar o Estágio Curricular Supervisionado II em uma maternidade reconhecida como modelo na qualidade assistencial e na humanização do atendimento prestado ao binômio mãe e filho – a Maternidade Darcy Vargas em Joinville, Santa Catarina.

No meu Trabalho de Conclusão de Curso, também na área de saúde da mulher, discorro sobre a humanização na assistência ao parto, especialmente por

estarmos vivendo num tempo em que o nascer distancia-se de valores antes considerados régios, no qual a tecnologia vem sobrepujando as relações interpessoais, carentes, então, de humanização.

Iniciei-me na prática da enfermagem obstétrica, como enfermeira do Curso de Residência em Enfermagem Obstétrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, em um momento de amplo questionamento do modelo assistencial dominante baseado em princípios tecnocráticos e intervencionistas. A proposição da humanização surge com o grande desafio de resgatar a autonomia da mulher e das relações igualitárias entre esta e o profissional de saúde. Questiona-se o papel de certas práticas consideradas de “rotina”, além de reconhecer a necessidade de comprovação científica das mesmas ou das novas práticas propostas, para que permita aumentar a segurança e o bem-estar da mulher e do recém-nascido.

As reflexões sobre essas questões impulsionaram-me para a pesquisa nesta área e, no convívio com gestantes, parturientes e puérperas, durante o período que fui residente na Maternidade do Complexo Aeroporto (MATER), em que pude observar que havia uma valorização nos cuidados e controles na fase da gestação, de modo a garantir a higidez do feto, tendo como ápice do cuidado a resolução do parto. Observei, entretanto, que o puerpério é uma fase em que o cuidado está centrado na amamentação, ficando a atenção à saúde da mulher relegada a um segundo plano. Assim, desenvolvi meu estudo monográfico sobre o cuidado de enfermagem a esta fase, intitulado de “Consulta de puerpério: uma análise de prontuários”, buscando compreender quais aspectos da fase puerperal são considerados durante a consulta pós-parto e quais são identificados como

problemas/intercorrências, bem como as bases conceituais que fundamentam o cuidado. Os resultados desse estudo evidenciaram a visão fragmentada e reducionista do cuidado, no qual as ações estão pautadas no risco patológico obstétrico (hemorragia e infecção) e na adequação da mulher ao exercício da amamentação.

Vale considerar que, apesar disso, a iniciativa de oferecer consulta pós-parto pela MATER vem minimizar o quadro de desatenção à mulher nesta fase, visto que existe uma descontinuidade de atenção no cuidado à mulher/puérpera no município, após a alta hospitalar, onde as consultas na Rede Básica de Saúde são agendadas muito tardiamente.

Terminando a especialização em 2003, ingressei no Mestrado na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, a fim de dar continuidade a minha formação e, principalmente, pelo meu interesse em seguir a carreira acadêmica. Meus estudos durante o Mestrado continuaram na área de saúde da mulher, mais precisamente com a fase puerperal. Sob a orientação da Profa. Dra. Ana Márcia Spanó Nakano desenvolvi a dissertação “A vivência do cuidado no puerpério: as mulheres construindo-se como mães”, na qual buscamos compreender como se estabelece o cuidado na fase puerperal, no contexto familiar.

Entendo ser fundamental incorporar o meio relacional das puérperas, o contexto social onde se encontram e suas vivências. Parti do princípio de que era preciso compatibilizar a racionalidade técnico-científica e a cultura, para que o cuidado se efetive, ou seja, é preciso encontrar um “meio-termo” entre nosso saber dito científico e o saber das mulheres. No conjunto das práticas de cuidado na fase

puerperal, predominam as crenças e tabus com destaque aos relacionados às práticas alimentares maternas. A exclusão de certos alimentos que são fontes de nutrientes essenciais, por considerá-los como impróprios, ou mesmo o estímulo ao consumo de outros, considerados prejudiciais, puderam ser observados. Entendo que as influências culturais nas condutas alimentares das puérperas se refletem no seu estado nutricional, bem como no estado nutricional da criança. A alimentação da criança no primeiro ano de vida guarda uma relação direta com a mãe, através do aleitamento materno. É ainda neste primeiro ano de vida, e estendendo para toda a infância, que o papel da mãe é decisivo na incorporação dos hábitos alimentares. A introdução dos alimentos, no primeiro ano de vida, demarca o padrão de consumo de alimentos com reflexos nas condições nutricionais da criança, não só para o momento considerado como na sua condição futura de adulto.

Levando-me por esta inquietação e diante da oportunidade de participar como pesquisadora da pesquisa multicêntrica: “Deficiência de ferro em crianças de três a doze meses: compreensão de determinantes biológicos, sociais e suas implicações para o incentivo ao aleitamento materno exclusivo” a qual foi realizada em serviços de saúde de três municípios: São Paulo, Rio de Janeiro e Ribeirão Preto é que nasceu a motivação para investigar as representações sociais das práticas alimentares desenvolvidas por mães de crianças menores de um ano, o que constitui o meu objeto de estudo ora apresentado.

O inquérito sobre a alimentação das crianças menores de um ano atendidas na Unidade Básica e Distrital de Saúde (UBDS) da Vila Virgínia no serviço de puericultura, campo de estudo da pesquisa multicêntrica em Ribeirão Preto, revelou-

nos aspectos preocupantes sobre o estado nutricional destas crianças, quando se analisam tipos de alimentos ofertados e idade da criança, no momento de consumo do mesmo. Para além da dimensão nutricional do alimento ofertado pela mãe à criança, propomo-nos a compreender tal prática materna segundo os preceitos socioculturais a esta associados, o que na maioria dos estudos deixa de ser contemplado.

INTRODUÇÃO

Capítulo 2

2 INTRODUÇÃO

As políticas na área da saúde da mulher e da criança têm colocado o aleitamento materno como de extrema relevância social, particularmente para as classes menos favorecidas economicamente, nas quais a amamentação deve ser amplamente estimulada, por ser vital à sobrevivência das crianças no primeiro ano, em razão das condições desfavoráveis de vida que trazem implicações à saúde infantil. O desmame precoce nestas crianças ganha magnitude de problema de saúde pública, colocando-as em risco de agravo à saúde por diarreias, desnutrição crônica e desidratação, aumentando os índices de morbimortalidade infantil.

Considerações teóricas e práticas dessa natureza têm sustentado movimentos em prol desta prática. A amamentação vem sendo estimulada por meio de inúmeras iniciativas governamentais e não-governamentais, com objetivo de se alcançarem níveis de aleitamento materno exclusivo para crianças até os seis meses de idade e a sua manutenção até dois anos, conforme as diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS) (WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 2001).

A OMS aconselha a introdução da alimentação complementar a partir de quatro a seis meses (WHO, 1995). Entretanto, há uma tendência atual de recomendar a alimentação complementar a partir do sexto mês. No Brasil, segundo o Ministério da Saúde (MS), a introdução da alimentação complementar deve ser realizada a partir do sexto mês de vida de forma lenta e gradual, considerando que nessa idade a

criança já apresenta maturidade fisiológica e neurológica para receber outros alimentos, além de necessidades nutricionais diferenciadas (BRASIL, 2002).

Entende-se por alimentação complementar ofertar qualquer alimento nutritivo, sólido ou líquido, diferente do leite humano oferecido à criança amamentada. São alimentos especialmente preparados para crianças pequenas antes de elas passarem a receber os alimentos consumidos pela família, por isso são também chamados de alimentos de transição, que eram denominados de “alimentos de desmame”. Tal termo tem sido evitado, por gerar confusão quanto ao seu objetivo, o de complementar o leite materno, e não de substituí-lo, provocando desmame (GIUGLIANI; VICTORA, 2000).

O período de introdução da alimentação complementar é uma etapa crítica, em razão de inadequações em relação à introdução de tipos e quantidades de alimentos (SOUZA; SZARFARC; SOUZA, 1997). Autores têm salientado os reflexos na saúde da criança resultantes de ofertas inadequadas de alimentos complementares na dieta das mesmas, podendo representar uma situação de risco por facilitar o aparecimento de infecções, diminuir o número de mamadas, reduzindo a ingesta de leite materno e a duração do aleitamento materno (LOUGHLIN et al., 1985; WINIKOFF; CASTLE; LAUKARAN, 1989), o que acarretará um retardo na maturação intestinal, somado à possibilidade da ingestão de alimentos que interferem na biodisponibilidade de nutrientes essenciais, tais como o ferro e o zinco (OSKI; LANDAW, 1980; BELL; KEEN; LONNERDAL, 1987), e poderá promover o aparecimento de agravos à saúde, como por exemplo, a anemia (SIIMES; VOURI; KUITUNEN, 1979; OSKI, 1993; UNDERWOOD; HOFVANDER, 1982).

Outro aspecto a ser considerado é que a oferta de alimentos que não o leite materno, antes do sexto mês de vida, pode deixar a criança mais susceptível a diarreias, infecções respiratórias e desnutrição (BRASIL, 2002).

A esse respeito, resultados de um estudo de metanálise realizado nos três continentes demonstraram que o risco de morte por doenças infecciosas é 5,8 vezes maior entre lactentes desmamados nos dois primeiros meses de vida, quando comparados aos que foram amamentados. A proteção diminuía à medida que a criança crescia, no segundo ano de idade o risco oscilou entre 1,6 e 2,1 (WHO, 2000).

Embora o aleitamento materno proteja o lactente no início da vida, por outro lado, sabe-se que a introdução tardia de alimentos não lácteos no esquema alimentar infantil leva ao aparecimento de retardo de crescimento e deficiências nutricionais, com sérios prejuízos à saúde da criança (SOUZA; SZARFARC; SOUZA, 1999).

Vale destacar que inadequações na oferta de alimentos na infância têm repercussão na fase adulta. Hábitos alimentares no início da vida possibilitam desenvolvimento de algumas doenças como aterosclerose e hipertensão (ANGELIS, 1995).

Diante disso, várias ações programáticas vêm sendo desenvolvidas ao longo dos anos pelos órgãos competentes, visando à promoção do aleitamento materno e ao aumento dos seus índices, bem como à introdução da alimentação complementar compatível com as necessidades da criança. Como exemplos, podemos citar o acompanhamento de puericultura, o Guia alimentar para crianças menores de dois anos (BRASIL, 2002), a instituição da Semana da Amamentação, a criação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, entre outros.

Contudo, a implementação verticalizada e descontextualizada dessas ações não mostra resultados satisfatórios, visto que é fundamental considerar que as práticas alimentares fazem parte de um sistema sociocultural mais abrangente (VICTORA; KNAUTH, 2000).

A esse respeito, observam Poulain e Proença (2003a) que as práticas alimentares devem ser estudadas em sua totalidade, o que significa investigar não somente o registro de quantidades e frequência com que os alimentos são consumidos, mas as formas de cozinhar e de consumir. Oliveira e Thebaud-Mony (1997) apontam que na avaliação do consumo alimentar, devem-se considerar tanto os aspectos socioculturais e nutricionais que são reveladores das várias dimensões presentes nas necessidades dos indivíduos, suas formas de adaptação e de apropriação do modelo dominante, das suas formas de resistência, a oferta de novos alimentos ou preparações e manutenção de hábitos e práticas tradicionais, assim como suas representações e estratégias de sobrevivência face à oferta.

Na prática clínica, os aspectos culturais e simbólicos presentes na alimentação, sobretudo, nas práticas alimentares são, freqüentemente, traduzidos como ignorância ou falta de informação. Sob esta ótica, as inadequações podem ser corrigidas pelo maior acesso ao conhecimento técnico-científico, visando a transformar hábitos alimentares inadequados (BAIÃO; DESLANDES, 2006).

Particularmente quando se refere à alimentação da criança, recai sobre a mãe, comumente, a responsabilidade pelos agravos nutricionais da criança. Isto se baseia na condição histórica e social das mulheres, na qual, em quase todas as sociedades do

Ocidente, tem sido atribuídos à mulher a responsabilidade, a seleção, o preparo e a distribuição dos alimentos no interior da família, além do cuidado com os filhos.

Corroborando com essas idéias, Romanelli (2006) considera que, além das inúmeras tarefas que perpassam a vida feminina, no que tange às práticas alimentares, cabe lembrar, ainda, que a mulher é tida como agente historicamente responsável pela alimentação da família, desde o aleitamento materno até a escolha dos alimentos, o processamento e a socialização dos mesmos na família. De tal forma, as mulheres acabam sendo agentes mediadoras e transformadoras de hábitos alimentares.

Frente ao exposto, a prática alimentar de crianças menores de um ano não deve ser entendida somente segundo a racionalidade técnico-científica, mas também como forma explicativa e singular de cada indivíduo e de cada grupo social. É preciso considerar a mulher, mãe que está sujeita a determinadas regras baseadas em saberes diversificados (provenientes da estrutura familiar, da cultura de gênero, da cultura biomédica, entre outros) que nem sempre dialogam, mas estão intrinsecamente ligados ao modo como elas pensam e ofertam a alimentação para seu filho.

São poucos os estudos que consideram as questões relacionadas ao ambiente social e às questões culturais na prática do aleitamento materno e alimentação complementar das crianças menores de um ano. Na maioria destes estudos, o enfoque é para a amamentação.

Faleiros, Trezza e Carandina (2006) mencionam que, dentre os fatores destacados acima, a cultura e a história de vida materna tiveram maior peso em importância na decisão para amamentar e no momento do desmame.

Ichisato (1999) alude para os inúmeros aspectos que perpassam a alimentação da criança menor de um ano, entendendo ser essa prática uma construção social e histórica, além de biológica e psicologicamente delineada, e sendo assim influenciada pela cultura, por crenças, histórias de vida e demais condições envolvidas nesse processo. Em função disso, muitas mulheres acabam não amamentando seus filhos exclusivamente ao peito, introduzindo outros alimentos precocemente na dieta do bebê, de forma desarticulada das orientações preconizadas como ideais.

No que tange ao social, particularmente sobre a condição da mulher/mãe, muitas circunstâncias da vivência diária das mulheres interferem nas práticas de alimentação da criança, podendo determinar o sucesso ou não da amamentação materna, ou acima de tudo, a qualidade dessa. Dentre tais circunstâncias, destacamos os afazeres domésticos, os cuidados com os filhos, a volta ao trabalho, as intercorrências com as mães que freqüentemente ocorrem nos primeiros dias pós-parto, a grande disponibilidade de tempo para amamentar, as preocupações ligadas à imagem corporal e as crenças de hipogalactia e “leite fraco” (NAKANO, 1996).

Diante do destacado papel da mulher na alimentação da família, tomaremos como objeto deste estudo as representações sociais de mulheres/mães sobre as práticas alimentares de crianças menores de um ano. Nesse sentido, é preciso compreender as lógicas que conectam as representações e as práticas articuladas ao contexto sociocultural.

DELINEANDO O OBJETO DE ESTUDO

Capítulo 3

3 DELINEANDO O OBJETO DE ESTUDO

3.1 A alimentação de crianças menores de um ano - ampliando o olhar para as questões da construção cultural das práticas alimentares

Do ponto de vista biológico ou técnico-científico, a alimentação tem uma relação direta com a saúde das pessoas, já que é através de uma “dieta adequada em quantidade e qualidade que o organismo adquire a energia e os nutrientes necessários para o bom desempenho de suas funções e para a manutenção de um bom estado de saúde” (MONDINI; MONTEIRO, 1994, p. 433). Entretanto, sabemos que os hábitos alimentares devem ser entendidos num conjunto de práticas mais amplas, que são influenciadas por aspectos sociais, econômicos, culturais, ideológicos, entre outros, e que, assim sendo, são cabíveis diversidades e especificidades das várias espécies (CANESQUI, 1988).

Canesqui (1988) acrescenta, ainda, que a escolha dos alimentos em determinado grupo social se embasa em fatores variados, que não somente os aspectos nutricionais ou de saúde, podendo ser relacionados: preço dos alimentos, costume alimentar, a oferta, adequações de consumo, os regionalismos e preservação ou ruptura das identidades sociais. O cardápio pode variar ainda em função do

tempo de trabalho e lazer, idade, sexo, fases da vida, saúde, doença e momento histórico de uma dada sociedade.

Diante dessa complexidade de fatores, a escolha do alimento traz consigo alguns problemas de saúde pública que são uma realidade em nossos dias: a desnutrição e a obesidade. Apesar de estarmos vivenciando uma época onde a falta e o abastecimento de alimentos não são problemas constantes, alguns segmentos populacionais, principalmente as classes menos favorecidas do Centro-Sul, Norte e Nordeste do país, ainda vivem em condições de fome e pobreza (LOPES, 1993). Ao mesmo tempo em que não garantimos que uma maior disponibilidade de alimentos proporcione a redução da desnutrição, não garantimos também um estado nutricional adequado, visto os casos de obesidade que aumentam consideravelmente em todas as faixas etárias (BAIÃO; DESLANDES, 2006).

Em estudo que se avaliou o comportamento do padrão alimentar da população urbana brasileira de 1960 a 1980, observou-se uma redução no consumo de cereais e tubérculos, a substituição de carboidratos por lipídios e a troca de proteínas vegetais por proteínas animais, mostrando a repetição dos padrões alimentares observada em países desenvolvidos. Há evidências para os países desenvolvidos de que mudanças, como as descritas para o Brasil, estiveram associadas ao aumento da obesidade e de diferentes doenças crônico-degenerativas (MONDINI; MONTEIRO, 1994).

Em nova pesquisa realizada em meados da década de 1990, observou-se intensificação do consumo relativo de carnes, de leites e de seus derivados em todas as áreas metropolitanas, e leguminosas, raízes e tubérculos prosseguiram sua

trajetória descendente, mas cereais e derivados tenderam a se estabilizar, a participação relativa de açúcar refinado e refrigerantes cresceu, sendo que a participação de óleos e gorduras vegetais manteve-se constante no Norte e Nordeste e declinou intensamente no Centro-Sul (MONTEIRO; MONDINI; COSTA, 2000).

Mintz (2001) coloca que os alimentos escolhidos pelas pessoas em diversos países tendem a uma padronização em nível mundial, liderada pelos países desenvolvidos. Assim, observou-se que com o aumento da renda há uma diminuição dos tubérculos na dieta e um aumento do consumo de cereais, mas se a renda continuar a subir, os cereais serão substituídos pela proteína animal, consumo este que denota forte relação com o crescimento econômico.

Além de assumir características próprias através dos tempos e nos diferentes contextos sociais e econômicos, o comportamento alimentar do homem se diferencia dos animais fundamentalmente pela sua comensalidade e função social, pelo modo de preparo e pelas prescrições religiosas. Neste sentido, a importância atribuída à dimensão coletiva da refeição se deve por ela transformar a alimentação em um acontecimento social (MACIEL, 2001).

No ambiente doméstico, a alimentação ganha um espaço central na vida diária, capaz de suscitar inúmeros aspectos culturais, como o *status* social que alguns alimentos trazem. Pode-se adquirir *status* servindo grandes banquetes ou certos alimentos de prestígio, como o filé de carne de gado para os povos da América e a corcova de camelo para os árabes (HELMAN, 1994).

Assim como o *status*, a autora relata que os alimentos podem trazer também outras propriedades, como características sagradas ou profanas. Os alimentos

sagrados são aqueles validados pelas crenças religiosas como mantenedores da saúde, da pureza e da santidade, características opostas aos alimentos profanos que são vistos como sujos e nocivos à saúde.

Os alimentos também podem ser classificados em características como fortes ou fracos e frios ou quentes. Os alimentos fortes referem-se àqueles que dão “sustança”, que são nutritivos e capazes de dar energia e saciedade, já os fracos dizem respeito aos que são recomendados às crianças, idosos, pessoas com problemas gastrointestinais e mulheres no pós-parto (BRANDÃO, 1981).

No que tange aos alimentos frios e quentes, estes aspectos não se relacionam somente às condições térmicas dos mesmos, mas também aos efeitos que podem provocar, sendo que os primeiros são menos ofensivos para a saúde e têm propriedades calmantes, já os segundos são mais ofensivos, principalmente ao aparelho digestivo, podendo ocasionar úlceras e atacar o fígado. Assim, os alimentos frios são comumente relacionados com doenças respiratórias e os quentes, com problemas de ordem digestiva (BRANDÃO, 1981).

Helman (1994) complementa que tal concepção está baseada na chamada “teoria das doenças quentes e frias”, a qual entende que as enfermidades podem resultar do efeito do calor ou do frio no corpo, sendo que muitas vezes, o “quente” e o “frio” são referências simbólicas, não correspondendo à temperatura que existe de fato.

Diante de todas essas influências culturais exercidas sobre a alimentação, cabe salientar que existem alguns grupos etários que ficam mais expostos a tais variáveis,

como as crianças, de forma especial os lactentes e os que estão em fase de introdução de novos alimentos.

É a alimentação o foco principal de interação entre pais e filhos, durante os primeiros anos de vida, interação essa que se dá de forma mais estreita com a mãe através da amamentação. Na amamentação, mãe e filho têm oportunidade recíproca de aprendizagem, não somente sobre o sistema alimentar, mas também sobre o comportamento da criança (BLASS, 1990).

Na interação entre mãe e filho durante a fase de lactação, a oferta ou não do leite materno é uma condição multifatorial e determinada por fatos e possibilidades da realidade concreta de cada mulher. A este respeito, ressalta Almeida (2002) que a capacidade de a mulher amamentar o filho compatibiliza determinantes biológicos com os condicionantes socioculturais, os quais configuram a amamentação como um híbrido natureza/cultura.

Víctora e Knauth (2000), em estudo multicêntrico sobre os hábitos alimentares de crianças menores de dois anos numa perspectiva antropológica, realizado nas regiões Sul e Sudeste do Brasil, observaram que inúmeros fatores colaboram para as práticas alimentares nesta fase inicial, os quais vão desde fatores como as crenças de “pouco leite”, passando pelo retorno ao trabalho das mães, até a introdução de água e chás para evitar que os bebês sintam sede ou fome.

Consideram Ramos e Stein (2000) que, no segundo semestre de vida, com o crescimento e desenvolvimento acelerado, a criança necessita de outros alimentos além do leite materno para atender às necessidades biológicas. Além do que, é a partir dessa idade que as crianças apresentam desenvolvimento neurológico

(mastigação, deglutição, digestão e excreção) que possibilita receber outros alimentos (WHO, 1998; MONTE; GIUGLIANI, 2004). Esse período se caracteriza por rápidas mudanças que levam muitos pais à ansiedade e ao estresse.

Assim, Giugliani e Victora (2000, p. 255) destacam que uma alimentação complementar adequada deve ser:

rica em energia, proteínas e micronutrientes (particularmente ferro, zinco, cálcio, vitamina A, vitamina C e folatos), isenta de contaminação (sem germes patogênicos, toxinas ou produtos químicos prejudiciais), não muito salgada ou apimentada, fácil de ser consumida pela criança (apresentação adequada para idade), em quantidade apropriada e que seja disponível e acessível. É de fundamental importância que a criança goste da dieta e que ela seja culturalmente aceita.

De acordo com Victora e Knauth (2000), do ponto de vista das mães, pelos bebês estarem adentrando no “mundo dos alimentos” neste momento e terem seus corpos ainda em processo de formação e crescimento, percebem os filhos vulneráveis e, em função disso, a alimentação nessa fase não obedece às necessidades nutricionais, mas sim à textura e à qualidade dos alimentos.

Acrescentam as autoras que a introdução dos alimentos para crianças em fase de transição deve se dar de forma gradual, ou seja, considerar uma trajetória que se inicia com alimentos chamados leves ou macios até chegar aos mais consistentes ou duros. Trazem, como exemplo, que apesar de inúmeras pesquisas mostrarem a alta prevalência de anemia em crianças menores de dois anos, e das mães saberem que a carne e o feijão, por exemplo, são fontes ricas em ferro, estes alimentos, por serem considerados duros, não são oferecidos, já que são considerados inadequados para crianças pequenas.

Corroborando com o estudo anterior, Rotenberg e De Vargas (2004), analisando sobre os significados das práticas alimentares da criança, pelas mães moradoras de uma favela no Rio de Janeiro, identificaram que as mesmas fazem distinção entre a alimentação do lactente e da criança no segundo e terceiro anos de vida, principalmente em relação à forma de preparo, tipo de alimentos utilizados e consistência da comida. A alimentação da criança, no primeiro ano de vida, é um momento de transição entre o alimento líquido, leite materno, para o alimento de consistência pastosa até a comida “de panela”, ou seja, a mais próxima da consumida pela família. As mães consideram importante ofertar alimentos fortes, que fortificam o corpo da criança e fazem bem à saúde, os ricos em ferro, entre eles a carne vermelha, o fígado, os vegetais verdes, pois ter sangue forte significa saúde.

Em um estudo realizado com gestantes na cidade de São Paulo, que investigou a dieta infantil pretendida para a criança no primeiro ano de vida, observou-se uma freqüente intenção de oferecer alimentos, água e chá à criança antes do sexto mês de vida, bem como a recusa por alimentos como fígado e peixe e a preferência pelo frango, carne vermelha e beterraba, este último considerado por elas como um alimento forte e rico em ferro. As frutas e legumes também apareceram na intenção da maioria das gestantes (TAKUSHI et al., 2006).

São nesses primeiros anos que a criança começa a aprender sobre o que comer, quando comer, por que certas substâncias são comestíveis e outras não, e quais alimentos e sabores são apropriados para combinar, de acordo com a cultura do grupo social ao qual ela pertence (RAMOS; STEIN, 2000).

Reforçam os autores citados anteriormente que a adequada introdução dos novos alimentos, no primeiro ano de vida, a disponibilização de variados alimentos saudáveis em ambiente alimentar agradável permitem à criança iniciar a aquisição das preferências alimentares responsáveis pela determinação do seu padrão de consumo. Neste sentido, a qualidade dos alimentos ofertados à criança, no primeiro ano de vida, pode se refletir, a curto e a longo prazo, na saúde infantil e adulta.

3.2 A participação da mulher/mãe nas práticas alimentares de crianças menores de um ano - dinâmicas e lógicas socioculturais

Mesmo antes do nascimento da criança, adequações nutricionais são recomendadas à mulher durante a gestação em função das exacerbadas demandas nutricionais da fase, pois a saúde do conceito está na dependência da saúde da mãe, as quais também são extensivas às fases posteriores, o puerpério e a lactação.

A alimentação da mulher na gestação e puerpério, tal como a alimentação infantil, transcende a questão nutricional, fazendo emergir práticas alimentares construídas e transmitidas de geração a geração, e tal via de transmissão, segundo Cabral e Tyrrell (1995), está permeada por uma rede que envolve cultura, contexto social, valores, sociedade e história.

Na gestação, certos alimentos são culturalmente não recomendados para serem consumidos pela mulher, visto que pode ser perigoso à saúde do feto, tais como a ingestão de ovos que resulta em nascimento de bebê calvo; patas de caranguejo – malformação das pernas; consumo de abacaxi – surgimento de manchas na criança (ROLLET, 2000¹ apud BAIÃO; DESLANDES, 2006, p. 246). Ainda o desejo de certos alimentos pode causar manchas na pele do bebê e ingestão de alimentos “quentes” podem provocar aborto (HELMAN, 1994).

No puerpério, em decorrência do aleitamento materno, recomenda-se que a mulher lactante receba uma alimentação saudável, com quantidades adequadas de energia, carboidratos, fibras, ácidos graxos, proteínas, água, sais minerais e vitaminas, elementos que serão utilizados para manutenção da saúde da mulher e para a formação do leite (VIEIRA; GALATI; TOFFANO, 2007).

Considerando as dimensões culturais que cercam a alimentação da nutriz, o que se evidencia nesta fase é a preocupação em deixar de comer certos alimentos por acreditarem que secam ou diminuem a produção do leite. Às vezes dão ênfase à ingestão de alimentos que consideram lactogênicos, como a canjica, a sopa de fubá, a água inglesa, a cerveja preta, o arroz-doce, a canja, a água e o leite (ICHISATO; SHIMO, 2001).

Em nosso estudo com puérperas, observamos que além de uma boa alimentação para ter uma boa produção láctea, as mulheres acreditam também que alguns alimentos provocam cólicas no bebê e devem ser evitados, como os alimentos ácidos, muito temperados e os refrigerantes. Assim como o tipo de comida que

¹ ROLLET, C.; MOREL, M-F. Grossesse et accouchement. In: ROLLET, C.; MOREL, M-F. **Des bébes et des homes: traditions et modernité des soins aux tout-petits**. Paris: Albin Michel, 2000. p.13-34.

devem evitar, a maneira de prepará-la deve ser igualmente considerada, tendo cuidado especial para que a puérpera se alimente com comidas frescas ou recém-cozidas, para evitar que a comida estrague e cause algum dano à saúde das mulheres (STEFANELLO, 2005).

Scavone (2004, p. 135) relata que a existência de uma série de tabus e mitos que relacionam a alimentação materna com conseqüências no lactente se dá porque “a responsabilidade das mulheres pela conservação da vida é muito notória nos períodos da gravidez e da amamentação, nos quais o ‘corpo-a-corpo’ da mãe com a criança possibilita a fantasia de causa e efeito”.

Além da determinação social e cultural observada na escolha dos alimentos maternos, sabe-se que a dieta utilizada na gestação e lactação realmente influencia o sabor, tanto do líquido amniótico quanto do leite materno a que o feto e o bebê estarão expostos. Tal exposição influenciará as preferências aos sabores e as escolhas alimentares das crianças na fase do desmame. Assim, uma alimentação materna saudável e adequada na gestação e lactação pode favorecer a aceitação de alimentos saudáveis por parte das crianças (GIDDING et al., 2006).

Em uma fase mais avançada do crescimento e desenvolvimento da criança, a participação da mãe na alimentação do filho não está tão diretamente relacionada à natureza biológica do corpo materno, mas mantém as outras dimensões psicossociais que influenciam as experiências alimentares desde o momento do nascimento.

O comportamento alimentar da criança é determinado pela interação da criança com o alimento, pelo desenvolvimento anatomofisiológico e por fatores emocionais, psicológicos, socioeconômicos e culturais, entretanto, a influência mais

marcante na formação dos hábitos alimentares é produto da interação com a própria mãe, ou pessoa ligada a sua alimentação (EUCLYDES, 2000).

Dessa forma, a socialização que ocorre através da alimentação na interação entre a criança e a família, e em especial a figura materna, é carregada de afetividade e emoção. Rotenberg e De Vargas (2004, p. 86) bem colocam que tudo que comemos é “temperado por afeto, por ritos que marcam a vida humana, sabores de felicidade, de tristeza, de saudade, doces ou amargos sabores do passado”.

Essa afetividade confere às nossas atitudes frente à comida um comportamento duradouro, já que nossa memória e o peso do primeiro aprendizado alimentar e de alguns valores ligados a ele não mudam, apesar de alguns hábitos alimentares se modificarem com a vida adulta (MINTZ, 2001).

O aprendizado dos hábitos alimentares da criança está centrado na figura materna, visto que, historicamente, na grande maioria das sociedades, o preparo dos alimentos é função feminina já estabelecida, e em muitos outros lugares cabe à mulher também as tarefas de produção dos alimentos, que vão desde a ordenha de animais até o plantio e a colheita de vários produtos (ROMANELLI, 2006).

Segundo Collière (1989), desde tempos bem remotos, aos homens cabiam as atividades de pesca e caça e às mulheres manter a comunidade, através da colheita de vegetais, do cuidado com a alimentação e a educação das crianças. Isso fez com que elas desenvolvessem uma habilidade e uma identificação em manipular as plantas, se constituindo na base essencial das práticas de cuidados das mulheres, as quais eram transmitidas de geração em geração, de mães para filhas através de crenças, costumes e tabus.

Tais conhecimentos seculares constituem um imensurável patrimônio do saber e são até os nossos dias utilizados pelas mulheres com a finalidade de manter a saúde ou prevenir as doenças. Estão relacionados “à higiene do corpo, à alimentação, atividade física, atividade sexual, exposição a variações de temperatura, manutenção do aleitamento materno” (COSTA, 2001, p. 113). Vale destacar que com a medicalização dos processos fisiológicos reprodutivos, passam a configurar as medidas prescritivas dos cuidados e, particularmente, para alimentação infantil o surgimento da puericultura se constitui em um importante marco na intervenção nos cuidados maternos, substituindo o saber das mulheres pelo saber técnico-científico (BONILHA; RIVORÊDO, 2005).

Através das práticas e das tarefas que aos homens e às mulheres cabe exercer, dá-se a divisão sexual do trabalho, marcando no social e na cultura o lugar de cada um dos sexos (COLLIÈRE, 1989). Assim, a alimentação é tarefa essencialmente feminina, desde as compras ou a produção dos alimentos até seu processamento, distribuição e socialização na família (ROMANELLI, 2006).

No entanto, refere ainda o autor que há uma tendência de alguns homens também virem para dentro da “cozinha”. Fato este que traz algumas particularidades, já que o ato de cozinhar para os homens parece ser visto como um *hobby*, tem uma característica agradável, e os pratos geralmente trazem sofisticação e requinte. Percebe-se, assim, que os homens acabam por exercer a arte da culinária em momentos especiais, ligados à manutenção das relações sociais, diferentemente das mulheres que têm a tarefa de preparar a comida do dia-a-dia.

Entretanto, as mudanças nas representações sobre o papel da mulher na sociedade, a emancipação feminina, as contradições sobre o trabalho e a vida reprodutiva constituíram um conjunto de fatores que interferiram simultaneamente na participação da mulher no cuidado com o filho, particularmente com sua alimentação.

O aumento do número de mulheres inseridas no mercado de trabalho e o desenvolvimento das atividades de lazer alteraram a gestão do tempo empregado à alimentação. Como se alimentar demanda tempo e recurso financeiro, a busca por alimentos prontos para serem consumidos, ou de preparo rápido, e a realização das refeições fora de casa estão cada vez mais frequentes (LAMBERT et al., 2005).

Sobre a alimentação do lactente, esses fatores foram apropriados pela indústria de leites modificados no intuito de embasar socioculturalmente o paradigma do desmame comerciogênico, que norteou a alimentação de lactentes no Brasil até o final dos anos 1970, quando se reafirma a necessidade de resgatar a prática do aleitamento materno (ALMEIDA, 2002).

Outro aspecto a ser considerado é um certo modismo de se incorporar alimentos estimulados pela mídia, tais como: iogurtes, achocolatados, biscoito e salgadinhos que, segundo Rotenberg e De Vargas (2004), têm colocado as mães em ambigüidade, pois ao mesmo tempo em que consideraram “besteira”, visto que são caros e podem fazer mal à saúde, continuam ofertando à criança.

Nesse sentido, a Academia Americana de Pediatria refere que as crianças estão largamente expostas a uma variedade de “comidas de criança”, as quais tendem a ter

altos teores de gordura e açúcar, ser pobres em nutrientes e exceder as necessidades de energia das crianças (GIDDING et al., 2006).

Romanelli (2006) acrescenta, ainda, que a preferência pelas guloseimas se dá pelo sabor agradável e, sobretudo, pelo valor simbólico que carregam: de *status*, já que são associados ao universo alimentar dos ricos.

Frente à complexidade do objeto de estudo considerado, buscamos compreender os aspectos sociais e culturais da alimentação infantil, particularmente das crianças menores de um ano e da participação das mulheres nesta prática, o que nos remete a referenciais teórico e metodológico que trabalhem as interações das diferentes dimensões.

Na amplitude desse campo analítico, entendemos serem as práticas alimentares realizadas pelas mães de crianças menores de um ano, um “fato social alimentar”. Tal conceito apresentado por Poulain e Proença (2003a, 2003b) engloba as práticas alimentares e as representações sociais, reveladoras de questões particulares e subjetivas de cada indivíduo e de cada grupo social.

São, portanto, as questões deste estudo:

Qual a lógica utilizada pelas mulheres na escolha, preparo e oferta dos alimentos à criança?

Que práticas alimentares realizadas pelas mães de crianças menores de um ano estão fortemente referenciadas em construções culturais?

Que relação fazem da prática alimentar utilizada com o estado nutricional e de saúde do filho?

Acreditamos que a relevância do presente estudo reside no fato de que ele pode trazer contribuições para que nós, profissionais de saúde, possamos prestar uma assistência que considere os aspectos culturais e o contexto de cada pessoa, favorecendo a educação em saúde como um meio de promovermos índices de aleitamento materno mais elevados e uma alimentação infantil mais condizente com as reais necessidades das crianças menores de um ano.

OBJETIVOS

Capítulo 4

4 OBJETIVOS DO ESTUDO

Geral

- Identificar a representação social de mulheres/mães sobre as práticas alimentares de crianças menores de um ano em seguimento de puericultura.

Específicos

- Apreender a representação simbólica do aleitamento materno e da alimentação complementar em menores de um ano para essas mulheres/mães;
- Identificar as influências socioculturais que sustentam as práticas alimentares de menores de um ano realizadas por essas mulheres/mães;
- Identificar a relação que as mães fazem do tipo da alimentação oferecida com a saúde da criança.

REFERENCIAL TEÓRICO

Capítulo 5

5 REFERENCIAL TEÓRICO

5.1 O espaço social alimentar

A alimentação humana envolve aspectos psicológicos, fisiológicos e socioculturais e é, portanto, um fenômeno complexo (POULAIN; PROENÇA, 2003a). É pela abordagem da Sociologia e da Antropologia que os estudos se voltam a analisar o fenômeno enquanto um “espaço social alimentar”. A este respeito Poulain (2006) define “espaço social alimentar” como o conceito que encaminha para a análise da alimentação submetida às influências dos determinantes sociais e culturais. É neste espaço que ocorre a imbricação entre o biológico e o cultural, no qual, segundo o autor, a alimentação humana é condicionada por dois fatores: um primeiro referente ao estatuto de onívoro próprio do homem, o que significa “aquele que come de tudo”, dado pelos mecanismos da nutrição e do sistema digestivo; e um segundo que diz respeito às condições ecológicas do meio onde o indivíduo está. Estes dois condicionantes permitem um espaço de liberdade em relação à alimentação, o qual é ocupado pela cultura, de tal forma que a alimentação passa a ser não apenas determinada por tais dimensões, mas também estruturante da organização social.

Definem-se as “dimensões do espaço social alimentar”, do consumo alimentar até os processos de diferenciação social envolvendo as formas de cozinhar, as formas de consumir e a temporalidade (POULAIN; PROENÇA, 2003a).

No espaço social alimentar, o consumo dos alimentos envolve o conjunto de rituais que rodeiam o ato alimentar no seu sentido estrito, tais como a definição de uma refeição, sua organização estrutural, a forma da jornada alimentar (número de refeições, formas, horários, contextos sociais). Ainda, as modalidades de consumo (comer com garfo e faca, com a mão, com o pão), a localização das refeições, as regras de localização dos comensais e outros aspectos que variam de cultura para cultura e também na mesma cultura, a depender dos grupos sociais (POULAIN, 2006).

Sobre o espaço de diferenciação social, o comer marca as fronteiras de identidade entre os grupos humanos de uma cultura e de outra, mas também no interior de uma mesma cultura, entre os membros que a constituem. Assim, o “espaço social alimentar” assinala a conexão bioantropológica de um grupo humano ao seu meio.

A temporalidade alimentar inscreve a alimentação dentro de uma série de ciclos temporais socialmente determinados, como o ciclo de vida dos homens, com uma alimentação de lactante, de criança, de adolescente, de adulto e de idoso. A cada etapa correspondem estilos alimentares, o que inclui alimentos autorizados, outros proibidos, os ritmos das refeições, os *status* comensais, os papéis, as condicionantes, as obrigações e os direitos (POULAIN, 2006).

Segundo Poulain e Proença (2003b), analisar a densidade que envolve o espaço social alimentar manifesta-se entre dois pólos que podem aparecer como extremos de

um *continuum*: as práticas que correspondem aos comportamentos realmente utilizados pelos comedores e suas representações, os discursos que lhes são associados e que as acompanham, as determinam ou as justificam.

5.2 A Representação Social na perspectiva sociocultural

Apesar de a alimentação fazer parte de uma necessidade humana básica, ela não se restringe a um fenômeno natural e fisiológico, já que as práticas alimentares estão relacionadas a um significado simbólico que define a escolha de um determinado alimento entre infinitas possibilidades (VICTORA; KNAUTH, 2000).

Os significados carregados pelos alimentos estão relacionados com uma concepção mais ampla de alimentação, e transpõem os aspectos nutricionais. Assim, estão compreendidos em uma ordem de fatores mais abrangentes que envolvem determinantes culturais, sociais, econômicos, políticos e geográficos de uma certa sociedade em um dado contexto histórico.

Diante disso, Romanelli (2006, p. 334) nos lembra que o ato da alimentação é uma necessidade que precisa ser atendida para garantir a existência humana. Contudo, nos alerta para o fato de que “se o ato de saciar a fome é natural e universal, as práticas alimentares, também universais, não são naturais, mas situam-se na esfera da cultura, vale dizer, no campo dos sistemas simbólicos”. E assim

sendo, podemos dizer que, além de suprir nutrientes, precisamos nos nutrir também de um imaginário social e de sistemas simbólicos.

Mintz (2001) fala que nosso comportamento, em relação ao que, como, com quem e de que jeito comemos, acaba por revelar a nossa identidade social. E tal identidade é aprendida desde cedo, quando ainda somos pequenos, e geralmente é duradoura por trazer um poder sentimental, já que nos é passada por pessoas importantes afetivamente. Acrescenta o autor que “a comida e o comer assumem, assim, uma posição central no aprendizado social por sua natureza vital e essencial, embora rotineira” (MINTZ, 2001, p.32).

O valor simbólico da alimentação humana se dá, ainda, por ser o homem o único ser vivo a transformar seus alimentos, o que lhe permite escolher entre várias possibilidades e preparos. Entretanto, dentro deste poder de escolha há o que é possível e o que é proibido em uma determinada situação. Assim, o que é considerado comida em uma cultura, pode não ser em outra, marcando limites entre os grupos sociais (MACIEL, 2001, p.149).

Frente a isso, Canesqui (1988) alerta que as questões relacionadas à alimentação devem ser entendidas no contexto das práticas alimentares dos diferentes grupos sociais, em conjunto com as condições econômicas, sociais e ideológicas de cada sociedade, comportando especificidades e heterogeneidades de cada cultura.

Geertz (1978) traz a idéia de cultura como uma “teia de significados”, ou seja, um sistema simbólico que permite ao indivíduo atribuir significados e dar sentido ao

seu mundo. Assim, a cultura não é homogênea, mas sim, complexa e multifacetada, permitindo diferenças em um mesmo contexto social.

Helman (1994, p. 23) define cultura como um conjunto de princípios herdados pelas pessoas enquanto membros de uma sociedade em particular. Tais princípios é que mostram aos indivíduos “a forma de ver o mundo, de vivenciá-lo emocionalmente, e de comportar-se dentro dele e em relação a outras pessoas”. O autor complementa dizendo que somente através dessa visão comum e compartilhada de mundo é que a continuidade da sociedade torna-se possível.

É importante lembrar que a cultura não é algo estático, sofrendo influências do mundo a sua volta e das mudanças e adaptações dos homens em relação a ela. Desta forma, ela deve ser vista fundamentalmente em seu contexto particular, não sendo permitidas generalizações (HELMAN, 1994).

Nesse sentido, Kleinman (1988) nos mostra que é a partir dessa realidade simbólica que os sujeitos conseguem atribuir significados às experiências vivenciadas dentro de seu contexto particular de vida.

Portanto, as práticas alimentares, por serem carregadas de um valor simbólico e estarem mergulhadas em aspectos culturais, acabam por imprimir representações sociais no contexto onde se apresentam. Durkheim, na sociologia, foi o primeiro autor a utilizar o termo representações coletivas, referindo-se a “categorias de pensamento através das quais determinada sociedade elabora e expressa a sua realidade” (MINAYO, 1994a, p. 90). Para Durkheim, as representações se transformavam em fatos sociais e, assim, eram exteriores ao indivíduo e exerciam coerção sobre as consciências individuais. Esta concepção tem sido criticada por

outros estudiosos por enfatizar a primazia do pensamento social em relação ao pensamento individual (HERZLICH, 1991).

Moscovici, partindo dos embasamentos de Durkheim, cria a teoria das representações sociais no campo da psicologia social, entendendo que há uma inter-relação constante entre a estrutura social e o sujeito, e entre os sujeitos uns com os outros, fazendo com que as representações sejam construídas nessa relação, vindas da transformação de algo concreto (a face figurativa e a face simbólica). Herzlich (1991) refere que Moscovici, em sua tentativa de articular a influência mútua entre o social e o sujeito, acabou por focalizar mais o sujeito ativo, lembrando o behaviorismo com seu entendimento de estímulo e resposta comportamental (HERZLICH, 1991).

Para Herzlich (2005, p. 61), a representação social tem uma função que determina a ação, permitindo “compreender por que alguns problemas sobressaem numa sociedade e esclarecer alguns aspectos de sua apropriação pela sociedade”. Acrescenta, ainda, que a representação não é um simples reflexo da realidade, mas a sua construção.

Bourdieu (2001) também trouxe contribuições à teoria das representações sociais com seu conceito de *habitus*, que indica um conhecimento adquirido e incorporado, um capital, algo material ou simbólico que tem valor e possibilita ao indivíduo pensar, ver e agir nas mais diversas situações em uma dada realidade. *Habitus*, expressão latina que significa movimento, difere da palavra hábito que expressa algo cristalizado (GOMES; MENDONÇA; PONTES, 2002).

Corroborando com a idéia de movimento trazida pelo conceito de *habitus*, Sperber (2001) entende que as representações sociais são transformadas conforme são transmitidas, e não meramente reproduzidas. O autor define representação social, dentro de uma perspectiva antropológica, como uma relação que se dá “entre, no mínimo, três termos: a própria representação, seu conteúdo e um usuário”, os quais estão em dinamismo constante, dinamismo este que envolve algo concretizado, que é a representação, e a nova relação (SPERBER, 2001, p. 91).

Conforme referido por Queiroz (2000, p. 27), a representação social é tida “como um tipo de saber, socialmente negociado, contido no senso comum e na dimensão cotidiana, que permite ao indivíduo uma visão de mundo e o orienta nos projetos de ação e nas estratégias que desenvolve em seu meio social”.

Ainda na perspectiva antropológica, Laplantine (2001) fala que uma representação social é uma articulação entre o individual e o social, e que ela é construída no encontro entre apreensão e experiência, resultando em um saber instrumento da ação.

Para Laplantine, a definição de representação é:

É o encontro de uma experiência individual e de modelos sociais num modo de apreensão particular do real: o da imagem-crença, que, contrariamente ao conceito e à teoria que é sua racionalização secundária, sempre tem uma tonalidade afetiva e uma carga irracional. Trata-se de um saber que os indivíduos de uma dada sociedade ou de um grupo social elaboram acerca de um segmento de sua existência. É uma interpretação que se organiza em relação estreita com o social e que se torna, para aqueles que a ela aderem, a própria realidade. De fato, é próprio a uma representação nunca pensar-se como tal e especialmente ocultar as distorções e as deformações que indiscutivelmente carrega (LAPLANTINE, 2001, p. 242).

Assim, diante do exposto, entendemos que as representações sociais que embasam as práticas alimentares perpassam inúmeros aspectos que vão desde o valor nutricional de cada alimento até crenças e mitos acerca dos mesmos, desde seu cultivo, escolha, compra, preparo até ser ingerido.

Dessa forma, partimos de dois pressupostos. Primeiramente, entendemos que o sentido que é atribuído à comida e às atitudes com relação a ela são mediados pelo contexto de interação familiar, que guarda relação com contextos mais amplos do social, do econômico e do cultural e, sendo assim, as concepções familiares refletem-se nitidamente nas práticas alimentares realizadas com as crianças menores de um ano.

Em segundo lugar, acreditamos que as mulheres, figura determinante na alimentação infantil, trazem consigo experiências e vivências que influenciam de maneira significativa a prática alimentar executada no cotidiano, configurando um jeito próprio de comer e dar de comer.

METODOLOGIA

Capítulo 6

6 METODOLOGIA

Esta pesquisa está inserida em um estudo multicêntrico desenvolvido em três municípios da região Sudeste, que teve por objetivo identificar os elementos biológicos e sociais que possam ser relacionados aos estados de deficiência de ferro em crianças menores de um ano e suas interfaces com as condições e os significados de amamentar, para as mães (SILVA, 2004). Nesse estudo, se faz um perfil das práticas alimentares de crianças de três a doze meses e se observa um uso inadequado do alimento em relação à idade da criança (SILVA, 2007), o que nos leva a buscar entender as práticas alimentares das mães destas crianças como desenhadas pela cultura e pelo social.

Para alcançarmos os objetivos do estudo, elegemos a abordagem qualitativa, a qual é caracterizada por Polit e Hungler (1995) como a compreensão dos sujeitos na sua realidade, ou seja, a descrição/entendimento destes sobre a sua vivência.

Conforme Biklen e Bogdan (1994), a pesquisa qualitativa apresenta algumas particularidades, como, por exemplo, o contato direto do pesquisador com a situação estudada em seu contexto natural; a ênfase na vivência e percepção do entrevistado; o processo de análise dos dados é indutivo; o pesquisador é o instrumento da pesquisa; apresenta estrutura flexível, e os dados coletados são basicamente descritivos.

6.1 O cenário do estudo

O estudo foi realizado no município de Ribeirão Preto, na UBDS da Vila Virgínia "Dr. Marco Antônio Sahão" que se localiza na região distrital sul do município, abrangendo 18 bairros.

Os Distritos de Saúde subdividem o município em regiões conforme aspectos geográficos, econômicos e sociais, sendo que cada um desses distritos dispõe de uma UBDS capacitada para assistir, além do atendimento básico, situações de pronto-atendimento e especialidades como saúde da mulher e da criança (RIBEIRÃO PRETO, 2007).

A opção por essa UBDS deu-se por ela possuir o maior número de nascidos vivos do município (410 nascimentos/2005 de um total de 7.591 nascimentos no município e 424 nascimentos/2006 de um total de 7.338 nascimentos no município). Sendo que deste total, 66,8% crianças são atendidas no serviço de puericultura dessa unidade (SUS) e 33,2% são atendidas por convênios e serviços particulares da cidade, o que denota que grande parcela da população residente nessa área de abrangência utiliza o serviço público de saúde (SILVA, 2007).

6.2 Os sujeitos do estudo

Fizeram parte, deste recorte do estudo, as mães das crianças menores de um ano, nascidas a termo, com peso adequado para idade gestacional e que estavam em seguimento de puericultura na UBDS da Vila Virgínia.

As mesmas foram convidadas a participar do estudo, considerando que a escolha dos sujeitos está fundamentada na proposição de Minayo (1994b) de que a pesquisa qualitativa trabalha com atores sociais em relação a grupos sociais e, assim, o tamanho de uma amostra ideal é aquela que possibilita refletir a totalidade em todas as suas dimensões. Para atender à diversidade que contempla a alimentação da criança a depender da idade, consideramos importante incluir mães de crianças em diferentes idades de zero a doze meses.

Dessa forma, na escolha dos participantes do estudo, procuramos privilegiar os sujeitos sociais que detêm os atributos que se pretende conhecer, de forma que foram entrevistadas mulheres/mães de crianças de zero a um ano; que estivessem em aleitamento materno exclusivo ou não, independente do número de filhos. A escolha pelas mães foi motivada por serem elas que tradicionalmente são as responsáveis pelo preparo e socialização das práticas alimentares.

Foram excluídas as mães cujos filhos tinham contra-indicações ao aleitamento materno e/ou fossem portador de doenças agudas ou crônicas, bem como nasceram com peso inferior a 2500g ou prematuros (antes das 37 semanas de gestação).

O recorte empírico foi definido pela saturação dos dados, o que consiste na repetitividade das informações colhidas.

6.3 A coleta dos dados

As crianças menores de um ano foram identificadas pela análise de seus prontuários, na UBDS por ocasião da consulta de puericultura.

Num primeiro contato com a mãe da criança, foram explicados os objetivos e finalidades da pesquisa e os esclarecimentos de eventuais dúvidas. Foram assegurados o anonimato, direito de participação voluntária e retirada de sua autorização e participação a qualquer momento, sem prejuízo para qualquer participante, de qualquer natureza. Mediante a aceitação em participar do estudo, foi agendada uma visita domiciliar para coleta dos dados e nesta ocasião foi feita a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), conforme legislação em vigor ditada pelo Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) (BRASIL, 1996a).

Cabe destacar que o presente projeto teve parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, sob o protocolo nº 0539/2005 (ANEXO A).

Os dados foram coletados através de dois instrumentos/estratégias: entrevista semi-estruturada e fotografias sobre o contexto social em que se processa a alimentação da criança. A entrevista semi-estruturada permite uma compreensão em profundidade das vivências, experiências, crenças e comportamentos das pessoas de um determinado meio social (GASKELL, 2002).

A técnica de entrevista semi-estruturada consiste em “fazer falar” as pessoas quando interrogadas sobre um determinado tema, reformulado no decorrer do tempo para redirecionar a discussão, sem deter-se estritamente ao assunto de partida. As digressões são importantes porque permitem perceber as representações e os quadros de referência mais ou menos conscientes nos quais se manifestam as lógicas dos atores (POULAIN; PROENÇA, 2003b, p.373).

A fotografia possibilita o registro de momentos e situações que fazem parte do cotidiano do grupo estudado, proporcionando dados significativos das práticas diárias (CRUZ NETO, 1993). Poulain e Proença (2003b) referem que as práticas alimentares podem ser observadas nos comportamentos dos indivíduos ou do grupo e, de tal forma, elas podem ser registradas através de técnicas audiovisuais, dentre estas destacam o uso de câmeras fotográficas como um método de coleta adequado para observar práticas alimentares no universo familiar.

Assim, a entrevista semi-estruturada foi realizada com a mãe, sendo que a estrutura das entrevistas deu-se por um roteiro de questões que nortearam para o tema central, a saber: “Fale sobre a alimentação de seu filho” (descreva a alimentação de 24h, justifique os alimentos e líquidos utilizados, frequência que oferta os alimentos na semana, dificuldades vivenciadas, fontes de apoio, etc.); “Para você o que é uma verdadeira refeição?” “O que é uma alimentação saudável para criança?”; A depender das respostas, foram feitas questões complementares para elucidar os

significados das práticas alimentares. Além das questões norteadoras, também foram coletados dados referentes às condições de vida, história obstétrica, escolaridade, idade e formação familiar, os quais serviram para caracterização dos sujeitos do estudo (APÊNDICE B).

A entrevista foi feita no domicílio, agendada segundo a disponibilidade da mulher, e gravada.

Quanto ao material fotográfico, foi distribuída uma câmera fotográfica descartável a cada uma das mães após a entrevista, e solicitado a elas que fotografassem o cotidiano alimentar da criança, as refeições, o preparo do alimento e tudo que entendessem fazer parte desse universo e que fosse significativo para elas. Em um prazo estabelecido no dia da entrevista, a câmera foi devolvida ao pesquisador. Algumas fotografias foram reproduzidas no trabalho, entretanto as originais impressas foram entregues para as mães. Na ocasião em que o pesquisador retornava ao domicílio para entregar as fotografias, foi solicitado à mãe que comentasse as fotos tiradas, sendo que essa conversa foi gravada.

6.4 A análise dos dados

Utilizamos a técnica de análise de conteúdo, para organizar os dados. Segundo Bardin (1977), este tipo de técnica consiste de uma sistematização e da

descrição do conteúdo, através da qual obtém indicadores que permitem a dedução dos conhecimentos.

Dentro da técnica de análise de conteúdo, seguimos a modalidade temática, na qual a presença de determinados temas demonstra sua frequência e o seu significado no estudo (MINAYO, 1994b).

Conforme a autora, a técnica de análise dos dados inclui três fases:

- Ordenação dos dados: faz-se o mapeamento dos dados coletados através da: transcrição das fitas cassetes, releitura do material, pré-organização do material de maneira horizontal;
- Classificação dos dados: releitura transversal do material e classificação em categorias e unidades de registro por afinidade de temas/assuntos;
- Análise final: relaciona os dados empíricos com o material teórico, levando em conta os objetivos da pesquisa, os temas surgidos das entrevistas e os pressupostos teóricos.

No que se refere aos dados visuais, buscamos descrever o conteúdo do que é mostrado nas fotografias, bem como os significados que eles trazem, que nos trouxe dados complementares às entrevistas.

Para analisarmos os dados, à luz da representação social dentro de uma perspectiva cultural e antropológica, considerando a interpretação em seu contexto social, utilizamos o referencial da abordagem socioantropológica das representações sociais. Na análise das representações sociais de mulheres/mães sobre as práticas alimentares de crianças menores de um ano em seguimento de puericultura, é

fundamental compreender as relações sociais e culturais que criam e modificam as estruturas, conforme o enfoque dos atores envolvidos nessas relações.

Minayo (1994a) traz que a importância das representações sociais reside no fato de trazerem consigo idéias, imagens, concepções e visões de mundo que os atores sociais possuem sobre a realidade.

Segundo Sperber (2001), uma representação cultural só se torna visível através da interpretação. Interpretar assegura uma forma de compreensão do outro que é indispensável, é ainda tornar os comportamentos, as crenças e as preferências inteligíveis.

RESULTADOS

Capítulo 7

7 RESULTADOS

Os resultados do presente estudo estão apresentados em duas seções, sendo que, na primeira, consta o perfil dos sujeitos da pesquisa, agrupando os dados relativos às características sociodemográficas das mulheres/mães entrevistadas e da alimentação dos seus filhos, nascidos no último parto. Na segunda seção, estão apresentados os dados referentes à compreensão da prática materna sobre alimentação da criança menor de um ano, segundo os preceitos socioculturais a ela associados.

Nessa segunda seção, depreenderam dos dados quatro categorias temáticas, a saber: 1) O contexto de construção das práticas da alimentação infantil: a alimentação da família; 2) A alimentação da criança no primeiro ano de vida; 3) Pessoas tidas como referência para as práticas alimentares infantis e 4) A alimentação e a saúde da criança.

7.1 Perfil dos sujeitos do estudo

Analisando as características das 15 mulheres estudadas, conforme apresentado no quadro 1, observamos que a idade das mesmas variou entre 18 e 36 anos, sendo que a maioria das mulheres, 12 (80%), tinha entre 18 e 25 anos.

Em relação ao nível de escolaridade, sete (46,7%) mulheres concluíram o Ensino Médio (EM), sendo que, destas, uma possui nível técnico, quatro (26,7%) não chegaram a concluí-lo, uma (6,7%) concluiu o Ensino Fundamental (EF), e outras três (20%) não concluíram as séries primárias. Conforme Bruschini (2000), a expansão da escolaridade, fundamentalmente entre as mulheres, faz parte de várias transformações demográficas, sociais, culturais, políticas e econômicas que o Brasil vem passando há alguns anos e que refletem novos valores relativos aos papéis femininos em nosso meio. Entretanto, observamos que apesar de um maior acesso à educação, isso não está garantindo às mulheres melhores empregos ou melhores remunerações no mercado de trabalho, conforme discorreremos adiante.

No que se refere ao estado civil, onze mulheres (73,3%) viviam com o companheiro, das quais quatro (26,7%) eram casadas e sete (46,7%) viviam em regime de união consensual, e as outras quatro puérperas (26,7%) eram solteiras.

Puérperas	Idade	Escolaridade	Idade da criança	Estado civil	Profissão	Número de filhos
1-Valéria	25	EF Completo	5m12d	Solteira	Auxiliar de cabeleireiro	3
2-Telma	33	EM Completo	1m2d	Casada	Doméstica	1

3-Regina	32	EF Incompleto	7m13d	União consensual	Doméstica	5
4-Laura	36	EM Completo	5m23d	Casada	Técnica de enfermagem	3
5-Paula	21	EM Completo	6m21d	Casada	Auxiliar de laboratório	1
6-Mônica	24	EM Incompleto	6m6d	União consensual	Faxineira	1
7-Fernanda	20	EM Completo	8m16d	Solteira	Auxiliar de limpeza	1
8-Camila	20	EM Completo	7m13d	União consensual	Recepcionista	1
9-Zilda	20	EF Incompleto	10m7d	União consensual	Recepcionista	3
10-Beatriz	19	EM Incompleto	4m21d	União consensual	Do lar	1
11-Adriana	23	EM Completo	9m	Casada	Auxiliar de cabeleireiro	2
12-Jamile	18	EM Completo	11m	Solteira	Do lar	1
13-Daniela	20	EF Incompleto	7m28d	Solteira	Do lar	1
14-Bruna	19	EM Incompleto	11m	União consensual	Do lar	1
15-Tereza	21	EM Incompleto	9m20d	União consensual	Pizzaiola	2

Quadro 1. Perfil das mulheres segundo idade, escolaridade, idade da criança, estado civil, profissão e número de filhos

Quanto ao número de filhos, nove (60%) mulheres eram primíparas, duas (13,3%) tinham dois filhos, três (20%) tinham três filhos e uma (6,7%) tinha cinco filhos. É importante atentar ao fato de que muitas vezes a gravidez significa uma ascensão da mulher na família e na sociedade, passando de menina para mulher e de filha para mãe. Tal realidade mostra-se mais evidenciada em algumas classes sociais, como observa Anyon (1990), quando se refere à mulher da classe trabalhadora e média baixa, o casamento e a família são as primeiras escolhas em detrimento dos estudos ou de um emprego, como o caso dos sujeitos desta pesquisa.

Quanto à profissão, quatro (26,7%) delas não exerciam trabalho remunerado, tendo seus afazeres no domínio doméstico, e as demais (11) exerciam atividades remuneradas fora do lar, sendo que suas profissões estão muito ligadas ao reduto doméstico e são basicamente tarefas tradicionalmente femininas, como doméstica, recepcionista, cozinheira, técnica de enfermagem, o que denota uma divisão social do trabalho baseada nas questões de gênero (BRUSCHINI; LOMBARDI, 2000).

A maioria das mulheres exerce funções fora do âmbito privado, sendo que, destas, apenas três tiveram direito à licença-maternidade, o que denota que o trabalho feminino ainda se dá, principalmente, nas classes sociais menos favorecidas, fora dos empregos formalizados, em condições precárias, tanto do ponto de vista das condições do trabalho quanto das proteções legais.

Embora apenas três mulheres tivessem direito à licença-maternidade, sete delas estavam trabalhando quando engravidaram, tal fato se deve pelo tipo de vínculo trabalhista, mas também ao abandono do trabalho para cuidar da criança, o que se estende até o momento atual, já que apenas uma mulher encontrava-se trabalhando, ainda que parcialmente.

A responsabilidade pelo cuidado com a casa, a família e a educação dos filhos é culturalmente tarefa feminina, assim, a maternidade torna-se um fator de obstáculo do trabalho fora do lar. A possibilidade de continuar trabalhando depende basicamente da rede de parentesco ou da condição da família para disponibilizar substitutos para a mãe no domicílio (ITABORAÍ, 2003). Equipamentos sociais, como creches e escolas, já são uma realidade no bairro onde residem as mulheres do

estudo, contudo, elas ainda não dispõem de um número de vagas para atender a demanda local, o que faz aumentar, a cada dia, a lista de espera.

A maioria das mulheres, onze (73,3%), tinha renda familiar até três salários mínimos, as outras quatro (26,7%) apresentavam uma renda familiar de três a cinco salários mínimos.

Ainda, dentre as mulheres, uma recebia auxílio do Programa Bolsa Família do governo federal e uma recebia leite do Programa Viva Leite do governo do Estado de São Paulo.

Com relação ao tipo de parto, 11 (73,3%) mulheres tiveram parto normal, sendo que as quatro restantes (26,7%) tiveram cesáreas. Tal fato é uma realidade dada e representa uma tendência atual, incentivada pelas políticas do Ministério da Saúde através dos programas de humanização da assistência, fundamentalmente nos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1996b).

Na seleção das mães para a pesquisa, buscou-se as que tinham filhos do último parto com idade que contemplasse todos os trimestres de idade até um ano de vida e já tivessem introduzido outros alimentos ou leite além ou invés do leite materno. Dessa forma, a idade das crianças variou de um a 12 meses, sendo assim distribuída: um (6,7%) tinha de zero a três meses, cinco (33,3%) tinham de quatro a seis meses, seis (40%) tinham de sete a nove meses e três (20%) tinham de dez a doze meses.

A seguir, apresentamos um perfil da alimentação atual das crianças conforme nomeado pelas suas mães por ocasião das entrevistas. Enfatizamos que não nos

deteremos no momento da introdução de cada alimento, já que esse não é o objetivo deste estudo, se fazendo necessário um outro estudo para tal.

No quadro 2, está apresentado um perfil da amamentação e alimentação Láctea das crianças, evidenciando o tempo de duração do aleitamento materno exclusivo (AME), tempo este aquém do recomendado, visto que o tempo médio de duração foi de dois meses, variando de sete dias a cinco meses. Para aquelas mulheres que não estavam mais amamentando na data da entrevista, porém amamentaram por um tempo maior que o mencionado no AME, destacou-se no quadro a duração do aleitamento materno.

Identificamos que a maioria das crianças ainda recebia o leite materno no momento da entrevista (8 crianças - 53,3%), complementado com outros leites (fórmula ou leite de caixinha/saquinho). O Estudo Qualitativo Nacional de Práticas Alimentares, realizado no Brasil em 1998, mostrou um predomínio no país, já para as crianças no primeiro trimestre de vida, da complementação do aleitamento materno com outros tipos de leite (BRASIL, 2002).

Crianças/ idade	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Alimentos	5m 12d	1m 2d	7m 13d	5m 23d	6m 21d	6m 6d	8m 16d	7m 13d	10m 7d	4m 21d	9m	11m	7m 28d	11m	9m 20d
Duração AME	2m	1m	5m	10d	1m	2m	2m	1m	2m	2m	4m	4m	15d	7d	5m
Leite materno	X	X	X	3m	X	X		6m		X	8m	X		6m	X
Leite formulado		X		X	X		X		X	X	X				
Leite caixinha/ saquinho	X		X			X		X					X	X	X

Quadro 2. Perfil da alimentação da criança, segundo tempo de Aleitamento Materno Exclusivo (AME), tempo de aleitamento materno, uso de aleitamento artificial atual.

Dentre os outros alimentos não lácteos predominantes na alimentação das crianças deste estudo incluem-se as frutas e o arroz/macarrão. Somente a criança com idade de um mês se alimentava apenas de leite (materno e fórmula). Soares et al. (2000) estudaram o padrão alimentar dos lactentes em Fortaleza e encontraram que os alimentos mais consumidos, no momento da introdução da alimentação complementar, foram as frutas e o arroz, e que apenas crianças com idade próxima a um ano tinham uma maior variedade alimentar (QUADRO 3).

Outro aspecto que chama atenção é a incorporação do uso de alimentos industrializados como parte da alimentação da criança menor de um ano, tais como: farinha láctea/Mucilon (10 crianças - 66,7%), pão/bolacha/fubá/aveia (10 crianças - 66,7%); iogurte/Danone (11 crianças - 73,3%); salgadinhos/doces (9 crianças - 60%) e refrigerante (1 criança - 6,7%).

Dentre os alimentos nomeados pelas mães com menor frequência se incluem: o ovo (1 criança - 6,7%); fígado (2 crianças - 13,3%); feijão e o caldo de carne (3 crianças - 20%). Souza, Szarfarc e Souza (1999), investigando as práticas alimentares no primeiro ano de vida das crianças paulistanas, observaram que o consumo do feijão foi baixo e ocorria geralmente para as crianças maiores, assim como o ovo que teve o menor consumo dentre os alimentos.

Crianças/ idade	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Alimentos	5m 12d	1m 2d	7m 13d	5m 23d	6m 21d	6m 6d	8m 16d	7m 13d	10m 7d	4m 21d	9m	11m	7m 28d	11m	9m 20d
Frutas	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Legumes	X		X	X		X	X	X		X	X	X	X	X	X
Verduras			X	X		X	X				X	X			
Caldo de feijão	X		X	X	X	X	X	X		X		X	X	X	X
Feijão					X			X	X						
Farinha Láctea/ Mucilon			X	X	X	X	X	X	X			X	X	X	
Caldo de carne			X	X											X
Carne			X		X			X	X	X	X		X	X	X
Frango							X	X	X	X					X
Fígado											X		X		
Ovo			X												
Arroz/ macarrão/ fubá/aveia	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Pão/ bolacha	X		X		X	X	X		X		X	X	X	X	
Iogurte/ Danone	X		X		X			X	X	X	X	X	X	X	X
Salgadinhos/ doces	X				X		X		X		X	X	X	X	X
Refrigerante	X														

Quadro 3. Perfil da alimentação da criança, segundo a alimentação complementar utilizada no momento da entrevista.

7.2 O contexto de construção das práticas da alimentação infantil: a alimentação da família

A alimentação, enquanto um fato ou espaço complexo, que articula dimensões naturais, sociais e culturais, ocupa uma posição central na vida das pessoas e da sociedade. É através dela que um grupo ou uma cultura torna-se particular, forma sua identidade e diferencia-se como grupo ou organização social (POULAIN, 2006).

Embora muitas vezes este processo se dê de forma rotineira, ele não é instintivo, e sim construído, aprendido e negociado nas relações interpessoais. Dessa forma, a alimentação é a primeira socialização dos indivíduos, a primeira aprendizagem social que tomamos contato, e sendo assim, a família é tradicionalmente o lócus onde este aprendizado se dá, tendo os pais a função de primeiros educadores alimentares.

Em função do importante papel que tem a família e o contexto na socialização alimentar das crianças, entendemos ser fundamental conhecermos como se dá a alimentação nas famílias dos sujeitos que fizeram parte deste estudo.

A alimentação da família: “todo dia é arroz e feijão...”

Como as comidas trazem valores simbólicos e identitários de grupos sociais, elas também se tornam características de alguns povos em particular, sendo consideradas marcas nacionais (MINTZ, 2001). Tal representatividade é própria de alguns alimentos, os quais se tornaram fortemente socializados não só pelos seus nutrientes, mas por terem sido culturalmente construídos, incorporados e valorizados como tal.

Assim, no Brasil temos, como comida obrigatória de todo dia, a combinação feijão com arroz, o que as famílias do estudo relataram fazer parte de seus cardápios prioritariamente e em unanimidade.

“... ah, acho que é a mesma comida todo dia, só a mistura que muda né, que cada dia eu faço diferente, todo dia é arroz e feijão, aí eu mudo, às vezes faço carne de panela, vou variando.” (Mônica)

“Pra gente assim, arroz, feijão normal, mistura a gente varia” (Jamilé)

“A gente varia bastante, não é sempre a mesma coisa não, o arroz né, o feijão é todo dia, é sagrado...” (Paula)

*“E o que a senhora leva em consideração quando vai escolhe a comida?
AVÓ: como assim? É o arroz e o feijão.” (Daniela)*

Segundo Romanelli (2006), o valor que tem a díade feijão e arroz se deve ao fato de serem considerados comidas que dão sustância, que dão força, já que proporcionam a sensação de estar satisfeito, de “barriga cheia”. Canesqui (1988) acrescenta que o feijão e o arroz são alimentos básicos da cesta de consumo do

brasileiro, fundamentalmente das classes de baixa renda, consistindo nas principais fontes de nutrientes e dos gastos domésticos.

Na escolha da alimentação, o aspecto socioeconômico é um dos fatores que influencia e delimita as jornadas alimentares de um grupo ou classe social. Como em outros estudos (CANESQUI, 1988; ROMANELLI, 2006; ZALUAR, 1994), observamos que a dieta dos sujeitos estudados sofre influências das condições salariais, sendo que para manter a sobrevivência, priorizam alguns alimentos como fundamentais, caso do feijão e arroz, e alternam as “misturas” e acompanhamentos de acordo com as possibilidades.

“O dia-a-dia é arroz, feijão, um ovo, que a gente não é assim, uma salada né, uma verdura, agora dia de semana é assim um ovo, com batata.” (Valéria)

“Ah, é o feijão né, o arroz, a mistura, que não é todo dia, a carne né, pobre come muito ovo (risos), mas feijão, arroz e a carne, uma verdura, um legumes, e uma salada todo dia né.” (Regina)

“O que a gente come é arroz com feijão, uma carne, uma salada, uma couve, de vez em quando um ovo (risos), e é assim que a gente vai levando.” (Fernanda)

“É, eu faço arroz, feijão, às vezes eu faço macarrão, mas nem todo dia eu faço macarrão, e carne ou frango, quando eu faço carne é carne, quando eu faço frango é frango, às vezes salsicha, ovo com salsicha, assim.” (Zilda)

Como vemos, a carne aparece, nas falas das mulheres, sempre como uma opção almejada, mas nem sempre praticável, sendo que quando isto acontece lançam mão de outros alimentos tidos como seu substituto, como o ovo e a salsicha. Zaluar (1994), em seu estudo com os moradores da Cidade de Deus, também verificou a utilização do ovo, do peixe, da mortadela e da lingüiça em substituição à carne — a comida mais “forte e que tem mais vitaminas”.

A carne, ou a proteína animal de um modo geral, carrega simbolicamente a característica de um alimento nobre, que confere *status*, de maneira que o seu consumo marca a diferenciação em classes ou grupos sociais. Na verdade, através da alimentação, a depender das escolhas que fizemos, estamos sempre demarcando simbolicamente as relações que estabelecemos com os outros e com a sociedade, já que a partir do comer está se organizando socialmente (MINTZ, 2001; POULAIN, 2006). Zaluar (1994) acrescenta que a comida é a principal forma dos pobres pensarem a sua condição, sendo a carne o alimento que marca a fronteira entre os pobres e os não pobres.

Fato a ser considerado é que no Brasil, embora a estabilização da moeda nos últimos anos tenha permitido maior planejamento de compras, possibilitando aos brasileiros de todas as classes consumirem uma variedade maior de alimentos, não houve significativa melhora qualitativa da dieta. Tal observação se fundamenta no Estudo Multicêntrico sobre Consumo de Alimentos, realizado em 1996 pelo Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição, o INAN, em conjunto com universidades brasileiras. Esta pesquisa vem comprovar que o tradicional prato de arroz e feijão não tem mais a mesma aceitação entre a nossa população. Apesar de continuar como a base da dieta nacional, seu consumo diminuiu em 30% nos últimos vinte anos. “O novo cardápio nacional agora inclui carne, frango, salsicha, maionese, mortadela, leite e ovos”.

A alimentação da família: “eu faço o almoço e a janta... mas ele que trabalha”

Quando pensamos na alimentação de uma unidade familiar, percebemos que ela está centrada, em grande parte, na figura materna ou feminina, já que muitas das práticas e hábitos alimentares se dão no ambiente doméstico, locus destinado culturalmente aos cuidados das mulheres.

A fim de garantir a manutenção da vida, as mulheres desenvolveram uma necessidade cotidiana de realização de tarefas ligadas à alimentação, as quais estão baseadas nas relações de gênero. Assim, o trabalho doméstico com a alimentação é competência feminina: desde a compra até o preparo e socialização.

“Eu que faço, sempre (risos).” (Regina)

“Eu mesma que faço, dona-de-casa (risos).” (Camila)

“Eu escolho (risos), ele não escolhe nada, o que tiver ele come quando chega do serviço, é eu que escolho, sempre eu que vou compra, eu compro, mas ele que trabalha né.” (Zilda)

Percebemos que apesar de normalmente as mulheres ficarem com a tarefa operacional do preparo do alimento, alguns companheiros acompanham e opinam, na hora das compras, além de serem os principais provedores do lar.

A identidade masculina, embasada na idéia de força física, virilidade, realização e autoconfiança, orienta a sua socialização para a participação no mundo dos negócios e do trabalho na esfera pública (CHODOROW, 1979). Dessa maneira, é esperado dos homens que sejam provedores e responsáveis pela família.

“Ah pra comprar, vai eu e o meu marido, os dois que escolhem.” (Camila)

“Eu, eu faço o almoço e a janta... nós dois vamos no mercado, pra comprar as coisas.” (Beatriz)

“Geralmente sou eu que escolho, mas meu esposo sempre vai comigo também, a gente vai junto.” (Paula)

Os homens também aparecem apresentando ajuda na cozinha, entretanto, do mesmo modo que para as mulheres, as relações de gênero permeiam esse contexto, determinando *a priori* a participação que cabe a cada um.

“Eu escolho e faço, às vezes quando eu to muito cansada ele faz, mas eu que faço, geralmente eu que faço.” (Adriana)

“Ele cozinha também, agora coitado ele mesmo que cozinha, porque à noite ela não dá sossego pra poder fazer janta, e ele que tá fazendo.” (Telma)

Assim, a participação masculina se dá com uma conotação de “ajuda”, de caráter temporário e de sobrecarga, ou em tarefas que remetam a características masculinas, como o manuseio da carne, alimento que traz o símbolo do poder e do *status*.

“... eu vou junto com meu marido, ele vai na carne, na fila da mistura né, e eu fico pegando legume, frutas, verduras, a carne é ele que compra, mas é quando pode também viu, não é quando tá com vontade, é quando pode (risos).” (Regina)

A mulher é ainda a principal responsável pelas tarefas culinárias dentro do lar, apesar de, atualmente, alguns homens, predominantemente nos meios urbanos e de grupos socioculturais privilegiados, adentrarem na cozinha. Entretanto, para os homens, essa atividade se dá como uma forma de lazer, um *hobby*, normalmente nos finais de semana ou datas festivas, sendo que as tarefas desenvolvidas não deixam de transparecer seu papel nas relações de gênero, já que fazem os pratos principais, o

churrasco, ou pratos sofisticados. A cozinha, para eles, se torna um local agradável, onde podem exercer a criatividade (POULAIN, 2006; ROMANELLI, 2006).

“É sempre assim, uma vez ou outra ele inventa de fazer um arroz doce, ele gosta de fazer também é galinhada, que mais que ele gosta de fazer? Ele tá sempre inventando alguma coisa, ah, o macarrão na panela de pressão, menina fica bom, muito bom, aí ele sempre inventa.” (Regina)

“Meu marido de final de semana ele faz assim a macarronada que ele gosta, mas geralmente é eu.” (Laura)

Figura 1. Comentário da mãe: *“Tava fazendo polenta, ficou boa, ficou muito boa, porque aqui é muito raro a gente comer polenta, fubá é mais pra nenê, aí ele inventou de fazer, eu engordei uns três quilos também (risos), aí ele falou “eu já to suado de tanto mexer, vem aqui”, eu falei “não, antes eu vou tirar uma foto” (risos), mas é sempre de domingo, dia de semana é feijão, arroz e ovo, feijão arroz e bife, feijão, arroz e alguma coisa.” (Regina)*

Cabe destacar, também, que para as mulheres que moravam junto com suas mães ou sogras, a decisão final da escolha e preparo dos alimentos eram destas. Essa hierarquização subjetiva entre as mulheres da família demonstra o respeito e o *status* que têm as mulheres mais velhas, pelo conhecimento adquirido da experiência de vida e de cuidados no grupo familiar (STEFANELLO, 2005).

“Pra fazer eu, minha mãe, minha irmã, a gente divide né, mas minha mãe que escolhe, meu pai que vai no mercado, mas aí minha mãe também fala né, o que tá faltando, aí ele vai comprando né.” (Jamile)

“... minha mãe que faz e que escolhe sempre.” (Daniela)

“É a minha sogra que faz a comida na janta, no almoço sou eu, é porque só almoço eu e meu marido né, porque ela e meu sogro trabalham, aí não dá pra almoço em casa... Ah, ela costuma fazer bastante salada, carne sabe, essas coisas assim, ela faz de tudo. Minha sogra que compra, ela que escolhe.” (Bruna)

A alimentação da família: “a gente procura uma coisa mais fácil pra fazer, mais rápido”

Além dos aspectos socioeconômicos, outros fatores também influenciam na escolha dos alimentos, os quais foram referidos pelas mulheres, como sendo a praticidade de preparo do alimento, preferência pessoal e familiar e a qualidade comparada com o preço.

“Ah, o gosto de cada um né, sempre o que cada um gosta mais, o que todo mundo gosta, dessa forma.” (Laura)

“... eu pego lá na geladeira o que fica mais fácil, um hamburger, frita.” (Beatriz)

“Bom, o que faz todo mundo come, todo mundo gosta, e uma coisa mais fácil né, a gente procura uma coisa mais fácil pra fazer, mais rápido.” (Jamile)

“Eu vou no mais barato, mas porem né, se compensa o mais caro, porque tem uns barato que tão meio estragadinho, aí eu vou no mais, a gente procura escolhe o melhor.” (Regina)

São inúmeras as razões que envolvem a escolha de alimentos. Muitas vezes estão em jogo, ao mesmo tempo, mais de um fator até a decisão final (BLEIL, 1998). Na atualidade, o tempo gasto para produzir e consumir a comida tem se constituído de um fator importante nas escolhas.

A este respeito Bleil (1998) refere que o tempo é um dos grandes inimigos do prazer. Hoje somos levados como rebanhos para tudo que possa facilitar o trabalho na cozinha. Os alimentos são comprados quase prontos para o consumo, despontando para o *boom* dos congelados, dos pré-cozidos (arroz, principalmente) e do que já vem pré-temperado (a carne de frango). O *fast-food* é o principal fenômeno de consumo no mundo moderno, o sanduíche e os refrigerantes ganham preferência quando o mais importante é a praticidade e a rapidez. Um novo padrão alimentar está se delineando, com prejuízo dos produtos tradicionais da dieta, como por exemplo, o feijão e a farinha de mandioca, e a favor de produtos industrializados, com maior valor agregado, mas nutricionalmente questionáveis.

A alimentação da família: “cada um num lugar... cada um numa hora”

Poulian (2006) relata que as maneiras à mesa refletem os principais valores de uma determinada cultura, assim, na França as refeições feitas em pratos individuais, retratam o individualismo francês, bem como no Vietnã as refeições partilhadas e comunitárias caracterizam o seu povo.

É pela cozinha e pelas práticas à mesa que se produzem as aprendizagens sociais mais fundamentais, e que uma sociedade transmite e permite a interiorização de seus valores. É pela alimentação que se tecem e se mantêm os vínculos sociais (POULAIN, 2006, p. 198).

Mesmo marcando distinções culturais, o autor salienta que atualmente estamos vivenciando mudanças na estruturação das práticas alimentares, fundamentalmente no que tange à ausência de regras diante do que, como, onde e com quem se come, mudanças estas pautadas nos adventos da modernidade, individualismo e autonomia.

Tais mudanças nas práticas alimentares são tidas como resultantes de vários fatores, como a inserção da mulher no mercado de trabalho, jornadas contínuas no trabalho, a urbanização, a industrialização da alimentação, mudanças nos papéis de gênero, entre outros (POULAIN, 2006).

Perdem-se as normas sociais e também as instituições e estruturas herdadas do passado, e se dá lugar a uma variedade de novas regras, idéias e opções, o que observamos nas falas das mulheres entrevistadas, as quais transitaram entre uma diversidade de possibilidades à mesa.

“Geralmente assim, quando ele vem almoçar em casa, mas nem sempre ele vem né, mas geralmente é eu e as crianças, no mesmo horário almoço e janta, sempre todo mundo junto, quando o pai tá aqui ele senta na mesa da mesma forma, então geralmente tem que sentar na mesa né, algumas situações assim eu deixo sair da mesa, mas eu também gosto que come na mesa.” (Laura)

“Cada um num lugar, no sofá, lá na mesa, no quarto.” (Fernanda)

“... aqui não tem hora, um chega uma hora, outro chega outra, tem a minha irmã que sai do serviço né e vai pra aula, tem a outra que trabalha come no restaurante né” (Valéria)

“No mesmo horário todo mundo espera, mas às vezes na hora de comer cada um vai prum canto (risos), mas todo mundo espera, só meu marido que não fica junto, ele gosta de ficar vendo desenho, ver desenho, ele gosta de ver desenho.” (Camila)

“Cada um num horário, só quando concilia de ficar tudo junto, cada um come a hora que quer e onde quer.” (Daniela)

“... na mesa não cabe todo mundo, então come aqui (na sala).” (Jamile)

Cabe salientar, que algumas moradias das mulheres estudadas, não ofereciam condições físicas, tanto de espaço, quanto de mobiliário, que possibilitassem refeições à mesa ou em família.

As mudanças na estruturação das práticas alimentares implicam na relação de afeto que antes permeava a refeição nas trocas familiares e entre amigos, e hoje cede lugar a uma alimentação na qual o parceiro é o aparelho de televisão. Uma das características deste modelo é o apelo a comer demais (BLEIL, 1998).

Observamos em nosso estudo que a refeição, com todas as suas regras, não é mais a única maneira de comer, ela divide espaço, ou até mesmo cede lugar a outras formas de ingestão alimentar, conhecidas popularmente como “beliscadas”. Assim, além das refeições tidas como principais, desjejum, almoço e jantar, acaba-se comendo muitas outras coisas durante o dia, ou até mesmo em substituição às refeições.

“Eu almoço aqui sozinha, eu e o bebê né, mas eu acabo nem almoçando muito assim, mais é janta mesmo que eu janto, aí eu acabo comendo uma bobeira na hora do almoço, não é sagrado meu almoço não, tipo uma bolachinha, uma fruta ou vou na padaria e como um salgado, porque pra mim esquentar comida só pra mim e ficar naquela mesa comendo sozinha, então eu acabo comendo uma bobeira, na janta aí eu ponho a mesa, a gente sempre come junto, um espera o outro sempre, dá até briga se não espera (risos).” (Paula)

“Ah, o café da manhã, pão, leite, às vezes bolacha assim né, um bolo, aí tem o almoço né, comida normal, ou carne, salada, a tarde um pão, um bolo, alguma coisa assim, e a janta, e às vezes de noite depois da janta ainda dá uma beliscada em alguma coisa, mas é assim, as refeições normais do dia-a-dia, uma fruta às vezes.” (Beatriz)

As refeições e as práticas alimentares, em torno do comer, trazem também particularidades em relação aos finais de semana e ocasiões especiais, momentos esses em que há um movimento de inversão das práticas rotineiras. Geralmente, esses momentos são tidos como tempo de descanso, tempo de maior permissividade, tempo de uma alimentação diferenciada, tempo de compartilhar, reunir a família e confraternizar.

“Aí de final de semana eu não faço comida (risos), sexta, sábado e domingo é um lanche né, e é sempre churrasco, a gente sai pra comer fora, aí de jeito nenhum eu não vou pra cozinha (risos).” (Paula)

“Sábado e domingo é diferente, minha sogra cada domingo ela faz uma coisa diferente, ela gosta mais de assar é peixe de domingo sabe, é frango, de domingo é ela que faz.” (Bruna)

“...agora no sábado, domingo a gente muda um pouquinho né, uma macarronada, ou uma carne de panela, um bife, salada, aí já muda né sábado e domingo, de domingo refrigerante, Coca nos não toma todo dia, que não é bom.” (Valéria)

“Ah, final de semana a gente prefere assim, uma macarronada bem caprichada né ou também quando é o feijão e arroz a gente capricha na mistura né, aí final de semana a gente prefere caprichar mais um pouco. Tem assim, algum aniversário das crianças que a gente não pode fazer o bolo mesmo de aniversário, a gente faz um bolinho né, porém a gente chama meus irmãos pra jantar aqui, só pra eles não esquece, aí depois da janta tem o bolinho simples né, pra não esquecer, aí a janta eu dou uma caprichada, faço uma salada de batata sabe, ponho uns tempero a mais, põem mais água na panela (risos).” (Regina)

Cabe destacar que não só há mudança no cardápio, mas o momento da alimentação no final de semana resgata a oportunidade da família estar junta, o que se perde no cotidiano.

*“... geralmente a gente aos domingos faz a refeição na casa da minha mãe, então quando junta a família geralmente é na casa da minha mãe... de domingo a gente passa do horário, no domingo a gente costuma almoçar duas e meia três horas.”
(Telma)*

7.3 A alimentação da criança no primeiro ano de vida

A alimentação da criança, assim como a alimentação de um modo geral, está imbricada em um sistema complexo, no qual interagem simultaneamente valores, crenças, opiniões, prescrições das mais diversas naturezas. Somado a isto, a alimentação — por ser algo temporal, que obedece aos ciclos da vida — ganha um olhar especial na fase da infância, principalmente no primeiro ano de vida, momento em que se dá a iniciação alimentar, correspondendo a um estilo próprio de alimentar-se.

Para as mulheres do estudo, a alimentação nessa fase perpassa por alguns momentos específicos, os quais, apesar de fazerem parte de um processo contínuo, trazem algumas demarcações.

O momento do leite

“Alimento vital para o recém-nascido, produto doce do corpo materno, o leite constitui o alimento original, o alimento primordial. Se no reino animal a espécie humana se encontra classificada entre os mamíferos, é porque o leite brota das mamas da mulher.” (KNIBIEHLER, 1996, p. 95).

Desde a Antigüidade, dar ou não o peito revelam-se imbricados na história dos povos: a maioria das deusas da mitologia amamentava seus filhos, o leite derramado de Hera, rainha dos deuses, criou a Via Láctea; Zeus, rei dos deuses, esposo de Hera, foi amamentado por uma cabra e Rômulo, fundador de Roma, por uma loba; já Adão, o primeiro homem, nasceu já adulto, não necessitando de leite. Maria, mãe de Jesus, amamentou seu Divino filho, mostrando que apenas a lactação, doação tão íntima de entrega sem limites que estabelece com o filho, escapa da maldição que aflige a natureza feminina desde o pecado original (KNIBIEHLER, 1996).

Atualmente, é consenso entre os cientistas as vantagens e a superioridade do leite materno como alimento para as crianças pequenas (ALMEIDA, 2002). Contudo, além dos aspectos biológicos e naturais, o leite carrega consigo elementos e representações simbólicas que ditam as relações maternas em cada sociedade.

O leite do peito e a saciedade da criança: avaliando quantidade e qualidade

As mulheres “avaliam” seu leite conforme as construções que trazem acerca dessa prática, de tal forma que a maioria delas espera, logo após o parto, ver seu leite jorrar do peito como um atestado de boa lactação (ALMEIDA, 2002).

Assim, o aspecto do leite e a quantidade produzida sempre foram fatores observados e considerados pelas nutrizes.

“Ah, acho que é normal, ah tem um monte de gente que fala que leite é fraco, ah eu acho que não existe mesmo leite fraco, o leite é o leite, às vezes não sai o tanto que sustenta a criança, mas eu acho que nenhum leite é fraco não.” (Paula, filho com 6m21d)

“Não achava que era bom não, porque não sustentava ela não, era fraco, meu leite era fraco, lá no hospital as médicas, as enfermeiras falavam que não tinha leite fraco, mas não sustentava ela. Leite eu tinha porque meu peito vinha até empedrado de tanto leite” (Fernanda, filha com 8m16d)

Suprir as necessidades da criança é uma preocupação constante das nutrizes, nesse sentido a frequência e o tempo em que a criança é mantida no peito amamentando têm sido usados pelas mulheres como forma de qualificar a amamentação satisfatória ao filho.

“Mamava o dia inteiro, nossa! O dia inteiro eu ficava com ela no colo né.” (Regina, filha com 7m13d)

“Ela mama mais à noite, que até o meu problema é esse, que ela mama de madrugada, de uma em uma hora ela acorda pra mamar” (Tereza, filha com 9m20d)

Contudo, como a saciedade do bebê não é algo palpável para as mulheres, elas adotam referenciais estabelecidos culturalmente, tal como o choro, manifestação da criança que, na maioria das vezes, resulta em sensação de incômodo para as mães, colocando-as em estado de alerta e sem saber o que fazer.

“Ele não quis mais mamar, ficava querendo vomitar na hora que eu botava o peito na boca dele, eu acho que é porque não tinha leite, é tinha pouco leite, porque não saía, eu espremia era muito e não saía, saía só um pouquinho, ele ficava morrendo de chorar, é daí ele deixou o peito por causa disso, não tinha, não tinha leite mesmo... eu acho que não demorava cinco minuto ele já queria mamar de novo, toda hora ele tava chorando, aí eu ia lá dá o peito pra ele, aí ele mamava, mamava, aí soltava, aí ele chorava, chorava de novo, aí foi assim.”
(Zilda, filho com 10m7d)

O choro constante e a freqüente solicitação da criança, além dos longos períodos de mamadas, têm se constituído de razões para que as mulheres ponham em dúvida sua capacidade em nutrir o filho com seu próprio leite.

O ganho de peso, um dos parâmetros mais utilizados pelos profissionais de saúde para avaliar o crescimento e desenvolvimento da criança, também é tido pelo senso comum como um sinal de boa saúde e, portanto, que a criança está sendo bem nutrida.

“... eu insistindo com essa menina e essa menina chorava de fome, ela ficava um tempão no meu peito, um tempão, ficava na realidade 20 minutos cada peito, mas aí quando tirava ela, ela gritava, o que aconteceu: quando eu levei ela no pediatra, o peso dela, ela só tinha engordado 500 gramas, aí eu comecei a ficar preocupada né, aí o pediatra falou “você vai ter que fazer né, você não tem leite suficiente”, foi o que o pediatra falou pra mim.” (Laura, filha com 5m23d)

Para as mulheres estudadas, fica evidente a relação entre aleitamento materno X peso X saúde, quando entra em cena a figura do pediatra, o qual aparece com o papel de avalizar a capacidade das mulheres nutrirem adequadamente seus filhos, focalizando mais uma vez que a mãe é a responsável primeira pela criança.

O pediatra aparece nessa fase como o profissional que está mais próximo das mulheres, assim, é geralmente ele quem está diante dos problemas que envolvem a lactação e propõe estratégias para solucionar. A este respeito, consideram Rea (2003) e Volpini e Moura (2005) que há um despreparo desses profissionais para suprir tais necessidades, visto que a formação dos mesmos nesse aspecto deixa muito a desejar, os cursos de aconselhamento nem sempre são acessíveis a todos, e ainda a publicidade de produtos que substituem a amamentação e os resquícios das antigas recomendações de alimentação artificial se fazem presentes e são de difícil substituição.

Outro fator que as mulheres levam em conta, para fazer considerações sobre o seu leite como alimento para seus filhos, diz respeito ao aporte nutricional da sua ingesta alimentar (ICHISATO; SHIMO, 2001). Assim, as mulheres acreditam que se tiverem boa alimentação terão um leite de qualidade, e a recíproca é verdadeira.

“Ah, eu acredito que ele é forte né, pelo que eu comia entendeu, a gente tava comendo também muita carne que tem bastante caldo entendeu, então se torna ficando mais forte mesmo o leite, eu acho que é forte, não penso assim que é um leite fraco” (Regina, filha com 7m13d)

Além da alimentação adequada, as mulheres do estudo fazem uma relação da produção láctea com seu estado emocional, o que também foi encontrado em outros estudos (NAKANO et al., 2007; STEFANELLO, 2005).

“Houve um problema com meu irmão, aí eu fiquei muito nervosa, aí meu leite secou.” (Fernanda, filha com 8m16d)

Para algumas mulheres do estudo, o leite materno, na qualidade de alimento, não estava sendo um bom leite para a criança, já que entendiam que o bom leite é

aquele que dará sustento e resultará em ganho de peso e em uma criança saciada, que não chora. Nesse sentido, é que a introdução de outros leites, que não o materno, aparece como uma opção importante para sustentar e acalmar a criança, o que coloca em xeque sua capacidade de nutriz, ratificando a inferioridade de seu leite.

Outro aspecto considerado por elas se refere não só ao peito como fonte de alimento, mas também como fonte de prazer, a saciedade do bebê por sugar o peito, “adora a teta, fica o dia todo grudado”, é fator de preocupação.

“Eu também nem sei como que eu vou conseguir tirar ele do peito né, por causa que ele mama demais, ele adora teta, ele vê ele começa rir, ele adora, adora teta, o dia inteiro grudado.” (Jamile, filho com 11m)

“Ela mama assim, ela mama mais à noite, que até o meu problema é esse, que ela mama de madrugada, de uma em uma hora ela acorda pra mamar, mama assim dormindo, mama né, mas faz mais de chupeta né, e eu não sei o que eu faço (risos), porque ela chora sabe se eu tento não dar, chora, não dorme, então eu deixo.” (Tereza, filha com 9m20d)

A necessidade de sugar da criança é um aspecto que coloca as mães em conflito ante sua capacidade de nutrir, já que é normalmente interpretada como fome. Entretanto, a sucção provê, além de elementos nutricionais, momentos de interação com a mãe recheados de estímulos táteis, visuais e auditivos, sendo a forma de contato primeira da criança com o mundo (MARQUEZ, 1999).

Toda organização do bebê nessa fase, gira em torno da oralidade, saciando suas necessidades físicas e psíquicas, dependendo do vínculo que estabelece com sua mãe. As sensações agradáveis ou não advindas dessa fase e relacionadas ao comer se tornarão, posteriormente, parte de todas as rotinas alimentares (NOBREGA; CAMPOS; NASCIMENTO, 2000).

Depreendemos na fala de Regina a percepção de que através da amamentação há uma interação efetiva e o estabelecimento de um vínculo forte entre mãe e filho.

“... ela mama, eu sinto que ela mama, só que ela quer mais ficar perto de mim e no peito entendeu, que não tem nem precisão dela tá mamando e ela quer o peito, porque ela não quer mamar ela quer ficar perto de mim entendeu.” (Regina, filha com 7m13d)

O desejo manifestado pela criança de estar sempre no peito também é fonte de satisfação para algumas mães, deixando expressar o ideal de maternidade que, segundo Parker (1997), em termos culturais tem por base uma declaração da unidade mãe e filho, e os momentos definidos como ideais pelas mães se fundamentam na mutualidade.

Figura 2. Comentário da mãe: *“Aqui a vontade que ela chupava né, mas aqui não saiu bem, não pego bem, mas ela suga muito, com muita vontade, que nem agora né, você viu, ela suga bem e ela fazia, então conforme ela sugava ela me olhava e ria, sorria, eu acho tão bonitinho ela fazer isso (risos), é uma gracinha (...) que ela segura assim com tanta.., com a mãozinha assim, isso é quando eu demoro pra dar pra ela o peito, então ela pega, ela segura, tipo assim “agora eu peguei, agora ninguém toma né”, então ela costuma fazer isso.” (Telma, filha com 1m2d)*

O prazer que ela obtém dessa condição materna de estar disponível e pertencer ao filho pode ser depreendido na fotografia e na fala de Telma, onde a todo momento realça a posse que a criança tem sobre suas mamas, o que diferentemente do sentimento de incompetência ante as funções maternas esta reforça sua auto-estima. Ressalta Parker (1997) que as vivências da maternidade, entretanto, levam as mulheres, por vezes, a se sentirem invadidas pelo medo de serem consumidas pelas exigências do filho e temem não conseguir viver com esta dualidade de sentimentos.

No caso do aleitamento materno, a culpa provocada por impulsos conflitantes dificilmente é assumida e declarada pelas mães, se expressa em incapacidade biológica de produzir um leite em quantidade e qualidade para dar sustento à criança, tal como evidenciado em outros estudos (NAKANO, 1996; RAMOS; ALMEIDA, 2003; REA; CUKIER, 1988).

Peito X mamadeira: a busca de outro leite para dar sustento à criança

Em consonância com a percepção de que o peito não sustenta a criança, e entendendo ser a prática do aleitamento algo que demanda disponibilidade materna, as mulheres introduzem precocemente outros tipos de leite, na mamadeira, por conta própria.

Muitas crenças e práticas arraigadas à cultura mostram-se conflitivas com as recomendações para alimentação da criança pequena. No Brasil, a crença de que o leite materno seja insuficiente, para suprir as necessidades da criança, tem levado à introdução de outros leites não maternos antes do tempo adequado, assim como também é comum a suplementação com água, para matar a sede, chás para acalmar a criança, aliviar as cólicas e tratar de diferentes doenças (ALMEIDA, 2002).

“... tinha dificuldade nunca tive aquela demanda de leite, quantidade pouca né, por ela mesmo né, pra você vê, não é aquela história assim eu to com preguiça de ir lá e dá o peito, não, eu realmente fazia questão de dar o peito pra ela, mas não sei... depois que entrou com complemento ela começou a ganhar mais peso, aí eu vi que realmente o meu leite num...” (Laura, filha com 5m23d)

“Ela mamava, passava uns cinco minutos ela chorava, chorava, chorava, aí mamava aí ficava assim, se deixasse ela ficava assim o dia inteiro querendo, aí eu comecei a dá a mamadeira, aí eu vi que mudou, porque ela mamava e não chorava, e só ia chora quando tava com fome de novo e demorava.” (Fernanda, filha com 8m16d)

Além dos sinais manifestados pelo bebê, as mulheres também tomam por referência aqueles manifestados no seu próprio corpo (NAKANO, 2003), tendo a produção láctea um valor qualificador importante na decisão de introduzir outro leite. Assim, “peito cheio/peito vazio” são tidos como indicadores para tomada de decisões.

“... o leite é por conta própria né, porque eu sentia mesmo que tava vazio o peito e às vezes ele queria mamar, eu sentia que tava, que não tinha assim dado tempo de encher mesmo o peito, porque toda hora ele queria mamar, acho que ele mamava um tanto bom, sugava um tanto bom e aí toda hora queria mamar e aí não dava tempo de encher, aí eu resolvi dá o NAN pra ele né, mas no início eu tava dando só o NAN² pra ele.” (Paula, filho com 6m21d)

² NAN: leite de vaca modificado em pó.

Borges (2000) em estudo sobre a opinião de 41 mães, da Unidade de Saúde da Família na zona leste do município de São Paulo, sobre a quantidade de leite produzido e as razões que as levaram a introduzir alimentos complementares na dieta da criança menor de quatro meses, observa que as mulheres que relataram produzir uma quantidade insuficiente de leite materno usaram como critérios o volume diminuído das mamas, a pouca drenagem espontânea de leite e o choro da criança após a mamada.

A qualificação do leite como não adequado para a criança, seja por ser “fraco” ou “pouco”, remonta à época do movimento higienista, o qual trazia normas rigorosas e entendia a amamentação como algo instintivo, o que conseqüentemente resultou em mulheres com inúmeras dificuldades em alimentar seus filhos ao peito e em médicos totalmente despreparados para resolver tais intercorrências. Assim, a fim de garantir a hegemonia do modelo vigente, o desmame foi aceito como decorrente do “leite fraco” e fundamentou-se como um hábito cultural em nosso meio (ALMEIDA, 2002).

Figura 3. Comentário da mãe: “Ele mamando no peito não tem nenhuma, mas ele mama pouco, ele quase não tem mamado mais, ele mama só de madrugada, de dia ele não pega não, eu só não tirei ainda, demora pra encher meu peito, porque eu não sei o que fazer pra secar, eu queria tomar injeção, mas falaram pra eu não tomar não, porque ele não liga mais, ele não faz questão, de dia quando dá pra ele não mama, ele não pega, ele brinca, ele pega, puxa, mas ele não mama.” (Beatriz, filho com 4m21d)

Nesse sentido, a mamadeira aparece como um artifício que vem para suprir tanto as necessidades da criança quanto as maternas, na medida em que é entendida pelas mulheres como um “prolongamento” do peito, e ao contrário deste, permite que a mulher transite mais livremente entre seus afazeres.

“Primeiro mês eu dei a mamadeira, porque como eu comecei a trabalhar igual eu te falei, eu não tinha todo tempo cada duas horas pra ir lá, às vezes eu tava com cliente e tava com alguma coisa, minha sogra começo dá o NAN” (Adriana, filha com 9m)

“... eu dou a mamadeira pra ela, ela dormindo mesmo eu dou, que aí ela dorme a noite inteira, sem querer mamar no peito, porque se eu não der, tem que ficar com o peito na boca dela grudado a noite inteira.” (Regina, filha com 7m13d)

Vários estudos relatam que a introdução da mamadeira se dá fundamentalmente por alegações de suprir a produção láctea insuficiente ou fraca, pelo trabalho materno, pelas intercorrências mamárias, e também pela grande demanda de disponibilidade materna. Frente a esses aspectos, as mulheres lançam mão dos substitutos do leite materno, seja em pó, formulados ou fluidos, os quais são oferecidos na mamadeira, demarcando nitidamente que o desmame se dá com a introdução de outros tipos de leite na dieta infantil (SOUZA; SZARFARC; SOUZA, 1999; RAMOS; ALMEIDA, 2003; BUENO et al., 2002; REA; CUKIER, 1988).

“Acho que depois que começa dá mamadeira, ele vai larga também, porque ele ainda não toma mamadeira, tá só no peito, o outro largo porque eu comecei dá mamadeira, eu comecei trabalhar.” (Valéria, filho com 5m12d)

“Desde o começo, ela mamou até agora, até os sete meses dela, foi parar agora por causa da mamadeira né, se eu soubesse que iam me manda embora nem tinha parado e dado mamadeira né, é porque aí eu tive que voltar a trabalhar, e esse um mês que eu trabalhei foi mamadeira o dia inteiro né, que não tinha como eu sair pra vir, então nesse um mês ela já foi perdendo, mamava só de noite, aí foi perdendo, já não queria mais, então agora que ela perdeu de vez, agora que ela não quer mais..” (Camila, filha com 7m13d)

“Minha sogra começo dá o NAN, e ela pego os dois, até o mês passado ela pegava os dois, pegava bem o peito e pegava a mamadeira, agora que eu acho que porque não sai tanto que ela pega mais a mamadeira, agora largo, nem de madrugada, mês passado ia só de madrugada, de vez em quando durante o dia, mas agora é só mamadeira.” (Adriana, filha com 9m)

Figura 4. Comentário da mãe: “Eu comecei introduzir um pouquinho, eu comecei com bem pouquinho, agora que eu aumentei pra 90ml só pra garantir que depois ela não vai sentir falta do peito, não vai ta acostumada então (...) ela fica muito apegada comigo, e depois eu acho que vai se muito mais difícil pra ela ficar na creche, só que eu vou levar ela junto comigo (para o trabalho) até os cinco meses, aí depois ela vai pra creche.” (Telma, filha com 1m2d)

Observamos na fala de Telma, que apesar do motivo primeiro da introdução da mamadeira ser o seu retorno ao trabalho, ela refere o apego, a dependência e o vínculo proporcionados pelo aleitamento materno como algo que será penoso mais tarde, quando mãe e filha precisarão “se separar”, sendo melhor que nem se estabeleçam efetivamente.

Contudo, quando se trata de investigar as causas da introdução precoce de outros leites, acaba-se por verificar a causa última, sem se deter nas “causas associadas”. Em um estudo que investigou as razões referidas pela mãe para o desmame num primeiro momento e em um segundo em maior profundidade,

observou-se que as alegações se mostravam diferentes nos dois momentos (REA; CUKIER, 1988).

Nossa realidade mostra que a introdução precoce de outros leites e mamadeira ganha destaque na prática alimentar das crianças. A fim de reverter ou melhorar essa situação, centramos nossa prática na promoção do aleitamento materno, muitas vezes considerando o desmame como um fato isolado, desprezando-o como um processo multicausal.

Identificamos, através das falas das mulheres deste estudo, que ao introduzir outro leite que não o materno, torna-se mais permissível experimentar variar os tipos de leite que julgam ser mais acertados para a criança.

“Eu dei 15 dias só o peito, aí depois eu comecei dar o NAN, aí ele não se deu com o NAN, aí eu comecei dar o leite de caixinha. Secou, fui eu que parei de dar, que rachou muito, doía muito e eu não consegui dá, rachou bastante, quase caiu o bico do peito, aí eu não agüentei... aí eu dei NAN, só que o NAN ele não engordava, só vomitava, aí eu comecei dar o leite de caixinha, aí ele se deu com o leite de caixinha, até hoje. Eu dei por conta.” (Daniela, filho com 7m28d)

As mulheres revelaram ter experimentado vários tipos de leite, desde o início da introdução até o momento da entrevista, sendo que a escolha normalmente se dava baseada na qualidade do leite. As fórmulas lácteas, por serem modificadas e incorporadas de alguns micronutrientes, são tidas, para essas mulheres, como melhores para os bebês pequenos, já que estes ainda são frágeis e necessitam de cuidado redobrado. Em um segundo momento, posterior a esse primeiro contato, as mulheres referem que se pode optar por um leite menos elaborado, ou até mesmo o leite de vaca fluido, já que a criança já cresceu e está mais resistente.

Ainda, o valor financeiro despendido com o leite é um dos fatores que se soma à idade da criança na hora da escolha, visto que, para a criança pequena, é necessário garantir um leite de qualidade, entretanto, com o crescimento da mesma e como os gastos tendem a ser progressivos, o aspecto financeiro passa a ter um peso bastante grande na escolha. Cabe destacar que as mulheres relacionam o valor financeiro do leite com sua qualidade de maneira diretamente proporcional, o qual também reflete um valor simbólico de *status*.

“Ela tava tomando o NAN 2 e agora tá começando toma o de caixinha, que o NAN 2 tá dando só pra dois dias aí tá ficando muito caro também, e agora eu não to mais trabalhando, quando eu tava trabalhando até dava, que agora só meu marido que trabalha né, aí tô trocando aos pouquinhos também né, uma hora eu dou o NAN, outra hora eu dou o de caixinha, pra intercalar, ela tá pegando bem também o de caixinha... o pediatra falou pra dá puro, que o leite já tem água né, já não sustenta tanto, aí é puro mesmo.” (Camila, filha com 7m13d)

“O leite pra eles eu compro leite Ninho, às vezes eu compro de caixinha, mas eu compro mais é Ninho, que o Ninho é dura mais, passo quase duas semanas dando, duas lata pra ele de Ninho, o leite de caixinha é caro e acaba rapidinho, uma caixa de leite é um dia só pra eles, aí eu compro mais leite Ninho do que em caixinha...” (Zilda, filho com 10m7d)

“A minha mãe começou dá mamadeirinha um pouquinho pra ele, de leite Ninho, porque o leite Ninho é mais melhor pra dá pra criança né.” (Valéria, filho com 5m12d)

“... eu sempre dei pra ela um bom leite, ela toma NAN 2, um leite bom já que ela não mama mais o peito, então minha sogra que falou né, falou “ah, vamos começar no NAN, que ele é mais forte, é melhor” e eu já sabia também que ele era um bom leite, e desde que eu comecei nele, não parei mais, depois que ela fizer um ano, aí eu quero muda pro Ninho e aí vamos ver, não sei.” (Adriana, filha com 9m)

“O NAN foi até quatro meses, porque na realidade assim fazia, era aleitamento misto desde o começo né, aí realmente aumentou com quatro meses, aí eu fui no posto, conversei com a médica, porque tava também difícil de manter, R\$14,00 uma lata de NAN né, aí ela falou ‘você pode dá o Ninho’.” (Laura, filha com 5m23d)

Observamos em algumas falas que apesar de haver uma opção pelo leite de melhor qualidade principalmente nos primeiros meses após o nascimento, para algumas mulheres, considerando o crescimento da criança e conseqüentemente o aumento da ingesta, a preocupação em dispor de leite para oferecer ao filho acaba sendo anterior, o que resulta em uma diluição o leite que está aquém das necessidades energéticas e nutricionais da criança. Tal diluição é realizada, pela maioria das mulheres, de acordo com seu próprio entendimento ou segundo as informações do rótulo do produto, sendo que poucas vezes é feita sob orientação de um profissional de saúde.

A grande diversidade dos leites industrializados colocada à disposição da população facilmente acaba por favorecer esse consumo. São inegáveis os avanços conseguidos com a produção de fórmulas infantis elaboradas, sobretudo para os bebês que necessitam de cuidados especiais, todavia, é para a população em geral — a qual não demanda produtos específicos — que as grandes indústrias voltam seu *marketing* através de propagandas sofisticadas e apelativas que antigamente traziam bebês robustos e famílias felizes, marcando no imaginário feminino uma maternidade idealizada e sonhada por todas (REA, 1990).

Buscando o desenvolvimento de crianças fortes, saudáveis e bem alimentadas, as mulheres referem também utilizar engrossantes ou farináceos nas mamadeiras de seus filhos, já que para elas a sustança está relacionada com a consistência do alimento, bem como com a saciedade. Acrescentam, assim, alguns produtos como amidos e farinhas ao leite ofertado na mamadeira.

“Mama é leite, tem a massa deles, é Mucilon não, é Nutrilon que eu dou pra ele, ponho junto com o leite, às vezes eu dou aquela massinha de milho, é fubá, é mingauzinho de milho de fubá pra eles, eles gostam, ele come, eu ponho na mamadeira, eu faço um pouco fino, aí eu ponho na mamadeira, com um pouquinho de açúcar...” (Zilda, filho com 10m7d)

“... eu comprei sabe esses cereais de aveia e de arroz, Mucilon, e como ela tava mamando menos de duas horas na mamadeira, eu comecei a dá colocando na mamadeira.” (Laura, filha com 5m23d)

O momento da comida: a introdução da alimentação complementar

Conforme o bebê vai crescendo, mudanças na sua alimentação vão ocorrendo, demarcando e sinalizando a sua evolução no ciclo da vida. Tal evolução se dá de forma gradativa através de sucessivas experimentações e tentativas, sendo o ambiente familiar o lócus primeiro da socialização alimentar.

Passar a ingerir alimentos mais próximos ou iguais aos utilizados pela família é um sinal das transformações progressivas sofridas pelas crianças do estudo.

Alimentação complementar da criança: considerando os valores, as recomendações e a condição econômica na introdução e escolha do alimento

É consenso entre os autores que, no Brasil, há a introdução precoce de alimentos complementares e há uma tendência em utilizar primeiramente os chás e a água na dieta infantil (BRUNKEN et al., 2006; SOARES et al., 2000; SIMON; SOUZA; SOUZA, 2003; VIEIRA et al., 2004; PARADA; CARVALHAES; JAMAS, 2007).

Os chás são alimentos valorizados culturalmente em nosso meio não pelas suas propriedades nutritivas, mas sim pelas características medicinais que oferecem, de maneira que as mulheres referiam utilizá-lo para acalmar o bebê, por ocasião das cólicas ou ainda como substituto para algum remédio.

“... chá eu dei uma ou duas vezes, naquela de não dormir a noite sabe, um dia eu dei, um dia ou dois, depois ela começou a acostumar com o ritmo da gente... não tinha cólica, dei chá de camomila, erva-doce também, que eu acho que ela tava era querendo aprender o ritmo daqui sabe (risos), é que tem isso também, a criança vai pelo ritmo que você, se eu ficar até quatro hora acordada, ela vai querer também ficar né.” (Regina, filha com 7m13d)

“Ah, desde que ela nasceu, chá ela tomou até os quatro mês, de erva-doce, essas coisa, mas eu dava mais era pra cólica, mas acho que não passava não, porque ela chorava mais ainda, eu colocava um pouquinho de açúcar e colocava remédio também que o médico falou que podia, no meio do chá, eu dava só quando ela tinha cólica, na chuquinha.” (Bruna, filha com 11m)

“Chá de camomila, chá de hortelã, eu tava dando, chá de camomila, que é pra hidratar né, porque tem água né, porque água mesmo não gosta não... a avó que falou que camomila é bom né, falou “dá, dá chazinho de camomila que é bom pra criança relaxar né”, de hortelã dá também, de hortelã falaram que é pra tosse (risos), ela não pode tomar remédio nenhum, ela teve uma alergia da amoxicilina, aí não vai tomar mais nenhum, então o médico mandou dar chazinho quando tiver com alguma dorzinha, essas coisas, só chazinho.” (Camila, filha com 7m13d)

Parada, Carvalhaes e Jamas (2007) observam, entretanto, que tal prática é inadequada e desnecessária sob o aspecto biológico, mesmo considerando dias quentes e secos. Ainda, segundo o Ministério da Saúde, a introdução do mesmo leva à redução do consumo total de leite, podendo culminar com o desmame precoce, além de elevar os riscos de morbimortalidade (BRASIL, 2002).

Da mesma forma que para introdução dos leites, para introdução dos alimentos complementares, as mulheres estudadas utilizam-se de uma lógica própria que pode ser desde o seguimento das orientações do pediatra até outras bastante particulares.

“Ah, porque eu achei que já tava com fome, que tava com fome, que o peito só não sustenta a criança, ele precisa comer outras coisa.” (Valéria, filho com 5m12d)

“Aí a médica já começou introduzir o suquinho com quatro meses, aí depois eu fui de novo, aí já entrou com as frutinhas né, veio a papinha de fubá, aí entrou legumes assim sem tempero nenhum, agora ela já liberou com tempero né, na última consulta que eu fui quinta-feira, então é caldinho de feijão com papinha de arroz, eu posso colocar o caldo da carne, é legume.” (Laura, filha com 5m23d)

É recomendado que aos seis meses completos sejam introduzidos os alimentos complementares na alimentação da criança (BRASIL, 2002). Para as crianças desmamadas, a introdução de alimentos complementares é recomendada mais precocemente, incluindo a água nos intervalos das refeições desde o nascimento; suco de frutas entre dois e quatro meses para as crianças que recebem leite integral; papa de frutas e papa salgada a partir do quarto e até o oitavo mês de vida (BRASIL, 2002).

Na análise, tanto das entrevistas, quanto das fotografias apresentadas pelas mães, um fato a ser considerado é a pouca oferta da água à criança, o que pode estar

relacionado à idéia dissociada frente à informação de que a criança amamentada exclusivamente no peito não requer receber outros líquidos, até os seis meses de vida, condição esta não observada entre as crianças, sujeitos deste estudo, portanto todas deveriam estar recebendo água.

Figura 5. Comentário da mãe: *“Ela tomando água, a irmã dela dá, que ela chama ela “tatá, tatá, ah”, então ela dá pra ela.”* (Adriana, filha com 9m)

Figura 6. Comentário da mãe: “Aqui também bebendo água (...) toma água e algum suco, durante a comida não, porque senão ele nem come (...) eu gosto de dar, e o médico falou também, depois que eu como eu também tomo.” (Jamilé, filho com 11m)

Pode ser observada uma diversidade na escolha da alimentação complementar das crianças, tanto no que tange ao tipo de alimento quanto à idade de introdução, o que foi observado também em outros estudos (SILVA, 2007; BRUNKEN et al., 2006; SOUZA; SZARFARC; SOUZA, 1999).

“... que nem o suco mesmo que eu dou pra ele de laranja, de tomate também eu dou pra ele, eu vou variando sempre o suco pra ele, limão eu também dou pra ele.” (Paula, filho com 6m21d)

“Eu tava dando farinha láctea pra ela, ela come Danone, gelatina, bolacha, biscoito isso ela adora. De fruta todas, eu dei uma banana pra ela agora há pouco, se eu der duas ela come, se eu der duas maçãs ela come, depois ainda toma uma mamadeira de leite, isso ela adora, qualquer uma, principalmente pêra, melancia, banana.” (Adriana, filha com 9m)

“Ah, eu comecei dar mingau de fubá, depois papinha, ela comia.” (Bruna, filha com 11m)

Percebemos que juntamente com o consumo de alimentos considerados adequados no primeiro ano de vida, como as frutas, os legumes, os cereais (GIUGLIANI; VICTORA, 2000), também são oferecidos à criança alimentos industrializados, como iogurtes, biscoitos e salgadinhos. Provavelmente pelo *marketing* realizado diante desses produtos e pelo *status* que carregam, ligado a um custo mais alto, as mães acabam incorporando-os na dieta de seus filhos, apesar de considerá-los muitas vezes como “besteiras” (ROTENBERG; DE VARGAS, 2004).

“... aí eu dava um biscoito, um sucozinho, e aí eu fui dando, eu só dava um biscoito, só besteirinha.” (Zilda, filho com 10m7d)

Figura 7. Comentário da mãe: “Toma (iogurte), assim, derruba um pouco né, mas faz birra pra beber sozinha, ela vê a irmã dela bebendo né, ela quer beber sozinha, quer pegar a garrafinha que ela bebe.” (Tereza, filha com 9m20d)

Há, entretanto, aquelas que se mostram convencidas de que o produto industrializado oferecido contém nutrientes (*vitaminas*) importantes na alimentação da criança, sendo ofertado sistematicamente a ela, com a força de uma recomendação médica, como relatado por Camila.

Figura 8. Comentário da mãe: “Danoninho também que eu acho que é muito importante né pra criança, a gente sempre dá Danoninho pra ela, é pelo menos uma vez ao dia né, ou de manhã ou à tarde né, porque ela come dois potinhos cada vez (...) ela adora, eu acho que é importante porque tem vitaminas né que a criança necessita né e o médico falou pra mim que é importante também.” (Camila, filha com 7m13d)

Também no que se refere à questão econômica, observamos que as mulheres, apesar de valorizarem certos alimentos como importantes para a dieta da criança, como as frutas e os legumes, nem sempre conseguem comprá-los, sendo assim, lançam mão de outras estratégias para saciar a criança. Tal fato também foi encontrado em outros estudos (ROTENBERG; DE VARGAS, 2004).

“... eu não posso seguir as receitas da pediatra (risos), que é muita coisa (risos) e aí não dá né, tem que dar o que tem né, tem tudo lá né, pêra, maçã, eu compro às vezes né, não vou dizer que eu não compro, pensando nela eu compro, pêra, maçã, mas não sempre sabe, aí o que tem eu dou.” (Regina, filha com 7m13d)

“Eu o dia que não tinha papinha, sabe o que eu fazia, cozinhava bem o fubá, deixava o fubá assim de molho e pegava amassava bem o alho com cebola e fazia sopinha, o dia que não tinha coisa assim, com as minhas meninas eu fazia assim, que tinha uma situação muito assim difícil né.” (Valéria, filho com 5m12d)

“Fruta às vezes quando tem eu dou pra ele, quando não tem eu dou só mama pra ele.” (Zilda, filho com 10m7d)

Nesse sentido, as escolhas alimentares não correspondem apenas à satisfação de uma necessidade humana básica conforme recomendado, mas baseiam-se igualmente em valores socioeconômicos e culturais que norteiam o que deve ou não ser consumido (VÍCTORA; KNAUTH, 2000).

Alimentação complementar da criança: evidenciando particularidades na aquisição e oferta do alimento

A compra do alimento da criança também traz particularidades, já que em comparação aos alimentos da família, os da criança são comprados com uma frequência maior, principalmente frutas e legumes os quais estragam com maior facilidade, assim, evita-se o desperdício e dispõe-se de produtos frescos. Assim, os alimentos comprados mais espaçadamente referem-se aos considerados essenciais, como feijão, arroz, farinha, etc. os quais coincidem com o recebimento da renda familiar, já as frutas e verduras são condicionados aos recursos restantes, o que

corroborar com os achados de Víctora e Knauth (2000) e Rotenberg e De Vargas (2004).

“Toda quinta ou sexta-feira a gente faz varejão né, então compra de tudo, legumes até verdura, fruta, tudo, então é de tudo um pouco, agora o dela (filha) é todo dia fruta, porque eu não gosto de deixar, se fica muito tempo né acaba ficando ruim, mas o dela é todo dia a gente compra, tem varejão aqui pertinho, o dela é todo dia, tem fruta fresquinha né.” (Camila, filha com 7m13d)

“Eu faço compra a cada 15 dias e toda segunda-feira eu vou no varejão, porque eu compro o alimento da bebê, então eu procuro comprar toda semana e eu compro pouco pra não ter tanto desperdício, então mistura, legumes, frutas eu compro toda semana, agora despesa mesmo eu faço a cada 15 dias, dia cinco e dia 20.” (Adriana, filha com 9m)

Figura 9. Comentário da mãe: “Aqui comprando as comidas dele, os legumes, as frutas.” (Jamilé, filho com 11m)

Ter uma alimentação variada é algo observado pelas mães como importante, já que percebem, no dia-a-dia, que, quando oferecem dietas monótonas às crianças, elas passam a comer menor quantidade ou até mesmo a rejeitar o alimento.

“Tem vez que eu ponho a batata com cenoura, às vezes eu ponho também a beterraba e o repolho, todo dia eu procuro assim modificar pra ela não enjoar, que aquela ali (apontou outra filha) enjoou, não queria mais de jeito nenhum, que eu colocava só batata com cenoura, batata com cenoura sabe, no arroz e o caldinho de feijão, aí ela enjoou, aí essa aí eu já procurei né, então eu cozinho uma cenoura junto com a batata.” (Regina, filha com 7m13d)

“... igual hoje ela comeu chuchu, cenoura, batata com caldinho de feijão, amanhã eu já vou fazer mandioquinha, eu vou fazer diferente, porque eu percebi que quando eu faço igual ela não come, quando eu faço tipo uma semana a mesma coisa ela não come, ela come, mas ela come bem menos do que se fizesse outra coisa com gostinho diferente.” (Adriana, filha com 9m)

De acordo com Gerrish e Mennella (2001), expor as crianças a uma variedade de sabores por ocasião da introdução da alimentação complementar é fundamental para que elas aceitem diversos sabores e experimentem novos alimentos com facilidade, posteriormente ao longo da sua vida. Acrescenta-se, ainda, que, para as crianças submetidas a uma diversidade alimentar, novos alimentos são introduzidos com um número muito menor de tentativas do que para as crianças com uma dieta uniforme, o que se observa também nas crianças filhas de mulheres com dieta equilibrada e variada, pela exposição intra-útero à variabilidade de sabores do líquido amniótico e posteriormente do leite materno (MENNELLA; JAGNOW; BEAUCHAMP, 2001; MENNELLA; BEAUCHAMP, 1991).

Nesse sentido, uma dieta variada não somente assegura o suprimento de nutrientes necessários do ponto de vista nutricional, como também tem um papel fundamental na formação de hábitos saudáveis, prevenindo transtornos alimentares (MONTE; GIUGLIANI, 2004).

Na escolha do alimento a ser oferecido, as mães também consideram a preferência da criança, e mesmo parecendo serem ainda muito pequenas para

fazerem tais escolhas, as entrevistadas referem que elas já sinalizam algumas predileções através de seu comportamento e interação com os alimentos.

“Não gosta de nada de fruta, ela começou comer agora, ela comeu mamão, mamão ela tá comendo bem, mas maçã, banana, pêra nada, nada, nada, mamão ela aceita bem, ela tá comendo bastante, pelo menos é onde ela come alguma coisa né, mas ela não é muito chegada em fruta não.” (Camila, filha com 7m13d)

“A papinha ele gosta de comer no prato junto comigo, se pegar aquela coisa amassadinha é perda de tempo, ele não come de jeito nenhum, ele começa a ter ânsia, ele come duas colheres acho que por curiosidade de ver o que é, que que tá comendo, aí ele come duas colherzinhas, mas aí ele já começa fazer ânsia, fica abrindo a boca fazendo ânsia, aí ele não aceita de jeito nenhum.” (Paula, filho com 6m21d)

Cabe destacar, também, que, assim como as mulheres do nosso estudo, Sullivan e Birch (1994) observaram que as mães de crianças menores de um ano tendem a relacionar as respostas não-verbais da criança, de forma particular a quantidade de ingesta alimentar (ver seqüência de fotografias de Laura), com as preferências da mesma, sendo que tal resposta da criança irá determinar as compras alimentares e ofertas posteriores.

“... ela não gosta, eu sinto que quando eu coloco a carne moída sabe no pratinho dela, ela não come tudo... coisa de mãe né, eu acho.” (Regina, filha com 7m13d)

“Fruta ele gostou, ele come até hoje, fruta, ele gosta mais de mamão, banana e maçã, as que ele mais come assim, que eu vejo que ele mais come, mais quantidade né, que ele mais gosta.” (Jamilé, filho com 11m)

“É que ele começa rejeitar quando ele não gosta, aí ele vira a boca, agora pêra quando vai comer assim, ele até chora, fica gritando, ele engole e não dá tempo de você ir lá e raspar de novo, ele fica doído querendo, não dá nem tempo de tirar a colher da boca.” (Paula, filho com 6m21d)

Figura 10. Comentário da mãe: *“Eu mostrei aqui a quantidade que ela mais ou menos toma pra vocês verem.”* (Laura, filha com 5m23d)

Figura 11. Comentário da mãe: *“Aqui ela tomando, ela aceita bem.”* (Laura, filha com 5m23d)

Figura 12. Comentário da mãe: *“Aí sobrou isso ta, ela tomou quase tudo.”* (Laura, filha com 5m23d)

O primeiro ano de vida da criança parece ser particularmente importante no que tange a uma maior sensibilidade na formação de preferências e aversões aos sabores dos alimentos, servindo de base para as escolhas e os hábitos alimentares ao longo da vida (MENNELLA; GRIFFIN; BEAUCHAMP, 2004), de tal forma que o padrão de aceitação alimentar desenvolvido corresponde àqueles sabores experimentados na infância (MENNELLA; BEAUCHAMP, 2005).

Entretanto, apesar de ser normal as crianças rejeitarem os alimentos novos num primeiro momento, as mães logo arrumam alternativas para que elas comam aquilo que acham importante.

“Aí eu faço o leite pra ele, eu bato NAN, aí eu ponho uma fruta pra ele, porque ele não aceita a papinha de jeito nenhum, agora até a fruta ele tá meio enjoadinho não querendo come fruta, aí a forma dele come assim, aí eu ponho, eu faço suco pra ele e o suco ele gosta, aí eu acabo colocando uma beterraba, uma cenoura no suco, aí é o lugar, é onde acaba comendo né a verdura, através do suco e no leite dele que eu bato e acabo colocando uma fruta, um morango, uma coisinha assim, que onde ele acaba comendo a fruta, aí tá assim esse moço.”
(Paula, filho com 6m21d)

Figura 13. Comentário da mãe: *“Aqui acho que é vitamina que eu bati pra ele outro dia, tá meio amarelinho, parece mamão, aí eu bati, que ele é meio difícil de comer fruta assim, sabe, aí tem que bater no leite, que aí ele bebe, que aí ele gosta.”* (Paula, filho com 6m21d)

Diante do exposto, é importante ressaltar que a aprendizagem alimentar se dá pelas repetidas exposições ao alimento. Exercitar o paladar da criança, para que ela aprenda e aceite os novos e diversos sabores, requer em torno de doze experimentações, o que demanda dos pais ou cuidadores paciência e continuidade na oferta do alimento (SULLIVAN; BIRCH, 1994; RAMOS; STEIN, 2000).

“No começo não, não comia, ele fazia cara feia, não queria, mas depois foi acostumando.” (Jamilé, filho com 11m)

Ofertar o alimento e estabelecer a frequência em que este deve ser ofertado leva-se em conta a percepção que as mães tem quanto à fome da criança, o que segundo as mulheres deste estudo tem manifestação variada: choro, resmungo, gesto, irritação, etc.

“Ele começa gritar e chorar, ele começa gemer, aí eu vou lá logo, dou o peito ou mamadeira, ele começa ficar nervoso, agitado...” (Valéria, filho com 5m12d)

“Pra mamar ela fica puxando, to toda unhada, tá vendo aí (mostrou o colo) as unhas dela, por mais que eu corto ainda fico marcada, ela começa puxar e querer chorar aquele chorinho de... (risos) que não é choro.” (Regina, filha com 7m13d)

“Ela fica inquieta, ela pede, ela fica “dá, dá, dá” e aí eu mostro a baciinha dela papar e ela fica alvoroçada, é que ela tá com bastante fome, quando ela tá com muita fome ela come muito bem.” (Adriana, filha com 9m)

“Ele fica chorando, ele mostra, que nem quando ele tá com sede ele fica mostrando pra talha, “dá, dá” ele fica, pra pedir água, eu não sei muito quando ele tá com fome, quando ele quer teta ele vem e pede, aí ele fica encostando, e o horário também da comida, que ele tá sempre acostumado comer no mesmo horário, aí eu vou acostumando, aí eu já sei na hora que ele quer.” (Jamilé, filho com 11m)

Figura 14. Comentário da mãe: *“Eu acho engraçado a boquinha, o jeito que ela faz pra abocanhar, ela fica nervosa procurando.” (Telma, filha com 1m2d)*

A fim de garantir que os filhos não passem fome, algumas mulheres relataram oferecer a alimentação seguindo horários preestabelecidos, ou ainda oferecer alimentos a todo momento para a criança.

“Ah, eu sempre, toda hora eu tento experimentar alguma coisa pra ele, eu tento dar o peito pra ele, aí eu sei que ele tá com fome, aí tem um horário também certinho né, que eu tenho até ali na geladeira os horários certinho das coisas que ele tem que comer.” (Paula, filho com 6m21d)

“É cada coisa tem seu horário né, que nem o almoço eu dou meio dia, na hora da fruta eu dou as três...” (Mônica, filha com 6m6d)

“Ah, eu vou mais pelos horários, que eu dou uma mamadeira pra ela logo cedo né, depois assim às dez horas eu dou alguma coisa, quando não tem fruta eu dou pão com leite mesmo sabe, aí eu já tô fazendo o almoço né, eu vejo que ela fica querendo ficar perto do fogão junto comigo, daí eu já tô fazendo o almoço e eu aproveito e já faço o pratinho dela.” (Regina, filha com 7m13d)

Víctora e Knauth (2000), em seu estudo com crianças menores de dois anos, verificaram que há uma tendência das crianças amamentadas ao seio não terem uma precisão na frequência das refeições, já que o peito é oferecido “à vontade”, contudo, para as crianças maiores ou em uso da mamadeira, as refeições costumam seguir os horários da família, ou então são guiadas pelas manifestações da criança, o que corrobora com os achados de nosso estudo.

Apesar de ser difícil precisar a quantidade do número de refeições para as crianças em cada faixa etária, a OMS traz uma estimativa que, após a introdução da alimentação complementar, as crianças tendem a fazer de duas a quatro refeições diárias, a depender da idade, intercaladas com lanchinhos nutritivos (frutas, papinhas, iogurtes, mingaus) e leite (BRASIL, 2002; MONTE; GIUGLIANI, 2004).

Da mesma maneira que se utilizam de alguns parâmetros para avaliar a fome da criança, as mulheres o fazem para delimitar a porção de alimento que será oferecida, os quais podem variar desde deixar comer à vontade, ter porção exata ou ainda forçar a comer.

“Deixo ela comer à vontade, até que ela não deixa entrar mais, e o que entrar cospe.” (Fernanda, filha com 8m16d)

“Eu sei o tanto certo que ela come, aí ela come tudo direitinho, aí quando ela não quer comer ela não come mesmo, mesmo que ela tiver com fome, ela não come não, aí eu espero passar um tempinho pra dar, aí ela come, mesmo que é só um pouquinho, mas come.” (Bruna, filha com 11m)

“Já tenho já a base de quanto que ela come, é igual eu te falei que eu já sei até quando ela tá gostando da comida ou não, que quando ela deixa muito é que ela não gosta... porque eu procuro não dá muita coisa antes.” (Regina, filha com 7m13d)

Segundo Monte e Giugliani (2004), a quantidade de alimento oferecida deve resultar da aceitação da criança, a qual varia conforme a necessidade individual, a quantidade de leite materno ingerido e a densidade dos alimentos complementares, o que exige dos pais a percepção e a habilidade de identificar os sinais de saciedade da criança.

Figura 15. Comentário da mãe: *“Aqui ela mamando o leite, que é seis mamadeiras no dia, além da comida, só que ela não consegue mamar a mamadeira cheia, sempre tem que fazer a metade”* (Regina, filha com 7m13d)

Figura 16. Comentário da mãe: *“Logo depois da comida, eu fui complementar com leite né, porque a médica mandou eu fazer isso, então eu faço, o leite é o principal alimento dela né (...) então ela mamando, depois que ela comeu aquela pratada de comida...”* (Laura, filha com 5m23d)

Assim como na fala de Laura, percebemos que as mulheres estudadas referiam complementar as refeições com leite, conduta essa realizada segundo a orientação dos pediatras. Essa orientação dada pelos profissionais da rede básica de saúde do município segue uma conduta utilizada pelo Departamento de Pediatria e Puericultura da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo há alguns anos (WOISKI, 1988), reiterada recentemente por Ferraz (2007). Destacamos que tal conduta justifica-se para assegurar, a partir da introdução dos alimentos sólidos, uma ingestão Láctea que garanta adequadas quantidades de cálcio para o crescimento do lactente (FERRAZ, 2007).

Salientamos, ainda, que o MS não traz um posicionamento quanto a isso, já que refere que ainda não existem estudos suficientes para saber se o melhor momento para oferecer alimentos complementares é antes, durante ou depois das mamadas, para as crianças em aleitamento, nada relatando sobre as crianças não amamentadas (BRASIL, 2002).

Wright e Oliveira (1985) ressaltam que os alimentos lácteos são os mais comuns na dieta das crianças em detrimento das carnes, frutas e verduras e também apontam o fato de que as mães nem sempre fornecem a quantidade e proporções adequadas para a idade da criança ou, então, para “matar a fome”, as mães substituem as refeições por biscoitos e bolachas.

Figura 17. Comentário da mãe: “Oh, o tamanho do pão que ele ta aqui, ele come tudo.” (Zilda, filho com 10m7d)

Figura 18. Comentário da mãe: “Aqui é a bolachinha de maisena, ele comendo.” (Paula, filho com 6m21d)

A adoção de práticas alimentares adequadas, nos primeiros anos de vida, é de extrema importância, pois esse é o período em que os hábitos alimentares da criança são estabelecidos e continuarão na adolescência e idade adulta (SIMON; SOUZA; SOUZA, 2003).

Outro aspecto que se torna imprescindível é que os pais ou a pessoa responsável por alimentar a criança façam do momento da alimentação um espaço de interação entre a criança, o alimento e o cuidador, escolhendo um ambiente calmo e descontraído, no qual seja agradável se alimentar (KACHANI et al., 2005).

Todavia observamos que nem sempre os pais estão atentos a esse fato, às vezes por falta de tempo, outras por desconhecimento ou até mesmo por um hábito cultural de comer e fazer várias coisas ao mesmo tempo, como observamos na fala abaixo.

“Aqui em casa cada um come onde quer, a nenê eu dou na cozinha que eu ponho ela no cadeirão, mas às vezes tá acontecendo alguma coisa na televisão que me interessa, eu trago o cadeirão pra sala, a minha filha mais velha também almoça na sala, o meu marido também, que ele fica assistindo televisão, e eu também sento no sofá e como, é muito difícil a gente comer na mesa.” (Adriana, filha com 9m)

Fato a ser considerado, é que o momento da refeição deixa de ser um momento único dentre as diferentes necessidades diárias do ser humano, na medida em que se associa a outras atividades, além de descaracterizar o próprio local onde tradicionalmente são feitas as refeições, vivências essas a que precocemente as crianças são expostas. Através das fotografias tiradas pelas mães, identificamos a diversidade de locais onde é ofertada a alimentação à criança, tanto na área interna (sala, quarto, cozinha), quanto externa da casa (quintal, rua).

Figura 19. Comentário da mãe: *“Aqui ele tava almoçando em cima da moto do meu namorado, ele gosta muito do meu namorado, e eu mandei ele pegar ele no colo e dá comidinha pra ele.”* (Valéria, filho com 5m12d)

Figura 20. Comentário da mãe: *“Aqui minha filha mais velha.”* (Tereza, filha com 9m20d)

A maioria das crianças, principalmente as de menor idade, é posicionada sentada no carrinho de bebê, entre outros equipamentos tais como: cadeirão, andador, etc. Entretanto, são equipamentos nem sempre disponíveis em função da condição econômica, assim, por opção de conforto para a mãe ou por vontade da criança, a mesma é posicionada no chão, no sofá, na cama, na mesa, etc.

As fotografias mostram, ainda, que poucas crianças são alimentadas no colo da mãe ou outro adulto, levando a crer que a partir do momento que a criança não é mais amamentada ao peito, ela acaba por perder, também, o colo.

Figura 21. Comentário da mãe: *“Às vezes ela come no carrinho, você viu, ela nunca gostou da cadeirinha, até dei a cadeirinha embora, ela gosta de ficar comendo assim no carrinho, sentada, ou no andador né, ela gosta mais é do andador, vixi, ela adora o andador.”* (Camila, filha com 7m13d)

Figura 22. Comentário da mãe: *“Ela fica sentadinha no sofá (...) tem vez que ela escorrega, vai descendo (...) às vezes no carrinho, só que o carrinho eu acho ruim pra ela comer.”* (Mônica, filha com 6m6d)

No momento da “papa”, observamos uma maior presença da mãe, o que parece estar associado a uma necessidade materna de garantir que o alimento seja de fato ingerido pela criança, controlando para não virar bagunça.

Além de não disponibilizar de um tempo para tornar o momento da refeição algo a ser desfrutado, as mulheres têm por costume entreter a criança para que ela aceite o alimento, fazendo uso de brincadeiras, do conhecido “aviãozinho”, da televisão, entre outros.

“A irmã dela que fica cantando pra ela comer, ela gosta de vê DVD, se eu colocar um DVD de desenho animado ela come toda a comida, se eu colocar ela no cadeirão e sem nada, só se ela tiver com bastante fome, mas se coloca um DVD, se a Gabriela tiver brincando, cantando aí que ela come tudo, ela se distrai e vai comendo, comendo.” (Adriana, filha com 9m)

“... se não dá brinquedo pra ela ela não come, ela fica chorando.” (Bruna, filha com 11m)

“... tem que fazer brincadeira, quando ele quer ele come, aí quando ele não quer tem que fica falando “ó o aviãozinho, ó o passarinho”, aí vai fazendo até ele comer, é uma dificuldade tem vez pra ele comer, aí eu fico tentando pra ele comer, brincando tudo, mas aí a hora que ele não quiser mais também ele chora, esperneia no carrinho pra não querer mais também.” (Jamilé, filho com 11m)

Figura 23. Comentário da mãe: “Ele ta brincando assim eu vou dando a comida, aí ele vai, engatinha, aí eu dou uma colher, aí ele brinca, depois volta pega outra colher.” (Daniela, filho com 7m28d)

Figura 24. Comentário da mãe: “As meninas vieram brincar aqui, aí eu falei ‘fica brincando aí pra ela comer’, então quando ela vê alguém ou quando tem alguma coisa interessante na televisão, você pode dar o que for pra ela que ela come, tão distraíndo ela e ela ta comendo, e na maioria das vezes as meninas vêm ficar aqui na hora do almoço, antes de ir pra escola, e elas ficam brincando com ela pra mim, aí eu vou dando comida pra ela, ela come tudo, mas se não tiver ninguém é meio difícil dela comer.” (Adriana, filha com 9m)

Francis e Birch (2006) realizaram um estudo com crianças que faziam as refeições assistindo à televisão e observaram que isso afetava a ingesta alimentar das mesmas, tanto para mais como para menos. Assim, as autoras sugerem que isso se deva às crianças ficarem menos sensíveis às sugestões internas de fome e saciedade.

A utilização dessas estratégias, tais como brincadeiras ou "aviãozinho", é veementemente desaconselhável, já que distraem a atenção da criança e comprometem a percepção dos alimentos. Da mesma maneira, utilizar ameaças, chantagens, insultos e afrontamentos não são métodos indicados para conseguir alimentar uma criança (KACHANI et al., 2005; MONTE; GIUGLIANI, 2004).

Durante a socialização e o aprendizado alimentar, é importante que a criança entre em contato direto com os alimentos, manipulando os mesmos e tentando alimentar-se sozinha. Nessa fase os pais devem esquecer as maneiras à mesa, pois a bagunça faz parte do processo (SULLIVAN; BIRCH, 1994).

“Eu dou na colher pra ele, eu dou, mas aí tem vezes que ele pega, tem vez que eu dou a colherzinha pra ele na mão e ele pega e tenta pôr na boca já, ele pega assim, mas não consegue, então ele fica brincando com a comida mesmo, tentando pôr na boca, com a mão, quer pegar, quer pôr a mão, vixi...” (Jamilé, filho com 11m)

Figura 25. Comentário da mãe: *“Aqui ele tava comendo comida, ele tava comendo comida ó...(miojo, arroz e pedaços de frango)”* (Zilda, filho com 10m7d)

No entanto, as mães acreditam que é preciso educar a criança dentro das normas e boas maneiras desde pequena, assim são elas que oferecem a comida, mas algumas vezes aproveitam esse momento para treinar a criança a segurar os utensílios, como colher, copo e mamadeiras, proporcionando assim, raros momentos de interação real com o alimento e aquisição da autonomia.

“Ela vai mexendo, quando eu dou, tem que dar bem longe, porque se eu deixo perto o prato, ela bate a mão e cai tudo no chão, ela come com a colherzinha, mas não pára.” (Fernanda, filha com 8m16d)

“Eu que dou, tem que dar tudo pra ela, porque ela joga tudo fora se dá pra ela come, a mamadeira ela segura, só de noite que tem que segurar pra ela dormir, senão ela dorme e fica segurando, aí a mamadeira cai e ela acorda.” (Bruna, filha com 11m)

Figura 26. Comentário da mãe: *“Aqui ele tava chupando a laranja”* (Zilda, filho com 10m7d)

Figura 27. Comentário da mãe: *“Come, sozinho, ele não gosta se não dá assim pra ele, ele gosta de comer a banana assim, ele gosta mais de comer na mão mesmo, de pegar e comer.”* (Jamile, filho com 11m)

Estudos mostram que o modo materno de lidar com a alimentação da criança, seja ela permissiva, restritiva, controladora, afeta o comportamento alimentar e conseqüentemente a ingesta infantil de maneira significativa (FISHER et al., 2000; LEDERMAN et al., 2004; TAVERAS et al., 2004). Referem também que a melhor maneira de lidar com a criança é de forma responsiva, ou seja, respeitar a auto-regulação da saciedade e do apetite da criança, sem interferir em demasia.

Identificamos que há uma valorização às respostas positivas das crianças ante os alimentos ofertados, o que leva as mães a evidenciarem em suas falas.

Ela é fácil de comer, ela vê o pratinho dela, ela já até briga, ela que brinca com a colher, assim ela não tem a noção de comer sozinha, ela quer pegar a colher, às vezes eu vou dar comida pra ela mas ela fica com a colher na mão.” (Tereza, filha com 9m20d)

“A hora de comida ela adora, ela já até quer pegar no prato, ela adora comer, não dá trabalho nenhum, eu dou na colherzinha né, mas você sabe que ela pega a colher assim, que nem às vezes eu deixo ela pegar, e ela já vai em direção, por incrível que pareça ela vai, ela já sabe que vai pôr na boca dela, ela já abre a boca, eu com a minha mão segurando, ela leva, ela consegue levar, e ela segura muitas vezes a mamadeira dela, mama, e segura mais do que eu, eu fico do lado, agora se deixar ela enfia a mão no prato mesmo, se deixar assim ela quer pegar.” (Laura, filha com 5m23d)

“Ah, bolachinha às vezes eu dou pra ela, porque ela não tava sabendo segurar né, então eu dou pra ela segurar pra ela aprender, e ela não tem paciência, ela já gosta de comer, igual à mamadeira, ela acha que assim é fácil, que nem a mamadeira que já bota na boca e vai, senão ela não tem paciência, pra comer também, se você for dando pra ela, você já tem que enche a colher e já... tem que ir dando rápido, ela fica desesperada pra comer.” (Mônica, filha com 6m6d)

Entretanto, o fato de a criança recusar o alimento ou comer pouco é algo que assusta e incomoda as mulheres que tentam achar alternativas para tal, as quais muitas vezes são conseguidas através de várias tentativas, às vezes inadequadas.

“... eu dou até quando ele quiser, não vou forçando muito que senão, que nem uma vez eu tava forçando ele a comer mais né, aí depois ele não queria comer,

porque eu ficava forçando, aí ele parou de come bastante, aí ele comia só um pouquinho já não queria mais, porque ele via que eu ia forçando, aí eu parei, aí ele começou comer normal, eu acho que forçar ele não quer, eu vou dando até a hora que ele quiser e tá bom.” (Jamilé, filho com 11m)

“Ai (risos) nem me fale... às vezes né, às vezes eu ponho até água naqueles buraquinhos ali tá vendo, do carrinho, aí vira aquela bagunça... às vezes! (risos), mas eu vou dando na boca, vou dando na boquinha dela.” (Regina, filha com 7m13d)

Kachani et al. (2005) referem que a seletividade alimentar é comum no momento da introdução dos alimentos sólidos, entretanto, ela tem vários determinantes que precisam ser investigados pelo pediatra e pelo nutricionista, avaliando-se as características da criança, da família e do contexto.

Alimentação complementar da criança: evidenciando particularidades no preparo do alimento

A alimentação complementar da criança até os oito meses deve ser preparada especialmente para a criança, sendo oferecida sob a forma de papas, purês de legumes, cereais ou frutas (BRASIL, 2002).

Nesse sentido, as mulheres deste estudo observam que, no preparo da alimentação da criança, a textura e a consistência devem ser consideradas, determinando se a mesma é ou não apropriada para a criança. Cabe ressaltar que o mesmo alimento pode ser considerado adequado em uma certa idade e inadequado em outra, a depender da ameaça que traz, por exemplo, o grão de feijão é

inadequado para crianças pequenas, por ser duro e engasgar, e permitido para as maiores por ser um alimento bastante nutritivo (VÍCTORA; KNAUTH, 2000).

Diante disso, as mulheres adotam consistências mais moles e ralas para as crianças menores, sendo que vão ficando mais densas conforme as crianças crescem. Entretanto, não há um consenso ou um marco que determina o período que se deve fazer essa transição, sendo que cada uma utiliza-se de sua própria percepção.

“Amasso, às vezes eu passo na peneira, até poucos dias atrás até o arroz eu passava na peneira, pra ficar mais fininho né, agora eu já procuro amassar mais no garfo, os legumes né.” (Regina, filha com 7m13d)

“O mamão eu raspo e dou pra ele, a banana amassada...” (Valéria, filho com 5m12d)

“Eu esmago pra ele, eu esmago bem esmagadinho com o garfo, feijão, macarrão, a carne, aí eu dou pra ele.” (Zilda, filho com 10m7d)

Algumas mulheres liquidificam os alimentos, o que não é recomendado, já que comidas muito ralas ou moles têm baixa densidade energética, além de não favorecerem o desenvolvimento dos movimentos mastigatórios (BRASIL, 2002). A este respeito, Monte e Giugliani (2004) consideram que a pequena capacidade gástrica da criança dificulta que ela atinja as necessidades energéticas por meio de alimentos complementares diluídos.

A consistência inadequada, por vezes, é também um fator de recusa do alimento, como observado por uma das mães que, ao tirar a fotografia do filho, busca retratar a insatisfação do mesmo ao ingerir a papa de consistência rala.

Figura 28. Comentário da mãe: “Aqui ele tinha acabado de papar também, aí esse dia eu fiz uma papinha pra ele, tadinho, eu acho que tava horrível (risos), eu acho que eu não acertei muito bem a papinha, foi mandioquinha, caldo de feijão, acho que carne, ficou muito molhada a papinha, não ficou normal, não ficou papa, ficou bem aguadinha, aí ele comia e fazia careta, mas ele comeu tudo.” (Paula, filho com 6m21d)

Apesar de não disporem do conhecimento científico sobre as necessidades energéticas associadas à consistência em que devem ser ofertados os alimentos à criança nesta idade, as mulheres deste estudo deixam transparecer a crença no valor nutritivo de uma papa de consistência mais grossa do que rala. Tal como no leite, os engrossantes, como farinhas e amidos, são utilizados pelas mães.

Figura 29. Comentário da mãe: *“Eu pego a carne moída, eu frito ela bem, na cebola e no alho né, depois que ela tá bem cozida, eu joga legumes ralado, depois que tá cozido o legumes, eu pego o copo, ponho fubá, desmancho ele, joga na sopa e deixo uns 15 e 20 minutos sabe, e ela adora, o segredo é o fubá né, e é bom né tem bastante vitamina, é o que ela mais gosta, sem precisar de feijão ou arroz no meio, é o que ela mais gosta.”* (Regina, filha com 7m13d)

As mulheres acabam por assinalar que os alimentos que têm vitaminas são aqueles considerados consistentes e fortes, como é o caso do fubá, corroborando com Canesqui (2007) que fala que a utilização da palavra vitamina para caracterizar esses alimentos não tem o mesmo significado que tem a sua conceituação para a comunidade científica, trazendo aqui a idéia de sustância.

Para além do valor nutricional, algumas mulheres estudadas trazem em suas falas o conhecimento sobre a importância da consistência adequada do alimento ofertado à criança com base na sua faixa etária, no que se refere ao exercício da mastigação e da estimulação orofacial.

“Tudo amassadinho, eu não bato, nem passo na peneira, ela não engasga, eu fico com medo, mas eu amasso bem, mesmo o arroz tendo aquele... sabe, fica pequenininho, ela não engasga né, pra estimular mesmo a mastigação né, e ela

fica assim (mostrou gesto de mastigar) um pouquinho, eu não dou aquela papa fina que eu não gosto.” (Laura, filha com 5m23d)

“Eu batia no liquidificador, era mais fácil, aí depois com oito meses eu comecei amassar né, eles falam assim que tem que deixar ela mastigar, depois ela cria dente aí ela vai fica com preguiça de mastigar, minha sogra que falou... agora ela come de tudo, come carne, o que você dá pra ela ela come, eu amasso, o arroz, macarrão, eu faço macarrão com arroz e legume, feijão só o caldinho eu coloco, o feijão eu não coloco não.” (Bruna, filha com 11m)

Figura 30. Comentário da mãe: *“Eu amasso, você vê, eu amasso, eu não bato no liquidificador nada.” (Laura, filha com 5m23d)*

Para o preparo dos alimentos, devem ser obedecidos alguns cuidados, como a utilização de menos óleo, menos tempero, menos sal, o que leva as mulheres a cozinhar a comida da criança separadamente.

“Não coloco muito alho, muito óleo, ponho um pouquinho de óleo, o alho, fubá e o sal, bem pouquinho também, tudo pouquinho.” (Fernanda, filha com 8m16d)

“Acho que tem que ser separado né, depois quando tiver com um aninho aí sim, mas antes é separado. Ah, por causa do tempero né, as coisas têm que ser bem mais levinha né, então pra criança, principalmente a gordura né tem que ser bem menos, então por isso que tem que ser separado.” (Telma, filha com 1m2d)

Apesar de referirem a necessidade de ofertar às crianças pequenas alimentos mais leves, as falas mostram a importância do sabor do alimento, já que o mesmo deve ter um gosto agradável ao paladar. A alimentação, assim, é fonte que propicia à criança diversas descobertas através dos sabores, das consistências, das temperaturas, das texturas, dos volumes e das formas.

“Sempre fiz separada, até hoje, até hoje, todos os dias, faço no almoço e na janta, a dela eu não coloco tempero, só o sal e bem pouquinho, quando eu vou fazer o feijão dela também, eu guardo um pouco, não ponho tempero nada igual ponho no nosso, de vez em quando eu ponho um caldinho de Knorr pra dá um gostinho.” (Adriana, filha com 9m)

“Então no início eu não dava com açúcar, mas agora eu coloco um pouquinho só, uma pitadinha de açúcar, que eu acho também que ele nem entende o que é doce ou não, aí eu ponho só uma pitadinha pra ele, quando fica muito amargo, ou no caso do limão assim que é bem azedinho.” (Paula, filho com 6m21d)

“Ah, eu ponho água pra ferve, eu ponho o fubá de molho, coloco óleo, cebola, aí eu coloco o fubá, aí de vez em quando eu boto um tempero pra fica gostoso, eu ponho caldo Knorr, mas bem pouquinho pra não fica forte né, aí ela come, agora que eu comecei pôr tempero na comida dela, porque antes não pode né, não pode pôr tempero na comida de criança, no começo eu fazia só com sal, normal.” (Bruna, filha com 11m)

Figura 31. Comentário da mãe: “O que eu fiz aqui: eu tirei uma foto das coisas que eu tinha no dia, que eu dou pra ela, as frutas, os legumes, o óleo que eu uso (...) eu uso óleo de canola pra ela (...) o alho, a cebola, o tomate, a berinjela, chuchu, beterraba, ela come tudo.” (Laura, filha com 5m23d)

Para que se garanta essa distinção da alimentação das crianças pequenas, a cocção e o oferecimento do alimento requerem utensílios separados, entretanto, isso é mais valorizado para as crianças menores, após um certo tempo, conforme vão crescendo, isso deixa de ser observado.

“... as coisinhas dela, todos têm que se mais separado né, igual ela tem a panelinha que eu faço as comidinhas dela separado, separado vírgula, porque tipo assim, o feijão já é junto com o nosso né, o arroz já, então pra cozinha um legume, pra faze um, tem a panelinha, o pratinho, a colherzinha dela.” (Regina, filha com 7m13d)

Em nosso estudo, tal como foi introduzido pelas mães precocemente a alimentação complementar, também se observa uma precocidade na transição dessa para a comida da família, o que pode se refletir em prejuízos nutricionais à criança.

Figura 32. Comentário da mãe: “Aqui sou eu com ele, aqui é ele comendo a comidinha né, que aí eu pus o prato na frente, ta comendo arroz, feijão, batata.(...) já tô dando o grão inteiro.” (Valéria, filho com 5m12d)

Parada, Carvalhaes e Jamas (2007) realçam em seu estudo uma tendência de interrupção precoce no preparo de alimentos separados para a criança, já que passam a comer antecipadamente a comida da família. Como o consumo de legumes e verduras pela população adulta brasileira é baixo, as crianças acabam não comendo esse tipo de alimento. Ressaltam ainda as autoras outros prejuízos advindos da precoce mudança da alimentação pastosa para a sólida, como a possibilidade de prejudicar a aceitação alimentar e desenvolver deficiências nutricionais.

Alimentação complementar da criança: “a mesma comida que a gente come, ele come...”

Assim como verificado no estudo de Víctora e Knauth (2000), para as mulheres do nosso estudo, a idade de um ano seria o marco para as crianças passarem a comer a comida da família, através da lógica da experimentação gradual.

Figura 33. Comentário da mãe: “Aqui eu tava jantando e ela veio perto de mim, então se você não dá, ela fica pedindo, então eu acabo dando o que eu tô comendo pra ela.” (Adriana, filha com 9m)

As refeições das crianças tendem a corresponder às aquelas feitas pela família, dividindo-se em três principais, lanches nos intervalos, intercalando com leite. Observamos que, assim como para os adultos, também na alimentação das crianças aparecem as conhecidas “beliscadas”.

“Bom, ela acorda mais ou menos seis e meia da manhã, uma mamadeira, aí mais ou menos oito horas eu dou um suquinho de laranja, aí depois passa uma hora eu dou uma frutinha aí eu dou uma mamadeira, aí mais ou menos umas onze e meia no máximo ela almoça, eu espero um pouco, eu dou uma hora da refeição aí eu dou uma mamadeira.” (Laura, filha com 5m23d)

“Quando ela acorda ela toma uma mamadeira, daí depois come a papinha, aí eu procuro dá assim pão com leite, uma banana, ah, alguma coisa assim, mais o peito também né, aí o que tem eu dou, aí depois ela mama uma mamadeira de leite até a hora de chegar a hora da janta, aí é o caldinho de feijão, o arroz, às vezes eu faço um miojo sabe, ponho no meio, metade do miojo.” (Regina, filha com 7m13d)

“Ah, eu dou só, ele só mama no peito, aí quando eu to comendo um pão, alguma coisa, eu dou um pedacinho de pão, eu dou um pouquinho de suco, ou alguma coisa que, biscoito, bolacha, aí eu como uma bolacha, eu dou pra ele a bolacha, se eu tive comendo um pão eu dou, biscoitinho, um bolo eu dou pra ele, então essas outras coisas, se tiver mamão eu dou, se tiver um suco eu dou.” (Valéria, filho com 5m12d)

A introdução à comida da família ou mais próxima àquela que a família consome ocorre normalmente nos momentos em que a criança acaba experimentando e incorporando novos alimentos que são colocados à mesa. Desse modo, ocorre que mesmo que a criança tenha seu horário de refeição diferenciado daquele da família, ela estando presente no momento da refeição da família acaba por precocemente experimentar outros alimentos e temperos que ainda são inapropriados para sua faixa etária, comendo novamente.

“Eu dou antes, mas na hora que tá almoçando ela quer, porque ela fica olhando, vai encima, se a gente come, se a gente tá sentada aqui ela tá perto, ela vai encontrar, aí eu dou antes, mas às vezes eu dou junto, igual hoje no almoço, eu

almocei com ela sentada aqui, eu ia comendo a minha e colocando na boca dela o dela, porque ela não parava de chorar.” (Fernanda, filha com 8m16d)

“Ela come da gente já, ela deixa de comer a dela pra querer a nossa, se ela não come a nossa ela não come a dela não, eu dou antes pra ela, mas quando eu to jantando ela senta junto tem que ir dando.” (Bruna, filha com 11m)

“Se ela vê a gente comendo, por exemplo, eu tô com um prato, ela me vê com um prato, ela fica sabe, em cima, ela se joga pra ir ver, parece que ela quer experimentar todo tipo de comida, não sei, é o que parece, muito curiosa.” (Laura, filha com 5m23d)

É na sua socialização com a família que a criança constrói seu padrão de comportamento alimentar futuro, através do aprendizado proporcionado pelos pais - os primeiros educadores nutricionais. Segundo Poulain (2006), o momento da refeição é um espaço que propicia um aprendizado que vai além das práticas alimentares, mas orienta para as relações sociais.

A refeição familiar, com seu sistema normativo muito preciso - que reclama, em caso de transgressão, sanções imediatas -, aparece como uma instituição central da sociedade. É através dela que as crianças interiorizam as regras e os valores da propriedade, do respeito aos outros, da partilha (dimensão socializadora). Ela participa igualmente da definição dos papéis não somente no interior da família, mas muito além, ao tornar previsíveis os comportamentos em sociedade (dimensão reguladora) (POULAIN, 2006, p.178).

Tal fato pode ser observado na fala da entrevistada 3:

“Todo mundo almoça junto na mesa, e aí deles se sair, meu marido é ruim nesse tipo de coisa sabe, ele faz questão de todo mundo tá sentado na mesa, e não pode derramar um grão na mesa, ele não gosta de toalha na mesa por isso, porque tem uma espertinha aí, que jogava debaixo da mesa, só que tava com a toalha né, pra não comer, ou então ela jogava pro cachorro, pra não comer, então ele não gosta de toalha na mesa, por isso.” (Regina, filha com 7m13d)

Uma adequada introdução de novos alimentos no primeiro ano de vida, uma disponibilidade variada de alimentos e uma socialização agradável são fatores

determinantes para um comportamento alimentar saudável e de boas relações (RAMOS; STEIN, 2000).

Contudo, observamos que, no cotidiano, a maioria das mulheres nem sempre consegue colocar em prática o que acredita ou tem como ideário alimentar para seus filhos, elas trazem um discurso e ações divergentes, os quais são guiados pela vontade da criança. Tal fato chama atenção para o desempenho do papel materno, que também é de impor limites, proporcionando à criança a alternância de momentos de frustração e momentos de satisfação, o que é importante para o desenvolvimento psíquico e alimentar da criança, bem como para o vínculo mãe e filho (NOBREGA; CAMPOS; NASCIMENTO, 2000).

“Maior de um ano, eu acho que é, não sei, eu acho que já pode dar todos tipos de comida né, já pode comer de tudo, que já tem um aninho, ele já não vai mama só no peito. Nossa, menos de um ano era pra ele tá só no peito ainda (silêncio) ele come tudo, menos salada, eu não dou pra ele, lingüiça também não, mas eu dou pra ele salsicha, ele come, mastiga tudinho e come, eu fiquei admirada, ele come sozinho, ele comeu.” (Zilda, filho com 10m7d)

“Carne de churrasco, maionese, biscoito, salgadinho, bolacha, essas coisa, não é que, ela vê eu dou, mas eu não acho certo, porque ela tá muito nova ainda pra come essas porcariada, mas às vezes ela vê, ela fica pedindo e a gente dá, eu evito, porque a minha mais velha só come porcaria, ela já eu não quero que come tanta porcaria, da outra eu trabalhava em dois trabalhos, então quem cuidou dela foi meu pai e minha mãe, eu não tinha tempo livre igual eu tenho agora, e também não tinha tanto recurso igual eu tenho hoje, o dinheiro era pouco, então não tinha tanto legume, não tinha fruta, não tinha Danone, era uma vez ou outra, por isso que hoje ela nega muita coisa, coisa que a bebê come, ela não come, ela não come cenoura, legumes quase nenhum, difícil ela come batata, fruta ela só come maçã.” (Adriana, filha com 9m)

“Ah, eu acho que nem salgadinho, ele come de vez em quando sim, mas bem raro eu dá pra ele salgadinho, quando ele vê alguém comendo assim aí eu dou né, salgadinho, essas coisa assim que nem petisco né, massa, muita massa eu também não dou pra ele, molho de tomate, é muita coisa ácida também, coisa mais forte assim eu acho, tem que se mais é legume, pra ele ir acostumando a comer coisa mais saudável.” (Jamile, filho com 11m)

“Ah, é melhor comer papinha de legumes, um leite, salgadinho, bolacha, macarrão, bala, chocolate não é bom (risos), mas ele come.” (Daniela, filho com 7m28d)

Diante das falas, percebe-se que a introdução de produtos industrializados é bastante grande já entre as crianças menores de um ano, o que podemos atribuir aos inúmeros apelos das campanhas publicitárias, ao *status*, ao prestígio que ostentam, à praticidade, e por nos reportarem às idéias de brincadeira, diversão, passatempo. Enfim, são estes alguns aspectos da cultura do consumo que transformam alimentos em mercadorias embutidas de valor simbólico, esboçando as escolhas alimentares (BLEIL, 1998).

Interessante observar que são justamente os alimentos industrializados, considerados pelas mães como porcarias e besteiras, que se tornam permissíveis de serem ofertados às crianças em momentos de maior descontração no espaço familiar, ou seja, junto com irmãos e outras crianças maiores, em festas ou na presença de avós, como evidenciado nas falas e fotografias registradas pelas mulheres, sujeitos deste estudo.

Figura 34. Comentário da mãe: *“Aqui é um aniversário que ele foi, ta vendô aqui ele comendo batatinha, bolo, aniversário do sobrinho meu, aí tava comendo batatinha, tomando Coca (AVÓ: Ela dá tudo pro moleque!), aí tomo Coca, ta vendô aqui a Coca, aqui é batatinha.”* (Valéria, filho com 5m12d)

Outro aspecto evidenciado através das fotografias e relatos é a visível satisfação que a criança manifesta ante os alimentos que sabidamente são considerados não saudáveis na alimentação infantil, tais como salgadinhos, bolachas, chocolates e refrigerantes.

Figura 35. Comentário da mãe: “Aqui que ele comeu chocolate, aí eu falei assim ‘ele come de tudo, então vou tirar também’.” (Jamilé, filho com 11m)

Figura 36. Comentário da mãe: “Aqui é o pirulito, se tirar da mão dele, ele chora.” (Daniela, filho com 7m28d)

As mulheres referem que, no momento de socialização com a família, a criança precisa aprender e “acostumar” a comer, o que denota que o ato de alimentar-se é transmitido socialmente e aprendido com o grupo social com quem se vive.

“No começo teve um pouco, que ele comia só um pouquinho, aí eu fui dando, aí ele foi acostumando, e aí começou comer, agora eu dou pra ele, ele come bastante.” (Zilda, filho com 10m7d)

“A mesma comida ela come, até no começo que ela começou a ingerir alimentos, ela começou a perder muito peso porque não tava comendo né, aí foi onde eu comecei dar da minha comida, aí ela começou comer, não sei se é porque às vezes ela vê a gente comendo né, que ela via a gente comendo ela já abria a boca, aí comia, aí comia sim.” (Camila, filha com 7m13d)

Figura 37. Comentário da mãe: “Ela enche a barriga demais quando come, é que ela adora macarrão, então quando eu ponho macarrão pra ela, ela consegue comer tudo, faz uma lambança, uma sujeira sabe, mas consegue comer bastante (...) se eu for tentar dar ela não come, ela prefere pegar o macarrãozinho e pôr na boca, engolir inteiro, não sei o que que ela faz.” (Regina, filha com 7m13d)

Uma etapa importante no processo de socialização da criança, apontada por essas mães, é ensinar a criança a alimentar-se sozinha. Entretanto, não deixa de ser uma etapa que envolve controle, tal como evidenciado na fala de Regina que já possui experiência com os outros filhos.

“Quando ela pegar uns dois anos sabe, aí eu começo (dar grão do feijão), mesmo porque é o tempo que começa comer sozinho, aí não tem que ficar preparando prato (...) quando começa comer sozinho começa a emagrecer, eles tão tudo gordinho (...) quando é pequenininho, porque eu tento dá comida o máximo possível na boca entendeu, aí depois que começa comer sozinho precisa de umas porrada (risos).” (Regina, filha com 7m13d)

Nesse sentido, Wright e Oliveira (1985) observaram que a alimentação das crianças de zero a um ano de vida segue muito os padrões e as condutas alimentares da família além de aspectos ideológicos.

7.4 Pessoas tidas como referência para as práticas alimentares infantis

Embora as práticas alimentares dirigidas à criança menor de um ano se efetivem no espaço do privado, é no espaço institucional, dos serviços de saúde, que elas inicialmente são apresentadas sob caráter prescritivo, fundamentadas no saber formal e científico de reconhecido valor. A análise do papel de referência que o profissional de saúde, particularmente o pediatra, tem para essas mulheres nos possibilita fazer outro olhar, não mais considerando tão-somente a esfera normativa

dos programas de ação, em que os profissionais tomam por guia, nem tampouco a visão estritamente técnica e cientificamente determinada, mas deixar-se impregnar pela expressão das subjetividades das mulheres que se constituem e se expressam inseridas em um dado espaço social. Isso implica em conceber o duplo caráter na análise das práticas alimentares, ou seja, primeiro como ação legitimada e legitimadora do conhecimento científico e em segundo como uma construção social.

Dessa forma, as mulheres expressam, em suas falas, que as práticas alimentares infantis que transitam por saberes, seja de caráter científico ou puramente de senso comum, são adequadas ao seu momento e condição específica.

“Eu procuro não ficar ouvindo o que os outros fala (...) eu prefiro tirar a dúvida com o médico”

O pediatra aparece na fala das mulheres como o profissional de saúde mais próximo nessa fase, sendo o porta-voz do discurso oficial e, dessa forma, aparece como a primeira referência a ser seguida nessa fase.

*“Só a médica, não, não dou nada pra ele assim por conta minha, não dei nada.”
(Beatriz, filho com 4m21d)*

“... a própria pediatra mesmo, aí agora que eu comecei acrescentar a fruta né, que ele já começo querer, é a pediatra já pediu que desse a fruta pra ele, aí foi onde eu comecei acrescentar no leite pra ele, o que ela vai falando eu vou dando pra ele, como ele não come a fruta, aí eu coloquei no leite pra ele, aí eu vou seguindo o que ela pede.” (Paula, filho com 6m21d)

“A médica falou que eu posso dá comida, feijão, arroz, é macarrão, essas coisas, desde quando eu vim pra cá, que eu fui na médica, lá eu só dava mais era miojo pra ele, e ela falou que esse negócio de miojo não é bom, muito bom, aí ela foi e passou pra mim dar comida, arroz, feijão, o que tiver que a gente for comer é pra dar pra ele.” (Zilda, filho com 10m7d)

Todavia, os profissionais de saúde, com seus conhecimentos baseados no modelo biomédico e no reducionismo biológico, desenvolvem uma prática assistencial centrada em habilidades técnicas e ações fragmentadas, impossibilitando a percepção da complexidade que envolve a alimentação da criança.

Dessa forma, as ações despendidas pelos pediatras às mulheres fogem, muitas vezes, da realidade social e simbólica das mesmas, não atingindo, assim, o seu alvo. Nakano (2003, p.108) relata que os profissionais “tendem a escamotear o caráter social do fenômeno”, tanto no sentido teórico quanto na prática, já que suas ações assumem características prescritivas e de imposição.

“O mamão eu dou pra ele, a banana, mas outras coisas o médico não receitou nada, só o suco e as frutinhas, que os outros não pode nem dar.” (Valéria, filho com 5m12d)

“Então quando eu fui passar no posto com a pediatra ela falou: “você tem que se conformar, você não tem leite, essa menina não tá com o peso bom, dá o peito 20 minutos no máximo cada peito e já dá em seguida o complemento”, aí tive que entrar com NAN né, aí foi dessa forma, aí com três meses e meio, quatro veio a depressão né, porque eu comecei a me sentir uma inútil porque eu não tinha leite suficiente.” (Laura, filha com 5m23d)

O que se observa é que, no espaço institucional, a constituição das práticas, em particular a da alimentação infantil, se conforma num contexto onde a “realidade representacional” do cliente, tal como referido por Oliveira et al. (1998), é confrontada com “o problema” enquanto verdade única definida pelo profissional, o que se constitui, segundo as autoras, em uma “violência simbólica”. Em outras

palavras, o momento vivido pelas mulheres e seus significados expressos pelas representações maternas em que “falam” das necessidades da criança e das suas próprias necessidades e expectativas são reduzidos no que os profissionais denominam por “problema”.

Em função disso, as mulheres lançam mão de sua experiência e subjetividade para rearranjar as orientações do pediatra em composições possíveis de serem colocadas em prática, muitas vezes até mesmo por não concordarem ou acreditarem que tais indicações sejam a melhor opção para seu filho.

“... eu não posso seguir as receitas da pediatra (risos)... que é muita coisa (risos) e aí não dá né, tem que dá o que tem né.” (Regina, filha com 7m13d)

“É agora que vai começar comer papinha o médico falou, porque ele não pode, ele vai começar comer agora, que ainda ele não deu o papelzinho, nem o papelzinho do suco ele deu cê quer saber, tinha uma menina lá com o papelzinho da comida e do suco ontem, mas pra mim não deu nada, eu to dando macarrãozinho amassadinho com batatinha por conta própria.” (Valéria, filho com 5m12d)

“... o que eu achava eu fazia... ah a pediatra, dão uma listinha, primeiro ela receitou, ela tinha receitado sopa de mingau de fubá, só que eu tava dando papinha, que elas demoram muito né pra dá papinha pra criança, aí eu já tinha começado dar.” (Daniela, filho com 7m28d)

Depreendemos, através das descrições das práticas maternas sobre alimentação infantil, que, geralmente, essas estão impregnadas de um conteúdo avaliativo e emocional, uma vez que a elas são associadas experiências (boas ou más) que marcam tal relação.

As ações de saúde, dessa forma, se constroem e reconstroem nos diferentes contextos, ou seja, no contexto popular de saúde e dentro do sistema profissional de saúde. A esse respeito, a partir de estudos de Leininger e de vários autores que

estudam sobre cuidado, Patrício (1994, p. 144) distingue o cuidado popular do cuidado profissional. De acordo com a autora, o processo de cuidar fundamenta-se na interação entre o profissional e o cliente.

Tem-se o cuidado popular como aquele que reflete crenças, valores, práticas e recursos locais sendo que a maioria dessas práticas foi desenvolvida através de experiências da vida e relaciona-se com a estrutura social... O cuidado profissional tem sua base no aspecto personalizado, através da visão holística do homem, a partir de suas necessidades, problemas, crenças, valores, expectativas, atitudes e recursos que possui para o cuidado. É fundamentado em conhecimentos precisos, uso de instrumentos tecnológicos, técnicas e procedimentos de cuidado empiricamente conhecidos e também nos elementos do 'cuidado popular', sendo principalmente fundamentado no processo de cuidar...

Com base nesses conceitos e no que se pode depreender dos dados, o cuidado tal como efetivado pelo profissional promove uma ruptura entre os dois mundos: o institucional e o da família. Não há uma negociação interacional entre as partes, com reflexão e trocas de seus universos culturais, onde cada qual se sinta e participe como agente, de modo a conciliar e adaptar o cuidado em saúde dentro das singularidades de cada criança e família.

Em contrapartida, algumas mulheres demonstram que uma troca efetiva entre os profissionais de saúde e elas se deu, a partir do momento em que as mesmas conseguiram colocar em prática os conhecimentos adquiridos com segurança e autonomia. Cabe destacar que tais mulheres haviam participado de cursos de gestante e puerpério, evidenciando ser este um importante espaço de troca de saberes entre os profissionais e as mulheres, bem como entre os iguais.

“Eu sempre fui assim, sempre levei elas no postinho sabe, sempre fui certinho no posto, nas consultas, então muitas dúvidas eu não tinha, que aí também nas minhas gravidez eu fiz aqueles cursos que faz lá na MATER né, então não tinha muita dúvida não.” (Tereza, filha com 9m20d)

“Só com o médico dele mesmo... é que eu fui no cursinho de gestante do CSU quando eu tava grávida dele, aí eles ensino bastante coisa assim, sabe, quando ele nasceu eu que dava banho, só eu que dei banho nele, eu que curei o umbigo, eu que fiz tudo dele, sozinha sabe, eu procura não fica ouvindo o que os outros fala, porque um fala uma coisa, outro fala outra, eu prefiro tira a dúvida com o médico, que ele que sabe né, aí eu procuro sempre tira dúvida com o médico dele.”
(Jamile, filho com 11m)

Deve-se considerar que a puericultura, na sua retradução atual, a saúde da criança, caracteriza-se como um campo onde o papel do profissional exige uma nova tecnologia de ação, caracterizada pela troca de saberes com a população e por uma adequação às suas características sociais, culturais e históricas, e ainda que a promoção da saúde se apóia, sobretudo, nas ações educativas (OLIVEIRA; SIQUEIRA; ALVARENGA, 1998).

“Minha mãe, minha sogra, minha avó... ela sabe o jeito que é pra fazer, é muita experiência né”

As mulheres da família são tidas como referência para a alimentação da criança por trazerem a experiência e os conhecimentos de quem já vivenciou esse processo.

O aprendizado das práticas alimentares infantis se mostra estreitamente ligado com a transmissão da experiência já vivida, fazendo com que as filhas apóiem-se nos exemplos e ensinamentos de outras mulheres que já passaram por esse

processo, repetindo a vivência dessas como modelo a ser seguido (MACHADO, 2001).

“Ai, as avós (silêncio), às vezes uma dá uma idéia assim que eu acho que é boa, eu faço, aí a outra já fala uma coisa assim, aí eu vejo o que dá pra tirar proveito né, que é muita coisa que elas falam né, eu tiro proveito do que elas falam aí eu faço com ele.” (Paula, filho com 6m21d)

“Ah, minhas cunhadas me ajudavam sabe, ensinavam como fazer o engrossante de maisena sabe, fazer engrossante de farinha, farinha de mandioca que tem os caroços né, que lá tem uns grãos de mandioca que é forte pra criança, elas me ensinaram tudo, inclusive quando o mais velho nasceu eu tava morando junto com ela, minhas cunhadas, elas já tinham os filhos grande e me ensinaram tudo.” (Regina, filha com 7m13d)

“Bom, minha sogra sempre opina em alguma coisa né, mas assim tudo numa boa né, “porque você não dá tal coisa?”, que nem eu fiz uma coisa errada (risos) eu comprei sabe esses cereais de aveia e de arroz, Mucilon, e como ela tava mamando menos de duas horas na mamadeira, a minha sogra falou “vamos comprar”, eu falei “mas não pode, é só com seis meses”, eu comecei a dar colocando na mamadeira, eu cheguei na pediatra sexta-feira e falei, ela quase comeu meu figado, assim numa boa né, ela me explicou a respeito.” (Laura, filha com 5m23d)

Ao entender a capacidade de cuidar dos filhos como algo ligado ao gênero feminino, as mulheres acabam por reproduzir, através das gerações, esse ideário como algo natural, já que no contexto familiar cuidam de suas filhas que, quando tiverem seus filhos, cuidarão desses e ainda receberão ajuda de suas mães — as avós.

É na família que as mulheres exercem sua função de cuidar, educar e alimentar, ensinando às suas filhas a serem mães. Esse processo de preparação das mulheres ao desígnio da maternidade se estabelece desde a infância e se sucede até o nascimento e crescimento dos filhos (CHODOROW, 1990).

“Ah, ó, assim eu não tenho muita experiência com criança pequena mas pro meu irmão, meu irmão tem quatro anos, a minha mãe dava assim, papinha de fruta, da fruta mesmo, nada artificial ela dava assim, é macarrãozinho, é legumes né, legumes, carninha desfiadinha, é eu tiro a base pelo que ela dava pro meu irmão, porque eu nunca tive, eu nunca cuidei de criança eu, é o primeiro de criança, de

vez em quando eu ainda corro lá nela, que ela mora aqui perto, eu corro lá ou eu ligo pra ela vim aqui..” (Beatriz, filho com 4m21d)

Nesse sentido, durante a primeira experiência de maternidade, as mães dessas mulheres passam a ter papel fundamental em seu aconselhamento, não só na escolha do alimento como também nas formas de prepará-lo.

“Minha mãe que escolhe, ela que fala o jeito que é pra fazer, porque eu não tenho, ela teve sete filhos, ela sabe o jeito que é pra fazer, às vezes ela que faz as primeiras vez.” (Fernanda, filha com 8m16d)

“Ah, essas coisas de dúvida eu sempre perguntei pra minha sogra, minha sogra é bastante minha amiga, ela é bem dizer uma mãe pra mim sabe, então é sempre com ela que eu tiro minhas dúvidas, minha avó também, as duas.” (Camila, filha com 7m13d)

Essa experiência das mulheres mais velhas consiste no que Bourdieu (2001) chama de *propriedades atuantes dos agentes*. Esclarece que “tais propriedades se constituem em campo de forças, ou seja, em um conjunto de relações de forças objetivas impostas a todos os que entram nesse campo, sendo irreduzível às intenções dos agentes individuais, ou mesmo às interações diretas entre agentes” (BOURDIEU, 2001, p. 134).

Conforme o autor, tais propriedades, no caso a experiência vivida, conferem a essas mulheres uma espécie de *poder* ou *capital*, o qual irá depender do lugar que os agentes ocupam em uma determinada situação. Os *capitais* podem ser de cunho econômico, cultural, social ou simbólico.

“Ah, tem minha mãe, minha mãe teve seis filhos, aí tem minha sogra que ela me ajuda bastante, com as duas eu conversava.” (Tereza, filha com 9m20d)

Corroborando com os conceitos de Bourdieu (2001), Helman (1994) ressalta que, apesar da subordinação feminina ao doméstico, as mulheres, principalmente as mais velhas, as casadas ou com filhos, exercem um visível poder pessoal, simbólico e econômico no âmbito social, os quais mesmo sendo exercidos “por trás dos panos podem, de certa forma, ser mais genuínos que os poderes exercidos pelos homens no centro do palco” (HELMAN, 1994, p. 142).

Vale salientar que as mulheres não só buscam por referência o saber e experiências de suas avós, mães e sogras, mas também nos momentos vividos por ela, nas práticas alimentares com os filhos mais velhos.

“É raro eu ter muita dúvida, porque eu já tive a mais velha, então eu não tenho tanto dúvida como dela, dela eu tive mais.” (Adriana, filha com 9m)

“Ah (risos) acho que eu aprendi só (risos) ah, é muita experiência né (risos), acho que desde o primeiro sabe, que aí eu já passava na peneira pra não ter que amassar feijão” (Regina, filha com 7m13d)

A expressão da realidade vivida por estas mulheres reflete os elementos interiorizados por elas em seu processo de socialização e de seu contexto social, mas também de seu vivido, em que “as realidades” são reconstruídas em um contexto de associações e de valores. Nesse sentido, as práticas alimentares infantis são efetivadas pelas mães, segundo suas representações do real e também das representações do possível.

Considerando que a alimentação é uma atividade regida pelo gênero, cabe destacar que os homens das famílias entrevistadas não aparecem em nenhum momento como referência para as práticas alimentares, o que vem somente reafirmar que esta é uma atividade estritamente feminina.

7.5 A alimentação e a saúde da criança

A concepção de saúde, apesar de bem definida pelo discurso científico, perpassa por aspectos interacionais e simbólicos, tornando-se na prática um conceito, e também, um processo dinâmico, no qual os sentidos são criados, modificados e reinterpretados de acordo com o meio social e sua socialização.

Assim, a criança saudável é tida pelas mulheres como aquela que mostra bem-estar e um físico robusto, tendo a condição de saúde uma ligação direta com os alimentos ingeridos por ela.

“Ela é uma criança saudável: ela come bem”

A saúde, geralmente calcada nos preceitos científicos e biológicos, qualificada em termos médicos, é sempre mediada pela cultura das pessoas. Assim, a saúde ganha sentido através da percepção dos sinais e sintomas que nosso corpo experimenta.

A observação do que acontece no dia-a-dia, a experiência do cuidado e do tratamento das doenças, a tradição familiar e grupal fornece às pessoas uma relação de causa-efeito que constitui seu estoque de

conhecimentos entranhado e alimentado pela prática (MINAYO, 1988, p. 377).

Ser saudável, expõe Canesqui (2003, 2007), significa ser capaz de realizar as tarefas cotidianas, estar bem, ter disposição; o que corrobora com a concepção das mulheres estudadas, já que justificam e avaliam a saúde de seus filhos através de seu comportamento, como comer bem, brincar, estar se desenvolvendo e crescendo.

“Ah, tá tudo bem de saúde, ela tá até rápido né, que ela já tá arrastando né, já tá no andador né, andando pra tudo canto aí da casa, já caiu uns tanto né filha, ficando em pé no carrinho.” (Regina, filha com 7m13d)

“Eu acho que ela tá super bem, ela é uma criança saudável, ela come bem, ela come bem...” (Laura, filha com 5m23d)

Para algumas mulheres, saúde também pode ser entendida como em oposição à doença, visto que se as crianças não estão doentes, entenda-se aqui doença como qualquer acometimento que impede a criança de manter e sustentar a sua necessidade normal de crescer e se desenvolver regularmente, logo elas estão saudáveis.

“Ah, olha ele nunca fico doente até hoje, gripe, nada, nunca teve nada, então eu acho que é boa a saúde dela né, porque até hoje nunca... resmunga o dia inteirinho.” (Beatriz, filho com 4m21d)

“Ah, eu acho que tá bem, que até agora não pegou resfriado sabe, ela tá bem mesmo, porque tem criança que mal nasce a mãe já tem que correr fica internado, os meus sobrinhos aconteceu isso, mas com ela tá bem mesmo, não teve febre, nem o nariz escorrendo, não teve nada.” (Telma, filha com 1m2d)

“Acho que é boa a saúde dela, ainda bem que ela nunca teve nada, é difícil ela ficar doente.” (Bruna, filha com 11m)

Em estudo sobre os significados do estar doente, Ferreira (1995) observou que a percepção da doença manifesta-se por sensações e sintomas desagradáveis como o

cansaço, a fraqueza, a dor, o mal-estar, a falta de apetite, o sono, a febre, sendo o corpo o carreador de mensagens que, ao serem apropriadas pelo médico ou pelo indivíduo, conduzem ao significado da doença, a qual só terá sentido quando compartilhada pelo grupo social.

Desse modo, as mães se utilizam dos sinais e sintomas que a criança manifesta para dar o prognóstico de quando as coisas não vão bem, de tal forma que para essas mulheres, mudanças no comportamento, principalmente em relação à alimentação, são bons preditores da criança doente.

“... já sei o tanto que ela come, só quando ela tá resfriadinha que ela come menos.” (Adriana, filha com 9m)

“... e ela come tudinho, tudo que vem pela frente ela vai, agora não, porque apontou o dentinho e ela tá comendo pouco, mas ela come.” (Fernanda, filha com 8m16d)

“Duns tempos agora ele não tava comendo muito, que ele emagreceu né, por causa da pneumonia que ele pego, aí ele tava ruim pra come tudinho, não comia nada, tudo dava ânsia nele, tudo dava ânsia, não comia nada, ele emagreceu 138g eu acho que foi, mas aí agora tá comendo né de novo.” (Jamilé, filho com 11m)

Da mesma forma como os hábitos alimentares são comumente empregados pelas mulheres para avaliar a saúde/doença das crianças, eles também servem de base para a concepção de saúde do pediatra, a qual é centrada no fisiológico, tendo o peso e o comprimento grande importância nessa fase.

“... ele come bastante, vixi, e não engorda, não engorda, pelo tanto que ele come, a médica mesmo falou que ele não engorda, agora ela pediu um exame de urina, pra vê, porque que ele não tá engordando.” (Daniela, filho com 7m28d)

“Ela come bem... e ela não engorda, ela tá engordando na média 600, 700 gramas por mês, a médica falou que ela é assim mesmo, a primeira me deixou doidinha né, e a Dra me falou “não, Laura, ela é assim mesmo”, ela não é aquele bebê que

engorda mais de um quilo por mês, ela tá bem, no gráfico ela tá indo bem, porque as minhas outras filhas engordavam assim um kilo pelo menos, ela nasceu com 3.315, agora ela tá com 6.950, tem bebês da idade dela que já tá com 7 kilos e meio, quase oito, mas ela tá bem, pelo tanto que ela come eu não sei, eu acho que ela não engorda, eu acho que ela come bem.” (Laura, filha com 5m23d)

Nos primeiros anos de vida, a influência da alimentação é um aspecto importante para avaliar o padrão de crescimento infantil, fundamentalmente, pois, nos primeiros dois anos, fatores culturais, ambientais, sociais e nutricionais têm maior influência sobre o crescimento infantil do que determinantes genéticos e biológicos, além de ser nesta fase que ocorrem também as maiores velocidades de crescimento do peso e comprimento (SPYRIDES et al., 2005).

As mulheres se apropriam do saber científico e daquilo que ouvem do médico e reinterpretam, conforme expõem Minayo (1988), à luz do seu universo, integrando e apropriando, ou ainda, contradizendo e opondo-se a ele. Como exemplo, depreendemos das falas que as mulheres fazem uma relação entre a gordura e a saúde.

“... mais saudável, mais gordinho.” (Zilda, filho com 10m7d)

Helman (1994) coloca que há uma “idéia popular” que cultua o bebê “fofinho”, com bochechas e braços gordinhos, como almejado de toda criança saudável.

Boa alimentação da criança: “fica fortão e bem saudável”

Assinala a Declaração Universal dos Direitos Humanos que a alimentação é um requisito básico para promover a saúde, o que só vem reafirmar a já reconhecida relação entre as práticas alimentares e o processo saúde/doença (FERREIRA, MAGALHÃES, 2007).

De acordo com tais afirmações científicas, mas obedecendo a uma lógica própria, as mulheres revelam nas falas as suas representações da relação entre a alimentação e a saúde das crianças, determinando o valor do alimento a depender dos efeitos que ele produz no corpo e na saúde, podendo esses serem benéficos ou não.

Alguns alimentos são tidos como promotores e reparadores da saúde da criança, em especial as mães citam o leite materno como uma prática que verificam ser importante para garantir higidez e prevenir doenças.

“Ah, aprendi com os médicos falando né que mamar é bom, e realmente é mesmo que elas ficam pouco doentes, é coisa assim pega uma gripe uma vez ou outra, eu sinto a diferença que minha cunhada ela tem um filho um pouquinho mais novo que a minha mais velha, e ele nasceu prematuro então não pegou o peito né, então não mamou no peito, eu percebo que ele tá sempre assim, ou tá com bronquite ou tá com alguma coisa, eu vejo que as meninas, que mamaram no peito, não têm, ela nunca teve nada grave, o que acontece assim é uma gripe, é só isso mesmo, aí eu vejo né, que é bom mesmo.” (Tereza, filha com 9m20d)

“Ah, o peito, que eu acho que tem que, que nem o doutor fala né, que ele tem que mamar só no peito até seis meses, eu acho que pra ele foi ótimo, não precisou de outra coisa, ele se deu muito bem sabe, engordou bem, não teve problema nenhum assim de, que nem não dá gripe fácil, não pega doença fácil, aí depois dos seis meses é mais fruta, legume, essas coisas mais saudáveis né, uma alimentação saudável eu acho que é isso e dá com amor né também senão não come (risos) e ter paciência.” (Jamilé, filho com 11m)

“É se alimentando bem, eu acho que o mamá é bem necessário... se ele tivesse mamado no peito ele era mais forte, que eu to vendo que ele não é muito forte, é um pouco magrinho, talvez se ele tivesse mamado ele fosse mais forte, tem bebê que quando mama fica bem fortão, bem saudável né.” (Zilda, filho com 10m7d)

Observamos nas falas que o alimento que mantém a saúde e que tem nutrientes é aquele que dá sustança e deixa a criança forte. Canesqui (2007) refere que, para as classes populares, ser “gordo” e “forte” é sinônimo de ter um corpo “sadio”, de tal forma que os alimentos mais valorizados são que dão sustança, pois dão saciedade, resistência e protegem contra a fome.

“Eu dou fubazinho pra ela, fubá sustenta bem, eu acho que sustenta porque ela fica satisfeita e come o pratinho cheio.” (Laura, filha com 5m23d)

Também são valorizados pelas mulheres os alimentos que têm vitaminas e trazem nutrientes, mostrando que há uma apropriação do saber dietético que preza alimentos como verduras, frutas e legumes pelas suas disponibilidades de vitaminas.

No Estudo Qualitativo Nacional de Práticas Alimentares igualmente se observou que as mães identificam alimentos “bons para a saúde” como legumes, verduras e frutas (BRASIL, 2002).

“Uma boa alimentação né, coisas que tem mais vitamina, cálcio eu acho.” (Mônica, filha com 6m6d)

“Uma comida com legumes né, legumes que tem bem nutritivos sabe, uma coisa que... tipo mandioquinha-salsa, batatinha, essas coisas né que a gente come né, uma papinha boa né, que pode pôr cozinhar com um pedaço de carne pra dá um sabor.” (Telma, filha com 1m2d)

Depreende-se das falas que alguns alimentos também podem ser utilizados como recuperadores da saúde, quando o corpo já estiver acometido por algum infortúnio.

“Feijão. Ela come bastante caldinho de feijão, eu bato couve, coloco o caldo de feijão pra cozinhar junto com a couve, porque ela tá com anemia e a médica falou que é bom.” (Fernanda, filha com 8m16d)

“... mamão que ela tem o intestino preso, eu dou pra ela.” (Fernanda, filha com 8m16d)

“Maçã eu não dou muito pra ela, porque ela tem o intestino preso, banana também eu não dou muito por causa do intestino dela.” (Mônica, filha com 6m6d)

“Eu dou suco de beterraba, bato no liquidificador com laranja, porque ela tá com anemia né, então, aí falam que a beterraba é bom pra anemia né, pra usa mais, aí eu dou beterraba pra ela pra ver se combate mais... a médica mesmo falou que é bom tá dando beterraba pra ela, e quando eu cuidava de uma menina ela tinha anemia também, aí a mãe dela fazia de tudo, fazia gelatina com beterraba, até eu também fiz isso sabe, gelatina com beterraba, tudo assim, toda vez que ela ia come era mais beterraba, aí eu dou beterraba pra ela.” (Mônica, filha com 6m6d)

As mulheres comentam também que alguns alimentos são inadequados, a depender da idade da criança, e podem causar agravos à saúde, fundamentalmente quando se trata de crianças pequenas.

“Ela fica junto e ela pede, aí às vezes eu dou, dependendo, porque meu marido gosta de feijão muito forte, com muita pimenta do reino, então já, uma vez eu dei parece que desandou nela.” (Adriana, filha com 9m)

Assim como alguns alimentos favorecem um corpo saudável, há outros que fazem com que ele adoça e deveriam ser evitados. Outra vez, as mulheres utilizam-se do que incorporaram do discurso científico para fazer suas escolhas.

“Ah, não sei, eu acho que isso que eu tô dando pra ela é o certo sabe, essas coisas muito gordurosas, que falam gordurosa, muita gordura não é saudável né, colesterol essas coisa, muito doce também não é saudável né, diabete, acho que é isso, come coisas muito em excesso né, faz mal.” (Camila, filha com 7m13d)

Segundo Minayo (1988), as pessoas ressignificam e reordenam as mensagens que vêm na mídia e no discurso médico nos termos de sua cultura e, acrescenta a

autora, isso não leva apenas a duas concepções distintas, a do científico e a do popular, mas sim de entender o quanto as mensagens se transformam através de outro referencial que tem sua visão de mundo e um sistema de representações próprio, os quais norteiam as práticas cotidianas.

Assim, a criança saudável é tida pelas mulheres como aquela que mostra bem-estar, ou seja, *que come, que brinca, que cresce e se desenvolve* em razão de uma *boa alimentação*, a qual tem *vitaminas que dão sustança*, deixando a criança *forte e gorda*.

REPRESENTAÇÃO SOCIAL DE
MULHERES/MÃES SOBRE AS
PRÁTICAS ALIMENTARES DE
CRIANÇAS MENORES DE UM ANO:
“ENCHER A BARRIGA, FICAR
FORTÃO E SAUDÁVEL”

8 REPRESENTAÇÃO SOCIAL DE MULHERES/MÃES SOBRE AS PRÁTICAS ALIMENTARES DE CRIANÇAS MENORES DE UM ANO: “ENCHER A BARRIGA, FICAR FORTÃO E SAUDÁVEL”

A alimentação, fundamentalmente apenas uma função vital e um processo fisiológico ao primeiro olhar, é notadamente determinada e determinante de um contexto ampliado, em que o social e o cultural constituem outros aspectos essenciais, quando observada mais atentamente. De tal forma que o ato de se alimentar está imbuído pelos simbolismos e representações que as pessoas têm sobre os alimentos, estruturando práticas e hábitos alimentares particulares e duradouros.

Esse universo dinâmico e complexo, em que coexistem aspectos biológicos, sociais, culturais e psicológicos, que é criado, cria e recria idéias, práticas, representações, regras, etc. é o que Poulain (2006) chama de “espaço social alimentar”, no qual a alimentação torna-se um dos fatores estruturantes do indivíduo e da organização social.

Entendida de forma ampliada, a alimentação passa a ter um papel fundamental nas relações entre as pessoas, é um dos primeiros aprendizados sociais, já que é uma atividade central e vital a todos os indivíduos (MINTZ, 2001).

O aprendizado proporcionado pelo ato de se alimentar inicia-se logo ao nascer e a mulher/mãe tem um papel fundamental nesse processo como socializadora da criança e da família, incumbência tradicionalmente recebida pelas diferenças nas relações de gênero. Historicamente, as mulheres têm ocupado um lugar de destaque

no ciclo reprodutivo, e o prestígio a elas atribuído para os cuidados com a infância e com a família é fruto de um processo de construção das representações de gênero, regidas por uma dinâmica de relações de dominação e exclusão, como observa Matos (2003), as quais foram consolidadas por discursos advindos da Igreja e da medicina – particularmente nesta questão do cuidado infantil as regras foram estabelecidas principalmente no discurso médico, impingindo à mulher uma representação que a desqualifica enquanto pessoa e a subordina a uma matriz biológica e procriadora.

As mulheres, como agentes do cuidado infantil em especial da alimentação do filho, atuam nas diversas dimensões do “espaço social alimentar”, tendo por base a bagagem de conhecimento, valores e as vivências delas próprias e de outras mulheres do seu meio relacional, o que se pode depreender através das práticas alimentares que realizam e das representações sociais que as orientam.

Vale salientar que as representações sociais e práticas da alimentação infantil identificadas e analisadas neste estudo se referem à visão específica de um grupo de mulheres que, na sua maioria, tinha entre 18 e 25 anos, sendo que 46,7% delas chegaram a concluir o Ensino Médio. Pertenciam à classe trabalhadora e popular, a maioria tinha renda familiar até três salários mínimos e exercia atividades remuneradas fora do lar, em profissões muito ligadas ao reduto doméstico.

A compreensão das representações e da prática alimentar infantil na perspectiva cultural nos remete ao contexto particular da família. Segundo Althoff, Elsen e Laurindo (1998), a família tem uma prática de cuidado fortemente relacionada com seu meio cultural, com as interações e condições socioeconômicas e neste sentido é que buscamos depreender os aspectos relacionados à alimentação da

família das mulheres estudadas que possam engendrar os significados e práticas da alimentação infantil.

A família é, naturalmente, o espaço de compartilhamento e de construção de identidades, sendo o lócus primeiro das práticas alimentares infantis.

A alimentação da família dos sujeitos deste estudo sofre influência direta das características socioeconômicas desse grupo social, sendo a escolha da comida regida pela necessidade de não passar fome, o que, segundo Poulain (2006), é característico das classes populares, contradizendo o discurso oficial de que as escolhas alimentares devem ser mantenedoras da saúde. A monotonia e a presença de alimentos tidos como “fortes” se fazem presentes na mesa onde *“todo dia é arroz e feijão”*, trazendo identidade a esse grupo social.

Da mesma forma, aspectos como a praticidade e o tempo são considerados na escolha dos alimentos, já que as mulheres procuram *“uma coisa mais fácil pra fazer, mais rápido”*, o que se reflete também nas maneiras à mesa, onde fica *“cada um num lugar... cada um numa hora”*, marcando a ausência de estrutura e a perda da identidade da alimentação como um momento gerador de sociabilidade.

A falta de recursos financeiros é um fato que impede as famílias de baixa renda a terem acesso a certos tipos de alimentos. Entretanto, poderiam consumir produtos adequados e de baixo custo, mas geralmente não o fazem, não pela sua suposta ignorância, já que têm acesso a uma infinidade de informações, mas por terem dificuldades em substituir ou adaptar hábitos profundamente arraigados, que fazem “sentido” e estão “incorporados na interioridade dos sujeitos e encapsulados pelo aspecto afetivo e pelo prazer que proporcionam.” (ROMANELLI, 2006, p. 337).

Frente a esses achados e à luz do nosso referencial teórico, compreendemos que o sentido que é atribuído à comida e às atitudes com relação a ela é mediado pelo contexto de interação familiar que guarda relação com contextos mais amplos do social, do econômico e do cultural. Nesse sentido, as concepções familiares refletem-se nitidamente nas práticas alimentares realizadas com as crianças menores de um ano.

Desde o primeiro alimento recebido, idealmente o leite materno, até a introdução à comida da família, as práticas exercidas pelas mães fornecem os sentidos e ideologias que sustentam e determinam as decisões alimentares, como discutiremos a seguir.

Logo após o nascimento, o comportamento alimentar da criança está delimitado por condicionantes fisiológicos, as alternâncias de sensação de fome e saciedade (POULAIN; PROENÇA, 2003a). Durante o *“momento do leite”*, são esses parâmetros manifestados pelas crianças que guiam as condutas maternas na oferta do peito ao filho. Assim, é na expressão desse que as mães acabam por avaliar, também, a sua capacidade enquanto nutriz, determinando a qualidade e quantidade de seu leite como adequados ou não.

Em nosso país, convivemos com a crença de que o peito não supre as necessidades da criança, não sustentando e saciando a mesma, fato que pode se dar tanto no momento do estabelecimento da amamentação, quanto mais tarde, no momento que deixa de ser lactente, circunstâncias essas que se mostram conflitantes para as mães deste estudo, já que precisam optar por outros alimentos. A mamadeira

aparece como um prolongamento do peito, suprimindo as necessidades da criança e substituindo a mulher nessa função materna.

No *“momento da comida”*, há uma diversidade na escolha dos alimentos a serem introduzidos, sendo variável tanto no tipo do alimento, quanto na idade da introdução. O aspecto socioeconômico aparece com um peso determinante na seleção dos alimentos, assim como o valor do alimento que deve ter vitaminas que sustente a criança e ofereça variedade. A aceitação da comida é entendida como uma preferência da criança, a qual guiará as condutas maternas futuras.

Canesqui (1988) observa que os hábitos alimentares seguem uma lógica onde agem, por um lado, uma estratégia de subsistência e, por outro, um sistema de conhecimentos e ideologias.

Para o preparo dos alimentos infantis, as mulheres agem em coerência com os princípios que acreditam relevantes nessa fase. A fim de garantir uma comida mais leve, condizente com as características da criança pequena, o cozimento dos alimentos é feito separadamente da comida da família, com menos sal, menos tempero e menos gordura. Quanto à textura e consistência, os alimentos precisam ser macios, para evitar engasgos, e ao mesmo tempo encorpados para garantir a sustância e saciedade da criança.

Em relação à introdução à comida da família, *“a mesma comida que a gente come, ele come”*, evidencia-se uma precocidade nessa exposição, já que a criança participa ou está próxima, no momento das refeições da família, e solicita o alimento. Assim, a criança acaba por determinar as ações e as escolhas alimentares a serem executadas para com ela, quando, no entanto, ao longo das interações com o filho, espera-se que

a mãe busque “regulá-lo” sob certos ritmos sociais, promovendo o aprendizado da alimentação sob a perspectiva daquilo que é bom aos olhos da sua cultura (POULAIN; PROENÇA, 2003a).

A lógica que sustenta as práticas alimentares das crianças menores de um ano, para essas mulheres, está calcada na idéia do alimento como fonte de saciedade, evitando a fome, dando sustância e deixando o corpo forte e saudável.

A alimentação das crianças menores de um ano está estreitamente atrelada às representações que as mulheres têm do que é uma boa alimentação, para elas em cada fase de seu desenvolvimento. O conhecimento que orienta as práticas maternas é construído através dos valores simbólicos presentes no senso comum, acoplado a uma reinterpretação do discurso científico, conforme as mulheres deste estudo, a boa alimentação é aquela que *“fica fortão e bem saudável”*, corroborando com os apontamentos de Canesqui (2007) onde se observa que a qualidade da boa alimentação não se refere a suas propriedades nutricionais, mas se traduz pelos efeitos que produz no corpo: mantendo a sobrevivência e a identidade social.

No universo simbólico dessas mulheres, identificamos o valor atribuído à aceitação da comida e ser saudável: *“Ela é uma criança saudável: ela come bem.”* Nesse sentido, atribuem ao comer mais valor pela quantidade ingerida do que pela qualidade e diversidade do alimento. Ainda, o significado de comer bem se refere ao comportamento esperado para uma criança saudável e, portanto, o comportamento de recusa da comida pela criança, possivelmente, é determinado por um processo de adoecimento da mesma, ao mesmo tempo em que a recusa da comida é um condicionante que predispõe a criança ao adoecimento.

Aos diferentes tipos de alimentos também são atribuídos significados como promotores e reparadores da saúde, com destaque ao leite materno e aos alimentos inadequados de serem ofertados à criança, de acordo com a idade e os efeitos sobre a saúde, tais como condimentos, gorduras e doces.

Nesse sentido, o alimento acaba por ter identidade e ser considerado adequado a partir do momento que está em consonância com as características e com a constituição das crianças pequenas (VÍCTORA; KNAUTH, 2000). Entretanto, na prática alimentar realizada por essas mulheres junto a seus filhos, a consonância entre a oferta de diferentes tipos e consistências de alimentos com a idade da criança se mostra bastante dissociada do recomendado pelo Guia alimentar para crianças menores de dois anos e pelo discurso médico.

Temos como uma das dimensões do “espaço social alimentar” a temporalidade alimentar, que corresponde ao estilo alimentar socialmente determinado para cada fase do ciclo de vida dos homens, delimitando, por exemplo, a permissão ou a proibição de certos alimentos. Nesse sentido, enquanto lactentes, as crianças devem ser alimentadas com leite materno, e na impossibilidade desse, substituí-lo por outros leites e fórmulas lácteas. A introdução da alimentação complementar deve ser realizada a partir do sexto mês de vida, de forma lenta e gradual, entretanto para aquelas crianças que antes dos seis meses de vida já não recebem leite materno, a introdução da alimentação complementar deve ser abreviada para o quarto mês (BRASIL, 2002). Observamos que na prática dessas mulheres há uma inadequação do alimento ofertado à criança no que diz respeito não só ao tipo, mas também à consistência e à quantidade, sendo que,

primeiramente, se apresentam os alimentos mais moles e leves, e posteriormente as crianças já passam a ser introduzidas na alimentação da família, pois precisam se acostumar a ela.

Nesse sentido, a temporalidade alimentar esperada para a alimentação nessa fase acaba por perder seus limites, fazendo com que o *“momento do leite”* e o *“momento da comida”*, apesar de trazerem particularidades, não se mostrem nítidos como definidos, seguindo as etapas do desenvolvimento infantil. Depreendem-se, ainda, inadequações importantes na oferta dos alimentos no que se refere à interrupção precoce do leite materno, que leva a introduzir o leite artificial e outros alimentos que, sabidamente, trazem consequências desastrosas à saúde da criança, quando introduzidos antes dos seis meses de vida, tornando-a mais susceptível a diarreias, infecções respiratórias e desnutrição.

Apesar de referirem ter medo da criança engasgar-se com o alimento, na prática, através das fotografias, são ofertados à criança alimentos de consistência inadequada para a etapa do desenvolvimento, tais como pão, bolacha, frutas, salgadinhos, entre outros. São vivências que as mães significam como sendo importantes na etapa de desenvolvimento da criança, visto que começam a comer sozinhas.

No contexto atual, onde existem a praticidade e as facilidades advindas do desenvolvimento tecnológico, o tempo e o trabalho dispensados para o preparo e para alimentar-se são sabidamente valorizados. Nesse sentido, apesar das restrições econômicas mencionadas pelas mulheres do estudo, estas cedem às tentações de consumo e *status*, sendo freqüente oferecer às crianças alimentos industrializados,

tais como iogurtes, engrossantes, entre outros. Geralmente, tais alimentos são ofertados em momentos de maior descontração das regras alimentares, tais como festas e na presença de outras crianças que também desfrutam destas guloseimas. São alimentos que acabam sendo incorporados à dieta da criança e tendem a se consolidar nas fases posteriores do desenvolvimento, visto que se associam com momentos afetivos e de prazer.

A esse respeito, refere Romanelli (2006) que, por serem permeados de significados, os alimentos possuem uma dimensão afetiva bastante forte que provém das relações que tivemos com pessoas significativas que nos alimentaram quando pequenos. Além disso, o ato de comer não se dá de forma isolada, para que ocorra é preciso que as pessoas estabeleçam relações que são de proximidades variadas, contudo, sempre há compartilhamento e conseqüentemente as pessoas acabam trocando, também, seus materiais culturais: crenças, hábitos, regras.

Dessa forma, tal como se associam aos alimentos significativos de dimensão afetiva de prazer, podem-se associar a certos alimentos dimensões afetivas de desprazer, o que torna o momento de refeição uma tortura tanto para criança quanto para as mães, que passam a apelar para estratégias que nem sempre são as mais recomendadas, como observado na relação das mulheres deste estudo com seus filhos.

As práticas alimentares infantis realizadas pelas mulheres deste estudo divergem, em vários momentos, das recomendações oficiais e do discurso científico, e, apesar de muitas vezes as mesmas reproduzirem tais orientações quando questionadas, sua prática reflete um conjunto próprio de representações que

orientam a introdução da alimentação complementar das crianças menores de um ano.

Considerar as propriedades atuantes das mulheres enquanto agentes na construção dos elementos constitutivos do “espaço social alimentar”, nos remete o olhar para o conjunto de relações interpessoais presentes no cotidiano da prática alimentar, onde se evidenciam pessoas que são significativas a essas mulheres no campo social.

A compreensão dos significados dessas vivências não se apresenta descolada do contexto social de inter-relações no âmbito da família, como refere Bordieu (2001), os *“sistemas simbólicos”, como instrumentos de conhecimento e de comunicação, só podem exercer um poder estruturante porque são estruturados*. Tal poder de construção da realidade tende a estabelecer uma ordem, o sentido imediato do mundo, em particular do mundo social. Esclarece o autor que os *“sistemas simbólicos”, como instrumentos estruturados e estruturantes de comunicação e de conhecimento, envolvem relações de poder que dependem, na forma e no conteúdo, do poder material ou simbólico acumulado pelos agentes (ou pelas instituições) envolvidos nessas relações*.

A ordem de significações culturais que orientam as mulheres, em termos de referência, de orientação, de cuidado da criança nas práticas alimentares, sustenta-se nas ligações afetivas e nas relações de proximidade. Dentre os familiares, são as mulheres que têm participação decisiva no aconselhamento, apoio e cuidado à mulher e ao recém-nascido (STEFANELLO, 2005; SCAVONE, 1985; BOEHS; MONTICELLI; ELSEN, 1988/1989).

Os achados de nossa pesquisa também confirmam o domínio feminino na esfera da reprodução, particularmente relacionado ao cuidado com a alimentação da criança e da família. A participação masculina nesta esfera ainda se mostra como desviante, sendo que a figura masculina aparece poucas vezes e em situações especiais, fazendo comida no final de semana, ou fazendo pose na fotografia. O que se reafirma através das falas é a participação masculina como provedor do alimento.

As dissonâncias da prática dessas mulheres com seus discursos, que são retradução do discurso médico, porém reinterpretado, nos alertam para um certo descompromisso dos profissionais de saúde para com essa prática, focando nas etapas iniciais do incentivo ao aleitamento materno e não mantendo o suporte a sua manutenção ou quanto à alimentação em fases posteriores do desenvolvimento da criança. De forma impessoal e descontextualizada, as informações prescritivas são transmitidas e, na prática, nem sempre encontram sustentação seja por força econômica, ou mesmo de disponibilidade emocional, social e cultural das mães.

Assim, as práticas alimentares demonstram estabelecer-se em um universo próprio que vai além do acesso à informação e das condições socioeconômicas, mas perpassam pelos desacordos existentes entre a prática declarada e a prática real.

Quanto a isso, Poulain (2006) acrescenta que temos a “norma social”, que são as regras e as convenções sociais acerca da alimentação, e a “norma dietética”, que são os conhecimentos científicos nutricionais difundidos pelos profissionais de saúde, as quais influenciam-se mutuamente sendo interiorizadas pelos indivíduos como “normas individuais”. Para o autor, e também como observado para as mulheres deste estudo, as normas individuais interiorizadas (compostas das sociais

e/ou dietéticas) e que constituem o que chamamos de prática declarada trazem uma dissonância com as práticas reais executadas e observadas. É dessa dissonância que emerge o real sentido das práticas alimentares.

Para as mulheres deste estudo, as práticas alimentares tomam sentido, a partir do momento que se conformam da experiência e da vivência de cada uma delas, assumindo uma identidade que molda suas escolhas por uma alimentação prática e fácil de preparar, com alimentos industrializados, que tenha uma boa aceitação pela criança, sustente, faça engordar e dê saúde, e ainda, esteja de acordo com o contexto social e familiar, apresenta ausência de limites e regras e é, muitas vezes, determinada pela vontade da criança.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Capítulo 9

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento deste estudo possibilitou-nos compreender as representações sociais que sustentam as práticas alimentares de crianças menores de um ano realizadas por um grupo de mães usuárias de um serviço da rede pública de saúde. Para a compreensão desse fenômeno, visualizamos aspectos que transcendem o biológico, já que entendemos que as dimensões culturais, sociais e econômicas trazem determinantes igualmente importantes na construção das práticas alimentares. Assim, a abordagem socioantropológica guiou nosso olhar nesse processo, na análise de como as mulheres, enquanto agentes do cuidado infantil, em especial da alimentação do filho, atuam nas diversas dimensões do “espaço social alimentar”.

Sob essa lógica, comer não é um ato mecânico e involuntário e, portanto, as práticas alimentares precisam ser vistas na sua totalidade, já que o universo onde elas se processam reflete aspectos significativos do valor que têm para aquele grupo social.

O contexto da família dessas mulheres configura-se no cenário no qual se constroem as práticas alimentares infantis. Características evidenciadas na alimentação da família se refletem nas práticas alimentares que as mães desenvolvem na escolha, no preparo e na oferta dos alimentos, sendo regidas por aspectos socioeconômicos, pela praticidade, pela diminuição do tempo gasto com as refeições

e também pela crescente ausência de regras e normas relacionadas com a alimentação.

Depreendemos que as representações que regem as práticas maternas estão centradas na lógica de que o melhor alimento a ser oferecido é aquele que terá uma boa aceitação, deixará a criança satisfeita, fará crescer e ter saúde. Além disso, também deve ser um alimento acessível, no significado mais amplo da palavra.

O universo simbólico que sustenta as práticas alimentares infantis realizadas por essas mães perpassa desde o momento em que a criança é amamentada ao peito até a introdução da comida da família. Esse percurso mostra que a alimentação infantil traz particularidades tanto no que tange a escolha do alimento quanto na forma de prepará-lo e ofertá-lo.

Entretanto, a lógica que embasa as práticas maternas está, muitas vezes, em desacordo com aquelas consideradas “ideais” ou “esperadas”, prescritas pelos profissionais de saúde e pelo discurso científico, por estes desconsiderarem os valores, o contexto e as vivências das mulheres.

Desconsiderar essa abordagem ampliada das práticas alimentares infantis se expressa na atual realidade caótica e desestruturada de grande parte das crianças pequenas, desnutridas e, posteriormente, adultos obesos, principais problemas de saúde relacionados com a alimentação atualmente, e que, sabidamente, têm sua gênese nas práticas alimentares dos primeiros anos de vida.

É visto que algumas ações já vêm sendo feitas e que é dado merecido olhar para a temática, entretanto, tais ações não estão sendo efetivas ou suficientes, já que

estão muito centradas em aspectos biológicos e nutricionais, desconsiderando as experiências de vida, expectativas e vontades que as pessoas trazem. São feitos um discurso e uma sistematização, um planejamento, embasados em idéias teóricas, porém utópicas, que não condizem com a realidade de pessoas “reais”.

Acreditamos que se faz necessária uma aproximação dos profissionais de saúde com o contexto destas mulheres e crianças, além da aquisição de uma postura mais humana e interativa com as mesmas. Conforme observamos, na fala das mulheres e também no dia-a-dia profissional, se torna fundamental lançar mão de estratégias que possibilitem ou facilitem essa relação mais igualitária entre os profissionais e os usuários, o que pode ser alcançado através de cursos ou trabalhos de dinâmica em grupo, como cursos de gestante, cursos de puérpera, cursos de culinária, entre outros.

Além disso, dispor de uma equipe multidisciplinar, na qual a troca de saberes caminhe junto com a assistência, é imprescindível em se tratando de práticas alimentares infantis. Atualmente, temos, com a estratégia do Programa de Saúde da Família, a possibilidade de uma maior aproximação com o contexto de vida das pessoas, entretanto ainda se trabalha com uma equipe restrita de profissionais, já que não há nutricionistas, psicólogos e fonoaudiólogos, por exemplo.

Contudo, não basta a existência de equipes multidisciplinares por si só, elas precisam ser preparadas e treinadas para assistir as mulheres, mães de crianças menores de um ano, nessa fase que é crítica na alimentação infantil.

No que tange à enfermagem, destacamos a necessidade de incorporar a temática da alimentação complementar infantil na formação acadêmica dos

profissionais enfermeiros, a qual tem seu foco, em se tratando da alimentação no primeiro ano de vida, visivelmente centrada no aleitamento materno, o que é muito importante, entretanto, não se pode fazê-la em detrimento da alimentação complementar, fase igualmente decisiva e essencial para o adequado crescimento e desenvolvimento infantil.

Ressaltamos que, embora nossa pesquisa analise as práticas alimentares infantis realizadas por um grupo de mulheres usuárias de um serviço público de saúde, as reflexões apresentadas podem ser estendidas para as situações diversas da prática na saúde materno-infantil e saúde pública. O incentivo à adoção de práticas alimentares saudáveis deve fazer parte do rol de condições necessárias à melhoria da saúde da população em geral, independente da faixa etária. No conjunto das ações, a qualidade dos alimentos o acesso à alimentação saudável e segura é um direito de todo cidadão.

Importante considerar que, para promover uma alimentação saudável da criança, e por extensão de toda a família, deve-se ter, como foco das ações, as mulheres, entendendo-as como sujeitos sociais na construção das práticas alimentares.

A situação evidenciada neste estudo nos alerta para lacunas na forma como o cuidado nutricional vem sendo conduzido pelos profissionais da saúde, sugerindo a necessidade de futuras pesquisas que focalizem um saber técnico científico ampliado sobre alimentação infantil. A dissociação evidenciada neste estudo, entre a prática declarada e a prática real, guarda relação com a condição de vida das mulheres, mas também, é reveladora do distanciamento dos próprios profissionais de saúde que

denotam não estarem suficientemente envolvidos com a questão, ou ainda, por lhes faltarem conhecimentos que forneçam segurança para orientar as mulheres.

A esse respeito, é imprescindível que se desenvolvam, se implementem e se validem guias alimentares infantis condizentes com a nossa realidade, pois são importantes ferramentas na educação nutricional.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS*

ALMEIDA, J.A.G. **Amamentação**: um híbrido natureza-cultura. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

ALTHOFF, C. R.; ELSEN, I.; LAURINDO, A. C. Família: o foco de cuidado na enfermagem. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 7, n. 2, p. 320-327, maio/ago., 1998.

ANGELIS, R. C. Valor nutricional das proteínas: métodos de avaliação. **Cadernos de Nutrição**, São Paulo, v. 10, p. 8-29, 1995.

ANYON, J. Interseções de gênero e classe: acomodação e resistência de mulheres e meninas às ideologias de papéis sexuais. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n. 73, p. 13-75, maio, 1990.

BAIÃO, M. R.; DESLANDES, S. F. Alimentação na gestação e puerpério. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 19, n. 2, p. 245-253, mar./abr., 2006.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução L. A. Reto; A. Pinheiro. 7. ed. Lisboa: Edições 70, 1977.

BELL, J. G.; KEEN, C. L.; LONNERDAL, B. Effect of infant cereals on zinc and copper absorption during weaning. **American Journal of Diseases of Children**, Estados Unidos, v. 141, p. 1128-1132, 1987.

BIKLEN, S. K.; BOGDAN, R. C. **Investigação qualitativa em educação**: uma introdução à teoria e aos métodos. Tradução Maria João Alvarez; Sara Bahia dos Santos; Telmo Mourinho Baptista. Porto: Porto Editora, 1994.

BLASS, E. M. Suckling: determinants, changes, mechanisms and lasting impressions. **Developmental Psychology**, Washington DC, v. 26, n. 4, p. 520-533, jul., 1990.

* Este trabalho foi realizado segundo as normas:

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Sistema Integrado de Bibliotecas. **Diretrizes para apresentação de teses e dissertações à USP**: documento eletrônico ou impresso. São Paulo: SIBi/USP, 2004.

- BLEIL, S. I. O padrão alimentar ocidental: considerações sobre a mudança de hábitos no Brasil. **Cadernos de Debate**, Campinas, v. 6, p. 1-25, 1998.
- BOEHS, A. E.; MONTICELLI, M.; ELSEN, I. Percepção das mães sobre os cuidados à criança no primeiro mês de vida. **Revista Ciências da Saúde**, v. 3/8, n. 1/2, 1988/1989.
- BONILHA, L. R. C. M.; RIVORÊDO, C. R. S. F. Puericultura: duas concepções distintas. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.81, n.1, p.7-13, 2005.
- BORGES, A. L. V. **Opinião de mulheres de uma unidade de saúde da família sobre a quantidade de leite materno produzido**. 2000. 77f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.
- BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Tradução F. Tomaz. 4. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.
- BRANDÃO, C. R. **Plantar, colher, comer**: um estado do campesinato goiano. Rio de Janeiro: GRAAL, 1981.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Guia alimentar para crianças menores de dois anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- _____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 196/96**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 1996a.
- _____. Ministério da Saúde. **Plano maternidade segura**. Brasília: FEBRASGO/ UNICEF/ OPS/ FNUAP, 1996b.
- BRUNKEN, G. S.; SILVA, S. M.; FRANÇA, G. V. A.; ESCUDER, M. M.; VENÂNCIO, S. I. Risk factors for early interruption of exclusive breastfeeding and late introduction of complementary foods among infants in midwestern Brazil. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 82, n. 6, p. 445-451, 2006.

BRUSCHINI, C. Gênero e trabalho no Brasil: novas conquistas ou persistência da discriminação? In: ROCHA, M. I. B. (Org.). **Trabalho e gênero: mudanças, permanências e desafios**. São Paulo: Ed. 34, 2000. p. 13-58.

BRUSCHINI, C.; LOMBARDI, M. R. A bipolaridade do trabalho feminino no Brasil contemporâneo. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n. 110, p. 67-104, jul., 2000.

BUENO, M. B.; SOUZA, J. M. P. de; PAZ, S. M. R. S.; SOUZA, S. B.; CHEUNG, P. P. Y.; AUGUSTO, R. A. Duração da amamentação após a introdução de outro leite: seguimento de coorte de crianças nascidas em um hospital universitário em São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 145-152, 2002.

CABRAL, I. E.; TYRRELL, M. A. R. O estilo de cuidar da mãe e o trabalho da enfermagem. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 189-195, out., 1995.

CANESQUI, A. M. Antropologia e Alimentação. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 207-216, 1988.

_____. Os estudos de antropologia da saúde/doença no Brasil na década de 1990. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 109-124, 2003.

_____. A qualidade dos alimentos: análise de algumas categorias da dietética popular. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 20, n. 2, p. 203-216, mar./abr., 2007.

CHODOROW, N. Estrutura familiar e personalidade feminina. In: ROSALDO, M. Z.; LAMPHERE, L. (Coord.). **A mulher, a cultura e a sociedade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979. p. 65-90.

_____. **Psicanálise da maternidade: uma crítica a Freud a partir da mulher**. Tradução Nathanael C. Caixeiro. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1990.

COLLIÈRE, M. F. Identificação da prática de cuidados com a mulher. In: _____. **Promover a vida**. Tradução Maria Leonor Braga Abecasis. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989. p. 39-51.

COSTA, M. C. G. da. **Puerpério**: a ambivalência das estratégias para o cuidado. 2001. 138f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

CRUZ NETO, O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). **O limite da exclusão social**: meninos e meninas de rua no Brasil. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1993. cap. 3, p. 51-66.

EUCLYDES, M. P. **Nutrição do lactente**: base científica para uma alimentação adequada. 2. ed. Minas Gerais: Suprema; 2000.

FALEIROS, F. T. V.; TREZZA, E. M. C.; CARANDINA, L. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 19, n. 5, p. 623-630, set./out., 2006.

FERRAZ, I. S. Nutrição no primeiro e segundo anos de vida. In: MONTEIRO, J. P.; CAMELO JÚNIOR, J. S. **Caminhos da nutrição e terapia nutricional**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. cap. 9, p. 245-277.

FERREIRA, J. Semiologia do corpo. In: FACHEL, J. M. G.; LEAL, O. F. (Org.). **Corpo e significado**: ensaios de antropologia social. Porto Alegre: Editora da Universidade, 1995. p. 363-390.

FERREIRA, V. A.; MAGALHÃES, R. Nutrição e promoção da saúde: perspectivas atuais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 1674-1681, jul., 2007.

FISHER, J. O; BIRCH, L. L.; SMICKLAS-WRIGHT, H.; PICCIANO, M. F. Breast-feeding through the first year predicts maternal control in feeding and subsequent toddler energy intakes. **Journal of the American Dietetic Association**, Chicago, v. 100, n. 6, p. 641-646, jun., 2000.

FOX, M. K.; REIDY, K.; KARWE, V.; ZIEGLER, P. Average portions of foods commonly eaten by infants and toddlers in United States. **Journal of the American Dietetic Association**, Chicago, v. 106, n. 1, supl. 1, p. 66-76, jan., 2006.

FOX, M. K.; DEVANEY, B.; REIDY, K.; RAZAFINDRAKOTO, C.; ZIEGLER, P. Relationship between portion size and energy intake among infants and toddlers: evidence of self-regulation. **Journal of the American Dietetic Association**, Chicago, v. 106, n. 1, supl. 1, p. 77-83, jan., 2006.

FRANCIS, L. A.; BIRCH, L. L. Does eating during television viewing affect preschool children's intake? **Journal of the American Dietetic Association**, Chicago, v. 106, n. 4, p. 598-600, apr., 2006.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (Org.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 64-89.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

GERRISH, C. J.; MENNELLA, J. A. Flavor variety enhances food acceptance in formula-fed infants. **The American Journal of Clinical Nutrition**, Maryland, v. 73, p. 1080-1085, 2001.

GIDDING, S. S.; DENNISON, B. A.; BIRCH, L. L.; DANIELS, S. R.; GILMAN, M. W.; LICHTENSTEIN, A. H.; RATTAY, K. T.; STEINBERGER, J.; STETTLER, N.; HORN, L. V.; AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Dietary recommendations for children and adolescents: a guide for practitioners. **Pediatrics**, Illinois, v. 117, p. 544-559, fev., 2006.

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

GOMES, R.; MENDONÇA, E. A.; PONTES, M. L. As representações sociais e a experiência da doença. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1207-1214, set./out., 2002.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. Tradução Eliane Mussmich. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

HERZLICH, C. A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. **Physis - Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 23-36, 1991.

_____. A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. **Physis - Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl., p. 57-70, 2005.

ICHISATO, S. M. T. **Lactogogos e a mulher lactante**. Ribeirão Preto, 1999. 131f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.

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

ITABORAÍ, N. R. Trabalho feminino e mudanças na família no Brasil (1984-1996): explorando relações. **Revista Brasileira de Estudos Populacionais**, Campinas, v. 20, n. 2, p. 157-176, jul./dez., 2003.

KACHANI, A. T.; ABREU, C. L. M. de; LISBOA, S. B. H.; FISBERG, M. Seletividade alimentar da criança. **Pediatrics**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 48-60, 2005.

KLEINMAN, A. **The illness narratives**: suffering, healing and the human condition. Harvard: Basic Books, 1988.

KNIBIEHLER, Y. Madres y nodrizas. In: TUBERT, S. (Ed.). **Figuras de la madre**. Madri: Ediciones Cátedra/Universitat de Valencia/Instituto de la Mujer, 1996.

LAMBERT, J. L.; BATALHA, M. O.; SPROESSER, M. R.; SILVA, A. L.; LUCCHESI, T. As principais evoluções dos comportamentos alimentares: o caso da França. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 18, n. 5, p. 577-591, set./out., 2005.

LAPLANTINE, F. Antropologia dos sistemas de representações da doença: sobre algumas pesquisas desenvolvidas na França contemporânea reexaminadas à luz de uma experiência brasileira. In: JODELET, D. (Org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: Editora da UERJ, 2001. p. 241-259.

LEDERMAN, S. A.; AKABAS, S. R.; MOORE, B. J.; BENTLEY, M. E.; DEVANEY, B.; GILLMAN, M. W.; KRAMER, M. S.; MENNELLA, J. A.; NESS, A.; WARDLE, J. Summary of the presentations at the Conference on Preventing Childhood Obesity, December 8, 2003. **Pediatrics**, Illinois, v. 114, n. 4, p. 1146-1173, oct., 2004.

LOPES, J. R. B. Brasil, 1989: um estudo sócio-econômico da indigência e da pobreza urbana. **Caderno de Pesquisa**, Campinas, n. 25, p. 67, 1993.

LOUGHLIN, H. H.; CLAPP-CHANNING, N. E.; GEHLBACH, S. H.; POLLARD, J. C.; MCCUTCHEN, T. M. Early termination of breast-feeding: identifying those at risk. **Pediatrics**, Illinois, v. 75, p. 508-513, 1985.

MACHADO, A. R. M. **O lugar da mãe na prática da amamentação de sua filha nutriz: o estar junto**. 2001. 144f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

MACIEL, M. E. Cultura e alimentação ou o que têm a ver os macaquinhos de Koshima com Brillat-Savarin? **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 7, n. 16, p. 145-156, dez., 2001.

MARQUEZ, M. R. G. A. **“Mas vem uma vontade lá do fundo”**: um estudo sobre sugar o dedo. São Paulo, 1999. 43f. Monografia (Especialização) – CEFAC – Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica, São Paulo, 1999.

MATOS, M. I. S. de. Delineando corpos: as representações do feminino e do masculino no discurso médico. In: MATOS, M. I. S. de; SOIHET, R. (Orgs.). **O Corpo feminino em debate**. São Paulo: Editora UNESP, 2003. p. 107-127.

MENNELLA, J. A.; BEAUCHAMP, G. K. Understanding the origin of flavor preferences. **Chemical Senses**, Oxford, v. 30, supl.1, p. 242-243, 2005.

_____. Maternal diet alters the sensory qualities of human milk and the nursing's behavior. **Pediatrics**, Illinois, v. 88, n. 4, p. 737-744, oct., 1991.

MENNELLA J. A.; JAGNOW C. J.; BEAUCHAMP G. K. Prenatal and postnatal flavor learning by human infants. **Pediatrics**, Illinois, v. 107, n. 6, E88, jun., 2001.

MENNELLA, J. A.; GRIFFIN, B. S.; BEAUCHAMP, G. K. Flavor programming during infancy. **Pediatrics**, Illinois, v. 113, n. 4, p. 840-845, apr., 2004.

MINAYO, M. C. S. O conceito das representações sociais dentro da sociologia clássica. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITH (Org.). **Textos em Representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 1994a. p. 89-111.

_____. **O Desafio do Conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 3. ed. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 1994b.

_____. Saúde-doença: uma concepção popular da etiologia. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 4, p. 363-381, out./dez., 1988.

MINTZ, S. W. Comida e Antropologia: uma breve revisão. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 16, n. 47, p. 32-41, out., 2001.

MONDINI, L.; MONTEIRO, C. A. Mudanças no padrão de alimentação da população urbana brasileira (1962-1988). **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 28, n. 6, p. 433-439, 1994.

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, supl. 5, p. 131-141, 2004.

MONTEIRO, C. A.; MONDINI, L.; COSTA, R. B. L. Mudanças na composição e adequação nutricional da dieta familiar nas áreas metropolitanas do Brasil (1988-1996). **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 251-258, 2000.

NAKANO, A. M. S. **O Aleitamento Materno no Cotidiano Feminino**. Ribeirão Preto, 1996. 170p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1996.

_____. **As vivências da amamentação para um grupo de mulheres: nos limites de ser “o corpo para o filho” e de ser “o corpo para si”**. 2003. 145f. Tese (Livre-Docência) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

NAKANO, A. M. S.; REIS, M. C. G. dos; PEREIRA, M. J. B.; GOMES, F. A. O espaço social das mulheres e a referência para o cuidado na prática da amamentação. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 2, p. 230-238, mar./abr., 2007.

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

OLIVEIRA, D. C. de; SIQUEIRA, A. A. F. de; ALVARENGA, A. T. Práticas sociais em saúde: uma releitura à luz da teoria das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. (Orgs.). **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiânia: AB, 1998. p. 163-190.

OLIVEIRA, S. P.; THÉBAUD-MONY, A. Estudo do consumo alimentar: em busca de uma abordagem multidisciplinar. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 201-208, 1997.

OSKI, F. A. The erythrocyte and its disorders. In: NATHAN, D. G. **Hematology of infancy and childhood**. 4. ed. Philadelphia: Saunders, 1993.

OSKI, F. A.; LANDAW, S. A. Inhibition of iron absorption from human milk by baby food. **American Journal of Diseases of Children**, Estados Unidos, v. 134, p. 459-460, 1980.

PARADA, C. M. G. L.; CARVALHAES, M. A. B. L.; JAMAS, M. T. Complementary feeding practices to children during their first year of life. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 2, p. 282-289, mar./abr., 2007.

PARKER, R. **A mãe dividida: a experiência da ambivalência na maternidade**. Tradução C. D. X. Lima. Rio de Janeiro: Record/Rosa dos Tempos, 1997.

PATRÍCIO, Z. M. Cenas e cenários de uma família: a concretização de conceitos relacionados à situação de gravidez na adolescência. In: BUB, L. I. R. (Org.). **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis: Ed. da UFSC, 1994. p. 93-119.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

POULAIN, J. P. **Sociologias da alimentação: os comedores e o espaço social alimentar**. Tradução Rossana Pacheco da Costa Proença; Carmen Sívila Rial; Jaimir Conte. Florianópolis: Editora da UFSC, 2006.

POULAIN, J. P.; PROENÇA, R. P. C. O espaço social alimentar: um instrumento para o estudo dos modelos alimentares. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 16, n. 3, p. 245-256, jul./set., 2003a.

_____. Reflexões metodológicas para o estudo das práticas alimentares. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 16, n. 4, p. 365-386, out./dez., 2003b.

QUEIROZ, M. de S. Representações sociais: uma perspectiva multidisciplinar em pesquisa qualitativa. In: BARATA, R. B; BRICEÑO-LEÓN (Orgs.). **Doenças endêmicas: abordagens sociais, culturais e comportamentais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 27-46.

RAMOS, C. V.; ALMEIDA, J. A. G. Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 79, n. 5, p. 385-390, 2003.

RAMOS, M.; STEIN, L. M. Desenvolvimento do comportamento alimentar infantil. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 76, supl. 3, p. 229-237, 2000.

REA, M. F. Substitutos do leite materno: passado e presente. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 241-249, 1990.

_____. O pediatra e a amamentação exclusiva. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 79, n. 6, p. 479-480, 2003.

REA, M. F.; CUKIER, R. Razões de desmame e de introdução da mamadeira: uma abordagem alternativa para seu estudo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 184-191, 1988.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde. s.d. Disponível em: <<http://www.sassom.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/conselho/i16ps03.htm>> Acesso em: 15 maio 2007.

ROMANELLI, G. O significado da alimentação na família: uma visão antropológica. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 39, n. 3, p. 333-339, 2006.

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.

SCAVONE, L. As múltiplas faces da maternidade. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n. 54, p. 37-39, ago., 1985.

_____. **Dar a vida e cuidar da vida: feminismo e ciências sociais**. São Paulo: Editora UNESP, 2004.

SIIMES, M. A.; VOURI, E.; KUITUNEN, P. Breast milk iron: a declining concentration during the course of lactation. **Acta Paediatrica Scandinavica**, Scandinavia, v. 68, p. 29-31, 1979.

SIMON, V. G. N.; SOUZA, J. M. P.; SOUZA, S. B. Introdução de alimentos complementares e sua relação com variáveis demográficas e socioeconômicas, em crianças no primeiro ano de vida, nascidas em Hospital Universitário no município de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 29-38, 2003.

SILVA, I. A. **Deficiência de ferro em crianças de 3 a 12 meses**: compreensão de determinantes biológicos, sociais, e suas implicações para o incentivo ao aleitamento materno exclusivo, 2004. (Projeto de Pesquisa encaminhado à FAPESP).

_____. **Deficiência de ferro em crianças de 3 a 12 meses**: compreensão de determinantes biológicos, sociais, e suas implicações para o incentivo ao aleitamento materno exclusivo, 2007. (Relatório Científico Final FAPESP).

SOARES, N. T.; GUIMARÃES, A. R. P.; SAMPAIO, H. A. de C.; ALMEIDA, P. C. de; COELHO, R. R. Padrão alimentar de lactentes residentes em áreas periféricas de Fortaleza. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 13, n. 3, p. 167-176, set./dez., 2000.

SOUZA, S. B.; SZARFARC, S. C.; SOUZA, J. M. P. Anemia no primeiro ano de vida em relação ao aleitamento materno. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 15-20, fev, 1997.

_____. Prática alimentar no primeiro ano de vida, em crianças atendidas em centros de saúde escola do município de São Paulo. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 12, n. 2, p. 167-174 maio/ago., 1999.

SPERBER, D. O estudo antropológico das representações: problemas e perspectivas. In: JODELET, D. (Org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: Editora da UERJ, 2001. p. 90-103.

SPYRIDES, M. H. C.; STRUCHINER, C. J.; BARBOSA, M. T. S.; KAC, G. Efeito das práticas alimentares sobre o crescimento infantil. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, v. 5, n. 2, p. 145-153, 2005.

STEFANELLO, J. **A vivência do cuidado no puerpério**: as mulheres construindo-se como mães. 2005. 133f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

SULLIVAN, S. A.; BIRCH, L. L. Infant Dietary Experience and Acceptance of Solid Foods. **Pediatrics**, Illinois, v. 93, p. 271-277, 1994.

TAKUSHI, S. A. M.; TANAKA, A. C. d'A.; GALLO, P. R.; BRESOLIN, A. M. B. Perspectiva de alimentação infantil obtida com gestantes atendidas em centros de saúde na cidade de São Paulo. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, v. 6, n. 1, p. 115-125, jan./mar., 2006

TAVERAS, E. M.; SCANLON, K. S.; BIRCH, L.; RIFAS-SHIMAN, S. L.; RICH-EDWARDS, J. W.; GILLMAN, M. W. Association of breastfeeding with maternal control of infant feeding at age one year. **Pediatrics**, Illinois, v. 114, n. 5, p. 577-583, nov., 2004.

UNDERWOOD, B. A.; HOFVANDER, Y. Appropriate timing for complementary feeding of the breastfed infant: a review. **Acta Paediatrica Scandinavica**, Scandinavia, v. 294, p. 1-32, suppl., 1982.

VÍCTORA, C.; KNAUTH, D. R. Hábitos alimentares de crianças menores de 2 anos: um estudo multicêntrico sobre as práticas alimentares atuais no Brasil. In: REUNIÃO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ANTROPOLOGIA, 22., 2000, Brasília, **Anais...** Brasília: Associação Brasileira de Antropologia, 2000.

VIEIRA, G. O.; SILVA, L. R.; VIEIRA, T. de O.; ALMEIDA, J. A. G.; CABRAL, V. A. Hábitos alimentares de crianças menores de 1 ano amamentadas e não-amamentadas. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 5, p. 411-416, set./out., 2004.

VIEIRA, M. N. C. M.; GALATI, G. C.; TOFFANO, R. B. D. Necessidades nutricionais e práticas alimentares da nutriz. In: MONTEIRO, J. P.; CAMELO JÚNIOR, J. S. **Caminhos da nutrição e terapia nutricional**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. cap. 4, p. 66-106.

VOLPINI, C. C. A.; MOURA, E. C. Determinantes do desmame precoce no distrito noroeste de Campinas. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 18, n. 3, p. 311-319, maio/jun., 2005.

WINIKOFF, B.; CASTLE, M.; LAUKARAN, V. **Feeding infants in four societies: causes and consequences of mother's choices**. Westport (CT): Greenwood Press, 1989.

WOISKI, J. R. **Nutrição e dietética em pediatria**. 3. ed. Rio de Janeiro/São Paulo: Atheneu, 1988.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Collaborative Study Team on the role of breastfeeding on the prevention of infant mortality. **Effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis**. Lancet, v. 355, n. 9202, p. 451-455, 2000.

_____. **Complementary feeding of young children in developing countries: a review of current scientific knowledge**. Geneva: WHO, 1998.

_____. **The food and nutrition program**. Geneva: WHO, 2001.

_____. **The World Health Organization's infant-feeding recommendation**. Geneva: WHO, 1995.

WRIGHT, M. G. M.; OLIVEIRA, J. E. D. Alimentação de zero a um ano de idade: um desafio aos profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 38, n. 3/4, p. 275-280, jul./dez., 1985.

ZALUAR, A. **A máquina e a revolta: as organizações populares e o significado da pobreza**. 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 1994.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PESQUISA: Representação social de mulheres/mães sobre as práticas alimentares de crianças menores de um ano.

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: Juliana Stefanello

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Estamos realizando uma pesquisa para compreendermos o significado das práticas alimentares e como isso interfere em suas decisões de manter a amamentação ou introduzir outros alimentos na dieta da criança. Para isto, gostaríamos de contar com a sua participação, já que você está vivenciando neste momento esta situação. Sua participação é muito importante para que nós, profissionais de saúde, possamos entender quais os fatores que podem estar relacionados a essa vivência, a fim de prestarmos uma assistência que esteja de acordo com tais necessidades.

Assim, pedimos que você responda a algumas perguntas sobre este assunto e que autorize a gravação da entrevista. Também deixaremos com você uma câmera fotográfica descartável, para que tire fotos de momentos diários referentes à alimentação de seu filho. As fotos serão utilizadas somente para fins do estudo. A câmera fotográfica será devolvida ao pesquisador conforme combinado no dia da entrevista. As fotos reveladas serão devolvidas para você, caso deseje, e no momento da devolução será solicitado que você comente as mesmas. Essa conversa também será gravada. Será garantido absoluto sigilo das informações fornecidas, sendo que as mesmas servirão apenas para esta pesquisa, na qual não aparecerão nomes ou outros dados que possibilitem sua identificação. Também, lembramos que a sua participação não terá custo e que a qualquer momento da realização da pesquisa, se for do seu interesse desistir, seu consentimento será retirado sem que isso lhe acarrete nenhum dano ou prejuízo.

Agradecemos a sua colaboração e nos colocamos à disposição para qualquer informação.

Atenciosamente,

Pesquisadora - Juliana Stefanello
Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - SP - T.: (16) 3602-3419

Tendo recebido as informações acima, e ciente do exposto, concordo em participar da pesquisa.

Nome

Ribeirão Preto, SP, ____/____/2007.

Assinatura

APÊNDICE B
FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS

Data: ____/____/____

Nº: _____

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO MATERNO:

Iniciais: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Escolaridade: () Ensino Fundamental (EF) incompleto () EF completo

() Ensino Médio (EM) incompleto () EM completo

() Ensino Superior (ES) incompleto () ES completo () não alfabetizado

Profissão: _____

Quantas horas trabalha? _____

Teve licença-maternidade? _____

Se já voltou ao trabalho, qual a data do retorno? _____

Estado civil: _____

Renda familiar: () até 3 salários mínimos () de 3 a 5 salários mínimos () mais de 5 salários mínimos

Endereço: _____

Telefone (contato): _____

Data de nascimento da criança: ____/____/____

Bolsa família: _____

Leite: _____

HISTÓRIA OBSTÉTRICA: G P A

Nascidos	Abortos	Nativos		Tipo de parto			Peso ao nascer (g)		Causa (*)	Idade da Criança
		T	PT	F	C	N	Vivo	Morto		
1.										
2.										
3.										
4.										
5.										
6.										

Legenda:

Nativos: PT – pré-termo (< 38 semanas); T – termo (≥38 semanas)

Tipo de parto: C – cesáreo; N – normal; F – fórceps

(*) Causa do óbito: infecção, acidente, etc. (descrever a causa)

QUESTÕES NORTEADORAS:

1. Como é o tipo de comida “de todo o dia” da família? (Quem participa da escolha, qual a lógica que predomina nesta escolha/valor nutricional, custo, gosto, quando é que se faz uma comida diferente, o que é diferente da comida de todo dia)?
2. Fale-me um pouco como ocorrem as refeições diárias? (pessoas que participam, local, tempo, frequência das refeições)
3. Durante a gravidez e agora depois do parto, com o nascimento do bebê, houve mudança na comida da família? E na sua comida? (explorar as razões, as interdições e prescrições)
4. Fale-me como vocês fazem para comprar e preparar a comida? (papel social dos membros da família, referências importantes que direcionam a realização destas atividades, onde compram, frequência que fazem as compras)

5. Para você o que é uma verdadeira refeição?
6. Fale-me sobre o aleitamento materno de seu filho (motivo de amamentar ou não, duração do AM, duração das mamadas, frequência das mamadas – intervalo entre as mamadas, percepção das mamas ao final da mamada, troca de mama durante a mamada – quando?, percepção do comportamento da criança ao término da mamada, percepção do aspecto do seu leite, dificuldades vivenciadas, fontes de apoio, etc.)
7. Fale-me sobre a alimentação complementar de seu filho (descreva a alimentação de 24 h, justifique os alimentos e líquidos utilizados – preparo e consistência da papa, frequência que oferta os alimentos na semana, dificuldades vivenciadas, fontes de apoio, explorar a variação dos alimentos – sabor, variação)
8. Qual é sua participação na escolha do alimento, preparo e oferta da alimentação para seu filho? (explorar a identidade alimentar/alimento para o bebê, sentimentos maternos; elementos estruturais do preparo/higiene, separação utensílios, atividade do gênero; elementos estruturais da oferta do alimento à criança - interação mãe e filho, socialização - estímulo à independência, faz brincadeiras, manipulação dos alimentos, quantidade porcionada, lateralidade, etc.)
9. Como você percebe que a criança está com fome, qual é o “sinal” de dar comida (relaciona com choro)?
10. O que você considera como uma alimentação saudável para a criança? (quem falou?)
11. Você consegue fazer isso com seu filho?
12. O que você considera que não deve ser alimento para crianças menores de um ano?
13. O que você acha da saúde de seu filho? O que você acha importante para ele crescer e desenvolver?

ANEXO

ANEXO A

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA
O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA EM ENFERMAGEM

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: (55) - 16 - 3633-3271 / 3602-4419 / TELEFONE: (55) - 16 - 3602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 155/2007

Ribeirão Preto, 03 de julho de 20

Prezada Senhora,

Comunicamos que as modificações do projeto de pesquisa, aba especificado, foram analisadas e consideradas **APROVADAS**, pelo Comitê de Ét em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de S Paulo, em 03 de julho de 2007.

Protocolo: nº 0539/2005

Projeto: A PRÁTICA DE AMAMENTAÇÃO E ALIMENTAÇÃO COMPLEMENT/ ENTRE MULHERES/MÃES DE CRIANÇAS DE QUATRO A DOZE MESI COM DEFICIÊNCIA DE FERRO.

Pesquisadores: Ana Márcia Spanó Nakano
Juliana Stefanello

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, pa acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a s interrupção.

Atenciosamente,

Profª Drª Lucila Castanheira Nascimento
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Profª Drª Ana Márcia Spanó Nakano

Deptº de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP