

**MINISTÉRIO DA SAÚDE**  
**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ**  
**INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA**  
**MESTRADO EM SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA**

***PRÁTICAS ALIMENTARES E O  
CUIDADO DA SAÚDE DA CRIANÇA DE BAIXO-PESO***

***SHEILA ROTENBERG***

**ORIENTADORES: Dr. JOÃO APRÍGIO GUERRA DE ALMEIDA  
Dra. SÔNIA MARIA DE VARGAS**

**Maio de 1999**

**PRÁTICAS ALIMENTARES E O  
CUIDADO DA SAÚDE DA CRIANÇA DE BAIXO-PESO**

ORIENTADORES: Dr. JOÃO APRÍGIO GUERRA DE ALMEIDA  
Dra. SÔNIA MARIA DE VARGAS

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APRESENTADA COMO REQUISITO PARCIAL PARA A  
OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE EM SAÚDE DA CRIANÇA E DA MULHER, DO INSTITUTO  
FERNANDES FIGUEIRA – FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

RIO DE JANEIRO, MAIO DE 1999

*Só existe saber na invenção, na reinvenção, na busca inquieta,  
impaciente, permanente, que os homens fazem no mundo,  
com o mundo e com os outros.*

(Freire, 1978: 66)

Dedico este trabalho ao Zé e às meninas,  
com todo o meu amor.

## AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Dr. João Aprígio Guerra de Almeida, pela acolhida, pela força e por acreditar no meu trabalho.

À minha orientadora, Dra. Sonia Vargas, por tudo que construímos nesses dois anos: trabalho, cumplicidade e amizade.

À minha mãe Eva e o meu pai Rubem, pelos ensinamentos, otimismo e por me fazerem acreditar em sonhos e utopias para lutar por dias melhores.

Ao Zé e às meninas, Julia, Marina e Luiza, pelos melhores anos de minha vida.

À minha família do convívio diário, à Silvia e ao Marcel, e àqueles mais distantes — Vitória e Saraiva, Luís Carlos e Silvia, tias e sobrinhos —, pelo amor, apoio, ajuda, compreensão e paciência nas horas de ausência.

À Maria Virgínia, por anos de amizade, pelo estímulo, por sempre acreditar no meu trabalho e dar “dicas” fundamentais para o meu crescimento.

Ao Dr. Harvey (*in memoriam*), como amigo, diretor, médico, pelo estímulo e parceria no cuidado da saúde da mulher.

Às amigas, nutricionistas, Soninha, Cristina, Suzete, Paulinha, Suzana, Kátia e Chesira, parceiras de longa data, que com cuidado e carinho puderam me apoiar, lendo os capítulos, indicando referências e oferecendo o ombro amigo nas horas difíceis e gargalhadas nas horas de alegria.

Aos amigos que direta ou indiretamente me deram força, carinho e apoio necessários para prosseguir neste percurso.

À Ângela, pelos anos de convívio, troca, escuta e apoio na busca cotidiana da felicidade.

À Beth, Eva, Zé, Paulinha e Suzete, que junto comigo dividiram várias tarefas tornando o cotidiano mais leve.

Às minhas chefes e amigas, Luzia e Luciene, Stela e Dadá, pela força e apoio.

Às amigas e companheiras do Departamento de Nutrição Social da Faculdade de Nutrição da UFF, pelo apoio e cumplicidade, por permitir a liberação de minhas atividades durante o curso de mestrado.

À Itamar e Maria Helena, pelo estímulo, apoio e contribuições com informações preciosas sobre a Rocinha.

À Dra. Tereza, Diretora do CMS, e Dra. Carla, Coordenadora de Programas, pelo apoio e compreensão nesses dois anos de estudo.

Aos amigos e parceiros do CMS, Wanilsa, Sarita, Elenice, Maristela e José Augusto pela força, paciência e compreensão nas horas de ausência.

A todos os profissionais do CMS, que direta ou indiretamente me apoiaram neste percurso.

Aos professores do mestrado do Instituto Fernandes Figueira, pelo apoio e ensinamentos; em especial, ao Professor Romeu, pelo carinho, contribuições e indicações de referências bibliográficas.

Aos funcionários do mestrado do Instituto Fernandes Figueira, sempre presentes, apoiando os alunos.

A todos os alunos de turma do mestrado, pelas trocas, parcerias nos momentos de alegria, de tristeza e de perda.

Gostaria carinhosamente de agradecer a participação e contribuições valiosas dos membros titulares e suplentes da banca examinadora desta dissertação: Profa. Lúcia Ypiranga, Prof. Malaquias Batista Filho, Profa. Eronides Silva Lima e Profa. Inês Rugani Ribeiro de Castro.

Por fim, agradeço a atenção, troca, lágrimas e sorrisos às mulheres entrevistadas neste estudo, sem as quais não existiria esta pesquisa.

## SUMÁRIO

<b>RESUMO .....</b>	<b>8</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>9</b>
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>1 - QUADRO TEÓRICO-CONCEITUAL .....</b>	<b>16</b>
1.1 – BREVE ANÁLISE DA NUTRIÇÃO E PRÁTICAS ALIMENTARES .....	16
1.2 - O ALEITAMENTO MATERNO E A ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR DA CRIANÇA.....	23
1.3 - O OUTRO LADO DA MOEDA: A DESNUTRIÇÃO INFANTIL .....	32
1.4 - O CUIDADO DA SAÚDE DA CRIANÇA: O PAPEL DO ESTADO E DA FAMÍLIA.....	39
<b>2 - O PROCESSO DA PESQUISA.....</b>	<b>51</b>
2.1 - O GRUPO ESTUDADO.....	53
2.2 - A ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA.....	55
2.3 - A OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE.....	58
2.4 - ANÁLISE DOS DADOS .....	59
<b>3 - O CONTEXTO DA PESQUISA.....</b>	<b>63</b>
3.1 - A ROCINHA.....	63
3.2 - O CENTRO MUNICIPAL DE SAÚDE PÍNDARO DE CARVALHO RODRIGUES-CMS VI RA	65
3.2.1 - O GRUPO DE MÃES DE CRIANÇAS SOB RISCO NUTRICIONAL .....	66
3.3 - PEQUENA BIOGRAFIA DAS MÃES ENTREVISTADAS .....	67
<b>4 - ALEITAMENTO MATERNO .....</b>	<b>77</b>
<b>5 - PRÁTICAS ALIMENTARES: da alimentação da criança à alimentação da família .....</b>	<b>103</b>
<b>6 - A CRIANÇA DESNUTRIDA E A CRIANÇA COM BAIXO-PESO .....</b>	<b>140</b>
<b>7 - A CONTRIBUIÇÃO DOS SERVIÇOS E DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO CUIDADO DA SAÚDE DA CRIANÇA.....</b>	<b>169</b>
<b>8 - CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>186</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>192</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>207</b>

## RESUMO

O objetivo deste estudo foi analisar o significado do cuidado da saúde da criança, da desnutrição e das práticas alimentares para mães de criança sob risco nutricional, moradoras da Rocinha e freqüentadoras do grupo de mães do Centro Municipal de Saúde Píndaro de Carvalho Rodrigues. Na busca de subsídios que possibilitem a reformulação de propostas de intervenção e para análise e compreensão do problema, foi utilizado o caminho da pesquisa qualitativa, através de entrevistas semi-estruturadas e da observação participante. As práticas alimentares e o cuidado da saúde da criança foram compreendidos como práticas sociais, integrantes das redes sociais. O estudo possibilitou identificar que essas práticas são permeadas pelo aprendizado materno, que tem início na infância e é associado aos hábitos urbanos de consumo. O saber popular é construído no contato com diferentes saberes, com os rituais de socialização, com o saber científico e a mídia, a partir das condições concretas de vida. Destacamos, neste sentido, a contribuição e limitação dos serviços e dos profissionais de saúde na promoção da saúde da criança. A qualidade do atendimento, a relação de confiança entre profissionais, mães e crianças revelou-se fator positivo na formação de vínculo aos serviços de saúde. Os achados revelaram ainda que nem profissionais nem usuários são indivíduos iguais: portam valores, sentimentos distintos e às vezes contraditórios, cuja mediação se realiza a partir do diálogo. O debate de temas com a comunidade permite o aprofundamento da realidade para ambos. Esta pode passar a ser vista como histórica e cultural, criada pelo homem e passível, portanto, de ser transformada.



## **ABSTRACT**

This study tries to analyze the meaning of child's care, undernourishment and alimentary practices for mothers whose children are under nutritional risk, live in the Rocinha slum and attend the mothers' group at Municipal Health Center Píndaro de Carvalho Rodrigues. Looking for subsidies in the formulation of intervention proposals, in the analysis and comprehension of the matter the qualitative research has been employed, through semi-structured interviews and participating observation. Alimentary practices and the child's care were understood as social practices permeated by the mothers' apprenticeship, which starts in childhood and is associate to urban consumption habits. Popular knowledge is formed in the contact with different kinds of knowledge, with socialization rituals, with scientific knowledge and the mass media, starting with concrete life situations. In this sense, we point out the contribution and limitation of health services and professionals, in the promotion of the child's care. The quality of assistance, the relationship between professionals and mothers/children was a positive factor in the establishment of a link with health services. The findings also revealed that neither professionals nor the public are equal: they have different values, sentiments, contradictory sometimes, whose mediation starts with dialogue. Debating themes with the community helps deepen reality, for both sides. This can be then regarded as historical and cultural, created by man, and so it can be transformed.

## INTRODUÇÃO

Esta pesquisa partiu de alguns questionamentos que emergiram da prática docente e de assistência a crianças em serviços públicos de saúde. Como docente da área de educação nutricional e de saúde pública, da Faculdade de Nutrição da Universidade Federal Fluminense, e nutricionista integrante de equipe multidisciplinar, participo, há mais de dez anos, do *Programa de Atendimento Integral à Saúde da Mulher e da Criança*, e hoje atuo na assistência à criança sob risco nutricional, em unidade básica — o Centro Municipal de Saúde Píndaro de Carvalho Rodrigues CMS VI RA - Gávea- RJ. Sendo assim, algumas questões nos intrigaram e nos instigaram a pesquisar.

O contato diário com crianças de baixo-peso, especialmente com suas mães, em consultas individuais de nutrição e no grupo de mães de crianças sob risco nutricional — desenvolvido no CMS desde agosto de 1994 — fez emergir algumas questões sobre o cuidado da saúde da criança, em especial a desnutrição, e sobre as práticas alimentares que poderiam ser mais bem investigadas.

Para Minayo (1996: 17-18),

*"... é a pesquisa que alimenta a atividade de ensino e a atualiza frente à realidade do mundo (...) nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido, em primeiro lugar, um problema da vida prática (...). Toda investigação se inicia por um problema com uma questão, com uma dúvida ou com uma pergunta (...)"*.

Será a desnutrição um problema para essas famílias? Elas o percebem como um problema? O termo “desnutrido” é para elas o mais adequado? As crianças foram amamentadas? As crianças continuam a ser amamentadas ao seio após o primeiro ano de sua vida? A amamentação está contribuindo para o seu crescimento, ou ao contrário? Uma das queixas mais frequentes é "meu filho não come": o que as crianças comem e o que elas não comem? Onde comem, como comem, com quem comem? Os profissionais podem intervir na desnutrição? Até que ponto? Estas questões, dentre outras, foram o ponto de partida deste estudo.

A particularidade deste trabalho de pesquisa é poder contribuir para a compreensão do cuidado da saúde da criança, da desnutrição e das práticas alimentares, a partir da

análise do olhar da mãe da criança sob risco nutricional que demanda o CMS VI RA — moradoras da Rocinha, comunidade situada na zona sul do Rio de Janeiro. Buscamos ainda contribuir para a interlocução entre os profissionais e mães usuárias do serviço de saúde.

Partimos do pressuposto que:

- para que a desnutrição possa ser cuidada pelo setor saúde, ela precisa ser visível, conhecida e reconhecida como um problema, tanto pelos profissionais, como pelas famílias;

- a percepção das mães sobre cuidado da saúde da criança, a desnutrição e as práticas alimentares é construída a partir da multiplicidade cultural configurada pelas condições e histórias de vida;

- mães, famílias e crianças, pertencentes à mesma comunidade, apresentam fatores singulares que, associados aos determinantes estruturais, complexificam a relação nutrição-desnutrição.

Assim, tivemos como objeto de estudo, a percepção<sup>1</sup> da nutrição-desnutrição das mães de crianças de baixo-peso que freqüentam o grupo de mães de crianças sob risco nutricional do CMS VI RA – Gávea - RJ e, como objetivo, analisar o significado, dessas mães, do cuidado da saúde da criança, em especial a desnutrição e as práticas alimentares, compreendidas do aleitamento materno à alimentação cotidiana da família, na busca de subsídios que possibilitassem a reformulação de propostas de intervenção.

Entendemos que os determinantes dos agravos nutricionais são, principalmente, de ordem estrutural, isto é, dependentes da organização da sociedade. Por outro lado, assumimos também que o estado nutricional é um elemento do processo saúde-doença e que alguns aspectos relativos ao consumo e à utilização biológica dos alimentos e aos cuidados prestados à saúde da criança dependem também da assistência individual e das práticas educativas coletivas, da subjetividade e singularidade, e que fazem parte da responsabilidade do setor saúde.

---

<sup>1</sup> Entende-se como percepção, neste estudo, segundo Ferreira (1986), a idéia formada, a compreensão, o entendimento, o significado.

Ressaltamos que o consumo de alimentos está inserido nas práticas alimentares e se explica por razões econômicas, de saúde, afetivas, pelos ritos, por questões de gosto, pelo valor dado aos alimentos, e pelo modo de organização da sociedade ao longo da história.

Desta forma, compreendemos que a nutrição e as práticas alimentares são práticas sociais, não podendo ser abordadas de uma única perspectiva disciplinar, pois o significado do ato de nutrir, de comer, ultrapassa o mero ato biológico.

O estado de saúde e nutrição, e o seu contrário, a desnutrição e sua complexidade, são desafios que os profissionais de saúde são chamados a entender.

Compreender o cuidado da saúde da criança — em especial, a desnutrição e as práticas alimentares, do aleitamento materno à alimentação cotidiana da família, a partir do referencial da pesquisa qualitativa e da abordagem socioantropológica —, enquanto profissional de saúde, nutricionista e docente, foi o nosso desafio.

Para a compreensão de nosso objeto de estudo realizamos entrevistas semi-estruturadas com 13 mães que participam do grupo de mães de crianças sob risco nutricional do CMS. As discussões ora apresentadas foram construídas a partir da análise dialética das entrevistas e da observação participante, nas quais abordamos diferentes dimensões para compreensão da complexidade do problema: **dimensão temporal**, que abrange o processo e sua modificação com o tempo; **dimensão afetiva**, que envolve aspectos psicológicos e emocionais, relações de prazer e desprazer; **dimensão de saúde e doença**, abrangendo ações, práticas e situações que têm um impacto positivo na saúde ou, ao contrário, podem interferir negativamente, possibilitando a doença; **dimensão de cuidado**, que abrange ações e práticas referentes ao cuidado da saúde da criança a partir da família ou do Estado, das políticas sociais, compreendendo os serviços e profissionais de saúde; **dimensão de ritual de socialização**, que se refere ao conjunto de práticas de caráter sacro ou simbólico consagradas pelo uso, pela tradição; **dimensão econômica**, englobando as relações econômica, ideológica e de poder na produção e reprodução de bens coletivos e individuais, a divisão social de trabalho e a divisão social gênero

Optamos por apresentar esta pesquisa em capítulos. No Capítulo 1, **Quadro Teórico-Conceitual**, apresentamos os conceitos utilizados na compreensão do problema, realizando uma breve análise da nutrição e das práticas alimentares, do aleitamento materno a alimentação complementar da criança. Ainda neste capítulo apresentamos a

desnutrição como um problema fundamental de saúde da criança menor de cinco anos e iniciamos uma reflexão sobre o cuidado da saúde no âmbito do Estado, a partir das Políticas Sociais, e da família, a partir da divisão sexual do trabalho e de gênero.

No Capítulo 2, **O Processo da Pesquisa**, descrevemos o processo da pesquisa, o caminho do estudo, a metodologia utilizada e o grupo estudado. No Capítulo 3 apresentamos o **Contexto Geral da Pesquisa** — incluindo uma breve descrição da Rocinha, o Centro de Saúde Píndaro de Carvalho Rodrigues, o grupo de mães e uma pequena biografia das mães entrevistadas. Este capítulo foi construído no intuito de traçar um perfil das mães e crianças que, em conjunto com os dados colhidos a partir de revisão bibliográfica sobre a Rocinha e o Centro de Saúde Píndaro de Carvalho Rodrigues, foram utilizados para compor o cenário da pesquisa e permitir que o leitor contextualize as falas identificadas como significativas do grupo estudado.

Identificamos nos Capítulos 4 — **Aleitamento Materno** — e no 5 — **Práticas Alimentares: da alimentação da criança à alimentação da família** — que a nutrição e as práticas alimentares são práticas sociais moldadas a partir de redes sociais e das condições concretas de vida. O ato de nutrir, de amamentar, de comer e oferecer comida é complexo e envolve diferentes dimensões. O universo simbólico, afetivo, os rituais de socialização, o econômico, as diferenças entre grupos etários, gênero e entre grupos sociais, foram aspectos que possibilitaram a compreensão da complexidade do problema. As práticas são diferenciadas segundo grupos sociais, a partir de suas condições socioeconômicas, gostos, hábitos de consumo próprios de cada segmento dependente de sua história.

No Capítulo 6 — **A Criança de Baixo-Peso e a Criança Desnutrida** —, evidenciamos que a desnutrição e sua visibilidade são percebidas a partir do acompanhamento sistemático do crescimento e desenvolvimento da criança. No reconhecimento do baixo-peso e da desnutrição, as mães identificam diferenças: a criança de baixo-peso é a “magrinha”, “miudinha”; já a criança desnutrida é “caidinha”, “acabadinha”. Assim, apresentam uma diferença de valor, intensidade e gravidade. Quanto aos fatores que condicionam o baixo-peso e a desnutrição, destacamos a alimentação deficiente, o cuidado e o sinergismo entre infecção/desnutrição, com ênfase nas doenças diarréicas e infecções do aparelho respiratório, situações determinadas pelas condições concretas de vida das crianças e suas famílias.

No Capítulo 7 — **A Contribuição dos Serviços e dos Profissionais de Saúde no Cuidado da Saúde da Criança** —, destacamos o enfoque dado àqueles que prestam cuidado à saúde da criança em unidades básicas de saúde, uma vez que esta modalidade de serviço é o *locus* de nosso estudo. Neste sentido pudemos identificar que o acompanhamento da mulher nas consultas de pré-natal, no puerpério imediato, o acompanhamento da criança nas consultas de puericultura e a implantação de trabalhos educativos coletivos são estratégias de intervenção importantes para a promoção da saúde da criança. As práticas educativas coletivas compreendidas como espaços de troca, de encontro e de identificação deixam de ser uma atividade a mais realizada pelos serviços, para serem o eixo aglutinador e reorientador da assistência à saúde.

Destacamos ainda que, no acesso da clientela aos serviços, a relação de confiança entre os profissionais, as mães e crianças é aspecto fundamental para formação de vínculo, adesão e acompanhamento da saúde da criança. Neste sentido ressaltamos que essa relação nem sempre é harmoniosa, pois profissionais e usuários apresentam visões de mundo, sentimentos, valores ora convergentes, ora conflitantes. Assim, a relação entre os envolvidos nos trabalhos educativos em saúde é uma relação com contradições, sendo sua mediação realizada a partir do diálogo.

No Capítulo 8 — **Considerações Finais** — apresentamos nossas considerações finais, resgatando as conclusões de cada capítulo no intuito de contribuir para o debate e reflexões a todos os interessados. Ressaltamos que a discussão de nossa pesquisa se deu a partir da percepção do cuidado da saúde e das práticas alimentares das mães de crianças com baixo-peso. Porém, entendemos que as reflexões ora apresentadas possam ser estendidas a outras situações encontradas na prática de saúde coletiva.

Diante do perfil epidemiológico brasileiro, convivemos com a sobreposição de problemas associados à nutrição. De um lado, dentre outros fatores, a falta de alimentação adequada conduz à desnutrição, às hipovitaminoses, às anemias e demais carências. Por outro, a falta de alguns alimentos e o excesso de outros acarretam a obesidade, hipertensão, diabetes, entre outras. Acreditamos então que esta discussão possa contribuir, também, para a prática dos profissionais que lidam direta ou indiretamente com os problemas de saúde que envolvem a complexa relação homem-corpo-saúde e alimento.

Assim, convidamos o leitor a viajar conosco nesse desafio. Esperamos, a partir de nossa pesquisa, poder contribuir com uma faceta a mais do conhecimento com todos que se dedicam ao estudo da área de nutrição, saúde pública e saúde da criança.

# **1 - QUADRO TEÓRICO-CONCEITUAL**

## **1.1 – BREVE ANÁLISE DA NUTRIÇÃO E PRÁTICAS ALIMENTARES**

O estudo da nutrição como ciência vem demonstrando que, desde Lavoisier, no século XVIII, esta tem sido principalmente estudada através das inter-relações entre os nutrientes, seus papéis biológicos e a determinação dos requerimentos dietéticos. Há um predomínio do enfoque técnico em detrimento do histórico-social (Marins,1982; Polignano, 1988; Bosi, 1988; Vasconcelos; 1988).

A partir de uma breve análise da definição de Dietética, podemos dizer que desde a Antigüidade, em Hipócrates, dietética seria a ciência das prescrições higiênicas, traduzida para a medicina, como o tratamento de doenças pela boa higiene de vida. Na linguagem contemporânea, do mundo moderno, dietética refere-se ao estudo do regime alimentar visando ao alcance da boa higiene através da alimentação recomendada (Giard, 1998).

Assim, pensar a nutrição, a alimentação, o alimento de outra forma que não a partir dos aspectos biológicos, da fisiologia, foi durante muito tempo negligenciado. Na nutrição, o homem biológico, o social, o ser psíquico, afetivo e cultural é indissociável (Fischeler, 1993).

A discussão atual sobre o estudo da nutrição permite ampliar seu conceito, entendido como o estudo do homem e sua relação com o alimento, inserido e compreendido na história, na cultura e na organização social. Desta forma, o estudo da nutrição é compreendido a partir da contribuição de várias áreas do conhecimento, das ciências biológicas às ciências humanas.

Analisar as práticas alimentares, compreendidas como uma prática social, implica o deslocamento de uma abordagem estritamente biológica e metabólica para uma compreensão antropológica e social (Birman, 1997).

Concordando com Ypiranga (1989), entendemos por nutrição a área do conhecimento que estuda a relação homem-natureza-alimento, ou seja, as relações de produção até o consumo e a utilização do alimento. É uma relação complexa, que envolve aspectos estruturais, aspectos ideológicos e simbólicos. Assim, busca-se a integridade da relação entre o biológico e o social, pois ambos aspectos são componentes da alimentação



humana e da compreensão da nutrição em sua totalidade.

Ainda nesta linha de pensamento, compreendemos como práticas alimentares a seleção, o consumo, a produção da refeição, o modo de preparação, de distribuição, de ingestão, isto é, o que se planta, o que se compra, o que se come, como se come, onde se come, com quem se come, em que frequência, em que horário, em que combinação, tudo isto conjugado como parte integrante das práticas sociais.

A alimentação, no sentido social, diz respeito à produção, distribuição e consumo de alimentos determinado histórica e socialmente (Ypiranga, 1989).

Para Fischeler (1993), uma das características do ser humano diz respeito ao fato de que o homem não pode obter e sintetizar todos os nutrientes de que necessita; assim sendo, ele é omnívoro, isto é, come de tudo. De um lado, o homem é atraído a consumir uma variedade alimentar para satisfazer suas necessidades metabólicas e se ajustar às mudanças e adaptações do meio; por outro lado, na procura adaptativa e inovadora, se arrisca aos perigos, ao uso de alimentos desconhecidos.

Nesta perspectiva, o autor ressalta que o homem é construído e colocado no mundo pela alimentação, ao mesmo tempo que o alimento é construído e colocado pela ação do homem na natureza a partir da cultura. No ato de nutrir, fatores genéticos, bioquímicos, fisiológicos e termodinâmicos estão relacionados a padrões culturais, sociais, econômicos, morais, religiosos, simbólicos e afetivos.

Da vida primitiva ao dias de hoje, o ser humano modificou intensamente o ambiente em que vive, especificamente sua alimentação. Uma das grandes e importantes transformações pode ser considerada a descoberta e a utilização do fogo no preparo dos alimentos. Para Lévi-Strauss (1986), é uma descoberta que demarca o cru e o cozido, natureza e cultura.

Lifschitz (1997) acrescenta que o processo de cozimento envolve diversas mediações do homem com a natureza, desde os utensílios confeccionados e utilizados, até os saberes construídos na forma de preparo do alimento, envolvidos na transformação do não-elaborado em elaborado. Sem dúvida nenhuma, o fogo possibilitou ao homem a utilização de vários alimentos que até então não poderiam ser consumidos.

A alimentação cumpre funções fisiológicas essenciais para a sobrevivência humana, sendo um dos principais processos que condicionam a saúde. Porém, no nosso entendimento, a relação entre alimentação e saúde é uma das dimensões que envolve o consumo alimentar, pois, como vimos, esta se insere nas práticas sociais, estando associada às condições materiais de vida, aos afetos, aos símbolos e aos rituais; portanto são construídas e aprendidas nas relações sociais.

Os hábitos alimentares não atendem apenas às necessidades fisiológicas, mas têm um caráter simbólico, cujo significado se dá na trama das relações sociais. Daniel e Cravo (1989) acrescentam que na sociedade humana, em todas as classes sociais, a comensalidade e os rituais da alimentação permeiam as relações sociais. Festas de aniversário, batizado, casamento, cerimônias religiosas, relações de amizade, relações de vizinhança, reuniões de políticos e de negócio, todas caracterizam relações de trocas a partir da comida.

Nesta linha de abordagem, Bourdieu (1998) denomina as relações de interconhecimento e inter-reconhecimento, a vinculação a um grupo, que é permeada por solidariedade e trocas de presentes, como capital social. São relações sociais fundadas em trocas materiais e simbólicas, onde temos muitas vezes a presença da comida. A troca transforma as coisas trocadas em signos de reconhecimento mútuo e de inclusão em um grupo, fazendo parte do trabalho de sociabilidade.

Assim, a seleção de alimentos em determinada sociedade, dentre os diferentes recursos acessíveis e comestíveis, se explica por razões técnicas, econômicas e de saúde, mas também por questões de gosto e sabor, pelo *status* de determinados alimentos, por ritos e crenças, pelo modo de organização do funcionamento da sociedade ao longo da História. Os comportamentos socioculturais são complexos: o estabelecimento de categorias para os diferentes alimentos, as prescrições e proibições, os ritos à mesa, a culinária, entre outros, estruturam a alimentação cotidiana. Os diferentes usos, a ordem, a composição, a hora e o número das refeições diárias são codificados de uma maneira precisa (Contreras, 1993).

A seleção, o preparo e o consumo alimentar são governados pelas preferências, aversões, normas, códigos, e acesso aos alimentos. A disponibilidade do alimento, seu custo, produção e distribuição, são condições necessárias ao consumo alimentar; porém, ao

lado da disponibilidade, o gosto e o consumo pertencem também a sistemas normativos socialmente construídos por representações traduzidas em práticas alimentares diferenciadas, nas diversas culturas e grupos sociais (Fischeler, 1993).

A alimentação se diferencia também dependendo da idade, estado de saúde e situação social. Em todas as idades encontramos prescrições e proibições conforme representações e significado dos alimentos, segundo faixa etária, gênero e papéis sociais. Assim, não existe somente uma diferenciação por idade, como também a alimentação constitui uma variável importante na diferenciação entre pobres e ricos. O tipo de alimento, de comida, de preparação e o horário são aspectos importantes e marcas diferenciadoras entre os grupos sociais (Daniel e Cravo, 1989).

Segundo Valente (1986), o padrão nutricional de diferentes classes sociais é social e historicamente delimitado, assim como as práticas e os hábitos alimentares. Os hábitos e práticas alimentares não são homogêneos. Existem hábitos que, mesmo que desejados por todos, não podem ser transformados em práticas, assim como existem os que são específicos de certas classes sociais. Estes são determinados pela disponibilidade objetiva dos alimentos, por influências culturais, pelo modo de vida, pela introdução de novos alimentos através da mídia entre outros.

Desta forma, torna-se importante compreender as diferenças entre comida e alimento, pois cada sociedade estabelece o seu modo de compreender o que é comida, sendo que essa compreensão se diferencia entre os segmentos sociais, em função da relação corpo-alimento-trabalho. Os hábitos alimentares estão estreitamente dependentes das condições de acesso aos alimentos, em função da posição dos indivíduos e grupos no processo de produção social, assim como do que se seleciona como comida, cuja representação varia em cada cultura. Tudo o que é permitido consumir, tanto o que é proibido, constitui uma linguagem de classificação social da alimentação (Woortmann, 1978).

Nessa perspectiva, Freitas (1996) acrescenta que, para as classes populares, o poder aquisitivo, o comércio e a forma como são distribuídas, enquanto forças produtivas, impõem modelos culturais à mesa e diferentes concepções de alimentar o corpo, pois a comida simboliza o contato diário com a vida, não apenas na dimensão da necessidade orgânica, mas sobretudo no sentido de continuar a participar socialmente do mundo.

Assim, De Vargas (1996) nos informa que, em contextos diversificados, os grupos sociais criam suas estratégias de transferência de saber. Seu aprendizado, no caso específico da alimentação, é construído desde sua infância, no contato com suas avós, mães e comunidade e, no presente, orientam seu trabalho e sua participação na família e vida social.

Ao tentar responder sobre o que se come, Giard (1998) nos informa que se come aquilo que se pode oferecer e o que gostamos de comer. O “poder” é remetido ao disponível, a partir da produção, distribuição e comércio dos alimentos, ao acessível como o preço, ao assimilável pela digestão, ao permitido pela cultura, ao valorizado pela organização social. Para o autor, o gostar também é um termo amplo, associado ao jogo múltiplo de atrações e repulsas, fundados nos hábitos da infância, a partir do disponível, mas também da forma como o alimento é oferecido, apresentado. Pois comemos nossas lembranças temperadas por afetos, por ritos que marcam a vida humana, sabores de felicidade, de tristeza, de saudade, doces ou amargos sabores do passado.

Da Matta (1987) nos informa que em nossa cultura toda substância nutritiva é “alimento”, mas que nem todo alimento é “comida”, pois na lógica do comer há uma conjugação dos aspectos universais da alimentação, o seu valor nutritivo, a sua capacidade de gerar energia e sustentar o corpo, com as definições simbólicas.

Zaluar (1985) acrescenta que a relação entre pobreza e a alimentação escolhida não é apenas decorrente daquilo que o dinheiro pode ou não comprar, mas passa por inúmeras mediações de ordem ideológica e até mesmo psicológica.

Assim, a comida é um fenômeno universal e total. Não pode ser abordada de uma única perspectiva disciplinar, pois o significado dos hábitos alimentares ultrapassa de muito o mero ato biológico de comer.

A comida ajuda a fixar a identidade individual e de classe. Talvez por isso os hábitos e práticas alimentares sejam tão fortes, pois expressam um estar no mundo. Ao mesmo tempo, contraditoriamente, vemos com a modernidade, com a urbanização e industrialização, alimentos sendo incorporados à alimentação das classes populares. Alguns alimentos, tais como macarrão instantâneo, iogurtes infantis, biscoitos “salgados”, farinhas e leite em pó foram mais “facilmente” incorporados, enquanto outros, como soja e formulados protéicos encontram muitas resistências.

O que faz essa diferença? A propaganda, o *marketing*?

Sem dúvida contribuem bastante. Deve-se considerar e pensar o porquê dessas escolhas. Os consumidores não são passivos: pensam, refletem, desejam. Alguns alimentos nos seus aspectos simbólicos vão ao encontro de um desejo, uma aspiração que está além do valor nutritivo. Aspiração esta de ascensão social, de praticidade, através do consumo de alimentos que dêem *status* social, alimentos semiprontos. Comida que rico também come. Alimentos ricos nutritivamente, feitos porém para pobres, muitas vezes, contraditoriamente, são rejeitados. Hoje, o consumo é permeado por uma oferta bastante diversificada de alimentos, principalmente no que se refere à população que habita nas cidades, se comparadas à área rural.

Como salienta Arnaiz (1996), as transformações socioeconômicas, urbanas e tecnológicas afetam de forma diferenciada os indivíduos, os grupos, as regiões e as classes sociais. Os hábitos e práticas alimentares podem ser compreendidos não somente quanto aos alimentos habitualmente consumidos, mas também às condições que favorecem com que sejam habituais e consumidos, incluindo as condições do acesso à natureza, ao trabalho, ao mercado interagindo com a percepção cognitiva e simbólica do alimento — pois a alimentação do ser humano não é instintiva, é aprendida cognitivamente e ideologicamente (Woortmann, 1978).

Desta forma, concordamos que as decisões de consumo não são somente individuais, pois aprende-se a comer, aprende-se a gostar, o gosto é construído histórico, cultural e socialmente. Em relação ao consumo de alimentos, preço, normas de alimentação e paladar parecem ser critérios de decisão permeados por um filtro cultural (Castro e Peliano, 1985).

Cabe destacar que hoje a construção do aprendizado em nutrição e alimentação humana dá-se a partir de várias fontes de informação. Para Giard (1998), outrora a amamentação, as formas de preparação dos alimentos, as receitas, faziam parte do ritual de socialização das crianças, sendo aprendidas em conversas de mulheres, com a experiência e vivência, repassadas de mãe para filha, da avó para as netas. Atualmente, as fontes são diversas, as mulheres estão inseridas no mercado de trabalho, a mídia divulga cotidianamente através de revistas, jornais, programas de rádio e televisão, informações muitas vezes referendadas pelo discurso acadêmico-científico.

Vale destacar a importância de compreendermos as representações moldadas no cotidiano da população, assumindo que existe um amplo conjunto de conhecimentos, crenças e práticas alimentares que desempenham papéis em situações históricas. Sabe-se que o componente cultural e sua estruturação são também parte integrante na construção do saber em nutrição com vistas à reconstrução de práticas sociais.

Concordando com Ypiranga (1989), acrescentamos que o estudo da nutrição, das práticas alimentares, passa pelo conhecimento do homem, em sua natureza biológica, psicológica, cultural e social, no aspecto individual e coletivo, assim como a compreensão do alimento passa pelo conhecimento de suas formas de produção, distribuição, conservação, custo, processos físico-químicos e suas transformações para a alimentação humana. Compreendemos que essas relações ocorrem sob condições históricas e culturais específicas de cada sociedade.

No que diz respeito à nutrição infantil, ressaltamos a importância do estudo sobre as práticas alimentares compreendidas desde a amamentação, assim como a introdução dos alimentos complementares até a alimentação semelhante à da família. Pois estudar a alimentação infantil e da família, assim como os diferentes papéis sociais masculinos e femininos, a partir da divisão social do trabalho, nos informa sobre a saúde e a nutrição da criança.

## 1.2 - O ALEITAMENTO MATERNO<sup>2</sup> E A ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR DA CRIANÇA

A primeira forma de a criança se alimentar é através do leite materno. Historicamente a prática da amamentação tem nos revelado que, embora seja ideal, nem sempre foi a única alternativa para alimentação da criança (Badinter, 1985; Silva, 1990; Araújo, 1991; Silva, 1997; Almeida, 1998).

No Brasil, sobretudo no período do pós-guerra, com o incremento da industrialização, urbanização e entrada da mulher no mercado de trabalho, a amamentação passou por um acentuado declínio. O desmame precoce em nível mundial, no final da década de 70, torna-se um motivo maior de preocupação. Desta forma, o incentivo à prática da amamentação passa a fazer parte da agenda das políticas públicas. A partir de propostas desencadeadas por movimentos da sociedade civil organizada e organismos internacionais, vários países implantaram programas com objetivo de incentivar o aleitamento materno.

O programa brasileiro esboçado e implementado no início dos anos 80 fez parte do conjunto de propostas de melhoria da saúde infantil. Esse programa foi idealizado com o intuito de diminuir a mortalidade e a desnutrição infantil, a partir da lógica de intervenção do Estado na relação do binômio mãe-filho. Assim, a mulher-mãe passou a ser considerada a principal responsável pela saúde da criança.

O *Programa de Incentivo ao Aleitamento Materno* é parte integrante das cinco ações básicas do *Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança*. Contempla as diretrizes emanadas pelos órgãos internacionais, particularmente a partir da *Declaração de Alma-Ata* (1978), que preconiza o alcance de “Saúde para todos até o ano 2000”, tendo como eixo central a perspectiva da atenção primária em saúde. Este programa surgiu com o intuito de unificar condutas simples, de baixo custo a partir do envolvimento comunitário.

---

<sup>2</sup> Para efeito deste estudo, os termos *amamentação*, *aleitamento materno* e *amamentação natural* serão considerados sinônimos.

Para Silva (1990), são medidas eficazes, que trazem melhoria na saúde da criança, diminuição das taxas de mortalidade infantil, sem contudo implicar alterações na estrutura socioeconômica e de distribuição de renda.

Porém, mesmo quando a prática da amamentação é implementada isoladamente, é capaz de proporcionar alimentação de alta qualidade para a criança, ideal para seu crescimento e desenvolvimento. Contribui para a redução da morbi-mortalidade infantil, pela diminuição na incidência de doenças infecciosas (Toma, 1996). Assim, o leite materno é o alimento ideal, pois é adequado às necessidades nutricionais e fisiológicas dos lactentes, além de conferir defesa contra inúmeras doenças.

A comparação entre o leite humano e o leite de vaca falha em vários aspectos, uma vez que não são consideradas as diferenças estruturais e qualitativas dos diversos nutrientes. A proteção contra infecções e alergias é impossível de ser alcançada por outro tipo de alimento. O leite materno é uma substância de grande complexidade biológica. É muito mais que uma coleção de nutrientes, assim como não proporciona apenas proteção à criança, como estimula o desenvolvimento adequado do sistema imunológico do bebê (OMS, 1994).

O leite materno, para a população de baixa renda, configura-se num fundamental alimento para a prevenção de doenças carenciais, em especial da desnutrição energético-protéica; por outro lado, é importante também, pois assume um caráter preventivo em relação à obesidade, diabetes infantil e alergias alimentares (Martins Filho, 1987; Toma, 1996; Franco, 1997; Almeida, 1998).

O perfil de morbi-mortalidade brasileiro vem sofrendo mudanças ao longo dos últimos anos (Monteiro, 1995; Sawaya, 1997). Convivemos hoje com a sobreposição de problemas referentes à área da nutrição. Somam-se às doenças carenciais, a desnutrição associada às doenças respiratórias e diarréicas, as doenças relativas ao sobrepeso, que vêm assumindo um papel relevante a partir de práticas alimentares inadequadas. Incentivar, promover e apoiar a prática da amamentação é válida, portanto, para todas as crianças.

A prática da amamentação e a sua duração são diferenciadas, refletindo a diversidade, os contrastes econômicos, sociais e culturais entre os diferentes grupos da população e regiões geográficas do Brasil. Em termos globais, estudos nacionais sobre o processo e a duração da amamentação têm demonstrado uma reversão dos elevados índices



de desmame precoce. A pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição – PNSN (Brasil, 1989) mostra que 97% das mães dão início ao processo de amamentação, ou seja um percentual pequeno de bebês não passa pela experiência de mamar no peito. Embora tenha havido um incremento desta prática, a mediana de duração do aleitamento materno, isto é, a idade em que a metade das crianças ainda está sendo amamentada sob todas as formas<sup>3</sup>, ainda está aquém do preconizado. As mães de nível socioeconômico mais baixo tendem a amamentar por mais tempo; porém essas mesmas mães, embora continuem a oferecer o leite materno aos seus filhos por um tempo maior que as mães de renda mais alta, desmamam parcialmente mais cedo, ou seja, introduzem outro tipo de alimento além do leite materno mais precocemente (Leão, 1992).

Apesar dos indicadores revelarem um aumento real na prevalência da amamentação, ainda são necessários estudos que compreendam as diferentes facetas implicadas na amamentação com vistas a intervir na complexidade deste processo.

Consideramos que a amamentação está intimamente associada à cultura e aos condicionantes sociais. É baseada no aprendizado, na experiência e vivência, não sendo portanto inata, instintiva.

Assim como cada gestação é diferente em significado e vivência, cada bebê também é único. Para mãe e filho, o momento do nascimento é uma mudança decisiva, uma experiência forte. A partir desse momento, a nova dupla necessita de algum tempo para estabelecer o vínculo afetivo, e a amamentação imediata pós-parto contribui para o estabelecimento do encontro mãe-bebê. A amamentação, assim como o desmame, são processos sociais e não devem ser vistos como fato isolado, unicausal e pontual. As razões que levam à introdução da mamadeira e ao desmame são complexas e resultam da soma de “pequenas” razões (Rea e Cukier, 1988).

A amamentação pode ser ao mesmo tempo prazerosa e cansativa. Dá trabalho, cansa, prende; por outro lado, é única, insubstituível em sua essência. Estão presentes sentimentos de prazer, alegria, ansiedade, medo, culpa, irritabilidade, insegurança, capacidade de ter leite ou não, deste ser suficiente, forte, sustentar. Esta complexidade

---

<sup>3</sup> Entende-se como amamentação todas as suas formas, ou seja, quando a criança ainda está recebendo leite materno. Aleitamento exclusivo, quando a criança não recebe nenhum outro alimento além do leite materno. Aleitamento misto, quando a criança, além do leite materno, recebe outro tipo de alimento, configurando-se nesse momento o desmame parcial. Desmame total quando a criança pára de mamar no peito.

referente à amamentação pode ser identificada a partir de vários estudos, a exemplo dos considerados a seguir.

Percorrendo o caminho da história, Silva (1990) relata diferentes momentos do aleitamento no Brasil. A partir de seu estudo, nos informa ser a amamentação um ato biológico, socialmente condicionado, traduzindo-se como um ato ambíguo. Conclui seu percurso questionando se, para as mulheres, a amamentação é fardo ou desejo.

Na década de 90, fazendo um paralelo com a produção científica e literária trazida pelas mulheres a partir do conceito de gênero, várias autoras têm dedicado estudos sobre o aleitamento materno, a partir da ótica das mulheres, do saber científico, de suas vivências e experiências, fazendo emergir a complexidade e ambigüidade do fenômeno (Araújo, 1991; Adesse, 1994; Arantes, 1995; Nakamo, 1996; Silva, 1997; Martins, 1998).

Cada um desses estudos, a partir de lentes diferentes, contribui para iluminar as diferentes facetas da vivência e experiência da amamentação, compreendendo-a como um ato histórico, social, inserido nas condições concretas de vida do binômio mãe e filho.

Aprofundando esta percepção, Araújo (1991), através da análise compreensiva da amamentação, evidencia os condicionantes sociais, econômicos, políticos e culturais que transformam o ato da amamentação em um ato regulável pela sociedade. Um ato que ultrapassa a dimensão biológica, não reduzido à relação mãe-bebê. Conclui seu estudo afirmando que a amamentação é um ato socialmente compartilhado, impregnado de ideologias e de determinações, resultante das condições de vida da mulher.

Adesse (1994), utilizando-se de metodologia da pesquisa qualitativa, estudou histórias de vida, histórias de amamentação de mulheres, pertencentes a grupos populares, que freqüentam uma unidade de saúde, localizada na região de Manginhos, subúrbio do Rio de Janeiro. A partir da percepção da amamentação como um ato complexo, conclui ser a amamentação um ato contraditório, no qual diversos fatores e dificuldades biológicas, financeiras, psicológicas e de infra-estrutura doméstica contribuem ou não para sua plena realização.

Como uma contribuição a mais neste pensamento, Arantes (1995) revela que a amamentação evoca sentimentos ambíguos que raramente são captados nos estudos tradicionais. A partir de pesquisa utilizando referencial da fenomenologia, a autora

investiga o significado da amamentação para a mulher que amamenta. Afirma que aos olhos de quem vivenciou a experiência de amamentação, esta se mostra através de várias facetas e se insere nos movimentos de existência das mulheres.

Compreendendo, no processo da amamentação, a mulher como sujeito, e o corpo feminino articulado à realidade social no qual faz parte, Nakamo (1996), em seu estudo, pesquisou as representações das mulheres-mães sobre o aleitamento materno. Para as mães, no seu cotidiano, a amamentação é parte do exercício da maternidade, demonstrando ter momentos de acomodação e resistência.

Percebendo a amamentação como um processo, Silva (1997) assinala que esta tem início junto com a vivência da gestação, e não apenas como uma questão relacionada ao puerpério e ao recém-nascido. O ato de amamentar passa por uma decisão das mulheres, inserido no seu contexto de vida, quando, a cada momento, as mães-nutrizes avaliam seus riscos e benefícios.

Dentro desta ótica, Martins (1998), também se utilizando da metodologia qualitativa, teve como proposta de estudo compreender a perspectiva da amamentação para as mulheres que amamentaram por mais de seis meses. A partir de seus depoimentos, revela que, para as mulheres, a prática do aleitamento materno é permeada por diferentes emoções. É uma experiência vivenciada de forma abrangente, que vai do aspecto biológico ao social.

Todos esses vários trabalhos foram dedicados a compreender não somente o fenômeno do desmame mas também os fatores que contribuem para a amamentação: as representações dessa prática para as mulheres, trazendo para o palco um dos atores principais desse processo, a mulher sob a perspectiva do conceito de gênero.

O conceito de gênero pode ser compreendido como o processo de formação de sujeitos feminino e masculino, o qual está inserido na cultura. É um conceito plural, construído histórica e socialmente, coexistindo vários significados do que seja feminino e do que seja masculino. Desta forma, o sexo biológico não é determinante, pois o biológico está imbricado no social. Entretanto, a perspectiva ainda hegemônica sobre a amamentação desconsidera essas reflexões em relação às questões de gênero, e assume o ato de amamentar como atributo feminino, um ato biológico, natural (Castro, 1991; Heilborn, 1996).

Em verdade, a prática da amamentação está intimamente relacionada não somente aos papéis sociais da mulher e da criança, mas também aos usos e valores designados ao corpo feminino. O corpo feminino e suas funções são socialmente construídos, em cada época histórica, pelos diversos grupos étnicos, sociais, etários e de diferentes lugares. Como afirma Bourdieu (1999), o que denominamos “feminilidade” é um produto do adestramento permanente do corpo no qual a vestimenta tem tido um papel preponderante.

Hoje fala-se muito do corpo, procura-se construir uma imagem única do corpo ideal, bonito, saudável. A estética feminina está muito associada a esse padrão corporal. Porém, reafirmamos que compreendemos as representações do corpo como construções, e cada sociedade, cada grupo social, a partir das suas vivências e experiências, produz papéis e significados para esse mesmo corpo.

Assim, Jodelet (apud Araújo, 1981) nos informa que o corpo é um corpo de relação. Concreto, histórico e impregnado de signos. O corpo humano não é uma entidade da natureza; ele é produto da imaginação, da cultura. Cada sociedade determina o que é bom, o que é permitido, o que é proibido. As representações e decisões sobre o corpo são influenciadas tanto pela linguagem do corpo como pela linguagem sobre o corpo.

Para essa mesma autora, o processo cultural de construção sobre o masculino e o feminino tem conseqüências nas representações que a mulher tem do seu corpo, pois o masculino e o feminino são conceitos que partem de uma caracterização biológica e se definem pela produção de papéis sociais, expectativas de comportamento e representações.

Um outro tema abordado na perspectiva da lógica hegemônica sobre a amamentação diz respeito ao leite humano. Fazendo alusão ao seu aspecto prático e fisiológico, são destacadas suas propriedades benéficas à saúde. Porém, o leite materno é tido como produto da natureza, não sendo considerado todo o processo complexo de sua produção e descida. O leite humano tem qualidades e propriedades nutricionais e imunológicas específicas, é adaptado ao organismo da criança, sendo um alimento ímpar ao lactente. Porém, destacamos que sua produção e descida transcende a natureza, pois, sendo fenômenos integrantes da fisiologia feminina, estão também intrinsecamente relacionados às condições de vida, emoções e sentimentos, que são constitutivos da singularidade, do momento de vida da mulher.

O reflexo de ejeção do leite não responde apenas a estímulos tácteis da sucção, pode ser também condicionado e deflagrado a partir de outros estímulos da mãe, como visuais, olfatórios, auditivos, emocionais. Por outro lado, pode ser também inibido por estímulos desagradáveis ou dolorosos (OMS, 1994).

Acrescentamos que a criança, e sua relação no binômio mãe e filho, são outro componente fundamental para a prática da amamentação, sendo também sujeito da cultura. As ações instintivas do bebê, de sucção, de rotação à procura do seio materno, também precisam ser consolidadas em comportamento aprendido. O uso de mamadeiras e outros bicos podem condicionar o bebê a movimentos orais inadequados à amamentação (OMS, 1994).

Como o resultado da amamentação depende das mulheres, elas se tornam as interlocutoras privilegiadas dos discursos. Desta forma, todos os discursos científicos, políticos, filosóficos e sociais foram a elas dirigidos.

As mudanças sociais e demográficas ocorridas na sociedade brasileira, a força da propaganda e do *marketing* das indústrias de leite em pó, particularmente pós-década de 40, se destacam como um dos componentes intervenientes, importantes na construção do saber técnico-científico, e na formação da cultura hegemônica em relação ao leite humano (Goldenberg, 1988).

A estratégia do *marketing* do leite em pó consistia em divulgar informações em duas direções: uma dirigida para o público leigo, através de propagandas em revistas, jornais e posteriormente pela televisão; e outra dirigida para os profissionais de saúde, em especial médicos pediatras, através de divulgação de informes “científicos” em revistas especializadas; e posteriormente para ambos, através da divulgação e distribuição de leite em pó nas unidades de saúde, maternidades e centros de saúde (Goldenberg, 1988).

Em ambas as direções operavam nas brechas, na ausência de uma formação acadêmica sólida, pois o ensino formal acadêmico pouca ênfase dava, em seu conteúdo, à temática do aleitamento materno; e, de outro, a propaganda agia no componente subjetivo a partir de táticas de persuasão, na busca da disseminação do uso do leite em pó.

Assim, no início do século e durante muitos anos, sugeria-se que o leite materno poderia ser substituído pelo leite de vaca sem prejuízos à saúde da criança. O

conhecimento científico dessa época era bastante limitado, sobre o leite humano principalmente, no que dizia respeito ao valor nutricional, imunológico e sua adequação qualitativa frente à fisiologia e necessidades nutricionais do lactente. Atualmente, as normas alimentares para as crianças no primeiro ano de vida consideram as necessidades nutricionais, somadas ao grau de maturidade funcional e processos de absorção, excreção e imunológicos. O leite materno é uma fonte significativa de energia e nutrientes assim como de proteção contra infecções e outras doenças (OMS, 1994).

Porém, embora se possa relatar alguns avanços, a partir da legislação em relação à comercialização de produtos destinados ao consumo infantil, muitas das estratégias de *marketing* das indústrias continuam ainda sendo praticadas (Toma, 1996).

Ao longo da história, a partir da institucionalização e medicalização da saúde, os profissionais de saúde, em especial os médicos, tornaram-se atores privilegiados no incentivo da amamentação ou no favorecimento de condutas compatíveis com o desmame precoce. Formar, atualizar, reciclar, refletir, sensibilizar os profissionais de saúde tem sido uma das estratégias utilizadas na política de Incentivo ao Aleitamento Materno no Brasil.

Desta forma, todos estes fatores conjugados devem ser contemplados na formulação de políticas com vistas à formação de hábitos alimentares adequados à saúde da criança. O profissional de saúde e sua relação com as crianças, mães e famílias, tem uma contribuição importante no que diz respeito ao incentivo, orientação e apoio à implementação de práticas alimentares adequadas à saúde da criança.

Em relação à alimentação da criança nos primeiros meses de vida — baseando-se nos conhecimentos atuais sobre as vantagens da amamentação exclusiva e das desvantagens da introdução precoce de alimentos diferentes do leite materno —, a Organização Mundial de Saúde preconiza que o bebê seja amamentado exclusivamente durante os quatro a seis meses de idade. O leite materno contém nutrientes em qualidade e quantidade necessária à saúde, e a maioria dos bebês não necessita de nenhum outro alimento complementar durante esse período; mesmo em climas quentes e secos, água ou chás não são necessários. Desta forma, a introdução precoce desses líquidos pode reduzir a proteção conferida pelo leite humano (Brasil, 1991; OMS, 1994; OPAS, 1997).

A alimentação complementar ao leite materno que se inicia em torno dos quatro a seis meses de idade caracteriza-se pela introdução de outros alimentos, transição

progressiva até a alimentação da família. Essa idade tem sido indicada para que os bebês comecem a se adaptar a diferentes alimentos e texturas alimentares, pois a criança, a partir de suas necessidades, fisiologia e maturação, já apresenta capacidade adequada para ingestão desse tipo de alimentação.

Em relação à introdução de alimentos complementares ao leite materno, existe orientação mais clara, ao contrário do que se refere ao desmame total da criança. Nesse aspecto existem algumas divergências, quanto ao impacto da amamentação no estado nutricional da criança depois dos doze meses. Há controvérsia, podendo variar de acordo com a população e os recursos alimentares disponíveis. Porém, não se pode descartar a possibilidade de que o aleitamento materno prolongado, acima de doze meses afete negativamente o apetite da criança, diminuindo a ingestão de alimentação variada e aporte energético, afetando conseqüentemente seu crescimento (OPAS, 1997).

No intuito de garantir o estado nutricional e saúde adequada à criança, é necessário o equilíbrio entre ingestão de energia e o aporte dos diversos nutrientes. A alimentação infantil adequada depende menos dos nutrientes individuais e mais da oferta de uma variedade de alimentos em quantidades adequadas (OMS, 1994; Birch, 1997).

Vale acrescentar a importância não somente de uma alimentação variada, equilibrada em qualidade e quantidade, como também a forma como o alimento é oferecido à criança. A preferência e o gosto por determinados alimentos são construídos através de um processo de aprendizagem que começa muito cedo. Assim, as crianças aprendem a gostar de alimentos que lhe são oferecidos com freqüência, dependendo também da atitude como o mesmo é oferecido, ambiente, textura, preparação, sabores, odores, sentimentos envolvidos no ato de alimentar. Tudo isso contribui para a formação do hábito alimentar (OPAS, 1997).

O processo alimentar é o eixo da vida emocional, principalmente nos primeiros anos de vida. As emoções, o prazer, desprazer e a gratificação estão intimamente relacionados à alimentação da criança, que é bastante sensível às atitudes emocionais daqueles que a cercam. As crianças estão mais atentas ao significado de tons de voz, gestos, expressões faciais, sendo extremamente sensíveis ao modo como são manipulados e ao modo como os alimentos são oferecidos. Da mesma forma que a criança não pode crescer fisicamente sem alimentação e cuidados adequados, não pode também desenvolver

seus sentimentos, intelecto, estrutura mental e emocional sem receber atenção e afeição (Nóbrega e Campos, 1996).

Nesta perspectiva, Giard (1998) acrescenta que através do interesse e do cuidado que se tem com a alimentação, no leque dos prazeres permitidos ou nas restrições impostas, podem ser traduzidas as relações afetivas que mantêm com o corpo e com o outro.

Alimentar a criança é nutrir, é cuidar é reproduzir. A saúde infantil está intimamente associada à alimentação da criança. Destacamos porém que a introdução de alimentos complementares na alimentação da criança está inserida nas práticas da família, a partir da disponibilidade, do acesso, das representações, gostos, preferências e aversões alimentares que são socialmente construídas. Desta forma, compreender a saúde e nutrição infantil em sua complexidade tem sido um desafio atual de estudo de diferentes áreas do conhecimento.

### **1.3 - O OUTRO LADO DA MOEDA: A DESNUTRIÇÃO INFANTIL**

A nutrição enquanto um campo de estudo tem sua origem na área biomédica, e a proximidade com a medicina explicaria em parte a sua forte influência. Observa-se, pois, na literatura, um predomínio da abordagem da nutrição a partir da doença, da desnutrição. Para Canguilhem (1982), é no patológico que se decifra a saúde, uma vez que não se tem consciência concreta da vida a não ser pela doença.

Embora alguns autores considerem a fome como um problema que sempre existiu na humanidade, há quase consenso que o problema tenha surgido a partir da diferenciação e complexidade das sociedades humanas (Ypiranga, 1988/98).

As primeiras descrições a respeito da desnutrição calórica-protéica, segundo Silva (1977), datam do século XVI, do período mercantilista e do início da urbanização acelerada, e referiam-se ao marasmo. O quadro de Kwashiokor, outra forma clínica grave do problema, foi descrito na década de 30 deste século, embora haja referências anteriores na literatura. Nessa época a desnutrição é vista, predominantemente, como uma doença carencial, estudada nas suas formas clínicas graves.



Na primeira metade deste século, a atenção esteve voltada para as deficiências específicas, resultantes do baixo consumo de vitaminas e nutrientes. Predominantemente, as preocupações voltam-se para a Síndrome do Kwashiokor, que seria resultado do baixo teor protéico da alimentação, proveniente de dietas de má qualidade. As medidas de intervenção passavam principalmente pela educação, pela suplementação alimentar através da introdução de novos alimentos e do incentivo ao consumo de alimentos industrializados (Monteiro, 1982; Abramovay, 1985, Goldenberg, 1986). Já nessa época surgem evidências de que essas doenças, o marasmo e o Kwashiokor, eram formas mais graves de uma doença endêmica, desnutrição, que acometia os países não desenvolvidos.

A desnutrição, ainda hoje, na literatura médica, aparece como doença carencial, com manifestações clínicas variadas e conceituação e nomenclatura numerosa que, na sua maioria, privilegiam o aspecto biológico e se referem aos estágios clínicos avançados.

Segundo Santos (1988), na década de 30 havia duas vertentes na abordagem da nutrição: uma laboratorial e clínica, desenvolvida nas faculdades de medicina, e outra vertente social, desenvolvida, a partir de órgãos públicos, por Josué de Castro e Dante Costa.

Estudos realizados no Brasil por Josué de Castro, a partir de referencial das ciências sociais, apresentam preocupação mais abrangente e diferenciada sobre o fenômeno da fome-desnutrição, evidenciando a importância da fome, que atingia milhões de brasileiros, de forma oculta e silenciosa.

A preocupação com a desnutrição como fenômeno em nível populacional data do período pós-década de 50. Nessa conjuntura, a fome, a produção de alimentos, nutrição e saúde pública integram a problemática do desenvolvimento econômico. Em 1971, na I Conferência Internacional de Nutrição, Desenvolvimento Nacional e Planejamento, os problemas nutricionais são considerados no âmbito do planejamento, baseado no modelo de causação circular. Desta forma, melhorar a alimentação dos trabalhadores e de suas famílias conseqüentemente melhoraria a produtividade e desenvolvimento nacional, pois o homem e sua saúde eram considerados a chave do desenvolvimento (Goldenberg, 1986; Ypiranga, 1988/98).

Dada a multiplicidade de fatores etiológicos e de suas conseqüências, a denominação da desnutrição sempre foi uma questão que, durante anos, na América Latina era denominada “distrofia pluricarencial”.

Segundo Goldenberg (1986), datam da década de 70, também, os resultados do estudo da Investigação Interamericana de Mortalidade na Infância, os quais indicavam uma estreita relação entre desnutrição e mortalidade infantil. A constatação da presença de deficiências nutricionais predominantemente de origem calórica chamou a atenção para re colocação da problemática. Os dados contrariavam o (pre)conceito de que a desnutrição nas crianças seria resultante da distribuição intrafamiliar dos alimentos e ignorância dos pais e famílias.

Vários estudos apontam a desnutrição como resultado de uma baixa ingestão de alimentos em geral, sendo o déficit calórico o principal problema. A partir dessas evidências, a Organização Mundial da Saúde (OMS) passa a designá-la como desnutrição calórico-protéica ou desnutrição energético-protéica (DEP).

Data dessa época também a conclusão, pela OMS, que em termos mundiais a quantidade de alimentos é suficiente para alimentar a população. A convivência entre fartura e escassez é resultante da má distribuição dos recursos. A subnutrição não decorre da superpopulação, mas da concentração da renda e da terra (Abramovay, 1985).

Nesse momento tem-se uma ruptura?

Até então, assumia-se a desnutrição como um problema protéico, que ocasionava a doença em suas formas clínicas graves. A partir da concepção de que o problema é de ordem calórica, quantitativa, originada pelo consumo deficiente de uma forma global, abrem-se possibilidades para mudanças no que se refere a medidas de intervenção e solução para a questão. Há uma maior ênfase explicativa, em nível de discurso, da área técnica para a social.

A desnutrição passa a ser reconhecida como problema de saúde pública no período pós-guerra. A retomada, pós-década de 60/70, das concepções sociais em saúde tem como objetivo responder a uma questão essencial, ou seja, por que alguns grupos sociais são mais atingidos por determinadas doenças do que outros. Na busca dessa resposta tenta-se identificar razões para além da ordem biológica, outros tipos de determinantes situados no

âmbito do contexto social. Pode ser considerada então como a expressão biológica das condições sociais de existência, sendo o processo de saúde e doença determinado pelo modo como os homens se apropriam da natureza num dado momento histórico. Através do processo de trabalho, o ser humano estimula e desenvolve suas capacidades físicas e mentais, podendo ao mesmo tempo, obter saúde ou, ao contrário, produzir doença (Goldenberg, 1986).

A desnutrição energético-protéica (DEP), embora com prevalência decrescente, é ainda endêmica, e um dos principais problemas de saúde pública que acomete a criança brasileira. Sua distribuição é heterogênea e desigual. Existem diferenças regionais importantes e, dentro de cada região do Brasil coexistem diferenças entre as áreas rurais e urbanas, entre os estratos econômicos, entre famílias vivendo em uma mesma comunidade e entre crianças da mesma família (Monteiro, 1996; Olinto *et al.*, 1993). O mais recente levantamento realizado no país consiste na Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (Brasil, 1990), que permite uma visão geral da magnitude do problema, porém não possibilita desagregar as informações pelas áreas geográficas menores (municípios, distritos, bairros).

Olinto *et al.* (1993), pesquisando a saúde da criança em Pelotas, e Monteiro (1985), ao trabalhar com o problema da desnutrição para o Estado de São Paulo, apontam para a necessidade de se obter informações regionalizadas que permitam identificar situações prioritárias. Reichenheim *et al.* (1990), ao estudarem o perfil da deficiência nutricional em menores de cinco anos na Rocinha, comentam que têm sido pouco exploradas as questões referentes aos diferenciais intracomunitários do perfil nutricional de uma mesma comunidade urbana, sendo pertinentes avaliações com vistas à consolidação de propostas de intervenções.

Outra questão levantada por Castiel (1994) é que, ao trabalhar com dados populacionais, o humano sofre os efeitos do processo de agregação de pessoas e, com isso, perde-se a particularidade, a singularidade própria do nível de organização individual.

As formas mais prevalentes da desnutrição são as formas leves. Menos dramáticas do ponto de vista clínico, porém mais dramáticas do ponto de vista social. A desnutrição muitas vezes passa despercebida tanto para os pais como para os profissionais de saúde. As crianças aparentam ser mais novas ou mais baixas do que na realidade são. São crianças

mais vulneráveis, com maior suscetibilidade a contrair infecções repetidas, com prejuízo ao seu crescimento e desenvolvimento, e maior risco de morbi-mortalidade (Monteiro *et al.*, 1992b; Carvalho Silva, 1983).

Resultados obtidos por Pellether *et al.* (1996), através de análise epidemiológica de dados nacionais de 53 países em desenvolvimento, indicam que 56% dos óbitos infantis em pré-escolares são atribuídos a efeitos da desnutrição, sendo 83% destes devido à desnutrição leve ou moderada. Os autores apontam a importância da redução de todas as formas de desnutrição e não somente os casos mais graves.

Vale acrescentar outra perspectiva ao problema: em muitos casos, a desnutrição resulta da combinação entre a deficiência de alimentos e infecção, interferindo na saúde, alterando negativamente o crescimento infantil. Nessa interação entre desnutrição e infecção, as doenças diarreicas são as mais frequentes. O hospedeiro mais suscetível à diarreia é a criança. A idade em que a sua incidência e prevalência são mais comuns tem sido o momento do desmame, ou seja, entre seis e trinta e seis meses de idade, sendo este o período onde a criança está mais exposta, pois é a fase de maior crescimento, portanto de maior necessidade de proteína e energia. Assim fica evidenciado o sinergismo entre deficiência alimentar e processos infecciosos que afetam o estado nutricional e a saúde infantil (Ypiranga, 1988/98).

Soma-se a isso o fato de que as crianças que vivem em piores condições de vida, que têm maior risco de adoecer e morrer, têm também maior dificuldade de acesso aos serviços. Estes, muitas vezes de forma consciente ou inconsciente, através de burocracias, rotinas e (des)informação, criam mais resistências ao acesso (Rotenberg *et al.*, 1995).

A existência de informações sistemáticas e contínuas sobre o estado nutricional, nos serviços de saúde, a partir da implementação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, permitiria alertar para o aparecimento da "desnutrição invisível", que compreende os casos leves de desnutrição. Os profissionais não detectam a desnutrição como doença, mas sim como uma característica inerente ao ambiente, como se fosse o usual. Desse modo, um enorme contingente de brasileiros sofre de forma silenciosa o drama de nascer, crescer e morrer de fome (Bittencourt e Magalhães, 1995).

A partir do uso sistemático da antropometria no diagnóstico clínico, da avaliação do crescimento da criança, a desnutrição pode passar a ser vista em suas formas moderadas e

leves. O crescimento é um indicador sensível de saúde, é um indicador positivo que permite tomada de decisões mais precoces, ao contrário dos indicadores de mortalidade e morbidade (Jordan, 1984).

A antropometria tem sido, na área da saúde, o método universalmente mais aplicável, por ser econômico e não-invasivo. Medidas corporais simples, tais como o peso relacionado à idade, permitem selecionar indivíduos, famílias ou comunidades sob risco nutricional (WHO, 1995).

Cabe ressaltar que, desde a década de 40, a partir de estudos realizados por Gomez, esse recurso está disponível, porém seu uso sistemático e normatizado nos serviços de saúde é recente e ainda se encontra em fase de consolidação. Desta forma, muitos casos ainda passam despercebidos pelos profissionais e serviços de saúde.

Nesta mesma linha, a mãe também não percebe o problema. A criança está bem, exercendo suas atividades rotineiras: andando, falando, brincando, comendo, dormindo. O diagnóstico de desnutrição surge sempre como uma constatação técnica, seja através do agente de saúde, da enfermeira, da nutricionista ou do médico (Zaborowski, 1990).

Ferreira (1994) acrescenta que as representações que os indivíduos possuem a respeito de doença estão diretamente relacionadas aos usos sociais do corpo em seu estado normal, sendo que qualquer alteração na qualidade de vida, quando não consegue realizar atividade que habitualmente está acostumado, implica o estar doente, isto é, qualquer prejuízo às atividades normais é considerado um estado doentio, percebido por sensações desagradáveis, estando a dor quase sempre presente.

A desnutrição, por ser um processo que compromete a saúde das crianças, em muitos casos não tão aparente e indolor, pode não ser sentida, percebida. Os profissionais, atuando em atenção primária, em nível de promoção e prevenção de saúde, quando a detectam trazem para essas famílias um problema de saúde até então não demandado.

Segundo Vasconcelos (1996), o problema da miséria é grande demais para ser curado, mas ele pode ser cuidado. Seguindo este pensamento, a desnutrição também pode e deve ser cuidada. O serviço de saúde pode atuar na mediação entre seus determinantes estruturais e biológicos.

O fator imediato para se definir o estado nutricional é o consumo de alimentos.

Vários fatores intermediam o consumo até a sua utilização biológica. O consumo é associado diretamente à disponibilidade do alimento, seu acesso a partir da produção, distribuição e os preços em nível do mercado, assim como pelo gosto, pelas preferências, aversões e representações culturalmente construídos. Associada à utilização biológica — o aproveitamento de nutrientes pelo organismo —, tem-se a atividade física, que determina o gasto energético: no caso de criança, seu ritmo de crescimento, a idade, condições fisiológicas e patológicas (Ypiranga, 1988/98; Batista Filho, Bleil e Eysden, 1989).

Segundo Monteiro (1994), desnutrição é a manifestação de sinais clínicos decorrentes da inadequação quantitativa, de energia, ou qualitativa, de nutrientes, da dieta ou decorrentes de doenças que interferem no aproveitamento biológico dos alimentos ingeridos. Nesta linha de pensamento, Batista Filho e Rissin (1993) acrescentam que o estado nutricional expressa a disponibilidade e o aproveitamento metabólico de energia e nutrientes em nível de células e tecidos sendo esta condição delineada a partir do consumo de alimentos e a sua utilização biológica. Vale ressaltar dois eixos de sentido do problema, o nível individual e o social. Na primeira ótica, o estado nutricional tem sido conceituado como condição de saúde do indivíduo que é influenciado pelo consumo e utilização de nutrientes. Na dimensão social, é o produto ou manifestação biológica de processos, que agem sobre o corpo social, é a síntese orgânica das relações homem-natureza-alimento que se estabelecem numa determinada sociedade (Ypiranga, 1989; Vasconcelos, 1993).

Ao lado dos determinantes macroestruturais da desnutrição, coexistem fatores em nível familiar, aspectos mais diretamente associados ao cotidiano da criança e da família em seu microambiente, que também devem ser considerados. Esses fatores são por alguns autores denominados como psicossociais, indicando aspectos psicológicos e socioculturais que interagem no quadro da nutrição infantil (Dasen e Super, 1988).

A partir do método de estudo da fenomenologia, Solymos (1997) pesquisou a experiência de vida de mães de crianças desnutridas no intuito de identificar o significado, isto é, o modo como as mães compreendem, interpretam e atribuem valor aos fatos que enfrentam em seu cotidiano. Através desse estudo, a autora visou compreender como fatores psicossociais de risco para a desnutrição infantil se articulam na vida concreta da criança, mãe e família. Os resultados revelaram que as mães identificaram condições concretas de vida adversas ao crescimento adequado das crianças, gerando uma situação precária e complexa. Ressalta, porém, que o fato de as mães terem seus filhos como fonte

de significado para suas vidas configura um aspecto positivo, pois parece sustentá-las e fortalecê-las no enfrentamento de suas dificuldades.

Isto posto, reforçamos que os determinantes da desnutrição formam uma rede complexa e sua compreensão é interdisciplinar e histórica. As práticas alimentares, o aleitamento materno, o desmame precoce, o desmame tardio, a alimentação complementar e até a alimentação cotidiana da família, também fazem parte dessa rede.

#### **1.4 - O CUIDADO DA SAÚDE DA CRIANÇA: O PAPEL DO ESTADO E DA FAMÍLIA**

Saúde, conforme o conceito preconizado na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS, 1986) “é o resultante de condições de alimentação, habitação, educação, renda, trabalho, meio ambiente, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde; é, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida”.

Desta forma, pensarmos o cuidado da saúde da criança nos remete à compreensão de que criança estamos falando, de suas condições de vida e do acesso de suas famílias a bens produzidos pela sociedade.

Por outro lado, pensarmos o direito à alimentação nos remete ao conceito de Segurança Alimentar, que significa o acesso de todas as pessoas e em todos os momentos a uma alimentação suficiente para uma vida saudável. Isto é, acesso físico e econômico aos alimentos básicos de que necessitem. Sendo assim, deve ser assegurada a produção alimentar adequada com a máxima estabilidade no seu fluxo e garantia do acesso aos alimentos disponíveis (IPEA, 1993; Galeazzi, 1996).

Ao contrário do proposto, convivemos com a desigualdade do acesso da população aos seus direitos. Na economia brasileira, o acesso diário aos alimentos depende essencialmente de a pessoa dispor de renda, ou seja, do seu poder de compra. Podemos então acrescentar que, para a garantia de Segurança Alimentar, há necessidade de ajustes estruturais, como política econômica, de geração de empregos, agrícola e agrária, e de produção de alimentos associada à política de exportação-importação relacionada à política de preços, com vistas a terem efeitos na capacidade orçamentária das famílias.

No entendimento do que seja cuidado da saúde da criança, duas questões inter-relacionadas são importantes: de um lado, políticas sociais e ações provenientes do Estado; por outro lado, a vertente referente ao cuidado no interior da família. Cabe destacar que estes dois aspectos são complementares e encontram-se inter-relacionados.

Em relação às políticas sociais, o Estado detém papel relevante; exerce uma função na reprodução da força de trabalho, através do exercício do poder político, social e econômico. O Estado brasileiro é composto por três poderes: Legislativo, Judiciário e Executivo. Na prática, porém, há o predomínio do poder Executivo e muitas vezes este poder se confunde com o governo. Para exercer suas funções, o Executivo conta com ministérios, superintendências, institutos, enfim, dispõe de organizações técnicas e pessoal para execução de suas atividades (Ianni, 1979).

Cabe ressaltar que o Estado assume o papel de articulador e organizador da sociedade; sociedade esta composta por grupos diferenciados, com interesses conflitantes. Assim, as funções do Estado se consubstanciam nas políticas sociais, que são permeadas pelas contradições e tensões, entre os imperativos da reprodução do capital e as necessidades de reprodução da força de trabalho. O Estado é o interlocutor das demandas sociais dos diferentes grupos e movimentos reivindicatórios, assim como o agente indutor de políticas que regulam a dinâmica da sociedade (Jacobi, 1989).

Podemos acrescentar que na realidade brasileira determinadas questões relacionadas à sobrevivência e à reprodução da força de trabalho devem ser garantidas pelas políticas sociais implementadas através do Estado, a partir de financiamentos permanentes, de forma que não se coloque em risco a própria estrutura social. Por outro lado, as políticas sociais também respondem a demandas e pressões sociais com vistas a garantir benefícios tais como educação, saúde, alimentação, moradia, transporte e saneamento. Assim, ao mesmo tempo que as políticas sociais representam a socialização de um gasto necessário à reprodução da força de trabalho, possibilitam também a conquista de direitos e cidadania (Feliciello e Garcia, 1996).

Nessa perspectiva, podemos acrescentar que política social pode ser contextualizada, do ponto de vista do Estado, como proposta planejada de enfrentamento das desigualdades sociais. Sob o ponto de vista do bem-estar social, desigualdade traduz-se por pobreza; porém pobreza não é restrita somente a carência material, pobreza é antes de tudo a



inviabilidade de acesso às vantagens sociais, ou melhor, a distribuição e acesso desigual aos bens sociais (Demo, 1996).

Demo (1996) considera a possibilidade histórica de uma sociedade menos desigual como processo a ser conquistado. Acrescenta ainda que as políticas sociais precisam ser redistributivas de renda e de poder, assim como equalizadora de oportunidades. Cabe ao Estado, entendido como poder mediador da sociedade, através da implementação de políticas sociais, garantir o acesso da população a bens de consumo coletivo, a serviços básicos, entre eles os serviços de luz, água, esgoto, transportes públicos, creches, escolas e serviços de saúde.

Podemos acrescentar como políticas sociais: políticas de emprego, de apoio às formas de microprodução, de profissionalização de mão-de-obra, de habitação, de previdência, de urbanização, além de saneamento, saúde e nutrição (Demo, 1996).

Cabe ao Estado a garantia dos direitos do cidadão. De outra forma, cabe à sociedade organizada conquistar estes direitos. No que diz respeito à conquista do direito à alimentação e Segurança Alimentar, o Movimento da Ação contra a Miséria e pela Cidadania, liderado por Herbert de Souza (Betinho), foi e está sendo importante na luta por esse direito.

Por outro lado, na luta pelo direito à saúde, o movimento sanitário<sup>4</sup> foi fundamental para a articulação de forças sociais e garantir as conquistas obtidas na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) e Assembléia Nacional Constituinte de 1988.

Saúde como direito significa a garantia de condições dignas de vida de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os níveis e a toda população. É papel do Estado assumir uma política de saúde integrada às demais políticas econômicas e sociais (CNS, 1986).

No que se refere à política de saúde, historicamente esta tem sido dicotomizada entre ações em nível coletivo, de caráter preventivo, de controle de epidemias e endemias,

---

<sup>4</sup> Denominamos Movimento Sanitário o conjunto de técnicos, profissionais de saúde, dirigentes e usuários dos serviços, organizados através dos diferentes movimentos com objetivo de garantir o direito à saúde.

cuja responsabilidade cabia ao Ministério da Saúde; e ações de caráter individual, assistencial-curativo, cuja responsabilidade era exercida principalmente pelo Ministério da Previdência e Assistência Social, dirigida somente aos trabalhadores vinculados ao mercado formal.

A partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), aprovada na Assembléia Nacional Constituinte, em 1988, buscou-se superar essa dicotomia, através da unificação do sistema, sob auspício do Ministério da Saúde, e da universalização do direito à saúde. Assim, a Constituição de 88 incorporou, entre os direitos sociais, o direito à assistência, englobado no conceito de seguridade social, saúde, previdência e assistência.

O atual texto constitucional significa, sem dúvida, num embate democrático, um avanço, pois seguridade social abrange um conjunto integrado de ações visando a assegurar o direito à saúde e à previdência e assistência sociais, superando o caráter contratual e reafirmando os direitos como universais. Porém, nesse processo há necessidade de se construir na prática um modelo de atenção à saúde que supere outras dicotomias saúde pública / assistência médica individual, prevenção / cura, universalidade / produtividade, rural / urbano, programas de saúde / modelos integrados de atenção à saúde (Conh *et al.*, 1991).

No que diz respeito à política, dirigida mais especificamente à criança, em particular à assistência à sua saúde, destaca-se o *Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança* (PAISC), elaborado pelo Ministério da Saúde em consonância com as diretrizes emanadas pela Conferência de Alma-Ata (OMS, 1978) e pelas premissas do SUS.

Entendemos como ações programáticas, ou *Programas de Saúde Integral*, a organização do trabalho em saúde que engloba assistência e controle dos processos saúde-doença nos planos individual e coletivo, tendo como objeto de intervenção diversas atividades articuladas e organizadas a partir do referencial epidemiológico (Sala, 1993; Nemes, 1996).

O PAISC (MS, 1984) contempla cinco ações básicas, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, o incentivo ao aleitamento materno, o controle das doenças diarréicas, o controle das infecções respiratórias agudas e o controle das doenças imunoevitáveis. Essas ações têm diretrizes emanadas pelo Ministério da Saúde a serem

implementadas e executadas, de acordo com a realidade de cada município, nos serviços locais através da mediação dos profissionais de saúde.

No Município do Rio de Janeiro, além dessas ações preconizadas, diante dos dados epidemiológicos sobre a saúde da criança, ou seja, do perfil de morbi-mortalidade, acrescentam-se outras iniciativas ao cuidado da saúde. São prioritárias as ações que visem à diminuição da mortalidade perinatal, incluindo, dentre outras, a melhoria da assistência pré-natal, ao parto e puerpério, a implantação do sistema de vigilância do recém-nascido de risco, a implantação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), associada também a ações que visem à prevenção e intervenção no impacto da violência sobre a saúde da criança (SMS, 1997).

A outra vertente do cuidado da saúde diz respeito ao âmbito individual da família. Em relação à sobrevivência diária, cabe à família a garantia da alimentação, vestuário e moradia, entre outras necessidades. No caso de famílias assalariadas, estas são obtidas a partir de sua compra pelo salário recebido pela venda da força de trabalho no mercado. Cabe à família a obtenção de bens de consumo individual com vistas a sua manutenção e reprodução, a partir de suas condições de vida, de seus valores e conhecimentos.

A família é o espaço de formação, socialização e preservação biológica dos indivíduos; é o local privilegiado de vivência do afeto, da intimidade, do sentimento de pertencimento. Mesmo entre os mais miseráveis, a família se mostra como eixo central de sobrevivência e preservação de dignidade e felicidade (Vasconcelos, 1998).

Ao analisarmos o papel da família na promoção da saúde da criança, Oliveira (1996) nos chama a atenção, pois a família pode ser vista enquanto mediadora entre o cotidiano vivido pela criança e a estrutura social, mas também pode ser considerada como instituição autônoma, dissociada da estrutura macrossocial e de suas determinações históricas.

De um lado, cabem à família os cuidados diários da criança, isto é, cuidados de higiene, nutricionais, afetivos, sociais, educacionais, de transmissão e construção de valores morais, éticos, religiosos e rituais de socialização, entre outros. Por outro lado, assumimos que o contexto familiar, sua estrutura e o seu papel são construções históricas e sociais, não podendo ser visto o individual de forma indissociada do social.

Desta forma, Durham (1984) define a família como o núcleo de reprodução social, onde se agrupam pessoas que mantêm entre si relações de aliança e consaguinidade, organizadas internamente pela divisão de trabalho. A família caracteriza-se pela pluralidade, flexibilidade e elasticidade, inexistindo um modelo único.

Como nos informam Combes e Haicault apud Castro (1991), no seio de toda formação social coexistem uma esfera de produção de bens e outra de produção social de seres humanos, que são distintas porém relacionadas umas às outras. A primeira forma denomina-se de produção, e a segunda de reprodução. Historicamente têm sido as modalidades de produção que determinam as de reprodução.

A família, até o século XVIII/XIX, era antes de tudo uma instituição constituída para a preservação dos bens, para a iniciação à prática de um ofício; enfim, não tinha como atribuição principal as funções afetivas e socializadoras. Hoje o sentimento “moderno” de família é inseparável da casa, da vida da casa, do sentimento de infância, maternidade e amor materno. A família muda de sentido, deixando de ser uma unidade econômica, produtiva, para ser o lugar da afetividade (Badinter, 1995).

Nessa linha de pensamento, Vaitsman (1989) acrescenta que a divisão social do trabalho, estabelecida no capitalismo, separando institucionalmente as atividades domésticas das empresariais, passou por uma rearticulação entre os gêneros. Os homens assumiram as atividades públicas, a indústria, o comércio, a administração, a política, a ciência, relacionadas à produção e administração de mercadorias, conhecimento e poder; as mulheres, as atividades privadas no interior da família.

A separação entre a esfera da produção e a esfera da reprodução explicitou a divisão sexual do trabalho: ao homem coube o trabalho extradoméstico remunerado; à mulher coube a responsabilidade pela produção e reprodução da força de trabalho, desempenhada no lar, ou seja, a reprodução biológica ou procriação, que gera novos indivíduos e a manutenção diária da força de trabalho (Carvalho, 1995).

A sociedade capitalista, ao revolucionar as relações de produção, conduz os homens das classes populares, expropriados dos meios e instrumentos de produção, a venderem sua força de trabalho aos proprietários dos meios de produção, em troca de salário.

Como ressalta Marx (1973), nesse tipo de sociedade existem relações de troca, de

circulação de mercadorias, sua compra e sua venda. A mercadoria do trabalhador assalariado é a sua força de trabalho. Assim, o salário recebido pelo trabalhador assalariado não diz respeito ao trabalho realizado e vendido, mas refere-se ao valor da venda de sua força de trabalho. Há portanto uma distinção entre trabalho e força de trabalho.

Para Marx (1997), o conceito de trabalho difere-se do conceito de força de trabalho. Trabalho é um processo em que o ser humano, com sua própria ação, impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza. Põe em movimento as forças de seu corpo a fim de apropriar-se dos recursos da natureza, imprimindo-lhes forma útil para a vida humana.

Assim, no que diz respeito ao trabalho feminino, podemos situá-lo em duas vertentes: a venda da sua força de trabalho no mercado formal ou informal da economia e as atividades laborativas realizadas no âmbito doméstico.

No que diz respeito à participação da mulher como força de trabalho, somente a partir da década de 70, na América Latina, foram realizados estudos que dessem uma maior visibilidade ao trabalho feminino. Cabe ressaltar que as mulheres das classes populares sempre desempenharam, além de tarefas diretamente associadas à reprodução biológica e manutenção da força de trabalho, atividades no mercado de trabalho, em geral atividades extensivas ao trabalho doméstico, mesmo que de forma intermitente, com intuito de garantir uma renda complementar ao salário obtido pela venda da força de trabalho masculina (Sarti, 1997). O trabalho feminino realizado no âmbito doméstico aparece desprovido de valor, já que não se vincula diretamente à produção de mercadoria. Não é considerado trabalho mas atividade feminina.

Desta forma, a atividade doméstica é um trabalho, porém como gera produto e não mercadoria, não tem valor de troca. Uma pessoa que produz a partir do seu trabalho um objeto para o seu uso pessoal imediato, com a finalidade de ele próprio ou sua família consumirem, cria um produto, mas não cria mercadoria. Destaca-se porém, que esse trabalho feminino é necessário à produção, reprodução e manutenção da força de trabalho; ou seja, necessários à vida de outros membros da família, que em troca de salário vendem sua força de trabalho ao mercado (Marx, 1973).

Nessa perspectiva, Jellin (1980) acrescenta que as atividades femininas realizadas no âmbito da produção e prestação dos serviços domésticos — tais como o cuidado com as

crianças, a preparação de alimentos, confecção de roupas, construção de moradias, limpeza da casa, lavagem de roupa — são exemplos de atividades que não entram no mercado e não penetram no circuito monetário da produção social.

No que se refere à esfera da reprodução biológica e social, cabe às mulheres a responsabilidade do trabalho doméstico, compreendido como cuidado, saúde, socialização da criança. Por outro lado, sem dúvida, essa tarefa comporta a satisfação de outras relações sociais, tais como a identidade, a reciprocidade, a comunicação. As atividades relativas à alimentação cotidiana são múltiplas — dizem respeito à produção, provisão, compra, armazenagem, conservação, preparação, lavagem dos utensílios utilizados, reciclagem das sobras —, assim como atividades não tão objetivas, como o controle de qualidade, do tempo gasto, da satisfação da família (Arnaiz, 1996).

Apesar da crescente importância do trabalho feminino remunerado, para as mulheres a concentração nos trabalhos domésticos é universal. Estimativas demonstram que o valor desse trabalho pode oscilar entre aproximadamente 25% a 50% do produto nacional, com variações conforme a classe social e a unidade familiar. Quanto menor a escolaridade, maior a desvantagem das mulheres, tanto no plano doméstico, quanto no mercado de trabalho (Benería, 1994).

Assim, não é possível compreendermos o específico da identidade feminina, sua posição na sociedade, a valorização ou desvalorização de seu trabalho se não compreendermos, também, o específico da identidade masculina, pois o conceito de gênero é relacional, a identidade feminina e masculina encontram-se intimamente associadas (Castro, 1991).

Para Giffin (1991), até o surgimento do movimento feminista, em meados do século XX, a identidade feminina e a condição social da mulher eram referidas a fatores biológicos. A mulher era vista a partir da correspondência perfeita entre seus atributos físicos e suas funções sociais. O determinismo biológico faz com que fatos sociais passem a ser “naturais” e, portanto, imutáveis, já que dizem respeito à lei da natureza.

Nessa perspectiva — de a mulher ser referida às suas funções naturais biológicas —, Ortner (1979), ao tentar responder por que as mulheres parecem estar mais próximas da natureza, nos remete à reflexão sobre o corpo feminino e suas funções sociais. O corpo feminino, em grande parte da sua vida, se relaciona com os processos naturais em torno da

reprodução da espécie. Sendo a gestação, o parto e a lactação, na espécie humana, específicos das mulheres, estes são vistos como natural. Este mesmo corpo e suas funções fisiológicas tendem a limitar seu movimento social colocando as mulheres em papéis e contextos sociais, considerados inferiores aos dos homens. À mulher é destinado o espaço doméstico referido à esfera privada, em contraposição ao espaço econômico, político, público, da rua, destinado ao homem. Esses papéis sociais atuam diferentemente na estrutura psíquica de homens e mulheres, fazendo com que as próprias mulheres se sintam inferiores e desvalorizadas.

Ortner (1979) considera ainda que o confinamento feminino ao contexto familiar doméstico é motivado, também, pelo processo de lactação. O corpo da mulher, como todos os mamíferos, gera leite durante e depois da gravidez para amamentação do recém-nascido. A relação de amamentação entre mãe e filho é vista como um elo natural.

Outra questão utilizada para referir a mulher à natureza e seus papéis sociais diz respeito às tarefas de cuidado e educação dos filhos. Por serem seres ainda em formação, imaturos, dependentes de outro indivíduo — no caso a mãe —, as crianças também são referidas como mais próximas à natureza. Desta forma, a associação da mulher com o círculo doméstico contribuiria de várias maneiras para a concepção da mulher mais próxima da natureza. Para Ortner (1979), ainda que cada cultura não articule uma tal oposição radical entre o doméstico e o público, é dificilmente contestável o fato de que o doméstico é sempre dominado pelo público.

Ortner (1979) conclui sua resposta apontando que a mulher, em razão do maior envolvimento de seu corpo com a função natural que circunda a reprodução, é encarada mais como elemento da natureza do que o homem. Contudo, como tem consciência e participa do diálogo social, ela é reconhecida como produto e produtora da cultura.

Como uma contribuição a mais nessa perspectiva, Borges (1983), em seu estudo sobre as mulheres e o exercício da maternidade, constrói um percurso de construção social da infância, família e o amor materno. A família moderna, tal qual a conhecemos, gerando uma nova intimidade e privacidade nas relações familiares —, faz da vida pessoal uma vida que se divorcia da sociedade. Assume, ilusoriamente, um lugar separado da economia e da política.

Para essa autora, o espaço e a vida familiar convertem-se no principal lugar da sociedade capitalista onde o indivíduo, agora separado da coletividade, pode imaginariamente ver-se livre, valorizar-se por si mesmo, ser cidadão autônomo nas suas decisões. Essa crença de família, inteiramente emancipada, vai estimular o surgimento de novas concepções sobre a infância e sobre a função social da mulher.

Ao final do século XVIII, vai se desenhando uma nova imagem de mãe. Cria-se o mito que os cuidados e a educação das crianças são funções particulares e específicas das mulheres. O pai aparece como colaborador, encarnando a esfera exterior, pública, do trabalho e da vida social. O primado da função materna é acompanhado pelo retraimento das funções paternas em relação aos filhos, e de um deslocamento de seu lugar, antes no interior da família, que agora passa a privilegiar o mundo de fora, o mundo público, considerado em oposição ao mundo privado, doméstico, da família. Com a valorização da maternidade, como dever e a função educadora dos filhos, vão cabendo às mulheres os mundos recém-descobertos da infância, da privacidade, do amor maternal (Borges, 1993). A construção social do amor materno pressupõe a construção anterior ou concomitante do sentimento e estatuto da infância e da maternidade.

O sentimento da infância, seu valor, sua importância social, tal qual o identificamos hoje, também é uma construção histórica, consolidada a partir do século XIX (Ariés, 1981; Badinter, 1995; Borges, 1993).

Isto posto, a relação íntima e tão necessária entre mãe e bebê, não é inata, instintiva. É construída no tempo, com o contato, com o aprendizado, com a experiência e o momento vivido pelos dois sujeitos: a mãe e a criança. A mulher, mãe, tem sido convocada pelas políticas sociais, em particular pelo setor saúde, para atuar como promotora da saúde de sua família e da comunidade.

A partir do século XVIII, as mães passaram a ser as grandes responsáveis pela vida dos filhos, pela sua alimentação, saúde, educação, socialização, lazer, enfim sua felicidade. Nessa época, frente à nova ordem econômica, nas sociedades industrializadas, era imprescindível diminuir a mortalidade infantil, pois a população numerosa era necessária para a produção de riquezas. A “mulher-mãe” foi convocada por médicos, políticos, filósofos, economistas, a assumir esse papel que hoje conhecemos tão bem (Badinter, 1995).



Para Dias (1991), a mulher é quem assume, em grande parte, práticas educativas com seus filhos, na formação de hábitos, crenças, visões. É quem assume, no seu cotidiano, práticas de higiene junto à casa, aos filhos, à família, tentando garantir um nível razoável de “não-doença”. Essa experiência faz com que as mulheres da classe trabalhadora sejam detentoras de um saber acumulado em saúde. Para essa mesma autora, o saber popular tem origem em diferentes fontes de aprendizado, que se cruzam e interagem. É na caminhada, na experiência do viver e no contato com agentes externos, igreja, escola, mídia, partidos políticos, serviços de saúde, entre outros, que elas vão aprendendo, construindo, repassando um saber e transformando sua realidade.

Organismos nacionais e internacionais dão ênfase especial a esse papel feminino, apontando como prioritário o investimento em educação desse grupo. A educação materna integra as ações necessárias à melhoria do estado nutricional e de saúde das crianças (UNICEF, 1992). Sem dúvida, a educação materna é um aspecto a ser considerado. Porém, acrescentamos a necessidade destas mulheres, mães, serem vistas de uma forma mais global e contextualizada.

Como podem exercer bem esses papéis sendo as mulheres um dos grupos mais discriminados no contexto sócio-político-econômico-cultural e emocional?

A visão sobre o papel da mulher não é única. Ela é construída em determinada época histórica, pois o seu significado social varia no tempo, conforme o lugar e grupo social. Ao assumirem o papel de “cuidar” de outros, as mulheres, muitas vezes, “esquecem” ou desvalorizam o “cuidar de si mesmas”, perdendo a capacidade de refletir sobre o próprio corpo e suas manifestações quotidianas. A alienação das mulheres não é só econômica e política, mas alienação da própria vida, sentida como algo desejável, sonhado mas vivido como irrealizável, fora de seu alcance (Borges e Atiê, 1989).

Contribuem para essa perspectiva: a forma como são organizados os serviços de saúde, suas rotinas e ações, que colocam sobre as mulheres responsabilidades pelas condições de saúde e nutrição de seus familiares sem considerar todos esses aspectos (Carvalho, 1995).

Na contramão, as mulheres resistem, através das faltas, do silêncio, da passividade. Compreender as resistências em seu duplo sentido é um caminho importante. Segundo Borges e Atiê (1989), não podemos entender as resistências apenas como negação. No seu

sentido positivo, recoloca em ação o conhecimento que elas têm de si, de seu cotidiano, de suas possibilidades, daquilo que lhes pode fazer bem.

Pode-se dizer que, no CMS VI RA, em especial no grupo de mães, tenta-se ter uma outra relação com essas mães e crianças. A equipe de saúde envolvida influencia e é influenciada pelo saber popular. Estas mesmas mulheres — mães que foram objeto do estudo — são sujeitos que interagem nas consultas e nos grupos de mães de crianças sob risco nutricional do CMS. Ao freqüentarem o grupo, têm a possibilidade de formar vínculos afetivos, de solidariedade com outras mulheres, com a equipe, de aumentar sua auto-estima, de saírem do anonimato, de serem mais conhecidas no serviço, o que facilita seu acesso às informações e amplia seus conhecimentos sobre alimentação, cuidados com a criança, com a saúde e cidadania.

Os profissionais de saúde, por outro lado, ao interagirem com essas mães, famílias e crianças e com a equipe multiprofissional, incorporam outros saberes e têm assim a possibilidade de ampliar sua formação, sua visão de mundo.

No entanto, consideramos que, no agir social, entre os profissionais de saúde e os usuários dos serviços, mediados pelas instituições de saúde, pelo *marketing* das indústrias, pela sociedade — há uma esfera mais abrangente, que é a interação de representações de mundo, de ordem, de vida, de doença. Tão importante quanto qualquer conteúdo é o inconsciente de cada personagem que joga esse jogo. O saber não é algo parado, fechado, mas construído a cada momento no interior das relações intersubjetivas. É um complexo de relações de seres sociais que podem criar identificações, resistências ou negações que merecem ser consideradas (Gelbert, 1993; Cardoso de Melo, 1997).

Nosso estudo sobre a desnutrição, o baixo-peso e as práticas alimentares, com destaque na amamentação e alimentação infantil, será apresentado ao longo do texto a partir da triangulação entre os conceitos teóricos estudados, com as percepções das mães, conjugadas com nossas experiências e vivências.

## 2 - O PROCESSO DA PESQUISA

O caminho do estudo foi construído a partir da abordagem socioantropológica, da pesquisa social qualitativa. Buscou-se compreender e ultrapassar o universo dos significados e valores sobre a desnutrição, as práticas alimentares e o cuidado da criança, para as mães de crianças sob risco nutricional, uma vez que consideramos que os determinantes do estado nutricional, da desnutrição, das práticas alimentares, do aleitamento materno e do desmame e cuidado infantil formam uma rede complexa, de compreensão multidisciplinar e histórica.

No Brasil, a partir da década de sessenta, têm sido desenvolvidas pesquisas que buscam uma lente de aumento para os comportamentos cotidianos, elos que interligam os processos estruturais e as práticas sociais — caminhos que permitam descobrir novos sentidos não previstos pela análise macroestrutural (Cardoso, 1988).

Esta pesquisa se insere nessa perspectiva: compreender o fenômeno da nutrição-desnutrição a partir de como vivem, pensam e sentem mães e famílias com crianças sob risco nutricional.

Partimos do entendimento de que a realidade é dinâmica, multifacetária. O real não está dado, não basta apenas observar os fatos sociais. A realidade vai além das aparências, dos fenômenos percebidos. O sistema de valores, a subjetividade, as condições de vida do pesquisador, dos atores sociais — no caso mães, famílias e profissionais de saúde — permeiam os significados e suas práticas sociais.

Desta forma, procurou-se compreender a realidade em sua complexidade, assumindo-a como contraditória, histórica, e em permanente movimento e transformação, tal como a condição humana. A realidade histórica é uma construção humana.

A lógica da abordagem dialética é que esta percebe a fala e os significados não como “verdades”, mas como construções, a partir das condições concretas de vida dos sujeitos sociais, que é permeada por conflitos e contradições.

Segundo Oliveira e Oliveira (1985), os fatos sociais são produtos das ações humanas e não coisas. Homens e mulheres fazem a sociedade, assim como são definidos e condicionados por ela. É uma relação de interação onde não há lugar para separação entre pesquisador e objeto da pesquisa. Cabe apreender nessa interação a rede de relações

sociais, de conflitos de interesse e contradições que imprimem a dinâmica da sociedade, explorando as brechas que abrem caminhos para rupturas e mudanças.

Para Demo (1984a, 1984b, 1985), a postura dialética serve para captar fenômenos históricos, caracterizados pelo constante devir. A história é dinâmica, produtiva, criativa, contraditória. As contradições fazem parte da realidade. Não existe verdade absoluta. Na prática ela é relativa, histórica, superável. A consciência histórica e a possibilidade de intervenção humana são constituintes centrais. A dialética entre teoria e prática, na relação sujeito-objeto, é condição fundamental da pesquisa. A ciência está sempre em formação, em construção, sendo sempre provisória. Recortamos uma parcela do real e apenas dela apresentamos um quadro relativo de conhecimento.

Assim, Konder (1981) acrescenta que, na busca da construção da “verdade”, admite-se que qualquer objeto que o homem possa criar, perceber, faz parte do todo. A realidade é sempre mais rica do que o que se possa perceber. É rica em determinações, em relações complexas. Os vários aspectos da realidade se entrelaçam, em diferentes níveis, com uma relação de dependência que não pode ser compreendida isoladamente. A visão do conjunto é sempre provisória e inacabada.

Consideramos, na análise dos significados, as representações, compreendendo-as como relação entre pensamento e base material, entre a ação dos sujeitos históricos e as determinações que as condicionam (Minayo, 1994). Relação na qual o pensamento, as representações e histórias de vida condicionam e são condicionadas pelas condições materiais.

Compreendemos as mães que demandam os serviços do CMS VI RA, oriundas das comunidades populares, enquanto parte de uma totalidade. Admite-se que, embora sendo do mesmo contexto social, possuem heterogeneidades que devem ser investigadas e analisadas.

Desta forma, Le Boterf (1984) destaca que na compreensão da estrutura social da população é importante a identificação dos diferentes grupos que a compõem. O termo comunidade, comumente utilizado, faz referência a um conjunto de indivíduos relativamente homogêneos. Ele oculta a diferenciação social interna, as posições dos grupos, as relações conflituosas existentes. Seus interesses, problemas e necessidades podem também ser diferenciados, assim como suas representações e aspirações. Pois todas

estas informações são pertinentes para orientação da pesquisa e propostas de ação.

Assim, identificamos as percepções, os significados para as mães em sua singularidade, articulando-os às suas determinações sociais mais amplas. Transcendendo o nível micro, associando-o as diversas matizes que o vinculam às estruturas macrossociais (André, 1989).

Numa aproximação com o real, trabalhamos as contradições, buscando compreender as inúmeras mediações de ordem econômica, ideológica, cultural e psicológica que interferem nas práticas alimentares, no aleitamento-desmame, na desnutrição, no cuidado da criança e, por consequência, no estado nutricional.

Esta pesquisa é fruto do envolvimento e de questionamentos oriundos da prática em uma unidade básica de saúde, e que vem sendo desenvolvida desde 1994. O trabalho desenvolvido tem como características a interação entre a intervenção, as propostas educativas e a ação dos participantes envolvidos, num processo de construção de práticas que levem a mudanças, que possam conduzir a transformações em suas vidas cotidianas.

Assim, objetivamos compreender a desnutrição, as práticas alimentares e o cuidado da criança, a partir das percepções, experiências e vivências de mães e crianças, na busca de subsídios que possibilitassem a reformulação de propostas de intervenção e ação dos grupos envolvidos.

Com o propósito de contextualizar as crianças e famílias, foram consultados relatórios e referências bibliográficas, e realizadas entrevistas com profissionais do CMS, no intuito de contribuir para traçar o cenário, a história da Rocinha e do CMS Píndaro de Carvalho Rodrigues VI RA, contexto principal do qual esse grupo faz parte.

## **2.1 - O GRUPO ESTUDADO**

Foram objeto deste estudo 13 mães de crianças sob risco nutricional, moradoras da Rocinha, que participaram do grupo de mães de crianças sob risco nutricional do CMS VI RA, pelo menos em quatro encontros. Isso significou quatro meses de contato, uma vez que o encontro é mensal. São mães que têm uma certa assiduidade e proximidade com os serviços e profissionais de saúde.

As crianças que nasceram com baixo-peso (peso menor que 2.500g) ou com patologias não foram pesquisadas. Cabe ressaltar que, de um universo inicial de 60 mães, após o critério de inclusão este ficou reduzido a cerca de 17 mães, das quais duas marcaram a entrevista e não compareceram, e duas não quiseram fazer parte da pesquisa.

A partir de orientação do Ministério da Saúde, o caminho seguido para a identificação das crianças sob risco nutricional neste estudo deu-se a partir do acompanhamento do seu crescimento (Brasil, 1984). A avaliação do crescimento, ao longo da infância, é o procedimento que melhor define o estado de saúde e nutrição dos indivíduos. O uso da antropometria como método de diagnóstico da desnutrição baseia-se no fato de que alterações no crescimento em crianças são sistemáticas e em geral precedem as manifestações clínicas (Monteiro, 1984; 1992a). Seguindo orientação da OMS, o Ministério da Saúde tem utilizado o indicador peso para idade, população de referência do NCHS, e “ponto de corte” para risco nutricional-baixo-peso, o percentil 10, sendo o instrumento utilizado o cartão da criança (Brasil, 1984).

Assim, o Cartão da Criança é o principal instrumento básico de acompanhamento e avaliação do estado nutricional de crianças menores de cinco anos. O indicador peso para idade abaixo do percentil 10<sup>5</sup> é o principal parâmetro de avaliação de risco nutricional utilizado para diagnóstico e acompanhamento, tanto em nível comunitário como nos serviços de saúde. Mais do que a classificação de casos localizados abaixo do percentil 10, a seqüência de pesos constitui um elemento fundamental de juízo para avaliar o risco nutricional de uma criança. O Ministério da Saúde define o conceito de risco como a probabilidade que tem um indivíduo ou grupo de sofrer um dano na saúde. Baseia-se na compreensão de que, em toda sociedade, há comunidades, famílias e indivíduos cuja probabilidade de adoecer e morrer é maior que a dos outros. Em escala individual, além do registro no gráfico da relação peso para idade, é importante a notificação de casos patológicos marcantes, como dado clínico adicional (Brasil, 1986).

Segundo dados estatísticos do CMS (1998), dentre as consultas de pediatria no *Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança*, de 8 a 10% representam crianças sob risco nutricional.

---

<sup>5</sup> Conforme orientação do Centro de Referência da Região Sudeste (SISVAN/MS, 1998), a avaliação do estado nutricional a partir do indicador peso em relação à idade da criança, segundo padrão do NCHS, pode ser classificado em obesidade, (quando esta relação encontra-se acima do percentil 97), eutrófico (entre o percentil 97 e 10), baixo-peso 1 (entre o percentil 10 e 3), e baixo-peso 2 (quando é menor que o percentil 3).

## **2.2 - A ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA**

Para a compreensão do objeto de estudo, foram utilizadas entrevistas semi-estruturadas, com mães, a partir de um roteiro prévio (Anexos 1 e 2), complementadas com observação participante nas consultas de nutrição, nos grupos de mães de crianças sob risco nutricional e no momento da entrevista.

Nesta perspectiva, Becker (1977), comentando sobre o trabalho de pesquisa, acrescenta que as diversas fontes de dados formam uma figura, uma imagem de mosaico. Cada peça (dado) acrescentada contribui um pouco para a compreensão do quadro como um todo. Diferentes fontes de dados, tais como um mosaico, formam um todo: uns contribuem por sua cor, outros porque realçam os contornos de um objeto.

Esse caminho foi escolhido por se compreender que o pesquisador convive com pessoas reais e, através delas, com culturas, grupos sociais e classes populares. Percebemos nessa interação que a maneira espontânea de o pesquisado falar sobre determinado assunto é sobre a sua pessoa, sua história de vida (Brandão, 1984).

Nesta perspectiva, Quivy e Campenhoudt (1988) acrescentam que a entrevista semidiretiva deve ser utilizada quando procuramos identificar a reflexão dos entrevistados, suas práticas, suas leituras da realidade, suas experiências, seus valores, ou seja, quando buscamos a reflexão sobre o problema do ponto de vista do entrevistado.

A técnica de entrevista semi-estruturada, concebida como um diálogo, onde há estímulo para a livre expressão do entrevistado, amplia o campo de discurso, que passa a incluir fatos, opiniões, impressões, sonhos, a maneira de dizer, as expressões, dúvidas, hesitações. É nas dobras do discurso que estão as ambiguidades, as contradições entre o pensar e o agir, as quais são importantes de serem captadas e desveladas (Oliveira e Oliveira, 1985).

A conversa a dois, como é por nós entendida a entrevista semi-estruturada, é um momento de construção muito rico em reflexões, trocas, emoções. Emociona, balança, mexe conosco. Há pontos de identificação, pois temos questões em comum: somos mulheres, esposas, mães; em contrapartida, temos também pontos divergentes, pois pertencemos a grupos sociais e posição profissional distintos.

Como nos relata Da Matta (1978), a entrevista depende essencialmente dos humores, temperamentos, sentimentos envolvidos, enfim, todos os ingredientes das pessoas e do contato humano. As mulheres entrevistadas já freqüentavam o grupo de mães do CMS, há algum tempo. Assim, podemos dizer que já havia algum grau de conhecimento, de empatia, mas a entrevista possibilitou um contato mais próximo, um aprofundamento das questões e das relações, entre o entrevistador — uma nutricionista, profissional de saúde que atua no CMS — e o entrevistado — mãe e criança usuária do serviço. Proximidade, esta importante para qualificar a assistência prestada pelo Centro de Saúde.

De outro lado, como nos alerta Velho (1978, 1980), devemos ter cuidado no momento da entrevista e de sua análise, para estranharmos o familiar, pois o conhecimento do familiar pode estar impregnado por conceitos prévios, preconceitos e estereótipos. A hierarquização social nas grandes cidades organiza e mapeia os indivíduos em grupos, fazendo com que estes tenham o seu lugar a partir de estereótipos, ou seja, “o favelado”, “o usuário do serviço público”, “mães”, como se todos fossem iguais e conhecidos. Ressalta o autor que a heterogeneidade provém da divisão social do trabalho, da complexidade institucional e da coexistência de diversas tradições culturais, que se expressam em condições concretas e visões de mundo diferenciadas, ou mesmo contraditórias. Assim, compreendemos o familiar como uma realidade bem mais complexa do que a representada pelos códigos pelos quais fomos socializados.

As entrevistas seguiram um roteiro elaborado previamente, que continha itens de identificação (Anexo 1), e outro roteiro contemplando aspectos sobre nutrição, desnutrição, saúde da criança, amamentação, processo e produção da alimentação infantil, experiência reprodutiva, cuidado infantil, trabalho feminino e relação de solidariedade e reciprocidade, e relação com o serviço e profissionais de saúde (Anexo 2).

Com o roteiro da entrevista “interiorizado”, tivemos como ponto de partida da conversa a seguinte pergunta: como o seu filho chegou ao grupo de mães? Os temas desnutrição, alimentação e seu processo, amamentação, cuidado da saúde infantil, maternidade, gravidez, parto, casamento, vida de mulher e relação com os serviços de saúde, foram sendo abordados sem uma ordem pré-determinada. Indo e voltando, se entrelaçando, formando uma rede de informações e reflexões, conforme o desenrolar de



cada conversa, pois cada entrevista é por nós entendida como uma forma de comunicação entre pessoas diferentes.

Thiollant (1982) nos informa que a entrevista semi-diretiva, contrariamente à entrevista dirigida, não propõe ao entrevistado uma completa estruturação do campo de investigação; é o entrevistado que detém a atitude de exploração; ele define como quer explorar o campo.

A entrevista semidirigida nos permitiu, também, o contato com a surpresa, com questões imprevistas, desconhecidas, com a possibilidade de rompermos os preconceitos e estarmos abertos para o novo. Esse foi um ponto rico da pesquisa e da produção do conhecimento.

Desta forma, como nos informa Cardoso (1988), o momento de construção de dados empíricos não é apenas um momento de acumulação de informações, mas se combina com a descoberta de novas pistas para compreensão do problema. A partir do movimento de aproximação, de encontro com pessoas que estão à procura de entendimento, ambos aprendem, se divertem, se aborrecem e se surpreendem.

Vale destacar que abrimos um espaço para que cada mãe pudesse contar um pouco de sua história, a partir das entrevistas. Isto implicou, também, criarmos a oportunidade para, através da troca de experiências, vivências e reflexões, ampliarmos e reelaborarmos nossas visões sobre os temas em questão e, em particular, sobre as dificuldades e enfrentamentos no cuidado da saúde da criança em seu cotidiano.

Por outro lado, não podemos negar que, apesar de tentarmos horizontalizar a relação no momento da entrevista, a pesquisa, seus objetivos e a inclusão das mães entrevistadas foram iniciativas do pesquisador. Assim, Minayo (1994) nos alerta para a compreensão da entrevista na teia dos emaranhados das relações sociais, onde as informações construídas, as situações criadas e os laços de alianças podem também refletir expressões de seus interesses; no nosso caso, não podemos perder de vista que tratamos de uma pesquisa onde o *locus* é uma unidade de saúde, sendo o pesquisador/entrevistador um profissional de saúde que atua nesse serviço.

Cabe acrescentar que, algumas vezes, os objetivos do estudo não são alcançados em um só encontro, uma só entrevista, pois pode haver desencontros, resistências iniciais de

ambos os lados, que precisam ser vencidas. Assim, tornou-se necessário retornarmos ao entrevistado, no meu caso, uma entrevistada.

### **2.3 - A OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE**

Como complementação das informações obtidas com as entrevistas foi utilizada a técnica de observação participante. Nesta perspectiva, André e Ludke (1986) comentam que o que cada pessoa seleciona para observar depende de sua história pessoal e principalmente de sua bagagem cultural. Assim, procuramos observar outras questões envolvidas na complexa relação saúde e nutrição infantil — outras dimensões que vão além do que a fala foi capaz de captar.

Segundo Malinowski apud Minayo (1994), há uma série de fenômenos, denominados de “imponderáveis da realidade”, que não podem ser registrados através de perguntas; entre eles incluem-se os detalhes do cuidado com o corpo, da maneira de comer e preparar as refeições, o tom das conversas, sentimentos de amizades, hostilidades, simpatias e antipatias passageiras entre as pessoas, entre outros.

Foram observados nesta pesquisa, a partir da consulta de nutrição, do grupo de mães e do grupo “brincar”, e no próprio momento da entrevista, a relação da mãe com a criança, cuidados, afetos, olhares, gestos, relação da criança com o alimento, com amamentação, com brinquedos, com as outras crianças, a participação nos grupos, a relação com o serviço de saúde, com os profissionais de saúde. Essas informações complementares foram registradas no diário de campo após a realização de cada entrevista.

Podemos acrescentar, também, observações advindas do trabalho de grupo, realizado uma vez por mês, que contou com a presença das mães e das crianças. Nesse momento pudemos observar a relação entre mãe e filho, a relação das mães com outras mães e com os demais profissionais de saúde. Nosso trabalho de campo contou, portanto, com o somatório das informações construídas nesse processo.

Nesse processo de trabalho todos aprendemos. Foi um processo trabalhoso, delicado e que exigiu cuidado, respeito e paciência. Paciência para enfrentar a angústia do tempo exíguo, pois o tempo do outro, das relações, que nesse caso são necessárias, encontram-se em momentos diferentes. É preciso entender as limitações do processo.

Cabe ressaltar que compreendemos a técnica de observação e a entrevista não como simplesmente um trabalho de coleta de dados, mas sempre uma situação de interação na qual as observações e informações construídas pelos sujeitos podem ser profundamente afetadas pela relação pesquisador-pesquisado. Desta forma, a pesquisa, nem tampouco o pesquisador, são neutros, passivos, observadores sem juízo de valores (Minayo, 1994).

Assim, na busca da objetividade ressaltamos que o lugar da objetividade não é nem a realidade em si absoluta — uma vez que compreendemos que o real não é dado — mas é fruto da construção do conhecimento, nem tampouco da nossa subjetividade pessoal. A objetividade foi mediada a partir dos conceitos e pressupostos teóricos construídos, assim como no rigor na análise dos dados (André e Ludke, 1986; Fourez, 1995).

Compreendemos que observar é construir e estruturar; é atividade do sujeito, do pesquisador. É subjetiva no sentido de que depende da nossa maneira, de como nós pesquisadores estruturamos o mundo; porém, difere da interpretação livre, pois observar é organizar a nossa visão segundo regras que são sociais e ligadas à historicidade de uma cultura (Fourez, 1995).

Nessa perspectiva, concordando com Cardoso (1988), acrescentamos que a interpretação construída a partir da análise da pesquisa qualitativa não está isolada das condições sociais, econômicas e culturais nas quais o entrevistador e o entrevistado se encontram.

## **2.4 - ANÁLISE DOS DADOS**

Partimos da compreensão que a fase de análise tem uma abrangência global. Entendemos que essa etapa ocorre desde o momento de elaboração da pesquisa, permeando a fase de construção do trabalho de campo, num movimento e confronto permanentes entre as reflexões teóricas e o material empírico. Portanto, a apresentação dos resultados e sua interpretação são fruto desse movimento de análise (Gomes, 1993).

Os dados coletados a partir de entrevistas gravadas foram transcritos, assim como os registros das observações. A análise dos dados implicou a organização do material, dividindo-o em partes, relacionadas ao todo, procurando verificar tendências, núcleos de sentido, pontos comuns e divergentes, o dito explicitamente, o dito com menos ênfase, o

não dito, os silêncios, as pausas. Os dados foram sempre confrontados com o quadro teórico, num movimento de complementaridade entre teórico e empírico. Assim, análise de conteúdo, segundo Minayo (1994), poderia ser um termo genérico a ser utilizado para designar nosso tratamento dos dados.

Segundo Quivy e Campenhoudt (1988), a análise de conteúdo pode ser interpretada a partir de abordagem quantitativa ou qualitativa. Em nosso estudo, optamos pela análise qualitativa, pois consideramos que esta requer uma análise intensiva do material empírico, procurando penetrar nas suas conexões internas, ultrapassando a aparência dos fatos e situações imediatas, articulando-as numa análise dialética ao contexto sócio-político e cultural.

Nessa perspectiva, seguimos também as considerações de Thiollant (1996) a partir de Gramsci, o qual nos informa que o conhecimento científico é construído pela interpretação dos dados e desenvolvido a partir de rupturas com as representações imediatas apresentadas pelo senso comum.

Num primeiro momento, as entrevistas foram exaustivamente escutadas, transcritas e lidas como primeiro passo para sua organização; num segundo, após intensiva leitura do material, identificamos e recortamos as falas das mães entrevistadas, decompondo o texto e fragmentando-o, segundo os núcleos temáticos a partir do roteiro (Anexo 2): nutrição; desnutrição; baixo-peso; saúde da criança; significado dos alimentos; o que se compra; onde se compra; o que se ganha; alimentação da criança; amamentação; produção e processo da alimentação; casamento e experiência reprodutiva; cuidado com a criança; trabalho feminino; organização do cotidiano; relações de solidariedade e reciprocidade; e, ainda, a relação com os serviços de saúde.

Ressaltamos que o item "nutrição" não se apresentou como uma categoria empírica; as mães não utilizam este termo. Quanto a casamento e experiência reprodutiva, trabalho feminino, organização do cotidiano e relações de solidariedade e reciprocidade foram itens que, em conjunto com os dados de identificação da mãe e da criança (Anexo 1), foram importantes para contextualizar as falas.

Esses itens serviram de guia para a construção das pequenas biografias das entrevistadas, no sentido de traçar um perfil das mães e crianças que, em conjunto com os

dados colhidos a partir de revisão bibliográfica sobre a Rocinha e o Centro de Saúde Píndaro de Carvalho Rodrigues, foram utilizados para compor o cenário da pesquisa.

Como nos informa De Vargas (1995), a estratégia de elaboração de mini-biografias é um caminho essencial para a melhor compreensão dos sujeitos da pesquisa, no nosso caso, das mães e do processo de construção de suas práticas alimentares e de saúde.

Num terceiro momento, após releitura das falas — fragmentadas em núcleos temáticos, a partir de pontos comuns e divergentes, num confronto permanente entre os dados empíricos e os conceitos teóricos — reagrupamos e construímos diferentes dimensões de análise, ou seja, eixos de significação para cada núcleo identificado.

Desta forma, foram construídas para a compreensão tanto da desnutrição, quanto do aleitamento e das práticas alimentares, as seguintes dimensões: **dimensão temporal**, que abrange o processo e sua modificação com o tempo; **dimensão afetiva**, que envolve aspectos psicológicos e emocionais, relações de prazer e desprazer; **dimensão de saúde e doença**, abrangendo ações, práticas e situações que têm um impacto positivo na saúde ou, ao contrário, podem interferir negativamente, possibilitando a doença; **dimensão de cuidado**, abrangendo ações e práticas referentes ao cuidado da saúde da criança a partir da família ou das políticas sociais, compreendendo os serviços e profissionais de saúde; **dimensão de ritual de socialização**, que se refere ao conjunto de práticas de caráter sacro ou simbólico consagradas pelo uso, pela tradição; **dimensão econômica**, que engloba as relações econômica, ideológica e de poder na produção e reprodução de bens coletivos e individuais, a divisão social de trabalho e a divisão social de gênero.

Compreendemos que as dimensões, ora consideradas, são eixos de significado, facetas explicativas para a compreensão da totalidade. Assim, as informações das entrevistas e das nossas observações foram identificadas e confrontadas a partir de nossa bagagem teórica e revisão da literatura. Foram ainda comparadas umas com as outras e articuladas aos conceitos construídos no marco teórico, segundo análise dialética, num processo contínuo de reflexão e construção dos resultados.

Ressaltamos, porém, que esse caminho de construção do conhecimento é um dos possíveis, pois compreendemos que as falas podem ter diversas leituras, ou melhor, diversas interpretações. Assumimos que, na busca da realidade, conseguimos sempre uma aproximação, pois a realidade é sempre um devir.

Vale destacar que consideramos de fundamental importância apresentar a pesquisa, o caminho percorrido, as dificuldades, os resultados e as novas questões que surgiram no processo aos profissionais de saúde do CMS e a todas as mães participantes, que foram, junto comigo, autoras deste processo de construção de conhecimento.

### **3 - O CONTEXTO DA PESQUISA**

#### **3.1 - A ROCINHA**

A favela da Rocinha está localizada ao longo da Estrada da Gávea e do trecho da auto-estrada Lagoa-Barra, à saída do Túnel dois Irmãos e São Conrado. Sua ocupação deu-se, como nas demais favelas do Rio de Janeiro, no início do século. Porém, foi a partir da década de 50 — após a II Guerra Mundial —, com o processo de urbanização, industrialização e migração rural, em especial migrantes oriundos do Nordeste, que teve seu crescimento acelerado, sendo considerada hoje a maior favela da América Latina. Atualmente, os moradores em favelas representam 25% da população do Rio de Janeiro. Quanto ao real tamanho da população da Rocinha, os estudos são divergentes. Segundo dados do IBGE apud Reichenheim (1990), representam cerca de 30 mil moradores; segundo dados da FEEMA/FINEP (1980), cerca de 100 mil habitantes; segundo reportagem em 4 de maio de 1998, da TV Bandeirantes, era composta de 130 mil moradores; e 150 mil, de acordo com a 27<sup>a</sup> Região Administrativa.

Até os anos 60, a área tinha características rurais. Daí uma das hipóteses de seu nome, pequena roça, Rocinha. A construção do Túnel Dois Irmãos, que liga a Gávea a São Conrado, permitiu à Rocinha desenvolver-se como importante área de comércio e de moradia para a população de baixa renda (FEEMA/FINEP, 1980; Segala, 1991).

Favela é um termo amplo e designa fenômenos complexos; nem todas as favelas são compostas por famílias pobres. Particularmente as mais antigas apresentam uma estratificação social interna. Trata-se de uma forma de uso e posse do solo urbano que possibilita o rebaixamento do custo de reposição da força de trabalho assim como, pela proximidade, possibilita a população o seu acesso ao mercado de trabalho formal e informal da economia (Woortmann, 1978).

A Rocinha tem características próprias. Situada na zona sul, seu principal mercado de trabalho é a prestação de serviços e a construção civil, este último, pós-expansão da cidade à Barra e Zona Oeste. Devido à sua localização, recebe também grande influência cultural. Embora ainda de forma precária, sua população tem acesso facilitado ao mercado de trabalho e a bens de consumo coletivo, tais como escolas, serviços de saúde, lazer.

Segundo levantamento realizado pelo Projeto Roda Viva (1996), em conjunto com lideranças e moradores da área, sobre os serviços e atividades desenvolvidas para crianças

e adolescentes, foi identificado que a área da Rocinha conta com diversos serviços incluindo creches e berçários, atividades realizadas por mulheres no seu lar, de cuidado de crianças (denominadas de mãe-crecheira), escolas de alfabetização, de primeiro grau, de ensino supletivo; é pouca a oferta de escola de segundo grau. Somam-se outras atividades educacionais, como “banca de dever”, ensino de catequese, curso de idiomas, inglês e francês, curso de educação especial, curso de educação de jovens e adultos, oficina da criança e “reforço escolar”. Há também alguns cursos para a formação do trabalho, tais como corte e costura, culinária, eletricidade, informática, marcenaria, *silk-screen*, tecelagem.

Na área de saúde, além dos serviços oferecidos pela Unidade Municipal (UACPS Albert Sabin), a Rocinha conta com atendimento a gestantes, serviço de odontologia e fonoaudiologia oferecidos pela associação de moradores e de mulheres. Na área de direito civil e apoio jurídico, há os serviços de defensoria, de expedição de documentos e juizado de pequenas causas.

Quanto à área de cultura, esporte e lazer, existem cursos de artes plástica, aulas de música, biblioteca, brinquedoteca, grupo de vídeo, capoeira, centros de lazer, dança de salão, recreação infantil, futebol, *jiu-jitsu* e *tae kwon do*. Existem também três jornais comunitários e uma estação de rádio. Cabe ressaltar que algumas destas atividades e serviços são oferecidos por órgãos públicos, outras por associações comunitárias e outras por particulares.

A Rocinha caracteriza-se também por apresentar contrastes sociais internos. Conta com uma estratificação social consolidada através de sua divisão em bairros, ocasionando situações físicas e sociais diferenciadas. Sofre influência também da especulação imobiliária; a densidade do uso do solo é alta, havendo um grande número de construções de dois pavimentos. Apesar de pertencerem a uma só favela, são áreas com características distintas. A mera indicação sobre onde se mora torna-se um indicador social do morador (Valadares, 1987).

Essa divisão dentro da Rocinha permite que alguns moradores, pertencentes a determinada camada da população, prestem serviços a outros, constituindo um mercado de trabalho informal.



Na década de 80, com a política municipal de integração das favelas às cidades, a Rocinha foi uma das favelas onde foram feitos os primeiros investimentos no sentido de sua reurbanização. Constam dessa época vários estudos amostrais no sentido de esboçar um primeiro diagnóstico (UNICEF/SMDS, 1980; FEEMA/FINEP, 1980). A partir desses trabalhos e de outros, foram colhidas as informações referentes à Rocinha — local de moradia da população de mães entrevistadas em nossa pesquisa.

Vale destacar que o acesso ao saneamento básico, ruas asfaltadas, água e esgoto não tem uma distribuição universal. Moradias localizadas nos pontos mais altos são as que apresentam as piores condições de acesso a bens de consumo coletivo (Valadares, 1987). Assim, algumas mães entrevistadas não têm água potável diretamente em suas casas, nem acesso a esgoto e coleta de lixo.

### **3.2 - O CENTRO MUNICIPAL DE SAÚDE PÍNDARO DE CARVALHO RODRIGUES-CMS VI RA**

O CMS VI RA é uma unidade municipal de saúde. Situa-se na rua Padre Leonel Franca, sem número, Gávea, Zona Sul do Município do Rio de Janeiro. Apresenta-se como uma unidade destinada a promover a melhoria das condições de saúde e bem-estar da comunidade de sua abrangência, através do desenvolvimento de ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação dirigidas ao indivíduo, à família e ao meio.

Tem como área de abrangência os bairros de Ipanema, Lagoa, Jardim Botânico, Gávea e São Conrado. Compreende as favelas e as comunidades da Rocinha, Vidigal, Vila Canoas, Parque da Vila da Cidade, Chácara do Céu e Horto e conjuntos habitacionais do Minhocão, Cruzada São Sebastião e Dona Castorina. Possui uma população adscrita estimada para o ano de 1998 em aproximadamente 210 mil habitantes. É uma região de grandes contrastes sociais, onde cerca de 60% são moradores de alto poder aquisitivo e 40% são residentes de comunidades faveladas. Mais de 60% da demanda do CMS é oriunda desse último segmento.

O CMS foi inaugurado em novembro de 1976. Dessa época até hoje sofreu várias mudanças de direção. Baseados na premissa de que o planejamento, a execução e a avaliação das ações devem ser pautadas pela participação, troca e parceria entre chefias, funcionários e usuários, dois movimentos tiveram importância para a reorganização do

serviço. Estudo de demanda e diagnóstico de saúde e o seminário de integração e sensibilização dos profissionais foram realizados em meados da década de 80, sob a direção do Dr. Harvey Ribeiro de Souza Filho (Souza Filho *et al.*, 1989).

Vale destacar que o CMS VI RA foi uma das unidades municipais, na década de 80, pioneira na implantação dos programas, seguindo as orientações do Ministério da Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde, em consonância com a Conferência de Alma-Ata (1978), que teve como eixo central o redirecionamento da atenção primária em saúde.

Hoje o CMS conta com cerca de cem funcionários que atuam no programa de assistência integral à saúde da mulher, criança, adolescente e idoso, e no programa de assistência ao adulto. Conta com especialistas em pediatria, clínica médica, gineco-obstetrícia, dermatologia, pneumologia, infectologia, epidemiologia, saúde pública, nutrição, saúde mental, serviço social, fonoaudiologia, odontologia, farmácia e terapia ocupacional. Desenvolve ações de saúde, sendo responsável pela supervisão e apoio a unidades auxiliares, de pequeno porte, a ele subordinadas: Unidade de Atendimento e Cuidado Primário de Saúde (UACPS Albert Sabin) — situada na Rocinha, e Unidade de Atendimento e Cuidado Primário de Saúde (UACPS Dr. Rodolfo Perissé) — situada no Vidigal. Essas duas unidades possuem respectivamente 34 e 18 funcionários, e abrangem os serviços de clínica médica, pediatria, gineco-obstetrícia, imunização e odontologia.

No que diz respeito à assistência à saúde infantil, em especial à criança sob risco nutricional e sua família, atualmente podem ser oferecidas consultas individuais com profissionais de diversas especialidades: pediatria, enfermagem, nutrição, serviço social, psicologia, fonoaudiologia e odontologia. Uma vez por mês podem participar do grupo de mães e do “brincar”. Ao final do grupo as crianças são pesadas e têm seu estado nutricional avaliado.

### **3.2.1 - O GRUPO DE MÃES DE CRIANÇAS SOB RISCO NUTRICIONAL**

O grupo de mães teve início no CMS em agosto de 1994. A partir de maio de 1997, devido ao aumento do número de mães e familiares participantes — cerca de 60 adultos e 60 crianças — o grupo foi subdividido. Quando da realização deste estudo, eram formados dois grupos mensais que seguem a mesma proposta.

Cabe destacar que a linha básica do trabalho dos grupos tem sido o movimento e a brincadeira, com objetivo de trazer uma nova forma de relacionamento entre profissionais e usuários do serviço — mãe e crianças —, entre as próprias mães e entre as próprias crianças.

A implantação, em 1996, do grupo do “brincar”, espaço reservado à criança, possibilita que mães, pais e familiares estejam mais disponíveis ao trabalho de grupo. Tem sido um espaço de brincadeira, jogos, observação e estímulo para as crianças.

A característica mais marcante do grupo são assiduidade e adesão. Uma novidade tem sido a adesão dos pais. A participação do pai foi uma conquista nesse último ano, e trouxe uma grande contribuição para os trabalhos, resgatando o papel do homem/pai na relação com a criança.

O grupo, além de ter sido um espaço coletivo propiciador de trocas entre a clientela e a equipe, tem também se revelado um pólo aglutinador dos profissionais de diversas especialidades e disciplinas. A equipe tem sido construída ao longo deste trabalho, envolvendo profissionais de diversas especialidades.

A partir de 1996, foi implantado também, no CMS, o PRODGESTA — *Programa de Atendimento a Crianças Desnutridas e Gestantes em Risco Nutricional - Leite é Saúde*. Este tem diretrizes emanadas pelo Ministério da Saúde e é executado pelas secretarias e unidades municipais, tendo como população alvo crianças de seis meses até dois anos que apresentam risco nutricional, ou seja, baixo-peso. Sua implantação está inter-relacionada com a implantação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). As crianças inscritas no programa recebem dez latas de leite integral por mês; caso tenham irmãos menores de cinco anos, recebem mais cinco latas por cada irmão, considerados como contato. O tempo mínimo de permanência, conforme diretrizes municipais, varia de seis a nove meses. Ressaltamos que a maioria das mães entrevistadas tinha seu filho inscrito no programa.

### **3.3 - PEQUENA BIOGRAFIA DAS MÃES ENTREVISTADAS**

Consonante com a perspectiva ética de pesquisas realizadas com seres humanos, seguindo a resolução do Conselho Nacional de Saúde (Resolução nº 196/96), todas as mães

participantes da pesquisa foram informadas sobre o consentimento pós-informação (Anexo 3), quanto aos seus objetivos, sobre a gravação da entrevista, a proteção de anonimato, resguardo do sigilo, assim como puderam, segundo seus desejos, participar ou não da pesquisa sem sofrer qualquer prejuízo. Assim, conforme compromisso firmado, os nomes verdadeiros das mães e de seus filhos foram substituídos por nomes fictícios, apresentados em negrito, mantendo-se porém, a letra inicial. Cabe acrescentar que os nomes dos profissionais de saúde citados pelas mães também foram substituídos por nomes fictícios.

Construímos pequenas biografias das mães entrevistadas, procurando contemplar os indicadores socioeconômicos: idade; local de nascimento; escolaridade; ocupação; renda familiar; situação conjugal; tempo e condições de moradia na Rocinha. Contemplou-se também o estado nutricional da criança, no intuito de fornecer ao leitor dados que pudessem dar contexto a suas falas.

\*

**ELIANE é mãe de JÚNIOR;** tem 30 anos, nasceu em Alagoas, estudou até a segunda série, é casada há cerca de dez anos com JOSÉ, que também é de Alagoas; porém se conheceram aqui no Rio. Tiveram três filhos, Josilma, de 3, Júnior, de 7, e Janaína, de 10 anos. Eliane teve sua primeira filha aos 20 anos. Moram na Rocinha há 13 anos, têm casa própria (sala, quarto, cozinha e banheiro), construída para o marido pelos sogros. Não há água encanada, nem esgoto. Quando solteira, trabalhava como doméstica; hoje trabalha no lar, lavando roupa para fora, recebendo cerca de R\$ 60,00 por mês. José passou três meses desempregado e, no momento, está trabalhando na CEDAE; recebe cerca de R\$ 180,00, sendo R\$ 90,00 por quinzena. Eliane fez pré-natal no CMS. Júnior nasceu em 1º de abril de 1991, de parto normal, no Hospital Miguel Couto; foi amamentado somente por 15 dias. Eliane foi ao grupo de mães pela primeira vez em janeiro de 1995; nessa ocasião, a relação do peso/idade de Júnior era menor que percentil 3 da curva NCHS (baixo-peso 2); e, no momento da entrevista, entre o percentil 3 e 10 (baixo-peso 1). Quanto à religião, ambos freqüentam a Igreja Universal.

**ADRIANA é mãe de KÁTIA;** tem 24 anos, nasceu no Ceará, é solteira, mora na Rocinha há quatro anos com sua mãe, irmão e filhos, em casa de um único cômodo, com saneamento básico, alugada por R\$ 240,00. Tem mais um filho de seis anos, teve este primeiro filho aos 18 anos no Ceará. Foi uma gravidez difícil, sentia-se rejeitada pelo pai.

Adriana e o irmão trabalham com carteira assinada, como copeiros em uma lanchonete no bairro de Copacabana. Adriana recebe cerca de R\$ 340,00, e seu irmão R\$ 500,00. A avó cuida de Kátia quando Adriana está no trabalho. O pai não vê as crianças nem contribui financeiramente. Adriana fez o pré-natal no CMS, e Kátia nasceu em 7 de janeiro de 1995, de parto normal, no Hospital Municipal Miguel Couto; no momento da entrevista tinha dois anos e oito meses, foi amamentada até esta idade. Adriana foi ao grupo de mães pela primeira vez em fevereiro de 1996; nessa ocasião, Kátia teve seu estado nutricional — peso em relação a sua idade — classificado em baixo-peso 2 e, no momento da entrevista, foi classificada como baixo-peso 1. Adriana está namorando e irá se casar em breve. Quanto à religião, ambos são católicos.

**MONIQUE é mãe de DIOGO;** tem 26 anos, nasceu no Rio de Janeiro, estudou até a sexta série, parou porque engravidou de sua primeira filha aos 17 anos. É casada com CLAUDIO, de 30 anos, também do Rio, que estudou até o segundo grau. Tiverem três filhos: duas meninas e o Diogo, que tem um ano e meio. Moram na Rocinha em casa própria (sala, quarto, cozinha e banheiro), construída em cima da casa do sogro. Há água encanada e rede de esgoto. No momento não trabalha fora, já trabalhou em supermercado, inclusive durante a gravidez de Diogo, e como doméstica. Cláudio trabalha como entregador de jornal e revista da NET-RIO, tem carteira assinada com salário de R\$ 134,00. Monique acompanhou a gravidez de Diogo no CMS. Diogo nasceu no Hospital Municipal Miguel Couto, em 21 de novembro de 1995, de parto normal, foi amamentado até um ano e seis meses. Monique foi ao grupo de mães pela primeira vez em abril de 1997; nessa ocasião, o estado nutricional de Diogo, peso em relação à sua idade, foi classificado como baixo-peso 1 e, no momento da entrevista, como eutrófico. Quanto à religião, ambos são católicos.

**MARGARIDA é mãe de IOLANDA;** tem 24 anos, nasceu no Ceará, estudou até o segundo grau, fez normal e era professora antes de vir para o Rio. É casada com JESUS, que é seu primo, e também nasceu no Ceará, tem 34 anos e é semi-analfabeto. Quando chegaram à Rocinha, há três anos, moraram com a cunhada; atualmente moram em uma casa com sala, quarto, cozinha e banheiro, com saneamento básico, alugada por R\$ 180,00. Margarida no momento está procurando emprego; lava roupa para fora esporadicamente, quando lava recebe R\$ 5,00. Jesus trabalha como guincheiro em obras, tem carteira assinada e salário de R\$ 390,00. Margarida fez o pré-natal no CMS. Iolanda é filha única, tem um ano e sete meses, nasceu em 19 de julho de 1996, de parto normal, na Maternidade

Praça XV, porque a maternidade do Hospital Municipal Miguel Couto estava em obras; foi amamentada até um ano e seis meses. Margarida foi ao grupo de mães pela primeira vez em fevereiro de 1998; nessa ocasião e no momento da entrevista, o peso de Iolanda em relação à sua idade encontrava-se entre o percentil 10 e 3 (baixo-peso 1). Quanto à religião, são católicos.

**ROSA é mãe de ROSANA;** tem 38 anos, nasceu no Ceará e é analfabeta. É casada com RAFAEL, de 36 anos, que também nasceu no Ceará e também é analfabeto. Têm três filhos, o mais velho com 15 anos e já está alfabetizado. Rosana é a filha do meio, com dois anos e sete meses, e a caçula chama-se Raissa e está com oito meses. Rosa teve outra filha mais velha aos 20 anos, de outra relação, que mora com a avó no Ceará, e se emociona ao se lembrar dela. Moram na Rocinha há mais de 16 anos, em casa própria, sem saneamento básico, com sala, quarto, cozinha e banheiro, comprada com o salário recebido pelos dois. Rosa trabalhava como doméstica, já foi faxineira e no momento da gravidez da Rosana trabalhava à noite em restaurante; quando findou sua licença-maternidade parou de trabalhar. Lava roupa para fora esporadicamente. Rafael é porteiro de hotel no bairro do Flamengo, vai assinar a carteira, recebe um salário de R\$ 250,00. Rita fez o pré-natal no CMS. Rosana nasceu em 5 de agosto de 1995, no Hospital Municipal Miguel Couto, de parto normal, foi amamentada até os nove meses. A última filha do casal, Raissa, nasceu de parto cesáreo, numa maternidade em Alcântara, em Niterói, porque Rosa foi fazer laqueadura tubária, pela qual pagou cerca de R\$ 200,00 dinheiro este que conseguiu emprestado com um vizinho amigo. Nessa ocasião pegou uma infecção hospitalar. Raissa ainda está sendo amamentada. Rosa foi ao grupo de mães pela primeira vez em agosto de 1997; nessa ocasião, o peso de Rosana em relação à sua idade encontrava-se menor que o percentil 3 (baixo-peso 2) e, no momento da entrevista, entre o percentil 10 e 3 (baixo-peso 1). Quanto à religião, são católicos.

**NAIR é mãe de CRISTINA;** tem 33 anos, nasceu em um município rural de Alagoas, estudou até a terceira série, mora na Rocinha há 15 anos; lá conheceu PEDRO, com quem está casada há três anos. Pedro é cearense e tem 27 anos. Moram em casa alugada, com sala, cozinha e banheiro, com saneamento básico. No momento Nair trabalha em seu lar, lavando roupa para fora e “tomando conta” de mais duas crianças, que são seus sobrinhos, recebe em torno de R\$ 150,00. Quando solteira trabalhava como doméstica. Pedro trabalha como “saladeiro”, em restaurante no centro da cidade, tem carteira assinada e recebe o salário de R\$ 500,00. Cristina é filha única, tem um ano e quatro meses, nasceu

em 1 de janeiro de 1997, de parto normal no Hospital Municipal Miguel Couto; foi amamentada até 9 meses. Nair começou a fazer o pré-natal na Clínica Clara Basbaum e terminou no PAM Botafogo; foi ao grupo de mães pela primeira vez em julho de 1997; nessa ocasião e no momento da entrevista, o peso de Cristina em relação à sua idade era menor que o percentil 3 (baixo-peso 2) . Quanto à religião, são católicos.

**MARIA DA GLÓRIA é mãe de NOEMI;** tem 25 anos, nasceu em Ipu, no Ceará, estudou até a quarta série, mora há mais de 10 anos no Rio de Janeiro, porém sem moradia fixa. É solteira, às vezes fica na casa da irmã ou na casa de uma amiga na Rocinha. Quando engravidou de Noemi, tinha 23 anos e era alcoólatra. Fez dois abortos anteriormente; no momento atual Maria da Glória parou de beber. Noemi é filha única, tem um ano e quatro meses; sua gestação foi acompanhada no CMS e nasceu em 24 de dezembro de 1996, de parto normal, no Hospital Municipal Miguel Couto; mamou até um mês. Noemi mora na casa de uma vizinha na Rocinha e não tem contato com o pai, que está em Minas Gerais e “parece” que é mendigo. Maria da Glória já trabalhou como doméstica e está procurando emprego, quando então pretende morar com sua filha, assim que conseguir ter uma casa. Maria da Glória foi ao grupo de mães pela primeira vez em fevereiro de 1998 e é ela quem leva Noemi ao CMS. Nessa ocasião, o peso de Noemi em relação à sua idade e no momento da entrevista encontrava-se entre o percentil 10 e 3 (baixo-peso 1). Quanto à religião, é católica; diz que ter fé e freqüentar a Igreja lhe deu força para parar de beber.

**MARIA SILVA é mãe de ADRIANA e ADRIANO;** tem 20 anos, nasceu na Paraíba, estudou até a quinta série, mora na Rocinha há cinco anos, onde conheceu seu marido e desde então estão casados. Seu nome é JÚLIO, tem 29 anos e é cearense; estudou até a oitava série. Moram em casa com sala, quarto cozinha e banheiro, alugada por R\$ 200,00, com saneamento básico. Maria da Silva trabalha como doméstica, diarista, há seis meses, com salário de R\$ 130,00. Júlio trabalha no supermercado Sendas do Leblon, tem carteira assinada e recebe salário de R\$ 150,00. Tem dois filhos, Adriana, com três anos e um mês, e Adriano, com um ano e dois meses. As crianças ficam em uma creche da Rocinha das 8 às 16 horas. Maria Silva engravidou de Adriana aos 16 anos e fez o pré-natal no CMS. Adriana nasceu em 15 de abril de 1995, de parto normal, no Hospital Municipal Miguel Couto; foi amamentada até dois anos. Adriano nasceu em 2 de abril de 1997, também de parto normal, no Hospital São Paulo, em Niterói, por causa de obras no Hospital Municipal e falta de vaga na Maternidade Praça XV; foi amamentado até três meses e desmamou junto com a irmã. Maria da Silva foi ao grupo de mães pela primeira

vez em fevereiro de 1996; nessa ocasião o peso de Adriana e de Adriano em relação à sua idade era menor que o percentil 3 (baixo-peso 2); e no momento da entrevista entre o percentil 10 e 3 (baixo-peso 1). Quanto à religião, freqüentam a Igreja Universal.

**ÁUREA é mãe de BRUNO;** tem 28 anos, nasceu no Ceará, estudou até a oitava série e mora na Rocinha há 10 anos. É casada pela segunda vez com ARMANDO, que é pai de Bruno e também é cearense, tem 30 anos. Moram em casa com sala, quarto, cozinha e banheiro, alugada por R\$ 150,00; não há água encanada da CEDAE, não há coleta de lixo, mas há esgoto. Áurea tem mais três filhos do primeiro casamento; engravidou pela primeira vez aos 17 anos. O primeiro marido vê os filhos e paga pensão. A gravidez de Bruno foi difícil, pois o atual marido a abandonou grávida e foi morar em Brasília. Áurea se emocionou ao se lembrar desse momento; antes de Bruno completar um ano, Armando voltou para casa. Áurea trabalha no lar lavando roupa para fora e como manicure; recebe R\$ 100,00, já trabalhou como “overloquista” em confecção de roupas femininas, na Rocinha, porém a firma fechou. Armando trabalha como porteiro de hotel, tem carteira assinada e recebe salário de R\$ 250,00. Áurea fez o pré-natal no CMS e Bruno nasceu em 17 de setembro de 1996, no Instituto Municipal da Mulher Fernando Magalhães, em São Cristóvão, por falta de vaga no Hospital Municipal Miguel Couto, de parto cesáreo; os outros filhos também nasceram de parto cesáreo. Bruno foi amamentado até três meses. Áurea foi ao grupo de mães pela primeira vez em março de 1998; nessa ocasião, o peso de Bruno em relação à sua idade encontrava-se entre o percentil 10 e 3 (baixo-peso 1) e, no momento da entrevista, entre o percentil 90 e 10, considerado eutrófico. Quanto à religião, são católicos.

**DEBORAH é mãe de DANIEL;** tem 29 anos, nasceu no interior de Minas Gerais, estudou até a quarta série. É casada com DORIVAL, que tem 40 anos e nasceu na mesma cidade. Estão na Rocinha há seis meses, devido a problemas de saúde de Dorival. Moram num quarto emprestado pelo cunhado, espaço único com sala, quarto e cozinha, com saneamento básico. Os móveis foram doados, pois Deborah deixou a sua casa “mobiliada” em Minas, para onde pretende voltar, apesar de considerar que a vida no Rio de Janeiro tem mais acesso a serviços. Deborah emocionou-se ao lembrar da mãe, sentiu muitas saudades. Devido ao problema de saúde de Dorival, Deborah é chefe-de-família e trabalha numa firma de faxina que presta serviço no Hipermercado Extra, na Barra da Tijuca. Tem carteira assinada e recebe R\$ 184,00. Tem dois filhos; engravidou pela primeira vez aos 25 anos, de Danilo. Daniel nasceu em 26 de novembro de 1996, tem um ano e sete meses e



ainda está sendo amamentado. Deborah fez pré-natal e todos os dois nasceram no interior de Minas, de parto normal, em um posto de saúde. Deborah foi ao grupo de mães pela primeira vez em março de 1998. Nessa ocasião, o peso de Daniel em relação à sua idade encontrava-se entre o percentil 10 e 3 (baixo-peso 1); e, no momento da entrevista, entre o percentil 90 e 10, considerado eutrófico. Quanto à religião, são católicos.

**ANA CAROLINA é mãe de MAURÍCIO;** tem 22 anos, é carioca, estudou até a oitava série e é solteira. Já foi casada com MANOEL, de 21 anos, que também é carioca. Ana tem três filhos, sendo que os dois últimos são filhos de Manoel. Aos 16 anos fez um aborto e aos 18 anos engravidou de Tânia. Hoje mora com os filhos num barraco de madeira, construído no terreno da casa da avó, que tem apenas um cômodo, e não tem saneamento básico, nem geladeira; utilizam a geladeira da avó. Ana trabalha em casa lavando roupa para fora, não tem renda fixa, recebe ajuda da avó de 65 anos, que é pensionista e diarista, e de amigos. Já trabalhou no comércio, numa pastelaria e nas Lojas Americanas. Manuel já foi servente e no momento está desempregado e não contribui financeiramente. Maurício nasceu em 27 de julho de 1996, de parto normal, na Maternidade Praça XV, e foi amamentado até 10 meses. Ana Carolina não fez pré-natal nessa gravidez e foi ao grupo de mães pela primeira vez em setembro de 1996, acompanhando sua filha mais velha Tânia. Na ocasião em que levou Maurício e no momento da entrevista, o peso do menino em relação à sua idade encontrava-se entre o percentil 10 e 3 (baixo-peso 1). Quanto à religião, são católicos.

**MARIA LUIZA é mãe de GUSTAVO;** tem 20 anos, nasceu na Paraíba, estudou até a segunda série e é casada com JOSIAS, que tem 27 anos, também é paraibano, e analfabeto. Têm dois filhos e moram há 10 anos na Rocinha, numa casa de um cômodo, alugada por R\$ 50,00; até pouco tempo moravam em casa de madeira, agora é de alvenaria e tem saneamento básico. Maria Luiza não trabalha fora, não tem rendimento; Josias está desempregado e faz biscate em obras na Rocinha, recebendo em torno de R\$ 40,00 por semana. Maria Luiza engravidou do primeiro filho com 17 anos. Gustavo nasceu em 10 de junho de 1997, de parto normal no Hospital Municipal Miguel Couto, onde Maria Luiza fez o pré-natal. Gustavo foi amamentado até um mês. Maria Luiza foi ao grupo de mães pela primeira vez em abril de 1998. Nessa ocasião, o peso de Gustavo em relação à sua idade encontrava-se menor que o percentil 3 (baixo-peso 2) e, no momento da entrevista, entre o percentil 10 e 3 (baixo-peso 1). Quanto à religião, são católicos.

**LÚCIA é mãe de LAÍS**; tem 24 anos, nasceu em Minas Gerais, estudou até a segunda série e é casada com **ÁLVARO**, que tem 27 anos, também é mineiro e estudou até a segunda série. Moram na Rocinha há quatro anos, em casa própria de dois andares, com sala, dois quartos, cozinha e banheiro, e água encanada da CEDAE. Lúcia no momento não trabalha fora, mas já trabalhou como arrumadeira em *apart-hotel* e pretende voltar a trabalhar. Álvaro é faxineiro, tem carteira assinada e recebe um salário de R\$ 250,00. Têm dois filhos. Lucia engravidou do primeiro com 18 anos, fez o pré-natal de Laís no CMS. Laís nasceu em 7 de julho de 1997, de parto a fórceps, na Maternidade Praça XV e foi amamentada até 8 meses. Lúcia foi ao grupo de mães pela primeira vez em abril de 1998. Nessa ocasião, o peso de Laís em relação à sua idade encontrava-se menor que o percentil 3 (baixo-peso 2) e no momento da entrevista entre o percentil 10 e 3 (baixo-peso 1). Quanto à religião, são católicos.

\*

Procuramos, nas pequenas biografias construídas sobre as mães, retratar o essencial de cada história, com intuito de oferecer ao leitor um perfil e um contexto. As entrevistas são individuais, porém trata-se de um grupo, de uma coletividade que, apesar das questões singulares, apresentam muitos pontos comuns.

Segundo Minayo (1994), a fala a partir da entrevista pode ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos e, ao mesmo tempo, a partir de um porta-voz, transmitir as representações de grupos determinados, em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas. Haguete (1997) complementa afirmando que a fala expressa o valor de sua própria cultura, do seu tempo e do seu meio.

Como podemos perceber, a maioria das entrevistadas são mães jovens, entre 20 a 30 anos, migrantes da Região Nordeste que vieram para a cidade do Rio de Janeiro e aqui constituíram suas famílias. Trata-se, de um modo geral, de famílias nucleares, com um número máximo de quatro filhos.

Um dos aspectos que chamou nossa atenção diz respeito ao fato de as mães terem se casado com companheiros também migrantes. Será a busca de identificação, de cumplicidade, uma forma de preservar sua cultura, de amenizar a saudade ou um pouco de tudo isto? No momento da entrevista este ponto não foi explicitado.

Rebello (1997), através de estudo de caso de usuários dos serviços do CMS VI RA encaminhados para a clínica de saúde mental, migrantes também do Nordeste, nos informa que o processo de migração não desloca os indivíduos apenas do contexto geográfico, mas os transfere para um outro contexto sociocultural. Assim, trilhar os caminhos da migração significa não só uma história de conquistas, lutas, perdas e buscas, mas também representa uma ressocialização, um novo aprendizado.

Por outro lado, ressalta que a cidade não é um território totalmente desconhecido. A população migrante, em geral, orienta-se por parentes ou amigos, já possui algum contato, laços de referência, algumas informações sobre a cidade-destino. As mães entrevistadas, assim como outros migrantes, vieram para a cidade em busca de trabalho e melhores condições de vida.

Segundo Dowbor (1996), o Brasil se urbanizou mais pela expulsão do campo, que obedeceu a três dinâmicas: a expansão das monoculturas, a tecnificação do campo e o uso do solo rural como reserva de valor, sendo que estes fatores conjugados geram efeitos negativos no uso da terra e no emprego rural.

A migração não é um fenômeno atual; o movimento espacial da população está associado às transformações econômicas, sociais e políticas. No Brasil, este fenômeno deu-se predominantemente a partir da Segunda Guerra Mundial. Paralelamente, ocorreram dois processos complementares: a “modernização” agrícola e agrária, levando a população do campo ao êxodo rural, e a intensa urbanização e industrialização. Por um lado, o trabalhador rural via-se expulso da terra; por outro, a cidade o atraía, pois dependia de mão-de-obra.

Data dessa época também, como vimos, a formação dos aglomerados populacionais nas grandes cidades: no caso do Rio de Janeiro, a expansão das favelas, como local de moradia para as camadas populares; e em muitos casos, como a Rocinha, local também de mercado de trabalho informal.

Cabe ressaltar que a população migrante, em sua maioria, não teve oportunidade para se manter no sistema oficial de ensino. Nosso estudo identificou que muitas mães e companheiros têm o primeiro grau incompleto, o que os caracteriza como mão-de-obra pouco especializada.

A maioria dos companheiros das mães entrevistadas se insere no mercado formal de trabalho, em atividades relacionadas ao comércio, prestação de serviços e indústria de construção civil, na Zona Sul do Rio. Como vimos, também, constituem-se o principal mercado de trabalho para os moradores da Rocinha.

A maioria das mães entrevistadas realiza trabalhos domésticos, de cuidado com seus filhos, casa e marido, somados à atividade laborativa no mercado informal, como lavadeira — fonte de renda feminina para aquisição de vestuário, mobiliário e complementação alimentar para a família. Por outro lado, duas mães entrevistadas são chefes-de-família, “têm carteira assinada” e estão inseridas no mercado formal de trabalho.

Quanto às crianças objeto de estudo, identificamos que, em sua maioria, têm até três anos de idade, tiveram sua gestação acompanhada, em geral, no CMS VI RA, e nasceram de parto normal, no Hospital Municipal Miguel Couto — local de referência de parto para moradores da área de abrangência do CMS. Quanto à amamentação, percebemos também que todos foram amamentados e grande parte por um período de mais de nove meses. Em relação à situação do estado nutricional no primeiro dia de grupo e na entrevista, percebemos que quase todas as crianças tiveram evolução positiva.

#### 4 - ALEITAMENTO MATERNO

De acordo com Simone de Beauvoir (1980), “*não se nasce mulher, torna-se mulher*”. Nesta linha de pensamento, introduzimos nossa questão: não se nasce nutriz, a mulher torna-se ou não uma nutriz. Ser mulher, mãe e nutriz é uma construção social.

Em relação à saúde infantil, a amamentação, devido às suas múltiplas vantagens, tem uma contribuição importante no estado nutricional da criança. Por outro lado, a prática inadequada, tanto do desmame precoce, quanto do tardio, pode repercutir negativamente, levando a criança ao risco nutricional.

No que se refere às respostas em relação à amamentação, cabe destacar, concordando com Rea e Cukier (1988), que raramente o discurso humano é linear, principalmente quando este diz respeito ao processo, a um fenômeno que é dinâmico, sujeito a mudanças a cada dia ou em diferentes momentos da vida. Complementando esta idéia, Paulo Freire (1983) nos fala que sendo o homem um ser de relação, em suas relações com o mundo há uma pluralidade de respostas. No jogo constante de suas respostas, altera-se, organiza-se, reflete, escolhe caminhos.

As mães entrevistadas em nosso estudo, em sua grande maioria, amamentaram por um período superior a nove meses. Os principais fatores de desmame assinalados por algumas mães foram problemas referentes a gravidez, parto e pós-parto e problemas nas mamas. Esses fatores puderam ser compreendidos a partir de sua história, em especial sobre maternidade, gestação, parto e puerpério.

Vale destacar que, compreendendo a prática da amamentação como processo, há um limite tênue entre os fatores que contribuem para a amamentação e os que favorecem o desmame. Entendemos a experiência da amamentação como única com cada filho e como um processo, compreendendo diferentes momentos e diferentes dimensões que conformam uma totalidade. Dentre estas destacaremos as dimensões: temporal, afetiva, do cuidado, de ritual de socialização, de saúde e doença, do trabalho e econômica. Em cada uma das dimensões serão buscadas as contradições existentes nesse processo.

Diante desta perspectiva e por considerarmos a amamentação como uma prática que reúne atributos definidos pela natureza (biologia) e pela cultura, optamos por conduzir a análise através de eixos que possibilitem evidenciar as várias dimensões, ou seja, a partir

da interseção entre natureza e cultura, na interseção da esfera pública considerada esfera da produção social, masculina e a esfera privada considerada como esfera da reprodução, feminina.

Na **dimensão temporal**, a partir das falas das mães, conjugadas com a nossa experiência, foi possível identificar dois momentos críticos em relação ao processo do aleitamento materno. O início e o término, ou seja, o estabelecimento da amamentação propriamente dita e o desmame total.

Na primeira perspectiva da dimensão temporal, o estabelecimento do processo de amamentação aparece nas falas das mães, como o primeiro momento importante, e de certa forma decisivo para o aleitamento materno, demandando a necessidade de estruturas de apoio e informação. É uma prática que exige paciência, num momento de grande vulnerabilidade emocional da mulher. A amamentação não é intuitiva, natural e fácil. Necessita que o binômio mãe e filho “se acostumem”.

*D: “Eu acho bom. No início não, no início dói muito, mas depois que está acostumado assim eu não acho difícil não”.*

*N: “... no primeiro dia, que ela não pegou o peito, depois ela mamou bem... os nove meses ela mamou bem”.*

*L: “... ele pegou o peito bem, logo assim que nasceu, não deu trabalho não”.*

Em verdade, o estabelecimento da amamentação depende da relação entre mãe e filho, da superação do estranhamento inicial ao encontro necessário para a formação do apego.

A importância desse primeiro momento tem se transformado em objeto de preocupação dos formuladores de políticas para a área, haja vista a principal estratégia internacional de promoção do aleitamento materno, na década de 90 — a implantação do Hospital Amigo da Criança. Dentre as várias ações, contempla em suas diretrizes rotinas hospitalares que favorecem o contato precoce entre mãe e filho, contribuindo, conseqüentemente, para o estabelecimento desse encontro, do apego.

Outro aspecto merecedor de destaque diz respeito ao fato de a experiência de amamentar ser única com cada filho, e de se inserir no momento de vida pelo qual passa a mulher. Experiências anteriores, com outros filhos, podem ou não ter interferência nessa

vivência, pois como salientam vários autores, depende do momento vivido pela mulher (Araújo, 1991; Arantes, 1995; Martins, 1998; Silva, 1997).

*MS: “A Andréa mamou até os dois anos e um mês; o André mamou só até os três meses...”*

*D: “Esse mamou até sete meses só... o outro está com um ano e sete meses e está mamando”.*

*ML: “mamou um mês e pouco... o outro mamou só um mês e pouco também”.*

A partir dessas falas, vemos uma diversidade de experiências. Ao longo do estudo, identificamos diferentes facetas que contribuem para que o processo de amamentação seja diferenciado, mesmo na mesma família, pois está inserido no contexto de vida de cada mulher, porque a vida é dinâmica, multifacetada.

O desejo, o prazer, ou mesmo a insatisfação são sentimentos oriundos da vivência da amamentação e da maternidade, que definem a mulher como algo mais do que uma simples fêmea. O desejo de ter um filho, assim como o ato de amamentar esse filho, são complexos, difíceis de se precisar e isolar de toda uma rede de fatores psicológicos e sociais. Não é só a natureza que leva a mulher a cumprir seus “deveres maternos”. A moral, os valores sociais, religiosos, culturais têm um peso incalculável (Badinter, 1985).

Assim, na **dimensão afetiva**, dentre os sentimentos evocados, a amamentação desponta como um ato prazeroso, gostoso e uma ação da mulher.

*A: “Foi legal, eu gostava de dar de mamar para eles”.*

*R: “Os três que estão comigo eu amamentei. Enquanto eu puder dar o peito para ela eu dou”.*

Estas falas se referem ao prazer suscitado na mulher, mãe, pela amamentação. O contato físico com o bebê, a troca de olhares, de calor, afago, carícias, tornam o ato de amamentar extremamente afetivo, único.

A condição de lactante é compensada por muitas satisfações e vantagens. As mulheres também sentem o prazer e o carinho propiciados pelo contato físico no momento da amamentação. A mãe pode acariciar, abraçar. O bebê pode brincar com ela, agarrá-la, tocá-la, conhecê-la. (Maldonado, 1982; Badinter, 1985; Martins Filho, 1984; Arantes, 1995; Martins, 1998).

Desta forma, a amamentação pode ser vivenciada como uma via de mão dupla: ao mesmo tempo em que a mulher é sugada, é doadora de alimento para o bebê, é também receptora de afetos; tanto propicia quanto recebe. Esta experiência afetiva, prazerosa para muitas mulheres, parece ser um fator fundamental para a superação das dificuldades e das circunstâncias adversas oriundas da sua vivência, possibilitando o estabelecimento da amamentação.

Assim, os mesmos valores referidos a natureza biológica — que colocam as mulheres numa posição inferior, à parte da vida pública, restringindo suas atividades — podem, ao mesmo tempo, colocá-las numa posição de vantagem, de solidariedade e de valor feminino (Rosaldo, 1979).

Em outra perspectiva da dimensão afetiva, o sugar o peito como fonte de prazer pode estar também simbolizando uma continuação da barriga ou mesmo apontando para a sexualidade da amamentação.

*M: “Eu acho que é uma coisa maravilhosa amamentar no peito, acho uma sensação maravilhosa”.*

*D: “Eu durmo separado dele, quando ele acorda e dá a fome ele vem. Já aconteceu de eu acordar e ele deitado em cima de mim lá mamando... Ele ficou três dias fora de mim, quando viu ele veio em cima de novo, então fica difícil tirar ele...”*

O aleitamento materno constitui-se numa fase importante da sexualidade das mulheres. A sexualidade feminina é mais ampla, diferente da masculina, que se baseia na relação sexual. Embora o prazer de amamentar seja diferente daquele da relação sexual, não há dúvida que é um ato muito sensual; além de oferecer uma satisfação emocional, possibilita um prazer físico (Clark, 1984).

A mama erótica, as sensações agradáveis oriundas do ato de amamentar, muitas vezes aparecem de forma implícita nas falas, não consciente. Porém, como nos informa Borges (1989), as palavras nos traem, dizemos o que não queremos dizer e ao mesmo tempo outras coisas que não suspeitávamos saber ou querer dizer. É assim, de forma dissimulada, que algo tenta se expressar. Compreendendo que a fala e os seus significados ultrapassam os limites do texto, para nós, é necessário e fundamental, na compreensão totalizante, que essa dimensão implícita seja desvelada. Para a mesma autora, para



compreendermos o subjacente, o dissimulado, é preciso rompermos com os preconceitos, com as respostas esperadas, o reducionismo.

Por outro lado, não conseguimos captar explicitamente um dos motivos do desmame, que seria a vivência do corpo como dualidade. A mama pode ser um veículo de fonte de alimento para o bebê, a mama nutrícia, e ao mesmo tempo fazer parte da sexualidade feminina, a mama erótica. Na dicotomia da mama — ou para o prazer sexual, ou para a alimentação do bebê — não se admitem ambas as funções; inclusive o prazer oriundo do ato de amamentar pode influenciar na decisão da mulher amamentar ou não seu filho.

Desta forma, pode acontecer que a divisão entre a maternidade e a sexualidade seja extremamente rígida, de forma que a mulher ou amamenta e limita a sua sexualidade, ou não consegue amamentar porque a mama como fonte de prazer sexual é vivenciada, nesse momento, como algo impuro e indigno. Parece que a ambivalência mama função nutrícia/mama erótica é experimentada pelas mulheres como dicotomia, não permitindo a superposição dos dois, prevalecendo ou um ou outro. A mama função é para o filho, e a mama erótica reservada ao prazer, à satisfação física — parece não poder estar no mesmo plano (Maldonado, 1982).

Assim, não é pelo fato de os seios assumirem o seu papel biológico que seu papel erótico deve passar para o segundo plano. As mulheres precisam se reconciliar com o seu corpo e considerar a maternidade e o aleitamento como parte integrante da sexualidade. Porém, segundo a autora, para algumas mulheres é difícil falar a respeito (Clark, 1984).

Para as mulheres, falar da sexualidade espontaneamente é um tema difícil, principalmente no momento em que sua sexualidade está atravessada na ambigüidade de sentimentos e na dualidade de funções de seu corpo e de sua mama.

Em estudo sobre as representações das mulheres sobre o corpo, Araújo (1991) também teve dificuldade em fazer emergir espontaneamente definições sobre o corpo e sobre atividade sexual. Ao tratar a sexualidade da mama em conjunto com a sexualidade do corpo, a autora salienta que para as mulheres a insegurança, o cansaço, o grande envolvimento emocional com o filho e a mudança corporal a partir da gestação e do puerpério são fatores que contribuem para as dificuldades encontradas para o retorno à atividade sexual com o companheiro. A mulher que amamenta parece ser mais um corpo

biológico do que um corpo investido de sensualidade. Parece haver nesse momento um distanciamento do corpo erótico sexual. O prazer é vivenciado, muitas vezes inconscientemente, através da amamentação. Para algumas mulheres, o prazer é estabelecido através do vínculo com o filho.

A reconquista, pela mulher, do seu próprio corpo e de sua vida sexual com seu companheiro é permeada por essa tensão. O que os homens/pais pensam sobre isto? Há apoio ou não do companheiro? Simplesmente este não foi mencionado. Será que o companheiro/pai não fez parte do processo?

A participação do pai nesse processo, também, parece que não surge espontaneamente. As mulheres precisam ser questionadas a esse respeito. Eles são referidos mais ao período da gravidez e no cuidado com os filhos maiores. Os homens/companheiros são extremamente importantes no apoio às mulheres. Conhecer suas opiniões, seus sentimentos, suas dúvidas e medos deve fazer parte de estudos de incentivo ao aleitamento materno. O período do parto e pós-parto provoca um impacto importante no relacionamento do casal. Tanto o homem quanto a mulher estão assumindo novos papéis.

Fazendo referência às práticas normalizadoras do final do século XVIII e início do século XIX, Badinter (1985) comenta que o discurso médico e moral da época proibia as relações sexuais durante a gravidez e no período do aleitamento. Desta forma os maridos não deixaram de ter responsabilidade na recusa da esposa em amamentar, pois a amamentação seria um atentado à sua sexualidade e uma restrição ao prazer. Por outro lado, cerceando a realização sexual do coito, e sugerindo o valor do orgasmo na amamentação, o discurso higienista do século XIX incentiva a sexualização da relação mãe e filho (Costa, 1989).

No que diz respeito ao corpo da nutriz, o corpo que pode ser visto, público, é aquele que amamenta a criança, um corpo dessexualizado, correspondente às funções de procriação. O corpo privado, é o corpo individual, subjetivo, o corpo erotizado, aquele que não pode ser mostrado (Araújo, 1991).

As mães, mulheres, quando indagadas, vivenciam esse duplo papel de forma conflituosa. Algumas fazem referência à vergonha de amamentar em público; outras, ao contrário, focalizando a função nutricia da mama, consideram natural e não deixariam seu filho com fome.

Portanto, vivemos uma tensão entre o modelo “universalizante”, “globalizante” e a heterogeneidade que faz parte das diferenças individuais e sociais. Cada mulher, cada casal, vivencia seu corpo e, no caso específico, a mama, a partir de sua existência, seus valores e condições de vida.

Para Borges (1989), o corpo é o recipiente real e fantástico de todas as nossas emoções e fantasias. Assim, na prática, a amamentação é permeada por emoções. Na dimensão afetiva, destacamos, por outro lado, sentimentos de insegurança, ansiedade, culpa, que muitas vezes dificultam o processo, podendo levar ao desmame.

*M: “Amamentação das minhas duas filhas... elas não quiseram mamar. Só mamaram até dois meses. Não pegavam, ficavam fazendo vômito. Aquele negócio de criança chorar, ah tá com fome, tá com fome. Aí dá mamadeira, aí só mamou dois meses”...*

*ML: “Ele mamava mas em poucos minutos ele ficava chorando de fome. Meu leite não sustentava ele... eu tentei dar mas eu não consegui”.*

Estas falas expressam sentimentos maternos de insegurança, ansiedade, *stress*, que contribuíram para a introdução precoce de mamadeira. A amamentação ao seio e os gritos do recém-nascido estão longe de provocar em todas as mães os mesmos sentimentos e atitudes (Badinter, 1985).

Estudando as causas de desmame a partir de grupos reflexivos/educativos com puérperas de uma unidade básica de saúde no Município de Nova Friburgo, no Rio de Janeiro, Siqueira *et al.* (1994) identificaram o choro dos bebês como queixa mais freqüente, e que dificultava a amamentação no primeiro mês de vida da criança. Destacam que o choro do bebê, aliado à grande demanda que o aleitamento suscita, podem deixar as mães ansiosas e diminuir sua autoconfiança, uma vez que nesse período ainda não existe um horário regular de mamadas e o esvaziamento gástrico é rápido.

Outro aspecto da questão diz respeito à conseqüência da introdução precoce da mamadeira, levando ao desmame da criança.

*A: “Ele mamou só dois meses. Ele abusou do peito. Assim que eu comecei a dar mamadeira, ele não quis mais saber do peito...”*

Diversos autores são unânimes em afirmar que a introdução precoce de mamadeira sempre acaba sendo um fator importante do desmame, sendo quase impossível manter a criança ao seio depois que ela começa a receber leite através do bico de borracha. Além de ressaltarem outro aspecto importante, dúvidas, ansiedades e receios inibem o reflexo fisiológico da descida do leite (Pernetta, 1982; Martins Filho, 1984).

Outro sentimento emergente foi a culpa, o fracasso por não ter conseguido amamentar — “*eu tentei mas não consegui*”. O modelo atual, ainda hegemônico, de promoção da amamentação, é calcado na responsabilização da mulher. Quando não apoiada, amparada, o não-êxito acaba trazendo o sentimento de culpa, muita culpa. A maternidade também muitas vezes é referida e julgada a partir dessa prática.

A partir do século XIX, principalmente no século XX, a angústia e a culpa nunca foram tão grandes. As mulheres passaram a ser mais responsáveis por seus filhos; quando não assumiam este dever, sentiam-se culpadas. A mulher que não amamentava rompia duplamente as leis da natureza, primeiro porque se comportava de modo contrário a todas as fêmeas e, segundo, porque contrariava a sua vocação de mãe. Comparadas negativamente às fêmeas, as mulheres deveriam sentir-se no mínimo constrangidas, culpadas, más, egoístas, incompetentes (Badinter, 1985; Costa, 1989).

Por outro lado, paradoxalmente, esses sentimentos introjetados e o juízo de valor sobre a maternidade podem colaborar com o processo de amamentação, principalmente por evocar sentimentos de sacrifício da mãe a favor do filho.

*D: “Quando começou a nascer o dente também foi uma dificuldade porque mordida. Ele mordeu de juntar pus no peito, então quando ele encostava a boca ali, só deixava porque a gente fica com dó mesmo, porque ele era bem pequenininho... mas eu sofri com ele, ele mordida muito”.*

Outros estudos sobre amamentação também encontraram relatos semelhantes. Parece existir um forte sentimento de doação, de sacrifício das mulheres em relação aos filhos (Adesse, 1994; Araújo, 1991, Martins, 1998).

A criança, o filho, a partir do século XVIII e consolidando-se no século XX, passou a ser único e insubstituível, tornando-se objeto privilegiado da atenção materna. A mulher aceita sacrificar-se para que seu filho viva, e viva melhor junto dela. O cuidado com as crianças não seria mais uma obrigação, mas um ato de amor. A mulher nascera para a

família e para a maternidade. A mãe, como o centro do mundo da criança, recompensa todas as dores e sofrimentos que a mãe que amamenta enfrenta quando tem fissuras (Badinter, 1985; Costa, 1989).

O projeto normalizador da Igreja, do Estado e da medicina constituiu-se em esboçar um padrão de comportamento feminino de boa e santa mãe. A maternidade seria uma tarefa árdua, um prolongamento das dores do parto para uma vida inteira. A mulher ideal seria a esposa, mãe, afeta à domesticidade, à piedade religiosa, preocupada em consolidar a família e a criar os filhos. Em contrapartida, a maternidade pode ser para as mulheres um espaço de abrigo contra sua total exploração, uma vez que, assumindo o papel de gestora da vida privada, administradora do cotidiano doméstico e da sobrevivência dos filhos, tem reforçado seu poder, pelo menos no âmbito familiar (Del Priore, 1993).

Como podemos perceber, a concepção de mulher, maternidade, casamento e infância é mutável ao longo da história, é uma construção social. Engravidar, parir e amamentar também são fenômenos femininos sujeitos a variações históricas, sociais e culturais.

A partir das histórias de vida pudemos também identificar dificuldades no período da gravidez, dificuldades estas não biológicas, mas inerentes à vivência da gestação e que interferiram no processo do aleitamento.

*A: “Ele só mamou dois meses... a gravidez do meu filho foi horrível, meu pai queria que eu saísse de casa eu sofri muito na gravidez dele...”*

*AC: “A Tânia mamou quinze dias só, porque eu não tinha leite. O dele não, eu dei bastante leite. Eu amamentei até estando grávida do menor. Aí, quando eu soube que estava grávida com dois meses eu parei. O Júnior mama até hoje... A gravidez da Tânia foi ruim, eu batia no pai dela, ele também me batia”.*

O período do ciclo gravídico-puerperal, referente à vivência da gravidez, parto e puerpério, é bastante delicado. As mulheres necessitam ser cuidadas, amparadas e apoiadas. Sentimentos ambíguos, conflitos, dúvidas, ansiedades, medos estão bastante afluídos. Muitas vezes seus medos tornam-se realidade, ora devido a sua história de vida, ora são agravados pelas práticas inadequadas de atenção ao período perinatal.

*AU: “Me senti muito abandonada, entrei numa depressão. Só vivia chorando direto. Não tinha condições de levantar para*

*nada. E quando eu cheguei da maternidade para fazer as coisas, operada, cheia de ponto...*”

A amamentação não pode ser vista puramente como um problema de se querer ou não amamentar, ou se de saber de sua importância ou não. É muito mais complexa: a volta para a casa da maternidade, onde a mãe que havia ficado alguns dias no hospital e volta a enfrentar a rotina, o trabalho, as preocupações e o cuidado com os outros filhos, tudo isto colabora para que a ansiedade aumente. Os afazeres domésticos, as dores ou medos que possam existir como consequência do parto, como a sutura de episiotomia, corte de cesárea ou dificuldades para a evacuação, acabam colaborando para o aumento das dificuldades (Martins Filho, 1984).

Podemos acrescentar, ainda, dificuldades no puerpério como fatores que interferiram no processo de aleitamento.

*E: “Ele mamou só quinze dias. Aliás, nenhum deles quis mamar no peito: essa daí e a outra também só mamaram um mês no máximo. Mas é porque da primeira eu tive problema no seio, tem a marca até hoje, onde foi cortado para tirar. Virou só sangue puro, aí eu fui operada. A senhora dá leite só num peito, então eles não estavam acostumados a mamar de um peito só”.*

*MG: “Ih, foi outro problema. Porque eu tomei muito antibiótico, internada no Miguel Couto, fiz duas cirurgias e o leite secou”.*

No que diz respeito ao apoio e ao cuidado da mulher e do bebê, necessários à prática do aleitamento, tanto a família como os serviços e profissionais de saúde podem ter um papel importante, denominamos em nosso estudo de **dimensão do cuidado**.

O modelo de assistência à saúde, em especial ao parto e ao cuidado do recém-nascido e da mulher puérpera, uma vez que nos centros urbanos o parto é realizado no âmbito hospitalar, pode também facilitar ou dificultar o início do processo. As práticas hospitalares, com a utilização indiscriminada dos berçários, do uso de drogas e em algumas situações de introdução precoce de mamadeiras, podem interferir negativamente tanto do ponto de vista afetivo quanto fisiológico.

Por outro lado, várias iniciativas governamentais vêm sendo tomadas no sentido de incentivar a amamentação. A adoção do sistema de alojamento conjunto, do sistema ainda em implantação no Brasil de mães-canguru, a implantação de Hospitais Amigos da

Criança, a implementação de bancos de leite, a reciclagem e capacitação dos profissionais de saúde com vistas à humanização do parto e ao manuseio técnico apropriado dos cuidados com os recém-nascidos e com a puérpera, assim como a regulamentação do código de comercialização dos substitutos do leite materno, são algumas medidas de impacto no incentivo à prática do aleitamento materno.

Apoiada a mulher e superadas as primeiras dificuldades, inicia-se o processo no qual o profissional de saúde pode ter um papel importante.

*AC: “Quando ele nasceu depois de três horas veio para mim, ele não queria pegar o peito, não queria mamar no primeiro dia. Aí eu fiquei chorando lá no hospital. Aí uma enfermeira escurinha lá da igreja ficou me ajudando até no dia seguinte. Até que ele pegou o peito e mamou”.*

A relação do profissional de saúde e o seu papel de educador insere-se a partir da troca de informações, conhecimentos entre o saber científico, as informações criadas e divulgadas pelos meios de comunicação de massa e o saber popular. O aprendizado é construído no seu cotidiano, a partir de vivências e experiências, a partir do contato com outras culturas que conformam a cultura popular.

Para Badinter (1985), a mãe que se sente responsável pela saúde do filho não oculta sua ansiedade e pede apoio, conselhos e ajuda ao médico. Esse profissional e os demais passam a adquirir uma importância considerável no seio da família. Por outro lado, muitas vezes as atitudes maternas e as orientações dos profissionais de saúde são conflituosas ou mesmo contraditórias entre os próprios profissionais. A informação recebida é elaborada, recriada a partir de concepções, experiências e vivências.

Compreendendo o aprendizado como processo, sempre há uma margem entre o que o educador — no caso o profissional de saúde — está comunicando, e o que o educando — no caso as mães — decodifica desta comunicação.

Os profissionais agem enquanto sujeitos sociais. Suas ações e seu saber técnico são permeados também por sua visão de mundo, ideologia, interesses, vivências e experiências.

As idéias, concepções ou representações são reinterpretadas em cada segmento social a partir de componentes culturais, etários, étnicos e econômicos identificadores de

cada grupo social. Mesmo quando é proposto um consumo cultural comum, numa sociedade complexa como a nossa, a diversidade cultural não se anula. As classes populares mantêm, pela experiência, uma crença “desconfiada” em relação ao que vêem, ouvem e lhes é prometido (Minayo, 1993 e 1997).

O mesmo discurso técnico pode ser reinterpretado de forma diferente tanto pelos profissionais de saúde como pelos usuários.

*AC: “O filho da minha irmã que tem quatro meses, ele já toma mamadeira, toma tudo. A mim ele(outro pediatra) proibiu, agora a pediatra da minha irmã liberou tudo... Mas o meu não pega, eu já tentei dar mamadeira para ele, ele vomitou...”*

Esta fala demonstra conduta diferenciada adotada por diferentes profissionais, assim como a prática alimentar e implementada pela mãe de forma reelaborada a partir da prescrição médica. Do ponto de vista da população, sua concepção do cuidado da saúde refere-se a uma visão de mundo ampla. Assume em parte a visão constituída, porém ela é construída ao seu modo, inserida na produção e reprodução da vida em suas várias dimensões (Minayo, 1989).

Essa mesma mãe fez referência à “amamentação cruzada”, prática culturalmente aceita em outras épocas, de “comadres”, sendo hoje não incentivada nos serviços de saúde devido à possibilidade de o leite ser veículo de transmissão do vírus da AIDS.

*AC: “Às vezes eu preciso sair, eu deixo com a minha vizinha, porque a minha vizinha tem um nenenzinho da idade dele. Aí ela dá de mamar para ele. Ela é saudável, não tem problema nenhum, aí eu deixo. Quando ela sai, ela deixa a filha comigo, a gente reveza, porque as vezes a gente precisa vir ao médico e não dá para carregar todo mundo”.*

Esta fala expressa a solidariedade da prática das comadres, assim como embute uma noção de saúde a partir da não-visibilidade da doença. Compreendemos que as práticas de comadre fazem parte da **dimensão do ritual de socialização**. As mulheres têm contato com a prática do aleitamento com outras mulheres, com suas mães, tias, avós, vizinhas, que, a partir de suas vivências e experiências, perpetuam a amamentação nas diferentes gerações.

Nesta linha de pensamento, Martins Filho (1985) acrescenta que um dos fatores mais importantes que mantêm o aleitamento materno numa comunidade é o cultural,



compreendendo a cultura popular no sentido mais amplo do termo: o saber coletivo, passado de geração em geração.

A outra idéia veiculada na fala desta mãe refere-se à não-visibilidade da doença. Segundo Heilborn (1997), o significado da epidemia da AIDS no tocante à adoção de estilos de vida esbarra em definições cristalizadas. A idéia de pessoa conhecida, que compartilha a princípio dos mesmo universo de valores, recai fora do campo de uma possível contaminação.

Assim, a não-recomendação da amamentação cruzada gera no mínimo uma tensão. Como tornar todas as mulheres suspeitas e ao mesmo tempo ser solidária? As mães de leite são condenadas, o uso do leite artificial é ideologicamente combatido. Qual a saída para uma mãe que não pode ou não quer amamentar? Como garantir a saúde de seu filho?

Acrescentamos que a prática solidária entre as mulheres contribui para que a mãe-nutriz seja amparada e apoiada em sua dupla jornada, podendo estabelecer a amamentação com mais tranquilidade.

*AU: “Quando eu cheguei da maternidade, operada... as vizinhas falavam, só tinha uma vizinha que me ajudava lavar as roupas de cama mais pesada, ela me ajudava... para amamentar era outro problema, pegar a criança do berço, eu mandava a minha filha pegar, ela não sabia nem pegar, de qualquer jeito ela pegava, não caíndo...”*

Assim, amamentar não é fácil; as mulheres, para cumprirem com as tarefas domésticas e de cuidado com os filhos, necessitam muitas vezes da solidariedade de outras mulheres. A solidariedade entre as mulheres tem sido uma construção social e cultural. Um mundo forte de entrelaçamentos e afinidades femininas tem sido um movimento percebido ao longo da história (Del Priore, 1993).

De outra forma, as relações sociais da mãe com parentes, com outros filhos, vizinhas, amigas, com o companheiro apresentam-se como fatores intervenientes na prática da amamentação.

*“A mulher sofre pressões de todos os lados, é a mãe, sogra, marido e a própria criança. A gente fica perdida”.*

Assim, as interferências, as pressões externas, da mãe, sogra, vizinhas, marido são importantes e contribuem também na duração da amamentação. As relações sociais

maternas podem ser um fator a mais de stress, de práticas alimentares inadequadas, de desmame, deixando a mulher confusa, com dúvidas sobre o seu papel de mãe e de nutriz.

*MS: “Com quinze dias de nascida, a Adriana ficou doente, aí eu levava ela no médico, eu deixava leite do peito na mamadeira, aí a vizinha foi lá e deu mingau para ele. Aí, ele não quis mais peito, se acostumou”.*

O desmame oriundo da introdução precoce de mamadeira pode ser um fator interveniente importante na saúde da criança. Assim como na literatura, as mulheres também reconhecem o valor da amamentação na prevenção de doenças. Este tem sido um outro aspecto positivo que contribui para a amamentação.

Na **dimensão da saúde e doença** percebemos, nas falas das mães que freqüentam o serviço de saúde, um discurso elaborado que incorpora às suas experiências o discurso científico.

*MS: “ Eu acho bom mas até os seis meses. Porque ali é a idade da criança. É muito bom porque evita doença. A Adriana não é uma criança que teve pneumonia, não tem doença grave né, porque mamou no peito até um bom tempo. Já o Adriano eu acho... porque não mamou muito tempo, ficou doente...”*

*MA: “Mas saúde graças a Deus minha filha tem. Só não é gorda acho porque não comia mesmo, porque saúde ela tem. Eu acho que é por causa do peito, criança que vive no peito é muito s\_dia. Qualquer resfriado é rapidinho, é um dia, dois só...”*

A partir das falas, podemos perceber que as mães reconhecem as vantagens nutricionais e imunológicas do leite materno, principalmente em relação à proteção da criança contra as infecções respiratórias, resfriados, bronquite e pneumonia.

Na literatura também podemos observar estudos que descrevem a amamentação protegendo a criança, diminuindo a gravidade das infecções respiratórias e as ocorrências de internações hospitalares por pneumonia (OPAS, 1997; Giugliani, 1997).

Estudos têm demonstrado também o efeito protetor da amamentação contra as doenças diarréicas, especialmente em populações de baixa renda, as quais são privadas de condições adequadas de saneamento básico, renda, trabalho e acesso aos alimentos. O aleitamento contínuo, além de proteger as crianças contra doenças, em episódios agudos de diarreia protege a criança contra a redução de consumo de calorias e proteínas, podendo

prevenir a perda de peso, além de encurtar o episódio da doença (Ypiranga, 1998; Bittencourt *et al.*, 1993; OPAS, 1997).

Assim, estimular a amamentação no primeiro ano de vida é essencial, pois além do valor nutritivo, o leite materno diminui a ocorrência de doenças, contribuindo para a prevenção e redução da desnutrição secundária oriunda dos agravos infecciosos (Batista Filho e Rissin, 1993). Podemos acrescentar ainda nesta dimensão, a partir das falas das mães, o desmame precoce como fator interveniente na saúde da criança.

*MG: “A menina não mamou um mês, por isso que ela é assim desnutrida. Amamentação é muito bom para a criança né, evita resfriado, e ela só vive resfriada e tem bronquite”.*

O desmame, a introdução precoce de outros alimentos diferentes do leite materno, além de diminuir a proteção contra doenças, pode também interferir na biodisponibilidade de nutrientes, tais como o ferro e o zinco (OPAS, 1997).

Considerando ser a anemia bastante freqüente na maioria das crianças brasileiras, sendo o ferro o nutriente importante na sua prevenção, temos mais uma vantagem da amamentação e desvantagem do desmame precoce.

Por outro lado, a prática de amamentação inadequada no segundo ano de vida pode também contribuir para que a criança não tenha uma alimentação equilibrada, interferindo negativamente na sua saúde.

*A: “Domingo, quando eu estava em casa, ela não comia nada, só o peito”.*

*MA: “Ela parou de mamar há um mês... com um ano e seis meses. Eu já estou achando que ela está com mais peso... o peito não alimentava o suficiente, e ela ficava naquilo, eu dava comida e ela não queria, queria o peito...”*

Como vimos a partir das falas das mães, o desmame tardio, assim como o precoce, pode interferir negativamente na saúde da criança, diminuindo o apetite, substituindo a alimentação da família adequada à criança maior de um ano por excesso de oferta do leite materno.

Vale destacar outra situação encontrada, que intervém na saúde infantil: a prática do aleitamento materno concomitante com dois filhos de idade diferentes, ou seja, a

amamentação prolongada de um filho levando ao desmame precoce do outro filho, tal qual relatado.

*MS: “Porque eu pensei assim: a Adriana só queria mamar, aí perdeu peso, e ele ia acontecer a mesma coisa, aí eu fui e tirei ele do peito enquanto era tempo”.*

Neste caso em particular, a mãe amamentou a filha maior durante a gravidez e após o nascimento de seu filho, tendo um período durante o qual amamentou ambos. Quando foi desmamar a mais velha acabou desmamando o bebê também. A situação exemplificada por esta família pôde ser encontrada em outras. São situações delicadas, preocupantes em relação à saúde da criança, principalmente por se tratar de crianças sob risco nutricional.

Cabe ressaltar a importância dessa informação identificada em nosso estudo, pois contribuiu para que os profissionais envolvidos na assistência à saúde da criança no CMS, em especial no grupo de mães, ficassem mais atentos, possibilitando intervenções individualizadas a cada mãe e a cada criança, no sentido de evitar o desmame precoce.

Outro fator interveniente na duração do aleitamento materno, referente à **dimensão econômica** e relatado na literatura diz respeito ao trabalho feminino. Nesta dimensão identificamos o trabalho feminino propriamente dito, pois a amamentação exige trabalho. Porém esse trabalho situado na esfera do feminino, dito como inato, natural, e realizado na esfera privada, muitas vezes fica invisível e sem valor monetário.

*AU: “ ... conforme eu fazia, respondia tudo lá embaixo. Lavar a roupa dele, com cinco dias, eu ficava sentada no banheiro lavando fraldas, principalmente as roupinhas dele, para amamentar era outro problema...”*

De outra forma, amamentar pode ser prático, menos trabalhoso do que o preparo de outra alimentação a ser oferecida à criança.

*AC: “Eu estou gostando, é melhor do que estar fazendo mingau”.*

Definida social e cientificamente como vocação natural, a criação dos filhos não requer habilidades especiais. Essa tarefa feminina não é vista como trabalho, não lhe é atribuído valor, mais ou menos trabalhoso, não é apenas inferior ou superior, ele inexistente

(Giffin, 1991). Nesta perspectiva, o não-valor, atribuído ao trabalho doméstico feminino muitas vezes é incorporado pelas próprias mulheres.

*R: “Eu não acho o trabalho de casa muito não. Meu barraquinho é pequeno, eu lavo roupa, arrumo a casa, minha casa é toda limpinha, porque toda hora eu estou com a vassoura na mão, estou com o pano na mão tirando a poeira... eu durmo pouco, já me acostumei, eu acordo as 5:30 h...”*

Esta mãe desempenha as funções sociais de babá, arrumadeira, cozinheira, faxineira, passadeira, mas não percebe, a exemplo de outras, o valor econômico e social de seu trabalho.

Por outro lado, a inserção da mulher no mercado de trabalho formal, a partir da venda de sua força de trabalho — isto é, o retorno da mulher assalariada ao trabalho — tem sido identificado por alguns autores como um momento importante para o desmame (Martins Filho, 1984; Rea *et al.*, 1997).

Nesse aspecto, somente uma mãe fez referência direta ao trabalho como uma possibilidade de desmame. Outras duas mães assalariadas continuaram amamentando por mais de 18 meses.

*MS: “O Adriano mamou só até três meses, porque eu queria trabalhar, aí eu fui tirando ele do peito, eu fui tirando”.*

*A: “Ela passou quatro meses só no peito, tomava nada, só no p\_ito mesmo. Aí eu comecei a trabalhar, ela mamava só à noite e de manhã quando eu saía. Aí quando ela era novinha eu tirava e deixava lá, na chuquinha para ela, depois ela foi crescendo...”*

Da mesma forma que essas mães, Martins (1998), em seu estudo, também relata que o trabalho feminino fora do lar não se mostra à mulher como um fator impeditivo ao aleitamento, sendo um momento de descobertas de estratégias que permitam a continuidade da amamentação. A mão-de-obra feminina e sua inserção no mercado de trabalho se configuram para além das questões relacionadas ao aleitamento e ao desmame. Em nossa pesquisa, as mães pararam de trabalhar após o casamento, ou durante a gestação, ou logo que findou a licença-maternidade.

*E: “Quando eu casei com ele, ele não me deixou mais trabalhar de jeito nenhum. Até a data de hoje eu não consegui nenhum serviço mais”.*

*R: “Trabalhei até da Rosana, até da barriga dela. Eu gosto de trabalhar, eu só não estou trabalhando agora por causa da menininha que está muito pequenininha...”*

*N: “Trabalhava, trabalhei um ano, quando eu engravidei dela eu saí”.*

Nestas falas predominam a função reprodutiva da mulher, a “opinião” do marido reforça seu papel no cuidado dos filhos, da casa, prevalecendo o trabalho realizado no âmbito doméstico em detrimento do trabalho assalariado, fora do lar.

De outra forma, a dupla jornada de trabalho, o desempenho das atividades domésticas conjugado ao trabalho assalariado apresenta-se como uma sobrecarga às mulheres, principalmente no período da gestação, puerpério e do cuidado com as crianças nos primeiros anos de vida.

*M: “... quando eu estava grávida dele eu trabalhei na casa da filha da patroa da minha mãe, até os oito meses eu trabalhei lá... trabalhar grávida não é muito bom porque fica muito cansativo para a gente. Sair de casa de manhã, fazer as coisas em casa, ir para o trabalho e fazer tudo de novo, a mesma coisa, comida, arrumar casa, lavar roupa. Gravidez trabalhando eu não achei muito bom não”.*

*MA: “Trabalhei na casa de uma dona em Botafogo... mas eu não quero mais não. Porque lá trabalhava muito, fazia de tudo, antes eu não tinha ela, agora eu tenho e me preocupo muito”.*

Estas duas últimas falas expressam, além da sobrecarga, o cansaço e a monotonia da dupla jornada de trabalho à qual estão submetidas as mulheres da classe popular. Quando ocupam alguma atividade no mercado formal, em geral são atividades menos especializadas.

Para Rea *et al.* (1995), a mulher urbana e trabalhadora enfrenta um conflito entre exercer seu papel produtivo e o seu papel reprodutivo. Este conflito nasce quando a mulher se torna fértil, perpassa o ciclo gravídico-puerperal e se acirra quando ela passa a ter uma criança para criar. A responsabilidade pela vida de um outro ser torna a situação mais complicada.

Assim, as experiências derivadas da fisiologia feminina — tais como gravidez, parto, amamentação — foram traduzidas pela construção social e cultural da maternidade e

da criação dos filhos como impossibilidades para o cumprimento dos requisitos do mundo da produção, da esfera pública (Vaitsman, 1994).

Em nosso estudo, as mulheres tentam conciliar o cuidado com os filhos e sua inserção no mundo do trabalho, através do mercado informal. Vários estudos apontam que as mulheres exercem atividades ocupacionais no setor informal da economia e na pequena produção caseira. Muitas vezes estas passam despercebidas pelas estatísticas oficiais e nas respostas das mulheres.

*AU: “Depois que eu peguei a menina de cinco anos, eu fazia faxina, aí a vida foi ficando mais difícil para mim, aí eu fui fazer faxina”.*

*E: “O bico que eu faço é lavar roupa da moça, que eu lavo duas, três vezes por mês...”*

As mulheres tentam conciliar suas tarefas domésticas com alguma atividade remunerada realizada em seu próprio lar. As mães, nesta pesquisa, em sua maioria lavam roupa para fora, ora para algum parente, ora para vizinhos, sendo a remuneração deste trabalho variável, circunscrita a essas relações de conhecimento. Porém essas atividades não são relatadas espontaneamente, uma vez que não são vistas socialmente como trabalho produtivo, por não pertencerem ao setor formal da economia.

Para Bruschini (1994), os conceitos e procedimentos metodológicos utilizados para medir o trabalho, tomando-se como modelo o trabalho regular, contínuo e formalmente remunerado, ocultam a contribuição feminina. O trabalho feminino costuma ser marcado pela descontinuidade e pela intermitência de entradas e saídas do mercado, através das quais a mulher tenta equilibrar as atividades produtivas e as funções reprodutivas. O papel da dona de casa exercido pelas mulheres é contabilizado como inatividade econômica. Dada a maior difusão e aceitação social dessa função feminina, é provável que, ao responderem sobre trabalho, esta seja a principal ocupação declarada pelas informantes, sendo ocultadas outras tarefas remuneradas desenvolvidas no mercado informal ou mesmo em seu domicílio.

Nas respostas das mulheres há uma diferenciação entre emprego, trabalho inserido no mercado formal, com carteira assinada e o trabalho informal. Talvez por isso, nos estudos sobre aleitamento materno, a questão do trabalho não apareça nas respostas das mães como uma razão fundamental para o desmame.

Apesar de estar havendo, nas áreas urbanas, um aumento da participação feminina no mercado formal de trabalho, parece ainda ser difícil para as mães dos grupos populares conciliar o cuidado da criança com o trabalho fora do lar. O trabalho feminino nas classes populares sempre existiu, porém de forma incerta, irregular, variando segundo a necessidade da família e a oferta do mercado. Para Rea *et al.* (1997), o trabalho pode ser uma causa não declarada de desmame e que necessita de outras metodologias para ser investigado.

Acrescentamos que, além de outras metodologias de pesquisa, as políticas de incentivo ao aleitamento materno necessitam também de estratégias de ação que contemplem a mulher trabalhadora da classe popular, inserida no mercado informal de trabalho.

Outro eixo, implementado pelas políticas pró-amamentação, refere-se à dimensão econômica. As estratégias praticadas com objetivo de promover o aleitamento materno para os diferentes segmentos sociais têm-se pautado, nos últimos anos, na comemoração da Semana Mundial de Amamentação. No ano de 1998, essa campanha teve como tema “Amamentar é um barato”.

No intuito de difundir as vantagens econômicas da amamentação em suas múltiplas formas de abordagem, no Rio de Janeiro, em material institucional distribuído pela Sociedade de Pediatria (Rego, 1998), destaca-se:

*1- “Amamentação x Economia de divisas*

*O Brasil economizaria quase 100 milhões de dólares, por ano, se todos os bebês fossem amamentados (ECO-92).*

*2- Amamentação x Economia de papel*

*Se todas as mães amamentassem seus filhos, seriam economizadas por ano, 3 mil toneladas de papel utilizadas em absorventes e/ou tampões íntimos (ECO 92).*

*3- Leite artificial x Gasto de água e energia*

*Um lactente de 3 meses necessita de 3 litros de água/dia (um para o preparo do leite e dois para ferver bicos e mamadeiras). Para ferver um litro de água gastam-se 200 gramas de lenha (em um ano, 73 quilos). 60% das pessoas não têm acesso suficiente à água (ECO 92).*



#### *4- Amamentação x Salário-mínimo*

*No Brasil, um lactente de 3 meses desmamado gasta 35% do salário mínimo (mais ou menos R\$ 40,00), o que seria suficiente para comprar 5 quilos de carne, 8 quilos de laranja e 8 quilos de legumes (WABA-98, adaptado por Rego, J. D.).*

#### *5- Amamentação x Economia nas empresas*

*Nos EUA, as empresas que apóiam a amamentação têm 27% de diminuição na falta ao trabalho e 36% de diminuição dos custos de cuidados para a saúde (WABA-98)”.*

Os argumentos citados se inserem na lógica da produção e reprodução da força de trabalho, tendo como eixo central a função social feminina do cuidado alimentar da criança. Como vimos anteriormente, o nutrir, a oferta do leite à criança, associado às demais tarefas domésticas que pertencem à esfera do trabalho feminino, são consideradas não-produtivas e também introjetadas pelas mulheres como não-valoradas. Talvez por isso esse argumento econômico, hoje, não seja tão valorizado pelas mães.

Em se tratando do processo de amamentação, o leite materno figura nas falas das mães como elemento central, assumindo uma conotação preditiva do processo como um todo. A possibilidade de a mulher perceber sua presença ou ausência se constitui numa questão concreta. Nas falas podemos destacar o leite como produto, sua quantidade e sua qualidade.

*M: “... se ele quisesse mamar mais tempo eu teria leite, ainda teria leite. Não tive problema nenhum, esse negócio de amamentação, de leite eu nunca tive problema”*

*ML: “Meu leite não sustentava ele...”*

Estas falas trazem embutido o sentimento de sucesso: ter bastante leite, ter leite forte ou o seu inverso, o sentimento de fracasso, não ter leite, não ter conseguido amamentar, ter leite fraco. Todos esses atributos referem-se ao leite, produto da glândula mamária, órgão biológico feminino. O ter leite fica referido à sua dimensão natural, reforçado pelo discurso científico, sendo portanto um problema biológico e individual da mulher, escamoteando o aspecto cultural do processo da amamentação e do próprio valor atribuído ao leite materno.

Uma vez associado o leite da mãe a algo natural, pertencente à natureza — e, como vimos anteriormente, o que mais se aproxima da natureza é considerado culturalmente

como inferior — temos no mínimo uma contradição entre os diferentes discursos, fazendo com que as próprias mulheres, mães, questionem o valor de seu leite.

*ML: “Acho que ele não quis mamar no meu peito. Eu acho que a mamadeira... o leite estava melhor do que o meu”.*

A partir de nossa experiência temos percebido várias dúvidas, contradições a esse respeito. As mulheres questionam como pode o leite materno ser melhor, se as crianças quando são alimentadas com mamadeira dormem mais? O dormir, o sono, são indicadores de que a criança está bem, que não está com fome.

Outra questão por nós levantada diz respeito ao processo de produção e oferta do leite materno. Divulga-se ser este o melhor, o ideal, que já vem pronto e que não dá trabalho. Esta concepção de ausência de trabalho também gera uma contradição, pois, na prática, as crianças amamentadas exclusivamente mamam em intervalos menores, solicitando mais atenção por parte de suas mães. Embora historicamente esse trabalho feminino não seja considerado, as mulheres o vivenciam no seu cotidiano.

A partir dessas contradições e dúvidas, a propaganda ofensiva do leite em pó, dirigida tanto para o público em geral, quanto para o público especializado — no caso os médicos — agiu também nesta brecha, aproveitando-se desta “suspeita” que, diga-se de passagem, não era nova. Já no início do século havia no próprio discurso médico a idéia de que algumas mães poderiam não produzir leite em quantidade e qualidade suficientes, introduzindo a noção de leite fraco, pouco leite ou leite que não sustente a criança (Almeida, 1998).

A indústria de leite artificial, através da propaganda, aproveitou-se muito sabiamente de um conceito já introduzido culturalmente, assim como de uma necessidade também histórica, pois a prática da amamentação nem sempre foi universal. Ao longo do tempo, sempre houve a necessidade de um substituto do leite materno. Em alguns momentos lançou-se mão das amas de leite. Com o avanço da industrialização, da urbanização e de outras necessidades sociais femininas, principalmente no período pós-guerra, o leite em pó, através da força da propaganda, ganha um incremento de uso extraordinário. Generaliza-se, mais uma vez enganosamente, a noção de que o leite materno pode ser substituído ou complementado, sem nenhum prejuízo à saúde da criança.

A utilização do leite em pó está associada simbolicamente também a uma conquista que expressa o acesso aos benefícios gerados pela sociedade. Durante muito tempo, foram veiculadas através dos meios de comunicação mensagens que fortaleceram a introjeção do valor cultural da mamadeira como símbolo de distinção social (Goldenberg, 1988).

A partir da existência humana, as mulheres produzem esse alimento ímpar, que é o leite materno, e com certeza elas são menos valorizadas do que seria um cientista que houvesse descoberto uma substância com tantas propriedades quanto o leite humano (Arantes, 1995).

Acrescentamos ainda, na perspectiva da dimensão econômica, que o leite materno — produto da fisiologia feminina, dito como “natural”, em alguns momentos históricos — teve valor comercial, de troca, de mercadoria. Na época da escravatura, a partir da venda das amas de leite: nesse caso as próprias mulheres eram mercadoria. No fim da escravidão, com a implementação do trabalho assalariado, as amas de leite vendem ao mercado sua força de trabalho e, indiretamente, o leite humano. Em meados do século XX, em especial pós-década de 40, o leite humano passa a ser comercializado a partir da implantação de Bancos de Leite Humano. Somente mais recentemente, após a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) e a Constituinte em 1988, é que a prática do aleitamento mercenário passa a ser proibitiva, predominando a lógica da solidariedade, a doação como um ato humanitário (Silva, 1990; Almeida, 1998).

A dimensão econômica explicitada no discurso político, citada como uma das vantagens do aleitamento materno, não apareceu diretamente nas falas destas mães. Quando indagadas sobre o que os maridos/companheiros pensam sobre a amamentação, esta dimensão aparece.

*“... é bom porque economiza dinheiro”.*

Desta forma, o homem é visto pelas mães pela sua função social, como provedor da família. Qualquer tema econômico passa a ser referido ao companheiro sendo atributo masculino.

Para Giffin (1994), as responsabilidades, segundo o gênero, foram refletidas e cristalizadas no plano social em estereótipos. O homem, responsável pelo sustento econômico da família, é também o sujeito histórico cuja atividade sexual é valorizada fora do contexto reprodutivo; a mulher, responsável pelo lar, é também objeto histórico cuja

atividade sexual é legitimada apenas para reprodução. As variações na organização e articulação de estruturas de produção e reprodução resultam em diferenças na situação da mulher através do tempo e entre grupos e classes sociais.

Ainda nesta perspectiva, Vaitsman (1994) afirma que a industrialização acirrou a dicotomia entre público — o mundo do mercado e da política —, e o privado — o mundo da família —, destituindo a unidade doméstica de seu caráter produtivo, produzindo-se ao mesmo tempo uma hierarquização entre práticas sociais produtivas/improdutivas e públicas/privadas. As mulheres foram definidas socialmente segundo os requisitos de um mundo público ao qual não tinham acesso. A família conjugal moderna instituída é formada por um pai provedor econômico e uma mãe dona de casa. O trabalho feminino tornou-se oficialmente uma atividade no interior da família, invisível, sem valor, definido como improdutivo e complemento subordinado do trabalho masculino.

Por outro lado, ainda para Vaitsman (1994), as mulheres desafiam os limites impostos, dando visibilidade social e política aos conflitos presentes nas práticas públicas e privadas da vida social. A própria expansão da industrialização, da urbanização e das atividades educacionais faria com que as mulheres invadissem o mundo público, da política, da educação e do mercado de trabalho, tentando romper com a dicotomia entre público e privado.

As mulheres podem entrar no mundo público, assim como os homens podem entrar no lar, participando ativamente das atividades domésticas. O caminho talvez seja a reapropriação, pelas mulheres, de seus desejos, corpos, de sua integralidade como ser biopsicossocial. As mulheres ao lado dos homens podem ser protagonistas na construção dessa nova história.

Quando o homem é envolvido no trabalho doméstico, ele não pode estabelecer uma aura de autoridade e distância. E quando decisões públicas são tomadas no lar, as mulheres podem ter um papel público legítimo. Sociedades igualitárias sejam talvez aquelas nas quais as esferas pública e doméstica são fragilmente diferenciadas, nas quais nenhum dos dois sexos reivindica muita autoridade e o enfoque da vida social seja o lar (Rosaldo, 1979).

Por fim, conforme afirmamos, compreendemos o aleitamento materno como processo que sofre variações no tempo; desta forma, na perspectiva da **dimensão temporal**

observamos nas falas das mães e a partir de nossa experiência um outro momento crucial: o desmame total da criança que ainda é amamentada após um ano de idade. Uma vez vencidos os primeiros obstáculos e iniciado o processo, sentimentos prazerosos parecem dificultar o desmame. De um lado, a mãe envolvida emocionalmente, afetivamente com seu filho, tem pena, sente-se culpada, encara o desmame como uma separação definitiva. Por outro lado, há a pressão da criança, que com essa idade apresenta uma maior autonomia — a partir do andar, do falar, dos seus gestos que explicitam mais seus desejos — e faz mais exigências, entre elas a vontade de mamar.

O processo de desmame não é fácil. Para muitas mulheres, o fato de colocar um fim nessa relação tão intensa é vivenciado com muita ambigüidade. Manifestam-se sentimentos confusos: por um lado estão querendo parar de amamentar, mas por outro não têm coragem de desmamar completamente.

*A: “Aí, com dois anos e oito meses, porque meu peito ficou machucado, de tanto ela forçar né, estava acabando. De tanto ela forçar ficou machucado, aí foi que ela parou”.*

*D: “Eu acho que ele mama mesmo só para mamar mesmo, porque não tem quase nada. Aí, fica só querendo curtir. Eu tenho dó de deixar”.*

O desmame no segundo ano de vida da criança é difícil, tal é o bem-estar que as mães encontram na amamentação. O sugar ao seio também é uma fonte de prazer para o bebê. Muitas vezes a mãe acaba condicionando a criança a pegar o seio quando se depara com qualquer tipo de insatisfação. A sucção funciona como um tranquilizante. Porém existem outras formas. A partir de uma ano e meio o desmame deve ser iniciado para ajudar a criança a ir se desprendendo progressivamente desse vínculo na busca de outras satisfações (Martins Filho, 1984).

O desmame precisa ser compreendido como parte integrante do crescimento do binômio mãe e filho. A criança, assim como a mulher-mãe-nutriz, é um ser no mundo que, interagindo com outras pessoas constrói outras relações necessárias à vida social.

O desmame é proveniente de sentimentos e atitudes maternas oriundos, como vimos anteriormente, do somatório de pequenas razões. Responsabilizar o bebê ou a terceiros é o fim desse complexo processo; pode estar encobrindo uma atitude materna, não tão consciente. Ora, essa ação pode ser assumida mais explicitamente. Para Silva (1997), a

cada momento do processo de amamentação a mãe reflete sobre seus riscos e benefícios, assumindo uma posição.

*M: “Ele mamou até um ano e meio. Aí, eu tirei se não ele não largava. Só queria mamar, mamar no peito direto”.*

*MA: “Depois que parou, agora eu parei, porque ela era muito viciada no peito...”*

*MS: “Adriana mamou até dois anos e um mês. Depois que eu botei ela na creche, ela mesma deixou...”*

*L: “Ela mamou até oito meses. Com oito meses ela começou com sopinha, aí ela não quis mais mamar, ela largou o peito”.*

A partir da visão das mulheres mães, e compartilhando com os autores ora citados, assumimos que como profissionais de saúde devemos considerar, na prática do aleitamento e no seu incentivo, todas as dimensões imbricadas no ato de amamentar.

As mulheres reagem a cada discurso de maneira diversa. A mulher, como ser histórico, é dotada da faculdade de simbolizar. Esse ser do desejo é sempre particular e diferente de todos os outros. Devemos portanto deixar de lado a universalidade. As mães respondem diferentemente segundo seus recursos econômicos, sua classe social, etc. Suas ambições enquanto mãe e mulher condicionam seu comportamento como mãe. Problema e necessidade para umas, opção ou imposição para outras, a maternidade e a chegada do filho à família são vivenciadas diferentemente pelas mulheres (Badinter, 1985).

Na alimentação infantil, a amamentação é um componente importante para a saúde da criança. Promover, amparar, apoiar, incentivar, orientar as mulheres ao êxito dessa prática, a partir de leis de amparo à mulher e ao cuidado da criança, de práticas assistenciais à saúde mais adequadas, é um desafio das políticas, dos profissionais e de toda a sociedade. Cabe ressaltar, porém, que todo o apoio é importante, mas nem sempre pode ser suficiente, pois concordamos que *“a opção de amamentar ou não amamentar é da mulher, mas é determinada por momentos pelos quais passam o seu biológico, o seu psicológico e o seu contexto social”* (Arantes, 1995: 201).

## 5 - PRÁTICAS ALIMENTARES: DA ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA À ALIMENTAÇÃO DA FAMÍLIA

A alimentação, tal qual a amamentação, sofre efeito de um conjunto de condicionamentos e de complexas interações. O hábito alimentar, o ato de comer, está associado à biologia da espécie humana e aos aspectos adaptativos em função de condições particulares de existência. Comer, e no caso específico da criança pequena, oferecer-lhe alimentos, não é uma mera atividade biológica. A comida constitui-se como algo mais que um conjunto de nutrientes, é um fenômeno social e cultural, carregado de significados e emoções associados a circunstâncias e acontecimentos que transcendem a pura necessidade de nutrir.

O consumo alimentar está inserido em sistemas normativos socialmente construídos, de práticas e representações que diferem entre as diversas culturas e classes sociais. Cada cultura possui uma alimentação específica, que implica classificações, um conjunto de regras de seleção, preparação, combinação e consumo dos alimentos. Os alimentos aceitos como comida<sup>6</sup> são classificados em diversas categorias a partir do critério de gosto, forma, textura, podendo ser diferenciado ao longo do tempo, segundo o lugar, o contexto social e a determinadas circunstâncias, tais como idade e gênero (Fischeler, 1993).

Desta forma, conhecer os modos de obtenção, preparação e consumo dos alimentos — o que se come, onde se come, com quem se come e como se come — são aspectos que dizem respeito à produção e ao consumo de alimentos, mas que informam também as relações sociais que prevalecem em determinada sociedade, pois as práticas alimentares constituem uma parte integrada da totalidade cultural.

Identificamos assim, em nosso estudo, que as mães constroem um sistema de classificação da alimentação da criança em diversas dimensões que conformam a totalidade do ato de comer, entre elas: dimensão temporal, de cuidado, afetiva, de ritual de socialização de saúde e doença, e econômica.

Na **dimensão temporal**, há uma distinção entre a alimentação do lactente e a da criança no segundo e terceiro anos de vida. Para as mães, a alimentação infantil é distinta

---

<sup>6</sup> Fischeler (1993) destaca, a partir do referencial antropológico, a diferença entre alimento e comida: alimento seria tudo aquilo que pode ser comestível e comida seria o que cada cultura aceita como comestível.

segundo a faixa etária da criança. Conforme a criança vai crescendo e se desenvolvendo, sua alimentação vai progressivamente sofrendo modificações, principalmente em relação à forma de preparação, tipo de alimentos utilizados e consistência da comida.

*N: “É dar comida normal para a criança. Não é sopinha que põe para criança e bate no liquidificador até um ano. Ela comia até um ano sopinha. Dar comida, as frutas para a criança, suco, só isso”.*

*MA: “Agora ela está comendo comida mais forte, mas no início que eu comecei a dar foi sopinha, mingau, frutas, também ela adora frutas. Agora que está mais pesada, a alimentação dela, porque ela come tudo com a gente... dependendo da comida, se for uma comida que a gente vê que pode dar, a gente dá e ela come. Comida mais forte é feijão, arroz, carne vermelha, porque antes só tomava mingau, era suco, ela ainda toma, mas ela não comia feijão, porque feijão é forte para caramba. Agora ela já come este tipo de comida”.*

Conforme podemos evidenciar, a alimentação da criança, no primeiro ano de vida, é um processo de grandes modificações. É um momento de transição entre o alimento líquido (leite materno), para alimentos em consistência pastosa, batidos no liquidificador, em contraposição à comida “de panela”, comida mais próxima daquela que a família consome.

O alimento é percebido e consumido de acordo com a fisiologia humana e a atividade do indivíduo. Desta forma, conforme o crescimento da criança, podem ser introduzidos em sua alimentação alimentos mais “fortes”, mais “pesados”.

Na literatura específica sobre nutrição infantil, também podemos encontrar diferenciação na conduta e orientação dietética a partir do desenvolvimento e amadurecimento da criança. Assim como a introdução de alimentos complementares ao leite materno, em torno do sexto mês de idade, tem correspondência com a fisiologia, a alimentação apropriada também contribui para o desenvolvimento de algumas funções. A própria modificação na consistência dos alimentos — que implica o processo de mastigação, deglutição e digestão — é extremamente importante para a musculatura facial, para a dentição, para uma melhor irrigação cerebral, para as funções gastrointestinais entre outras (Pernetta, 1982; OPAS, 1997; Birch, 1997).

Vale ressaltar também que, além da mudança na consistência da alimentação oferecida à criança, destaca-se, nas falas das mães, a introdução de outros alimentos



considerados como mais fortes, ou seja, identificados como “comida” ou alimentação semelhante à da família.

O tempo modifica as necessidades biológicas e as preferências alimentares. As escolhas dos pratos e das refeições espelham também as mudanças a partir do tempo biológico, cronológico, psicológico, familiar e social.

Podemos acrescentar a **dimensão do cuidado** da criança. Neste aspecto, as mães fazem referência, como sendo importante para a alimentação infantil, o que não pode faltar à criança, isto é, uma alimentação variada, comer e ter “comida”.

*MG: “Ela come, hoje mesmo ela passou na minha irmã, minha irmã faz caldo de feijão, feijão amassadinho com batata, ela amassa com a batata coloca um pouco de arroz e eu dou para ela, ela come, frango desfiado. Ela come muito biscoito, Danoninho, sempre que eu vou na minha irmã eu dou, ela compra muito para o filho dela. Leite eu dou todos os dias para ela, amasso o feijão junto com o arroz, cozinho um ovo e dou para ela, dizem que é muito bom, ovo cozido. O ovo para ela já pode dar, eu dou ovo, peixe eu dou, mas fico meia cabreira porque o peixe tem muita espinha. Aí, eu fico com medo, eu dou um pedacinho de carne”.*

*ML: “Eu acho que é comida do meu filho, o macarrão, a carne e a verdura. O meu come de tudo, o que der para ele, ele come. Ele não pode me ver com uma coisa na mão, pode para dar para ele que ele come”.*

A partir das falas pode-se destacar a importância da criança “comer de tudo”: esta expressão pode representar a aceitação, pela criança, de uma variedade de alimentos, o arroz, feijão, carne, verduras, frutas e leite assim como daqueles disponíveis, ou mesmo a quantidade supostamente tida pela mãe como a necessária.

Ainda nesta perspectiva, as mães acrescentam e destacam também a importância dos horários das refeições e a qualidade da alimentação.

*M: “De manhã, eu acordo às seis horas, dou café aos meus filhos, esse aqui o Diogo acorda também, às vezes acorda cedo. Eu dou mamadeira com farinha láctea que ele toma de manhã... às vezes ele come uma fruta ou então toma suco, um biscoito nesse período. Aí meio dia ele almoça... lanche, um pão com manteiga café, o que tiver, jantam, aí eu faço a mamadeira para ele e vai dormir”.*

*D: “Dou mamadeira, dou o leite para ele, depois mais tarde eu dou uma fruta para ele quando tem, quando não tem eu dou um biscoito, se não tem um biscoito, passo para a hora do almoço, aí eu faço o almoço mais cedo um pouco, aí eu dou o almoço para eles. Daí, mais tarde, torno a dar uma mamadeira, e se tiver alguma coisa, um biscoito, alguma fruta assim e chega na hora do jantar. A noite também para dormir, eu boto outra mamadeira. A janta é o pai, fica por conta do pai”.*

Assim, destaca-se, na alimentação infantil, a importância de a criança comer “comida” em quantidade e qualidade e nos horários adequados, isto é, arroz, feijão, carne, verduras, alimentação mais próxima da família, nas grandes refeições e sucos, frutas e leite nas pequenas refeições.

As refeições, tanto para adultos quanto para crianças, são realizadas em horários regulares, sendo de um lado uma forma de racionalizar o consumo e evitar desperdício; por outro lado, comer e dormir com tal regularidade pode ser referido ao bom funcionamento do organismo.

Desta forma, a passagem da alimentação do bebê à alimentação mais próxima do adulto diz respeito não somente ao tipo, consistência do alimento e horário das refeições, mas também à forma como e onde a comida é oferecida à criança. É a busca do crescimento, de sua independência, de sua autonomia. Nesta questão podemos perceber uma diversidade de condutas.

*M: “O meu filho quer comer sozinho, aí eu deixo ele comer sozinho e fico olhando, mas ele não come muito bem não. Come melhor quando a gente está dando. Ele pede comida, pede água, pede mamadeira, pede tudo”.*

*AC: “Eu boto ele para comer sozinho, só que ele joga tudo no chão. Todos os dias eu faço isso, boto o almoço e a janta dele e da Tania. A Tania já come sozinha e ele também, mas ele vira a comida tudo no chão, suja tudo, eu não desisto não”.*

*D: “Pedir comida mesmo assim, ele vê quando ele vê alguma coisa assim... ele mostra, porque ele não fala quase nada, ele não fala direito. Mas ele sabe pedir água, às vezes vê a gente mexendo na comida, ele já pede, então ele já sabe defender a fome, se estiver ao alcance dele, ele pega... Eu agora já coloco ele para comer sozinho, põe ele lá no cantinho, ele faz a bagunça dele, mas ele come. Ele tem que aprender, porque no dia que a gente está ocupada, a gente não vai poder parar para dar a comida, a gente põe ali, e ele come, porque ali, ele come do jeito dele mas ele come. A gente dando tudo na boca, não aprende nunca, aí fica*

*difícil... tem que deixar para ele se desenvolver, faz a lambança dele mas ele come”.*

A partir destas falas as mães retratam que incentivam, buscam o desenvolvimento do filho. A última mãe acrescenta outro aspecto importante do crescimento e desenvolvimento: a autonomia, o aprendizado e a possibilidade de a criança “se defender”.

Em contrapartida podemos identificar algumas mães com prática não muito condizentes com o incentivo do desenvolvimento e crescimento infantil.

*A: “Kátia come sozinha Danoninho, mamadeira. Sopa, arroz, feijão tem que dar na boca. Ela gosta de comer a gente dando na boca. Às vezes é muito difícil ela comer sozinha, difícil mesmo. Minha mãe dá duas mamadeiras para ela, ela dormindo, de manhã todo dia minha mãe faz leite com Sustagem para ela, ela bebe, dá mamadeira, ela dormindo, ela toma, as onze, meio dia assim é que ela acorda”.*

*N: “... come no colo, não tem espaço para botar mesa. Eu faço o pratinho dela, às vezes ela quer comer do meu prato, às vezes eu nem faço o prato dela. Ela fala ‘papa’, eu boto às vezes eu deixo ela comer sozinha para ver se ela come mais, aí ela derruba no chão, derruba tudo no chão. Pede quando ela quer eu boto e ela fala ‘papa’, até parece que gosta de ‘papa’ tanto assim”.*

Nestas falas identificamos algumas mães que, na ânsia de que a criança fique “alimentada”, apresentam uma prática alimentar inadequada, quando oferecem mamadeira com a criança dormindo ou não fazem o prato separado do seu para o filho, enfim, não criam estímulo, não incentivam a sua autonomia, o seu crescimento, o gosto e prazer pela comida.

Podemos acrescentar que tais práticas podem também favorecer o surgimento da cárie dental, uma vez que os ingredientes da “mamadeira” (leite, farinha, açúcar) podem ser cariogênicos, quando não há higienização adequada dos dentes. O uso do talher compartilhado pode ser também outra forma de transmissão da cárie.

A alimentação é uma das formas mais concretas de a criança pequena estabelecer contato com o mundo. Sugar o peito, segurar copos, mamadeira, alimentos, manipular utensílios, mastigar, são conhecimentos que a criança vai adquirindo de acordo com sua idade e desenvolvimento. Assim, para o seu crescimento, é importante que ela vá se tornando mais independente (SMS, 1997).

O processo de alimentação é importante, pois permite o estímulo de diversas sensações: táteis, auditivas, olfativas, visuais, gustativas, afetivas. A criança a partir dos seis meses já pode se sentar, apreender objetos na mão; com um ano já se locomove sozinha em pé, adquirindo um pouco mais de independência, aprimora seu equilíbrio, sua coordenação das mãos, podendo por exemplo levar a comida até a boca (Pernetta, 1982).

Assim, o crescimento e desenvolvimento infantil são fruto também, do cuidado, dos estímulos que ela recebe, do aprendizado, do contato da criança com os objetos no seu dia-a-dia.

Podemos assim evidenciar também em nosso estudo que, ao contrário da criança que “come de tudo”, algumas crianças apresentam resistências ao consumo de “comida”. A partir da queixa “que a criança não come”, “não mastiga”, as mães ou forçam a criança a comer de qualquer maneira ou substituem a “comida” por mamadeira ou leite. Para além de cuidar e nutrir, a relação mãe-criança e alimento está inserida numa **dimensão afetiva**.

*AU: “Ele gosta de tomar mamadeira, o negócio dele é mamadeira. Ele não gosta de comer, feijão, arroz, essas coisas assim, ele não gosta. Eu dou a ele forçado, mas ele não gosta. Se botar batata frita ele come tudo. De legumes só se for batido no liquidificador, feito uma papinha, aí ele come. Assim maionese ele não come, ele quase não come legumes. Fruta ele gosta de maçã, banana, suco de laranja, eu dou bastante para ele, eu compro”.*

Assim, um dos aspectos identificados em relação à “criança que não come” é que esta expressão denomina a criança que não come bem a “comida”, ou seja, o arroz, o feijão e a carne, assim como não come a quantidade que a mãe julga suficiente.

Outro aspecto da “criança que não come” seria a sua não aceitação da variedade possível de alimentos ou mesmo dos alimentos disponíveis. A comida variada e elaborada nem sempre faz parte da dieta alimentar cotidiana das crianças. Portanto, no processo de socialização os filhos precisam aprender a seguir o padrão estabelecido, não sem resistências, conforme nos indica Zaluar (1985). Na distribuição alimentar intrafamiliar comem mais aqueles que já “aprenderam a gostar” dos alimentos disponíveis.

Desta forma, as mães identificam que a criança não come bem, ou que não come o que elas gostariam que o filho comesse, a partir também de comparações entre as crianças e entre os irmãos.

*E: “Comida de panela, se ele tiver atacidão de fome mesmo, ele roda um prato de comida todinho, todo o tipo de comida que botar para ele. Assim repolhinno, é couvinha, é couve-flor frita no ovo, bolinho de vagem, tudo isso ele gosta. Mas a outra ainda é melhor de comer do que ele, a outra come e ainda repete”.*

*AC: “Os outros irmãos, eles comem bem, mas o Maurício, que não, ele não gosta de comida, só quer saber de mamadeira. Ele é assim, se eu sentar para comer ele vem belisca um pouquinho, aí daqui a pouco fica mãe ‘mamá’. Se a minha avó estiver sentada mais para frente, tiver um prato de comida, ele vai lá come um pouquinho, mas ainda pede mamadeira”.*

Dentro desta perspectiva, podemos evidenciar também nas falas das mães o uso de termos e nomes de alguns alimentos no diminutivo. O uso no diminutivo expressa sentimento de carinho ou, ao contrário, expressa um valor depreciado daquilo que a criança come?

Concordando com Rosin (1995), acrescentamos que o costume, o comportamento dos adultos, e os alimentos a que se tem acesso estimulam o conhecimento e a aquisição do gosto, assim como o valor social dado ao alimento também ajuda a estabelecer sua aceitação. Este autor faz uma distinção entre uso, preferência e gosto. O uso, muitas vezes, está associado à disponibilidade do alimento, preço, acesso e distribuição intrafamiliar. O gosto, geralmente, está relacionado a uma resposta afetiva, sendo um dos elementos constituintes da preferência alimentar. O gosto é construído a partir das características organolépticas do alimento e do aprendizado num contexto emocional e social; o gosto por alguma comida significa prazer a quem ingere.

A passagem da alimentação do lactente para a alimentação da família é um processo, e muitas vezes percebemos que a criança já apresenta condições fisiológicas para ingestão desse tipo de alimentação, mas que, por algum motivo de ordem emocional e social, ainda não desenvolveu plenamente. Por outro lado, as mães ansiosas ou fazem a vontade da criança ou transformam o ato alimentar, que deveria ser prazeroso, num ato bastante confuso e intranquilo.

*R: “Eu dou batata, cenoura, beterraba, aquele negócio é couve-flor, eu cozinho eu dou par ela comer. Ela não gosta muito não, mas eu forço e ela come”.*

*AU: “Eu forço ele comer, arroz, feijão, macarrão, purê de batata, bife, galinha, o que tiver. Ele come, come é forçado, brincando, mostrando uma coisa aqui, ali”.*

*AC: “Para comer, tem que botar o chinelo ali e ameaçar que vai bater, aí ele come... eu falo para ele que eu vou levar ele para a rua, aí ele come duas colherzinhas e deixa o resto. Mas já está bom”.*

Para a criança, a alimentação é carregada de sensações e emoções, tais como carinho, ansiedade, medo, aconchego, frustração, raiva e amor. Porém, acima de tudo a alimentação deveria ser um momento de prazer, prazer pela ingestão de alimentos atrativos, prazer por saciar a fome, prazer pelo contato afetivo e social (SMS, 1997).

Nesta linha de pensamento Garcia (1993) acrescenta que, no ritual da refeição, desde da escolha, da preparação e ingestão da comida pela criança, perpassam pela alimentação aspectos simbólicos associados às relações familiares e sociais, sendo a alimentação estreitamente interligada ao âmbito dos afetos, vinculada mais especificamente à figura da mulher, da mãe.

Outro componente também identificado na dimensão afetiva foi o prazer da mulher- mãe no ato de cozinhar para sua família, para seus filhos. Em muitas falas este sentimento estava relacionado à disponibilidade, à familiaridade, ao aprendizado, ao gosto dos alimentos.

*M: “Eu faço de tudo. Invento bolinho de arroz, invento também bolinho, misturo carne moída com legumes, boto farinha de trigo, bato ovo, faço bolinho para as crianças. Invento bolo, faço bolo de laranja, bolo de limão, invento uma porção de coisas. Faço macarrão com creme de leite, às vezes faço macarrão com molho branco, faço angu, mingau de fubá com ovo dentro, tem até briga lá em casa para comer, todo mundo quer comer, quer mais. Às vezes faço mingau, pego feijão, bato no liquidificador, boto legumes, boto macarrão, eles adoram. Faço tudo comida diferente para cada vez eles comerem, sopa de legumes”.*

Como investimento afetivo, as atividades culinárias são para algumas mulheres um lugar de prazer e de invenção. Cozinhar é uma atividade cotidiana que exige imaginação, memória, sabedoria e criatividade. Para as classes populares, nas quais nem sempre é possível possuir todos os gêneros e utensílios, sua sabedoria é capaz de manipular os gêneros, combinar, modificar, inventar e criar.

Deste modo, apropriando-se do conhecimento adquirido, do “saber-fazer”, cada mulher adquire, dentro de suas possibilidades, um modo próprio de fazer, de criar, de compor sobre temas obrigatórios, imprimindo um toque singular e especial, tal qual uma obra de arte, uma música com diferentes variações (Giard, 1998).

Para Giard (1998), é impossível negar que a arte de cozinhar exige memória múltipla, memória de aprendizagem dos gestos vistos, do sabor, do cheiro, das consistências, do tempo de preparo e do cozimento. Pode-se acrescentar ainda que cada refeição exige a capacidade inventiva de uma miniestratégia para fazer mudanças, para improvisar. Portanto, gerenciar as atividades domésticas, entre elas entrar na cozinha e manejar coisas comuns, é pôr a sabedoria e inteligência para funcionar, uma inteligência sutil, cheia de nuances e descobertas.

O cozinhar e o comer não satisfazem apenas as necessidades biológicas, mas preenchem também funções simbólicas e sociais. Define qualidades e propriedades tanto dos alimentos consumidos como de quem os produz e os consome (Woortmann, 1978).

Como vimos, comida não é só aquilo que alimenta, que é ingerido para manter a pessoa viva, mas sobretudo aquilo que se come e faz com prazer, o que pode ser saboreado com os olhos, depois com a boca, com o nariz, com a barriga, com a boa companhia (Da Matta, 1986).

Assim, vale destacar outro aspecto descrito na literatura e também identificado nas falas das mães — **a dimensão do ritual de socialização** —, o ato alimentar assumindo o papel de ritual entre as crianças, famílias e a comunidade.

*E: “Sábado e domingo eu faço uma maionese assim, aquele macarrãozinho picado com ervilha, sardinha, presunto, uma coisa assim melhor. Um macarrão, um feijão, um arroz, uma costela. No outro sábado e no outro domingo eu já não faço em casa, eu vou comer na minha irmã. É assim, a gente troca”.*

A maioria das refeições, além de sua função de nutrir, possui um aspecto ritual, inserido em normas de uma cultura. A alimentação do final de semana é diferenciada da comida cotidiana, por ser a ocasião na qual a família está reunida, ou mesmo um momento considerado de lazer.

Na ocasião de dias festivos, em especial no domingo, ou na presença de

convidados, parentes e amigos, é quando os grupos populares, diante das limitações econômicas, consomem alimentos “mais ricos”, mais elaborados, de qualidade superior e mais caros que no dia-a-dia. Esse ritual permite identificar tanto a presença do “luxo” alimentar, numa situação de carência, quanto o significado social da comida (Canesqui, 1978).

Ainda nesta linha de pensamento, Zaluar (1985) acrescenta que, diferentemente do rico, que come comida variada, o pobre come sempre a mesma comida, pois comida variada é para dia de festa, dia de lazer, domingo, assinalando o momento de reunião, dos rituais familiares.

Em relação ao ritual de socialização do ato alimentar, outro fato que chamou bastante atenção é a ausência de mesa, justificada pelas mães pela falta de espaço. A maioria das famílias e crianças come sentada na cama, no sofá ou no chão. Esse achado da prática alimentar é um aspecto importante a ser considerado no contato com a classe popular, uma vez que retrata um hábito cultural.

Em geral os profissionais de saúde que lidam com os usuários dos serviços públicos de saúde pertencem a grupos sociais distintos. Para que haja uma relação dialógica, entre esses diferentes atores na prática de saúde, conforme preconizada por Paulo Freire (1978), é necessário considerar os diferentes hábitos sociais e culturais da população.

Dentro desta perspectiva, em relação à realização das refeições à mesa, vários autores têm destacado uma tendência ao seu desuso nos diferentes grupos sociais. Pesquisando a dimensão da comida no modo de vida urbano, Garcia (1993) entrevistou funcionários públicos da Companhia Estadual de Habitação de São Paulo. Em seus achados, poucos tinham hábito de comer com a mesa posta, em geral faziam o prato individual direto da panela. Para Fischeler (1995), a comida à mesa, como forma socializada do ato alimentar, tende, em nível mundial, por diferentes motivos, cada vez mais ao desuso. Esta prática alimentar perdura em algumas ocasiões e refeições especiais.

Acrescentamos no ritual de socialização, a importância de o momento alimentação da criança ser partilhado com outras pessoas da família.

*L: “Ela come também de tudo. Tem dia que ela não está boa de comer não, tem dia que ela não come não. Mas tem dia que o que der ela come. Come com o pai dela, ela não quer comer a*



*comida dela só. Aí, quando o pai coloca o prato, aí ela começa a comer junto. Ela come quando é a sopa, às vezes ela não quer comer a sopa dela, aí o pai coloca a comida para ele, ela começa a pedir, aí eu dou a comida dele. Minha comida do dia-a-dia é... que eu faço mais é feijão, arroz, macarrão e carne”.*

*R: “Come todo mundo junto, só na janta, porque ele trabalha. Ele come lá onde ele trabalha. No almoço eu como junto com o meu filho mais velho. Lá em casa ninguém gosta de jantar cedo, só para as meninas pequenas”.*

O aspecto assinalado é um componente importante do processo da alimentação infantil: compartilhar o momento da refeição com outros membros da família faz parte da socialização, do crescimento e desenvolvimento da criança.

Assim como os alimentos, o significado simbólico das diferentes refeições diárias varia também conforme a posição no processo produtivo. Em se tratando do trabalhador urbano, assalariado, o jantar tende a ser a refeição principal da família, sendo o seu horário definido pelo regresso do chefe a casa. É no jantar que geralmente os membros da família se reúnem, sendo a sua preparação dentro do disponível mais elaborada. O jantar delimita também as fronteiras entre o momento de trabalho e do descanso, tal qual o almoço de domingo. No cardápio, além do arroz e feijão, pratos básicos da alimentação, incluem-se uma carne, verduras, bebidas e sobremesa. Em relação à distribuição do alimento, destaca-se que o homem trabalhador come o melhor, principalmente em relação à carne, alimento tão precioso. O conteúdo das refeições e sua distribuição pelos diferentes membros da família deriva da relação entre alimento, corpo, saúde e trabalho (Woortmann, 1978).

Assim identificamos, ainda na alimentação, a **dimensão da saúde e doença**. As mães classificam os alimentos segundo os conceitos que constroem acerca de suas propriedades, ressaltam o uso de alimentos fortes, de alimentos ricos em ferro, alimentos que contêm vitamina.

*MS: “Eu acho sopa, legumes, fruta, laranja, Danoninho. Eu acho muito importante eles comerem essas coisas fortes, espinafre, essas coisas que fortalecem eles. Como eu dou suco de beterraba com cenoura e laranja para o meu menino de manhã, porque é muito bom para o sangue, o médico já mandou. Pego leite bato no liquidificador e toma. Aí, quer dizer, eles não são crianças que têm anemia. Ele tinha no começo, mas agora eu cuidei e não tem mais. A criança precisa de uma alimentação muito boa para ser saudável. Apesar de que não posso dar o do bom e do melhor para os meus filhos”.*

*R: “É feijão, arroz, carne, verdura. O feijão é forte, carne... é verdura. Para mim verdura é forte assim para comer”.*

*M: “Meu filho come de tudo agora, graças a Deus. Come verdura, couve-flor, brócolis, espinafre, ele come mais verduras, aí o peso dele não abaixa mais. Ele fica, quando eu venho aqui, sempre está alto, fica com saúde, ele corre, brinca o dia inteiro, dorme bem”.*

Na dimensão da saúde e doença, a noção de alimentos fortes seria aquilo que fortifica o corpo da criança, e que faz bem para a saúde. Para Fischeler (1993), alguns alimentos são consumidos porque são considerados a partir de suas propriedades medicinais ou por seus efeitos benéficos sobre o corpo.

Nessa perspectiva se insere o destaque dado ao uso do feijão, considerado como uma alimento forte, rico em ferro, bom para o sangue, assim como o destaque para outros alimentos que são também ricos em ferro, entre eles o espinafre, a carne vermelha, o fígado, a beterraba, a cenoura. Pois ter sangue forte significa vida, saúde.

Cabe ressaltar que a preocupação das mães com a ingestão de alimentos ricos em ferro é pertinente, uma vez que, na realidade brasileira, a anemia é uma doença carencial bastante freqüente, podendo atingir cerca de 30 a 70% das crianças de seis meses a dois anos de vida (Batista Filho e Rissin, 1993; Batista Filho e Ferreira, 1996).

Segundo Woortmann (1978), a “fortidão” do alimento pode também estar referida a sua cor. Alimentos de cor mais próxima ao vermelho são considerados como mais fortes.

Estudando o significado da alimentação para os moradores de um conjunto habitacional no interior do estado de São Paulo, Canesqui (1978), entre outras formas de classificação dos alimentos, também identificou por essa população as categorias “forte e fraco”, “alimento que tem vitamina e que não tem vitamina”. A carne muitas vezes foi mencionada como remédio, indicada para não ficar com fraqueza, por sua propriedade de “engrossar” o sangue.

Em nosso estudo um outro valor destacado nas falas das mães refere-se aos alimentos como fontes de vitamina e minerais. Esta questão apresenta-se de forma contraditória. Algumas mães têm preferência pelo uso de alimentos *in natura*, ricos em vitaminas, em relação ao uso sob a forma de medicamentos. Para algumas mães, o consumo de frutas é o mais importante; outras destacam a importância do remédio.

*MA: “Alimentação importante, eu acho que é leite. Leite é muito importante ter em casa para dar para eles porque é muito forte. Vitamina também, sendo da fruta, porque não adianta você trazer um monte de remédio da farmácia, porque muitas vezes a vitamina mesmo é a da fruta. Você dá um suco de laranja, suco de limão. A vitamina da fruta é mais forte do que remédio da farmácia”.*

*MG: “... a menina falou assim: é bom você comprar um vidro de remédio na farmácia, que é muito bom. Agora mesmo ela está precisando, porque ela está em crescimento e as perninhas dela, ela anda e está fraquinha, é cálcio-D”.*

Para Woortmann (1978), num certo sentido, “vitamina”, “força” e “sustância” exprimem a mesma idéia: comida sem vitamina é comida fraca, que não fortalece a pessoa, o alimento com vitamina é bom para a saúde, traz vigor. Não se trata de vitamina no plural para indicar o complexo vitamínico, mas no singular indicando “fortidão”. Neste caso, vitamina pouco tem a ver com o significado médico-nutricional, trata-se de uma assimilação de um termo reapropriado em seu sentido. O mundo urbano, através da propaganda, redefiniu este sentido, devolvendo-o à população sob a forma de mercadoria mágica, medicamento.

Assim, a medicalização da saúde, a força da propaganda dos laboratórios e dos serviços privados de saúde, têm criado uma imagem da saúde como mercadoria. Cria-se a ilusão de poder obter-se saúde via compra de medicamentos e serviços (Lefrève, 1995).

Ainda dentro desta perspectiva, o uso de alimentos industrializados também se mostra contraditório. Por considerarem os alimentos mais ricos em vitaminas mais fortes e mais saudáveis, algumas mães destacam sua preferência na seleção e consumo, frente ao uso de alimentos industrializados. Por outro lado, alguns produtos industrializados vêm a cada dia merecendo destaque na alimentação infantil.

Tal qual a presença da propaganda na construção da idéia da saúde como mercadoria, podemos acrescentar a força do *marketing* dos produtos industrializados, em especial das indústrias de leite em pó. Neste ponto de vista situa-se também a construção cultural sobre o valor do leite artificial como alimento importante e completo para a criança (Almeida, 1998).

Dentre os alimentos industrializados incorporados à alimentação da criança, podemos destacar, além do leite em pó, o uso do macarrão instantâneo, dos iogurtes

infantis e achocolatados. Quanto ao uso do macarrão instantâneo, cabe destacar que as mães o comparam com o macarrão. Embora o macarrão também seja um produto industrializado, o do tipo instantâneo representa, a partir da sua forma de preparo, de seu molho que já vem pronto, um produto mais artificial. Por outro lado, temos percebido um grande aumento de sua utilização, devendo-se principalmente à sua praticidade, rapidez de preparo, custo e boa aceitação pela criança. Quanto à sua boa aceitação, destaca-se em sua composição o uso do glutamato monossódico, aditivo que acentua o sabor do alimento tornando-o de maior aceitabilidade pela criança.

*R: “Ela pede quando está com fome, ela pede miojo, é só o que ela sabe pedir. Aí, eu sei que ela está com fome, mas eu não deixo ela está pedindo comida porque eu já sei o horário dela comer... Eu parei de comprar miojo depois que eu soube que faz mal, aquele molhinho que coloca dentro, eu parei. Eu comprei outro macarrão mesmo, normal, eu comprei aquele macarrão fininho, ela come, come sim, eu digo para ela que é miojo, aí ela come”.*

Vale ressaltar nesta fala a influência dos profissionais de saúde na formação de opinião sobre a alimentação infantil, porém a prática é reconstruída pelas mães a partir da sua experiência.

Quanto ao consumo do iogurte infantil e dos achocolatados, sua oferta à criança também é permeada por contradição: enquanto algumas mães, famílias e as próprias crianças valorizam o seu uso, incorporando a imagem positiva, construída pela propaganda, desse tipo de alimento infantil, outras mães não aprovam sua utilização de forma indiscriminada.

*MA: “... em vez de eu comprar um Danoninho por R\$ 1,50 eu dou num saco de laranja, porque laranja ainda tem vitamina. Aquele Danoninho o que tem?”*

*A: “Para o lanche do meu filho, eu sempre gosto de mandar assim, fruta, ele leva Danoninho, Todinho, para o colégio. A minha mãe às vezes manda suco, manda biscoito, Todinho. Ele adora levar todinho para o colégio, ele gosta de levar... quando a Kátia vai às compras, ela quer que eu compre Todinho, sucrilho, só bobeira, biscoito...”*

Embora algumas mães utilizem esses produtos, percebemos que a imagem que elas têm destes alimentos é reconstruída. A propaganda inicial “Danoninho vale por um bifinho”, teve sua divulgação proibida por ser enganosa; as mães em geral utilizam esse

iogurte infantil, não em substituição à carne, mas como sobremesa ou lanche. As mães apropriaram-se da idéia do valor dos produtos, porém de forma diferenciada.

Alguns alimentos de sabor diferente por motivos de *status*, “modismo”, foram sendo incorporados aos hábitos alimentares. No caso de alimentos infantis, podemos citar o iogurte, os biscoitos “salgadinhos”, a Coca-Cola (Fischeler, 1993).

Desta forma, alguns “alimentos” são considerados não somente pelo seu aspecto nutritivo mas pelo seu valor social. Segundo Helman (1994), alimentos sociais seriam aqueles consumidos na presença de outras pessoas ou não, e que possuem um valor simbólico.

Assim podemos identificar ao mesmo tempo a introdução na alimentação da criança de novos alimentos, associados aos hábitos alimentares tradicionais.

Contrapondo-se ao consumo de “comida”, de alimentos fortes, que têm vitamina, na dimensão da saúde e doença, identificamos o grupo de alimentos que as mães consideram como besteiras<sup>7</sup>. Dentre eles temos balas, chicletes, pirulitos, “fofura”, “salgadinho”.

*R: “Besteira eu acho que é assim, esses salgadinhos, esse negócio de salgadinho, “fofura”. Para mim isso é que é besteira de criança comer. Ela gosta de chiclete, bala, ela gosta de besteira, ela adora isso. Mas eu não dou para não estragar os dentes”.*

*MS: “Biscoito, aquelas “fofuras”, deve ser besteira que gostam de dar. Eu gosto de dar para os meus, depois que eles comem, biscoito. Essas balas, essas coisas, é o que eu acho que é besteirinha. Muita criança come, come, e acaba dando verme, dá dor de barriga, como o meu já teve com biscoito. Mas eu acho que besteira é essas coisas; bala, doce, biscoitinho “fofura”, que come, come e não enche barriga”.*

*AC: “... doce, esse negócio de bala, pirulito, “fofura”, que só tem corante”.*

Desta forma, como podemos identificar, as mães referem-se aos alimentos “besteiras” como aqueles que “não sustentam”, “não enchem a barriga”, “não alimentam”.

---

<sup>7</sup> O termo “besteira”, utilizado neste estudo, foi uma construção realizada a partir da experiência de campo, para designar aquilo que é supérfluo, secundário, mas que também compõe a alimentação da criança.

Ao contrário, podem causar danos à saúde da criança, “fazer mal aos dentes”, “dor de barriga”.

Cabe ressaltar que mais uma vez há destaque ao consumo do macarrão instantâneo.

*L: “... alimento que é besteira, é uma coisa que eu dou às vezes para a minha filha, e eu acho que é besteira dar, é o miojo. O miojo eu dou às vezes, mas eu fico pensando, ‘pôxa minha filha comeu miojo, mas não vai sustentar ela, ela vai ficar com fome’. Eu acho que miojo não tem sustância certa para ela, para ela comer e ficar com a barriguinha cheia. O alimento que eu acho que não enche a barriga dela é o miojo”.*

Ainda dentro desta perspectiva, outros alimentos industrializados também podem ser considerados pelas mães como “besteiras”, assim como o uso de doces e refrigerantes. Contudo, vale destacar que nas falas esses alimentos podem ser oferecidos à criança, porém com moderação.

*M: “Besteira, eu acho doce. Para mim besteira é doce. Eles adoram doce, mas tem que controlar, se não querem comer toda hora. Só doce, só besteira, Danoninho, refrigerante, eles só querem isso”.*

*N: “Besteira é esse salgadinho. Eu dou para ela, só que ela não gosta muito, dois ou três eu dou para ela. Também eu acho que não pode dar direto para a criança doce, muita coisa, iogurte, danoninho. Tem mãe que dá direto, eu dou mas direto não. Tem mãe que dá aquele miojinho assim, ela não gosta de miojo. Eu boto para ela, ela bota para fora quando eu dou para ela, ela não gosta. Minha irmã dá lanche, não dá jantar, minha irmã faz isso com os filhos dela, dá Coca-Cola, hambúrguer, essas coisas assim”.*

A partir da criação de novos códigos, novos produtos, a tecnologia alimentar apoiada e conjugada com o *marketing* e a publicidade têm tido um papel importante na introdução de novos hábitos alimentares. O progresso alimentar oriundo da agroindústria tem protegido a humanidade do perigo da escassez de alimentos mas, por outro lado, tem trazido o perigo do desconhecido, os alimentos não são mais tão familiares. Descobrimos a existência de aditivos, conservantes, corantes, agrotóxicos, o sal e o açúcar em excesso, componentes invisíveis dos alimentos (Fischeler, 1995).

Dentro desta perspectiva, algumas mães identificam como prejudiciais à saúde o uso de corante, do excesso do sal e do açúcar.

*AC: “Muito doce, ou então comida muito salgada. Eu acho que comida de criança deve ser nem sem sal nem com muito sal”.*

Esta preocupação pode ter sido incorporada também a partir do discurso das políticas e programas de saúde, pois faz parte da melhoria da qualidade de vida, entre elas a prevenção das doenças cardiovasculares, diabetes e hipertensão arterial e o incentivo à formação de hábitos saudáveis.

Cabe ressaltar que tais políticas baseiam-se em mudanças de atitudes no nível individual das pessoas; em alguns momentos das práticas educativas e das campanhas, perde-se a totalidade e complexidade no entendimento do problema.

Acreditamos que o incentivo à adoção de práticas alimentares saudáveis poderiam ser planejadas, em conjunto com outras ações. A questão da qualidade dos alimentos e da dieta alimentar saudável implica, a partir do conceito de segurança alimentar<sup>8</sup>, que todos os cidadãos consumam alimentos seguros que satisfaçam suas necessidades nutricionais, seus hábitos e práticas alimentares culturalmente construídas, promovendo sua saúde. Destaca-se que os problemas decorrentes da ingestão de uma dieta qualitativamente inadequada são tão importantes quanto os problemas da falta de acesso aos alimentos. Os problemas decorrentes de alimentos contaminados ou deteriorados, assim como a alimentação desbalanceada, que traz prejuízos à saúde, atingem de forma mais drástica as classes populares, em especial às crianças (Maluf, Menezes e Valente, 1996).

Ainda na dimensão da saúde e doença, podemos acrescentar o que a criança não pode comer ou melhor o que a criança não deve comer sempre.

*R: “Para mim, eu não dou carne de porco, é lingüiça, eu não dou, não faz bem”.*

*MA: “Só não come, só ainda não comeu carne de porco. Porque carne de porco, assim só se for de porco novo. Eu não gosto de dar banana d’água para ela nem fruta muito gelada”.*

Assim, um dos alimentos identificados como proscritos à alimentação da criança diz respeito à ingestão de carne de porco. Outra mãe referiu-se também ao consumo de banana d’água e de fruta gelada.

---

<sup>8</sup> A segurança alimentar implica a combinação de ações assistenciais-compensatórias frente a questões emergenciais como a fome, com políticas de caráter estruturais que garantissem o acesso aos alimentos sem comprometer uma grande parcela da renda familiar, assim como a disponibilidade de alimentos de qualidade,

Em todo o Brasil e em outros países da América Latina, os alimentos são classificados em pares de oposição, que delimitam prescrições e proibições alimentares. Dentre eles podemos citar o quente e o frio, o forte e o fraco, o reimoso e o descarregado, o puro e o impuro (Woortmann, 1978; Helman, 1994).

A divisão dos gêneros alimentícios em dois grupos denominados de “quentes” e “frios” é uma característica de muitos grupos culturais. Dentre os alimentos frios podemos considerar a banana. Desta forma, alguns alimentos podem ser considerados como “quente” em algumas regiões e como “frio” em outra; porém o ponto comum em todas as regiões é sua associação com o corpo. As comidas “quentes” são consideradas como ofensivas ao aparelho digestivo e as “frias” como ofensivas ao aparelho circulatório e respiratório. De fato, o “quente e o frio” transcende o domínio dos alimentos; trata-se de categorias cosmológicas, onde se opõem o dia e a noite, o sol e a lua, o nervoso e o calmo, o racional e o emocional. Em muitos casos, essa visão representa resquícios da teoria fisiológica humoral de saúde e doença, uma vez que a saúde pode ser definida como o equilíbrio entre estas duas categorias. As noções de “quente e frio” não se referem à temperatura real, e sim a determinados valores simbólicos, são categorias complementares e necessárias. O alimento é remetido às suas relações com o corpo, numa relação corpo-doença-alimento. O indivíduo sadio pode comer qualquer alimento, em geral é na presença da doença ou de estados fisiológicos especiais, como a infância, quando as prescrições e proibições alimentares se apresentam (Woortmann, 1978; Helman, 1994).

Outra categoria também descrita na literatura refere-se ao alimento designado como “puro ou impuro”. Os tabus alimentares são definidos a partir da cultura, do que pode ser ou não comestível, do que é considerado puro ou impuro. Alguns alimentos são tabus em determinadas circunstâncias, para certa idades e em algumas ocasiões (Fischeler, 1993).

Dentre os alimentos considerados impuros podemos identificar a carne de porco, que na maioria das vezes é vista como suja e nociva à saúde e, em algumas regiões do Brasil, como alimento que tem reima. A restrição alimentar deste tipo de alimento tem origem religiosa, fundamentada pela vertente biomédica, como possibilidade de transmissão de doenças, na visão econômica, como alimento de difícil criação pecuária conjugada também com a visão cultural. São considerados animais que têm reima aqueles

---

originados de formas produtivas eficientes e sustentáveis, e a divulgação de informações ao consumidor sobre práticas alimentares saudáveis.



que fogem às características percebidas de sua espécie. O porco é um exemplo de animal anômalo, por ser um animal terrestre de quatro patas, não-ruminante, porém tem pé com unha rachada, é considerado imperfeito, impuro ou poluído (Woortmann, 1978; Fischeler, 1993; Helman, 1994).

A carne de porco em geral é um alimento proscrito à criança menor de dois anos devido à sua fragilidade e vulnerabilidade biológica, pois o estado de saúde infantil oscila entre a saúde e a doença.

Assim, dentro da perspectiva dos alimentos que não devem ser oferecidos à criança, outra mãe destaca, além da relação com a saúde, a influência do aspecto econômico no consumo dos alimentos.

*D: “Besteira eu acho que é aquele salgadinho que a gente compra na rua, chiclete, bala, batata-frita, isto tudo para mim é bobeira, eu não compro. Primeiro, que com aquilo a gente gasta um dinheirão, com uma bobeirinha, eu acho que isso é bobeira, que isso não é necessário. Agora um biscoito igual a esse daí (cream-cracker), eu já não acho que é bobeira, este aí a gente passa um pouquinho de manteiga e toma com café. Esses salgadinhos de rua eu acho que é bobeira, eu nem gasto o meu dinheiro com isso, também nem tenho, mas nem gasto dinheiro com isso”.*

Esta fala acrescenta explicitamente um aspecto econômico relevante, fazendo lembrar o estudo de Alves (1979), que revela ser necessário uma renda mínima que ultrapasse o nível do consumo básico para que outros alimentos possam fazer parte da alimentação cotidiana.

Na cidade, o elenco de alimentos oferecidos pelo mercado é maior que no interior; no entanto os limites de renda muitas vezes impedem o seu consumo, a renda obtida precisa ser dividida entre um número crescente de artigos de consumo socialmente definidos como necessários. Desta forma, nas falas das outras mães, a questão econômica poderia estar sendo encoberta pela justificativa da saúde e doença.

A partir de estudo sobre o modelo de consumo alimentar, Oliveira e Thébaud-Mony (1996) relatam que entre os dois extremos da população, entre aqueles que o poder de compra permite o excesso alimentar e o consumo de alimentos sofisticados, e entre aqueles privados do acesso aos alimentos básicos, existe uma parcela de consumidores cujos hábitos alimentares têm mudado sob a influência do modelo ocidental, a partir da

intensificação do comércio internacional, da expansão das indústrias agroalimentares multinacionais, do *marketing* e da mídia. Certos alimentos de alto valor agregado (*status*), considerados supérfluos, têm uma grande capacidade de penetração, mesmo entre os menos favorecidos financeiramente.

Nesta perspectiva, Woortmann (1998) acrescenta que na cidade a riqueza se manifesta de forma distinta da área rural e no interior. A mudança para a cidade traz também uma mudança de identidade; o migrante quer tornar-se “civilizado”, quer através do consumo se aproximar do rico.

Assim, nas falas das mães sobre as práticas alimentares, identificamos sentimentos ambivalentes: por um lado a introdução de novos hábitos, de outro a presença de sua cultura, de suas raízes e experiências ao classificar e nomear os alimentos, em especial a alimentação da criança.

Na **dimensão econômica**, chama a atenção o número de mães que destacam a importância de fatores econômicos e de condições de vida na garantia da alimentação da criança. As mães reconhecem a importância dos alimentos para a criança. Porém, quando falta dinheiro há uma hierarquia entre os “alimentos que até podem faltar”.

*MS: “Falta fruta, às vezes falta legumes. Falta banana, porque ela adora banana, aí tem que comprar, tem que estar comprando a banana dela, aí falta laranja, maracujá, porque ela gosta de tomar suco de maracujá, aí eu tenho que estar sempre comprando. Eu gasto muito com os dois, eu gasto muito mesmo. Agora, com a Adriana eu não gastava muito não, mas com eles dois, eu gasto muito... muitas coisas podem faltar, pode faltar legume, às vezes não tem dinheiro para comprar, pode faltar uma carne. Aí tem que comer ovo, porque não tem dinheiro para comprar carne, pode faltar muita coisa de comida”.*

*D: “O que pode faltar, aí você me pegou, porque tudo a gente precisa. Por exemplo, legumes a gente precisa, o feijão e o arroz também precisa, a carne também. Se passa um dia, dois dias também já não dá. Até as crianças mesmo, você coloca uma comida para eles sem carne, você vê que eles olham assim, com aquela carinha... a carne, o feijão, os legumes, eu acho que não dá, alguma coisa para comer de manhã, porque esse aqui mesmo já procura, o outro também. Aí tem que ter o leite e mais alguma coisa para colocar no leite, porque se não tiver, não dá... Tem dia que está melhor. Agora, o essencial — feijão e arroz — esses nunca faltam. Eu compro mais batata, cenoura, chuchu, mais é isto que eu sei que eles comem. Fruta nem sempre tem. O que mais eu*

*compro é o barato mesmo, eu compro é banana, maçã, esses negócios eu compro, eles gostam. Na sexta-feira, sempre coloca o preço assim, nem tudo em geral, mas sempre tem mais barato. Aí, no dia que está mais baratinho assim, a gente aproveita e traz”.*

Assim, para as mães quase tudo é importante, alguns alimentos podem até faltar, pois nem sempre têm dinheiro suficiente para comprar e ter tudo todos os dias e em todas as refeições, conforme o seu direito à alimentação, e em qualidade e quantidade suficientes.

Os alimentos, tais como frutas e carne são mais caros, perecíveis e por serem muito consumidos, acabam mais rápido, necessitando de nova compra. Talvez por isso tenham sido os mais citados.

A carne é um alimento bastante valorizado em nossa cultura. É apreciada pelo seu paladar, por ser um alimento rico em gordura, que é responsável pelo seu sabor. Podemos também acrescentar, como assinalam Zaluar (1985) e Canesqui (1978), que a carne é um demarcador entre a alimentação do rico, que come carne todos os dias, e as camadas populares, que nem sempre podem consumi-la. O seu consumo passa a ser símbolo de uma posição idealizada.

*N: “Eu como o que tiver. Lá em casa não tem muita coisa, porque pobre não pode comer tudo... eu gostaria de comer comida boa. Carne, muita carne, porque pobre não pode comprar carne todo dia. Come ovo que é mais barato, porque todo dia carne não pode comprar mesmo. O dinheiro que ele ganha não dá. Não posso comprar muita coisa mesmo porque meu marido não ganha bem para comprar tudo o que eu gostaria de comprar... meu sonho é comprar bastante coisa. Ir ao supermercado e fazer uma compra bem boa de tudo... a carne porque tendo só o arroz e o feijão não dá. Ovo também enjoa comer todo dia...”.*

Um outro aspecto identificado na dimensão econômica diz respeito, mais uma vez, à função provedora do homem. O poder aquisitivo, o poder de compra da família é referido ao marido, o salário obtido a partir da venda de sua força de trabalho.

*ML: “Bom o meu marido recebe muito pouco. Para eu comprar maçã, banana, essas coisas para ele, eu tenho que comprar um pouquinho de cada e tenho que comprar alguma coisa para a gente mesmo”.*

*MG: “O leite a moça que está com ela, compra. Ela compra, pede na birosca fiado, no final do mês, o marido dela paga”.*

*N: “Eu compro feijão, arroz, carne normal para comer mais no final de semana, ovo. Meu marido ganhava cesta básica no trabalho, já cortaram a cesta básica, agora ele estão dando ticket de R\$ 20,00, então não dá para nada. Só dá para comprar mesmo o feijão, o arroz, açúcar, café, o dinheiro é para comprar outras coisas, o ticket não dá para comprar tudo, a cesta básica completa. Para comprar as coisas para ela eu pego dinheiro dele, eu não compro muita coisa, é maçã, laranja, legumes, que eu dou para ela, eu compro no sacolão da Rocinha. A compra, eu compro na Sendas, os tickets eu compro aqui perto, porque a Sendas não aceita, porque é vale refeição, já o daqui aceita. O feijão, arroz eu compro com estes tickets café, açúcar, essas coisas assim de carne, eu compro na Sendas. Eu faço as compras, meu marido detesta ir fazer compras, só eu. Carne eu compro no final de semana, eu compro um pouco de carne, quando falta alguma coisa eu compro na vendinha, sempre não, é muito caro”.*

Como vimos, cabe ao homem garantir o dinheiro. Nesta última fala podemos perceber outras formas de benefícios do trabalhador que complementam o seu salário para a compra dos gêneros alimentícios. Identificamos também que cabe às mulheres o papel de gerenciar a compra, administrar o orçamento doméstico, comprando nos locais de venda mais barato.

*MG: “Eu compro mesmo na Rocinha, ali no sacolão, compro lá, tem o sacolão onde é mais barato. Aonde tem promoção, minhas amigas me falam, aí eu vou. Eu compro o que é mais preciso...”.*

*AU: “Eu compro na Sendas, é uma vez por mês, aí quando falta carne, vai no açougue, um peixinho assim, a mistura. Eu só vou no sacolão fazer compra para ele, o saco de laranja está baratinho, um real e dá bastante suco, eu dou bastante suco para ele”.*

*E: “Eu compro todo o tipo de comida, eu compro variada, eu compro aquele macarrãozinho, compro aquele que parece parafuso, compro aquele, como é que se chama, é compridão, aquele fininho, espaguete, compro farinha para fazer cuscus, compro farinha que eles gostam, eles adoram um farinha também, compro tudo o que eu vejo. Legumes eu compro, quando eu estou com dinheiro eu sempre vou ao Paes Mendonça ou no Bon Marché, no dia da feira que é mais baratinho. Agora o meu marido, ele quando vai fazer compra, só compra o arroz, o feijão, muito mal”.*

Esta última mãe faz referência à compra realizada pelo seu marido sendo diferenciada da sua, onde a mulher, além de comprar nos locais de promoção, procura comprar, mesmo dentro da cesta básica, uma certa variedade, evitando assim a monotonia alimentar.

A mulher dona-de-casa é quem controla o orçamento doméstico. Zaluar (1985), pesquisando moradores de um conjunto habitacional em Cidade de Deus, relata que as expressões encontradas nas entrevistas tais como “o dinheiro tem que dar para a comida”, “a comida não pode faltar” indicam tanto o papel masculino de “botar a comida dentro de casa” como o papel feminino de controlar o consumo a partir da produção e distribuição das refeições, não desperdiçando os alimentos, assim como o de economizar na compra.

Vale destacar que os locais de compra são variados, dependendo de suas ofertas e do tipo de alimento a ser comprado. Identificamos porém que todas as famílias compram os alimentos básicos, em grandes supermercados, localizados em São Conrado, na Barra da Tijuca, próximos à Rocinha. A compra de legumes e frutas é realizada no sacolão<sup>9</sup>, que vem sendo um fenômeno recente em expansão no Rio de Janeiro nos últimos anos, oferecendo produtos com preços acessíveis às camadas populares.

Assim como relatado em Woortmann (1978), identificamos em nosso estudo dois tipos de compras: a compra do básico, realizada em grandes supermercados, conforme o pagamento do salário, e as compras “picadas” realizadas no açougue, no sacolão ou mesmo em pequenos supermercados da Rocinha.

Ainda dentro desta perspectiva econômica, compondo a cesta básica de alimentos oferecidos à criança, temos algumas mães que, entre as estratégias de sobrevivência, utilizam-se de doações de alimentos oriundas de instituições religiosas, doações de parentes e vizinhos.

*AC: “As compras às vezes eu ganho da Igreja, quando eu vou lá, aí eu ganho as coisas. Os legumes e as frutas eu compro na feira, mas eu não estou trabalhando, eu não tenho dinheiro, quem me ajuda é a minha avó, ela compra para mim. Os legumes eu peço no sacolão, eu peço para todo mundo, enquanto tiver faltando alguma coisa para os meus filhos, eu peço. Não estou roubando, não estou fazendo mal para ninguém, eu vou lá e peço, uma*

---

<sup>9</sup> O termo “sacolão” tem sido utilizado para designar o comércio de hortaliças e frutas, no qual geralmente o preço é único por quilograma dos diferentes produtos.

*coisinha de um, uma coisinha de outro. Na feira, no dia de domingo, eu tenho um amigo que traz duas bolsas de feira para mim com laranja, banana, para as crianças, todo domingo ele traz, eu não me preocupo muito com a feira, eu me preocupo mais com os legumes, mas então quando eu vou lá buscar minha avó compra no sacolão”.*

*ML: “Às vezes no final do ano tem a igreja que dá, a Santa Margarida Maria, em Botafogo, lá aonde eu moro tem um rapaz que toda sexta-feira dá verdura”.*

De outra forma, algumas mães utilizam-se de estratégias a partir do leite recebido através do *Programa de Suplementação Alimentar* executado pelas unidades de saúde, no caso específico do leite distribuído pelo CMS VI RA.

*R: “O leite é só para as meninas, o leite daqui me quebra o maior galho, porque não é todo o dia que o meu marido tem dinheiro para ficar comprando leite. Eu acho uma ajuda muito boa esse leite daqui, não é um quebra galho, é uma ajuda mesmo. Eu estou ganhando aqui enquanto ela tiver aqui”.*

*MS: “... já o dinheiro do leite... que eu ganho o leite aqui, aí não precisa comprar. Aí, com o dinheiro do leite eu compro essas coisas para eles, aí eu compro macarrão, compro salsicha, compro tudo que tem que comer, legumes, carne, eu compro tudo”.*

Desta forma, podemos identificar na dimensão econômica quatro instâncias que permeiam a aquisição e consumo alimentar. A primeira refere-se ao poder de compra a partir do salário recebido pela venda da força de trabalho no mercado formal e da inserção de outros membros da família no mercado informal. A segunda é originária de políticas sociais compensatórias oriundas da intervenção do Estado a partir da implantação de políticas públicas de alimentação e nutrição, destacando-se entre elas o *Programa de Alimentação do Trabalhador* e o "*Programa do Leite*"<sup>10</sup>. A terceira instância diz respeito à assistência prestada às famílias de baixa renda por instituições religiosas e a quarta refere-se às relações de solidariedade e reciprocidade entre parentes e vizinhos.

Para os trabalhadores urbanos, a base da sua alimentação depende do trabalho assalariado do chefe da família, da relação entre o valor da sua força de trabalho e os preços dos alimentos, conjugados a outras estratégias de sobrevivência, fontes alternativas

---

<sup>10</sup> Dentre um dos benefícios oriundos do *Programa de Alimentação do Trabalhador*, destaca-se em nosso estudo o subsídio fiscal para aquisição de cesta básica, pela empresa, destinada ao seus empregados, e o *ticket* refeição. O *Programa do Leite* é um programa de suplementação alimentar, da década de 90, destinado a crianças de baixo-peso menores de dois anos de idade e que freqüentam a rede básica de saúde. Esses dois programas fazem parte da política de alimentação e nutrição instituído pelo PRONAN a partir de 1976.

de renda, tais como a inserção da mulher e filhos no mercado informal de trabalho, assim como o acesso a bens oriundos de políticas assistenciais, no intuito de assegurar o consumo alimentar adequado ou o mais próximo possível. Mesmo para famílias cujos chefes são empregados, a sua subsistência seria quase impossível sem a participação de outros membros neste mercado. Enquanto a renda do trabalhador destina-se aos gastos inevitáveis, como aluguel, alimentação, a renda gerada no mercado informal destina-se a melhoria da alimentação e a aquisição de bens de consumo duráveis (Woortmann, 1978).

Cabe ressaltar que em geral são as mulheres que executam essas tarefas, que fazem parte das estratégias de sobrevivência; porém, como vimos anteriormente, o trabalho feminino, embora gere renda direta ou indireta, é invisível, desconsiderado como trabalho, tanto pelo companheiro, pelos demais familiares, vizinhos, bem como pelas próprias mulheres e mães.

Por outro lado, quando a mãe é a chefe da família, inserida no mercado formal de trabalho, passa a ser responsável direta pela aquisição dos alimentos.

*A: “Nem que eu arrume um dinheiro emprestado, eu não deixo faltar essas coisas para eles. Acho que o mais importante, se não tiver comida para os adultos eu não ligo, mas para eles tem que ter, para os dois tem que ter”.*

A família matrifocal tem sido uma realidade brasileira, em especial nas camadas populares. À mulher-mãe chefe de família cabe assumir toda a responsabilidade: é ao mesmo tempo provedora como a gerenciadora do lar, das atividades domésticas e dos afetos.

Por outro lado, se ao homem chefe de família compete prover a casa com gêneros alimentícios, compete às mulheres comprar e transformar o alimento em comida. É no âmbito da refeição, a partir do preparo e distribuição, que a esposa-mãe exerce seu controle e autoridade, determinando dentro das possibilidades da família, o que irá compor a refeição e como será distribuída (Woortmann, 1978).

Desta forma, um outro componente importante no processo alimentar diz respeito à produção das refeições. Neste aspecto, as mães entrevistadas aprenderam a cozinhar, a conhecer os diferentes tipos de comida no âmbito doméstico, quer seja nos lares maternos, com suas próprias mães; em seus domicílios, depois de casadas com seus companheiros; ou em casa de família quando inseridas no mercado de trabalho como domésticas.

*M: “Minha mãe me ensinou. Desde pequena eu cozinho, porque minha mãe sempre trabalhou, eu perdi meu pai, ele ficou doente da cabeça desde que eu tinha dois anos. Minha mãe criou a gente sozinha, trabalhando, levando para a escola de manhã e pegando as dezessete horas. Aí, quando eu fiz dez anos, na quarta série, aí ela não podia nem levar a gente mais, nem olhar. Aí, eu tinha que cuidar da casa, fazer comida, lavar a roupa, deixar tudo pronto par ir para a escola, depois chegar e estar tudo pronto. Aí, ela me ensinava a fazer arroz, feijão, tudo eu fazia. Eu aprendi rápido, eu adoro cozinhar, inventar comida”.*

*E: “Eu aprendi com a minha mãe. Eu gosto de cozinhar quando tem alguma coisa diferente para fazer. Só feijão arroz, não dá muito prazer em estar fazendo comida. Faço porque é o jeito mesmo”.*

*ML: “Eu não gosto muito de cozinhar, lá na minha casa, minha mãe faz sopa, o G. e a G. eles vão lá e comem bastante, quando eu faço, eles não comem. Eu sei desde criança pequena que eu ajudo a minha mãe a fazer as coisas”.*

Vale ressaltar o papel das mulheres na produção e distribuição dos alimentos passando de geração em geração. Muitas vezes essas atividades são realizadas, não por prazer mas por responsabilidade, a partir da divisão de papéis sociais entre os gêneros, uma vez que as tarefas domésticas são identificadas como femininas.

Destaca-se porém, em nosso estudo, uma participação também do homem nas atribuições do cuidado alimentar. Assim, outras mães relatam que aprenderam a cozinhar com o marido.

*MS: “Às vezes meu marido cozinha, às vezes ele lava a roupa, passa e arruma a casa. Às vezes quando eu saio com as crianças ele faz tudo quando ele está em casa. As crianças adoram a comida dele. Eu aprendi, aqui com ele. Porque ele trabalhava em restaurante, aí ele foi e me ensinou. Eu não sabia nem fazer um ovo inteiro, eu quebrava o ovo todo, ele que me ensinou... quando ele está em casa, ele cozinha”.*

*ML: “O meu marido também ajuda a fazer comida, ele adora fazer a comida dele. Ele gosta de fazer uma galinhazinha, eu acho que ele aprendeu com a mãe dele. Ele gosta, quando eu fui ganhar ele (o filho), que tinha uma menina, ele fazia as coisas e não chamava ninguém. Minha mãe ia ajudar, quando a minha mãe ia ajudar, ele já tinha feito as coisas... Ele faz tudo em casa, ele varre a casa, limpa a casa, arruma a cama, faz a comida”.*



Neste aspecto cabe destacar o achado de nosso estudo. Nas famílias entrevistadas, os homens parecem ter uma posição diferenciada, pois muitos deles cozinham, alguns desempenham essa função no lar e no mercado de trabalho. Esta atitude pode ser uma característica da área estudada, uma vez que a oferta de empregos no mercado é preferencialmente no setor de prestação de serviços e comércio, com predomínio de bares, lanchonetes, restaurantes, hotéis e similares. Uma das ocupações predominantes dos moradores da Rocinha diz respeito à sua inserção nos serviços e comércio da região próxima a favela, zona Sul do Rio de Janeiro.

De outra forma, outros maridos embora saibam cozinhar delegam esta tarefa às mulheres.

*L: “Lá em casa quem cozinha sou eu. Eu não gosto não, mas não tem outra pessoa para fazer, tem que ser eu, aí eu faço. Minha mãe também, mas o meu marido sabe cozinhar. Eu acho que ele aprendeu na casa da mãe dele, porque na casa da mãe dele quem fazia mais as coisas era ele. Ele quem arrumava, fazia a comida, então eu acho que ele aprendeu lá... Ele cozinha mas só que ele faz, ele me ajuda só se eu estiver doente, aí ele faz tudo, o que for preciso ele faz, mas se eu tiver em casa sem sentir nada, ele não faz não”.*

*R: “Meu marido cozinha muitas coisas. Ele faz bolo, ele faz pudim, ele faz doce. Ele já trabalhou em cozinha, então ele faz de tudo, esse negócio de cozinha, ele entende mesmo. Ele cozinhava quando eu estava trabalhando, que ele fazia. Quando eu chegava tinha comida pronta. Agora eu estou em casa aí nunca mais ele fez”.*

Assim, identificamos em nosso estudo que alguns companheiros dividem as tarefas domésticas com suas mulheres. Em contrapartida, outros, apesar de terem experiência nos cuidados com a casa, com a produção da refeição, no cotidiano não realizam essas atividades, passam a assumi-las somente na impossibilidade de sua realização pelas mulheres.

As práticas alimentares situam-se no mais elementar da vida cotidiana, no nível mais necessário e desvalorizado. É tradição que essa responsabilidade caiba, quase que exclusivamente, às mulheres, sendo objeto de sentimentos ambivalentes. De um lado, a importância da alimentação infantil e da família são reafirmados; de outro, a responsabilidade e o papel da dona de casa como principal gerenciadora do lar, pelas políticas e programas de saúde, pela mídia. Ao mesmo tempo, de outro lado, essas tarefas

são consideradas monótonas, repetitivas, fora do campo do saber, do poder e do trabalho. São trabalhos domésticos realizados por mulheres, sem horário, sem salário, trabalhos que não têm valor, não somam renda. Um lento e interminável trabalho de mulheres (Giard, 1998).

Quanto à inserção das mulheres moradoras da Rocinha no setor formal e informal da economia, também observamos atividades desempenhadas nos serviços domésticos em seus lares, em outros lares e no comércio da região.

Desta forma, algumas mães aprenderam a cozinhar no Rio de Janeiro, já inseridas no mercado de trabalho.

*AC: “Uma moça... que eu trabalhei na pastelaria dela. Eu trabalhei com ela e ela me ensinou a fazer de tudo. Eu sempre tive vontade, eu comprava livro de receita, começava a fazer em casa quando os meus pais saíam para trabalhar... eu fazia comida, com dez, oito anos. Com dez anos eu já fazia salgado, fazia doce, tudo”.*

*N: “Eu não sei cozinhar muito bem não, cozinava em casa de madame. Ela me ensinou, ela faz diferente, lá em casa é diferente”.*

Nestas falas mais uma vez podemos identificar a distinção entre “comida de pobre” e “comida de rico”, sendo que a diferença destacada agora refere-se não ao uso de carne, de fruta e de comida variada, mas ao tipo de preparação do alimento.

Assim, um outro aspecto identificado, também componente do processo alimentar, da produção da refeição, refere-se à forma de preparação dos alimentos. Destaca-se a preferência por alimentos ensopados, cozidos.

*R: “Eu gosto muito de fazer lá é ensopadinho de carne, é aquela lingüicinha ensopada, eu gosto de fazer também com verdura dentro, é carne seca também eu gosto de fazer ensopada. Eu boto legumes, eu boto cenoura, boto abóbora, é chuchu, é batata. Eu só como a carne a verdura não, eu boto por causa do meu marido que gosta, meu filho adora, para mim não. Eu como a carne e a cenoura fica, eu não gosto não”.*

A forma de preparação, assim como a variedade de alimentos, determinam uma distinção entre os grupos sociais. A cozinha da classe popular caracteriza-se por alimentos “ensopados”, pela “mistura” entre vários ingredientes, principalmente a carne e os legumes. São preparações mais econômicas, e ao mesmo tempo consideradas suculentas.

A carne ensopada, fracionada, rende mais, dá sabor à preparação, ao mesmo tempo que pode ser amaciada pelo cozimento, o que possibilita o uso de menor quantidade e de carne de menor custo.

O processo de transformação do alimento em comida é mediado pela forma de sua preparação; é na cozinha que se processa a mudança da natureza (alimento) em cultura (comida). Lévi-Strauss (1986) assinala que o eixo que liga o cru e o cozido é característico da cultura; o processo culinário realizou a domesticação do alimento; o cozimento realiza, a partir da descoberta do fogo, a transformação cultural do cru em cozido.

A distinção entre a preparação ensopada, cozida e a assada parece pertencer a diversas culturas; a maioria das cozinhas ocidentais tem, em geral, o assado como um prato de recepção, de cerimônia, que é oferecido a estranhos, a convidados. De outra forma, a preparação cozida representa um prato íntimo, destinado ao grupo conhecido, familiar (Fischeler, 1993).

Assim, a comida ajuda a estabelecer uma identidade, definindo um grupo, uma classe, uma pessoa, pois não se trata apenas de uma substância alimentar mas de um modo, um jeito de alimentar-se. O modo de comer define não somente aquilo que é ingerido mas também quem o ingere. A comida básica do brasileiro é o arroz e o feijão — preferimos sempre os alimentos cozidos, combinados, misturados (Da Matta, 1987).

Destaca-se na alimentação da classe popular o termo “mistura”; para as mães trata-se de preparações à base de carne, geralmente em menores quantidades, de menor custo associada ou não ao uso de legumes e verduras que complementam a refeição.

*E: “Mistura é salsicha, aquela lingüiça para churrasco, que ele adora, é ovo, é mortadela, essa daqui não está com nada, boa é a do norte, costela, carne moída, bife de figado, o que der para comprar eu compro, de cada coisa eu compro um pouquinho para não comer uma mistura só direto”.*

Por outro lado, a cozinha de “rico” baseia-se no uso da carne, em preparações mais elaboradas, preparações que utilizam o forno.

*MA: “Eu não sei fazer comida de rico, só sei fazer as minhas comidas mesmo. É por isso que quando eu trabalhava na D. Amália eu sempre falei que eu não sei fazer comida de rico, não. Só uma salada, um arroz, um feijão, uma carne frita, até um ensopadinho eu sei fazer. Mas comida de casa de rico eu não sei*

*fazer não. Quando ela queria, um prato de forno, um outro tipo de carne, ela mesmo fazia, porque eu não sabia cozinhar...tanto troço que tem para comer, comida de rico. Tem tanta comida que eu nem sei chamar, estrogonofe, que eu nem sei o que é, que eu vejo as pessoas falando”.*

*R: “Comida em casa de família, para mim é diferente do lugar da gente. Tem tantas coisas que é diferente, é carne assada, é o frango assado, é uma verdura diferente que eu fazia, é chuchu com camarão, é tanta coisa diferente... eu não gosto não, eu gosto de uma carne assada, quando o dinheiro do homem dá, eu faço, eu não vou mentir”.*

Porém, pode não ser tão rígida esta distinção.

*MS: “Eu faço, às vezes, eu faço ensopado de carne junto com legumes e faço para os meninos. Faço feijão, faço salada de legumes, faço arroz, faço macarrão, comida normal de casa. Eu faço até na minha patroa essas comidas que eu faço em casa. Ela come diferente não, ela come igual a gente”.*

Como podemos identificar, comida de rico é mais variada, mais diversificada; além do básico, há a presença da carne, de legumes e verduras. Na distinção entre comida de pobre e comida de rico, está presente também a preparação assada, pois além de render menos — pela perda que a carne sofre a partir do calor —, exige também utensílios, artefatos apropriados, tais como o forno, o que nem sempre é disponível em todas as famílias. Assim como também a necessidade de ter disponível ingredientes e gêneros alimentícios diversificados e gás.

*AC: “... Eu ganhei dois fogões do meu pai, ganhei um de seis bocas e um de quatro, só que o de seis bocas está na casa da minha avó. O meu forno está quebrado. Aí, eu faço na casa da minha avó, bolo para as crianças que eles adoram, faço pudim, pavê. Os ingredientes a minha avó compra, quando ela não compra, ela ganha. Ela pega ‘compras’ também, na Igreja Santa Margarida Maria, às vezes vem na ‘compra’”.*

Vale destacar que os hábitos alimentares são formados a partir da disponibilidade objetiva de recursos, do alimento, da sua produção, do seu custo, da familiaridade com o alimento, isto é, do aprendizado. O gosto é construído a partir desses vários aspectos, conjugado às características organolépticas próprias do alimento, tais como o sabor, a textura e a aparência. O gosto caracteriza-se, portanto, pelo aprendizado mas também diz respeito à singularidade de cada indivíduo. O gosto pode estar remetido tanto ao paladar quanto ao prazer da cozinha (Fischeler, 1993; Valente, 1986).

No processo e no consumo alimentar, outro aspecto a ser destacado diz respeito à distribuição intrafamiliar do alimento. Essa distribuição é desigual e reflete a posição dos diferentes membros da família em relação ao trabalho, ao gasto energético, à posição econômica e de poder.

Desta forma, uma família não gasta apenas dinheiro, mas também energia calórica no processo de trabalho. Assim, quando há restrição alimentar, as crianças são as primeiras a ser privadas de alimentação adequada, sendo também as primeiras a apresentarem *déficit* conforme observado em nosso estudo. Na hierarquia alimentar, a alimentação do adulto é prioritária, uma vez que é necessária à reprodução da força de trabalho. O trabalhador apresenta maiores gastos energéticos, necessitando portanto de um maior consumo, pois é através da refeição que o trabalhador restaura as energias despendidas na sua jornada de trabalho. Em situações limite, são as necessidades da reprodução da força de trabalho que determinam o comer e o não comer, a qualidade e quantidade do alimento, segundo sua capacidade de trabalho (Woortmann, 1978).

Além do maior gasto energético do trabalhador, podemos acrescentar uma outra questão a ser considerada na distribuição desigual do alimento: a desigualdade entre os gêneros.

Desta forma, um outro aspecto destacado nas entrevistas é a posição que algumas mães assumem frente à sua alimentação. Na medida em que o companheiro não está em casa no horário das refeições, muitas vezes esta fica secundarizada.

*N: “Na minha casa eu faço mais comida no final de semana porque o meu esposo não come em casa, não almoça nem janta. Às vezes eu faço comida para mim, às vezes não”.*

*E: “Meio-dia, eu não almoço não, não tem ninguém que almoce em casa, aí eu deixo para de noite... as crianças comem no colégio, só ficamos eu e a Josilma. A Josilma, eu tapeio com qualquer coisinha assim de sal, um macarrão daqueles, picadinho com batata e eu fico direto, só como de noite. Eu não tomo nem café da manhã, meu café é só no cafezinho até a noite”.*

Numa escala de prioridades entre os que trabalham fora e os que são dependentes, as mulheres são vistas como as que executam tarefas mais leves em relação aos homens, ficando por isso numa posição hierarquicamente inferior na distribuição dos alimentos (Canesqui, 1978).

Desta forma estereotipada, as mulheres também introjetam esses valores; ao cuidar de outros, muitas vezes se esquecem de si. As próprias mulheres assumem que o homem precisa comer melhor do que elas, pois seu trabalho é mais pesado, requer mais esforço físico. Mais uma vez identificamos a invisibilidade do trabalho feminino e sua desvalorização.

Nesta perspectiva, Charles e Kerr (1995) relatam, a partir de pesquisa sobre o consumo familiar de alimentos, que essas desigualdades são mais marcadas em algumas famílias do que em outras, porém tipificam todas as famílias nas quais a maioria das mulheres e crianças dependem economicamente do homem. No gerenciamento da produção e consumo, as mulheres subordinam suas necessidades às dos filhos e companheiro. Destacam, porém, que tendo em vista o valor simbólico de alimentos, o leite, as frutas e os sucos são mais consumidos pelas crianças, pois são considerados benéficos à saúde. Em contrapartida, os homens consumiam mais carne, queijo e ovos. Em outra perspectiva, ressaltamos o gosto, o prazer de comer, construído a partir da presença do aprendizado na infância vivenciada no Nordeste, de onde migraram a maioria das mães.

Os hábitos alimentares constituem um domínio em que a tradição e a inovação têm o mesmo nível de importância, onde o presente e o passado se entrelaçam, para satisfazer a necessidade do momento (Giard, 1998).

*R: “Eu adoro pão com café, molhadinho, farinha com café, eu adoro. O que a gente come é feijão, arroz, quando tem carne, come carne, quando não tem, come ovo. Verdura eu não como, porque eu não gosto. Meu marido gosta de verdura, toda verdura ele come, tudo, tudo. Eu não como. Nem tomate, nem cenoura eu como, tomate esses negócios de salada eu não como, eu nunca comi. Eu gosto é de feijão, arroz, carne, farinha, eu adoro farinha, macarrão misturado com farinha eu adoro”.*

*MS: “Comida de restaurante é diferente, é cheia de ‘mato’. Eu não gosto daquilo não. É espinafre, aquelas coisas eu não gosto. É bom para o sangue, mas eu não como. Os meninos comem. Uma vez eu comi aquilo... é amargoso. Eu como todos os tipos de legumes, só mesmo aqueles ‘matos’, espinafre, que não tem quem faça eu comer, mas o resto eu como tudo. O espinafre... não tem quem faça eu comer, nem o jiló. Eu gosto de uma batata, gosto de beterraba no feijão, eu gosto de chuchu, repolho, cenoura, eu gosto de tudo, mas jiló eu não dou conta. As crianças comem, aquela berinjela. Eu não gosto, o meu marido compra só para eles”.*

A variabilidade das escolhas alimentares humanas resulta em grande parte na diversidade cultural. Nem tudo que seria biologicamente comestível é culturalmente aceito. O que se come depende da seleção prévia de quem come, seus significados e representações sobre comida. A partir desta compreensão, diferentes autores assinalam a distinção entre alimento disponível e comida (Fischeler, 1993; Da Matta, 1987). O alimento passa a ser comida quando inserido na cultura de determinado grupo social.

Como podemos identificar, destaca-se mais uma vez a comida sendo referida ao arroz, feijão e carne, alimentos fortes, que dão sustância. Identificamos que algumas mães e companheiros não possuem o hábito de consumir uma variedade de hortaliças. Uma vez que não têm convicção sobre o uso desses alimentos podem desta forma também apresentar dificuldades na construção dos hábitos de seus filhos.

Como vimos anteriormente, os vários alimentos são percebidos como tendo graus diferenciados de “fortidão”. Acrescentamos ainda que o termo “fortidão” está associado ao valor nutritivo, ao mesmo tempo que à sua capacidade de provocar no organismo a sensação de saciedade. Alimento forte seria aquele capaz de deixar a pessoa saciada, sem a sensação de fome por um período longo de tempo. De outra forma, comida forte é aquela que faz volume no estômago, aquela que dá sustância, que fornece energia e resistência para o trabalho. Há uma relação estreita entre comida, trabalho e desgaste físico (Woortmann, 1978).

Desta forma, a partir da revisão de literatura sobre os hábitos alimentares no Brasil, Bleil (1997) nos informa que, devido à histórica escassez de alimentos, a principal função da alimentação, para as classes populares, é saciar a fome. As verduras, por não serem alimentos fontes de caloria, não se consolidaram como um hábito para toda população, sendo o uso da salada mais freqüente nas camadas de maior poder aquisitivo.

A partir de estudo sobre a fome no Nordeste, Castro (1967) destaca que tanto as condições de solo no litoral, como as climáticas, sempre foram propícias ao cultivo de uma infinidade de produtos, que poderiam permitir o acesso a uma alimentação satisfatória. Porém, desde o início da colonização portuguesa, as terras nordestinas mostraram-se ótimas para o cultivo da cana-de-açúcar. Devido ao seu plantio de forma exclusiva, seguindo os interesses da monocultura, subverteu-se por completo o equilíbrio ecológico da região, degradando outras possibilidades de recursos alimentares. A cana mostrou-se

capaz de dar bastante lucro, mas também exigiu uma escravidão não só do homem como também da terra a seu serviço. A monocultura do açúcar foi o principal motivo de degradação da alimentação do nordestino, onde infelizmente a cultura ibérica, rica e variada em frutas, legumes e verduras, produtos da horta e do pomar, não puderam se estabelecer. Assim, por determinação histórica do uso do solo, a dieta do trabalhador nordestino carece do consumo variado de frutas, verduras e legumes.

De outra forma, Castro (1967) acrescenta que no sertão do Nordeste o uso de frutas e verduras também é pouco difundido, pois a flora do sertão é bastante pobre; por outro lado, há o consumo do feijão, da farinha de mandioca e do milho — este último alimento básico da região — associado ao leite e à carne de boi, de cabrito e de carneiro, garantindo o equilíbrio protéico-calórico da dieta. Para o autor, o Nordeste caracteriza-se pela expressão da monocultura e do latifúndio, na exploração do homem e da terra da região. Muito mais que a seca, o que acarreta a fome e a miséria é a proletarização da população, cuja produtividade é mínima, não permitindo ao sertanejo a formação de reservas alimentares para o período de secas. Com a seca desorganiza-se a economia da região, instalando-se a fome, a retirada, a migração para as cidades em busca de trabalho, da sobrevivência.

Assim, as diferenças dos hábitos e das práticas alimentares identificadas entre as diferentes regiões e grupos sociais do país podem ser atribuídas às condições socioeconômicas, aos gostos e hábitos de consumo, próprios de cada segmento a partir de sua história.

As mães também identificam diferenças entre a comida do “norte” e a comida da cidade do Rio de Janeiro, o acesso diferenciado ao trabalho e aos alimentos.

*A: “Comida lá do ‘norte’ é diferente, no ‘norte’ é difícil, mais difícil que aqui. A gente não tem trabalho, essas coisas assim, lá é difícil, é feijão e arroz e dá graças a Deus, ter ovo ou a carne para comer. Lá é difícil, não é igual aqui, aqui a gente trabalha, é difícil mas é bem melhor do que lá. É porque aqui tem trabalho, difícil e tudo mas a gente encontra, lá no Ceará não tem. A gente morava no interior, então o único trabalho que tem é no roçado, passa o dia todo trabalhando, meu irmão trabalhava para caramba com o meu pai, na enxada, não ganhava nada. Quando não tinha inverno, ia tudo por água abaixo, não ganhava nada, quando tinha até que dava, plantava feijão, milho, colhia e vendia e dava, mas era difícil”.*



R: “Eu nasci no município de Guaraciaba, num lugar chamado Mucambo. Lá é muito ruim, lá é bom assim para a gente ir, passear, é um lugar muito pobre, não tem ganho nem para homem e nem para a mulher, mulher de lá é tudo desempregada, é tudo sem fazer nada. Lá os rapazes solteiros é tudo desempregados, às vezes trabalham na horta, ganham uma mixaria por dia trabalhando na horta. É um lugar que não tem emprego, não tem dinheiro, aí a maioria do pessoal vem para cá, para viver aqui, porque lá mesmo não dá. Eu nunca fiquei lá, desde os treze anos estou fora de lá. Porque meu pai não pode, são sete irmãos que eu tenho, meu pai não podia dá comida, calçado, vestir para todas elas... o que ele ganhava lá é dois, três reais por dia, não dava para nada... a água lá é muito difícil ter água. As vezes o rio seca e tem que comprar água para a gente beber, é muito ruim aquele lugar. É bom assim, para a gente ir lá e voltar, mas para morar não dá não... a comida daqui é diferente de lá do lugar da gente, porque no nosso lugar, bota feijão no fogo, o feijão está cozinhando, faz um arroz, é às vezes nem carne tem para fazer, é isso a comida de lá, já aqui é diferente. Lá tem muita verdura, mas ninguém come. Só é jogar fora, dar para os porcos comerem. É por isso que o pessoal de lá, é como se diz, não tem é sei lá, sustância, força, porque não come, verdura lá, tem muita horta mas o pessoas nem se ligam em verdura, jogam fora”.

Destaca-se nas falas a monotonia alimentar do trabalhador nordestino, em decorrência das condições precárias de vida, da exploração do trabalho rural, a falta de trabalho, o desemprego. Em contrapartida, algumas mães, por terem uma inserção social um pouco mais diferenciada, acesso a horta, pomar, sítio, relatam uma alimentação melhor no “norte”.

L: “Eu sei de mim, eu acho diferente, a comida de lá é mais gostosa. A comida lá pode não ter carne, mas se tiver feijão e arroz é mais gostosa do que aqui. Eu acho que a de lá é mais fresquinha a carne, é mais fresquinha, aqui as coisas, a carne é de não sei quanto tempo, acaba que tem menos gosto”.

MA: “A comida de lá é uma comida mais forte, porque lá é tudo feito na hora, não tem negócio de carbonato, só pão. Mas esse negócio de frango, lá o frango é morto na hora, você mesmo cuida dele, vê ele nascendo, crescendo que nem um filho. Lá é assim, porco, galinha, cabra, vaca, tudo você vê. Aí, quando minha mãe, todos os dias minha mãe matava frango, quando ficava enjoada de comer frango, matava pato, tinha muito, era peru, era muita coisa que minha mãe criava, muita coisa, é diferente porque a comida aqui no Rio, as comidas sei lá, são mais fracas, sei lá, eu acho. Você pega compra, por exemplo porco, de vez em quando dá muita saudade de comer tripa de porco frita, aí eu vou e compro. Em vez de cheirar faz é feder... aí é assim, lá a fruta é tirada do pé, manga,

*jaca, apa, que aqui não chama apa, chama fruta de conde, muita coisa de diferente que aqui não tem, tem lá, lá não tem e aqui já tem... verdura tem, só não tem espinafre, tem muita verdura que eu nem sei chamar o nome aqui. Lá tem cebola, coentro, alface lá tem. Minha mãe chamava de folha, tem pimenta, tem uma pimenta chamada de cheiro e tem pimenta malagueta que eu já vi também, tem cebola, banana também é tirada do pé”.*

Estas últimas falas destacam um componente importante da alimentação: a saudade, a memória do cheiro da comida. O valor do alimento referido a outros elementos do sentido humano — a visão, o tato, o gosto, o plantio, a colheita, a criação.

Nesta perspectiva, Garcia (1993) comenta que as experiências do paladar vivenciadas na infância têm forte influência na apreciação, sendo estas que marcam o exercício do paladar. Em torno da comida são transmitidos os valores culturais, são rememoradas nossas raízes, reforçadas as relações afetivas e de parentesco, podendo portanto ser a comida estratificada conforme o contexto no qual está inserida: em comida da lembrança, do trabalho, da sobrevivência.

Ainda nesta linha de pensamento, em relação ao gosto, cheiro e valor da comida, Woortmann (1978) acrescenta que a passagem gradativa do alimento obtido da natureza, caça e coleta, para aquele resultante do trabalho agrícola, do pasto, da lavoura e do quintal para o alimento comprado na cidade exprime um processo social. O alimento dependendo da sua origem, pode ser considerado como forte ou fraco; o que parece estar em jogo é a proximidade ou distância do trabalhador em relação aos alimentos que consome, o comprado pode ser representado como mais fraco do que o plantado.

Este mesmo autor acrescenta que as relações de produção no meio rural têm sido, ao longo do tempo, transformadas, afetando desta forma as relações de trabalho e acesso à terra e conseqüentemente a produção e o acesso aos alimentos. Reduzido ou mesmo impedido do acesso à terra, o trabalhador rural sente-se empurrado para a cidade. A migração para cidade completa o processo iniciado no campo e traz consigo, entre outras conseqüências, a transformação do alimento em mercadoria, pois na cidade toda comida tem que ser comprada.

A vinda do migrante para a cidade é vivenciada de forma ambígua: por um lado a cidade oferece emprego, acesso a outros benefícios, à alimentação mais diversificada; em contrapartida sente-se falta do conhecido, do familiar.

Vale destacar ainda que nenhum alimento, preparação ou refeição tem seu significado derivado exclusivamente de suas características próprias, mas é mediado pelo valor que os grupos sociais atribuem. A partir da cultura os homens classificam, avaliam e hierarquizam os alimentos, transformando-os em práticas alimentares (Contreras, 1995).

Assim, é essencial para a saúde o estabelecimento de um regime alimentar equilibrado. A alimentação deve garantir tanto a qualidade como a quantidade de macronutrientes, proteínas, glicídios e lipídios, como de vitaminas e sais minerais, necessárias para conservação da saúde, para o desempenho de atividades, para proteção contra doenças; no caso da criança, para garantir também o seu crescimento e desenvolvimento.

Portanto, na prática alimentar no ato de nutrir é necessário conciliar múltiplas exigências, aparentemente uma coisa tão simples e tão natural. Destaca-se porém que não existe sabedoria popular natural, não existe sabedoria inata. Tanto quanto os outros elementos da vida, a alimentação não se apresenta ao homem in natura, é um conhecimento aprendido. Mesmo cru e colhido diretamente da árvore, um fruto já é um alimento culturalizado, antes de qualquer preparação, pelo simples fato de ser tido como comestível (Giard, 1998).

Assim, as práticas alimentares são apreendidas cognitivamente e ideologicamente pelas classes populares no seu cotidiano a partir das suas condições de existência e cultura, do seu contato com o saber científico e com a cultura de massa, através da propaganda e da mídia, num contexto social no qual o saber vai sendo construído e reconstruído.

## 6 - A CRIANÇA DESNUTRIDA E A CRIANÇA COM BAIXO-PESO

*A fome é a expressão de um complexo de manifestações, simultaneamente biológicas, econômicas e sociais. A maior parte dos estudos limita-se a um dos seus aspectos, projetando uma visão parcial, unilateral do problema (Josué de Castro, 1982).*

Um dos pressupostos de nosso trabalho é que a desnutrição, para ser cuidada pelo serviço de saúde, precisa ser visível, conhecida e reconhecida como um problema, tanto pelos profissionais de saúde quanto pelas mães.

Assim, partimos do entendimento que o conhecimento e o reconhecimento do processo saúde e doença estão inseridos no mundo do aprendizado, construído a partir das vivências e experiências nas condições concretas de vida. O conhecimento científico está presente, de forma reinterpretada, nas representações, nos discursos e ações, tanto dos profissionais de saúde quanto das mães.

Pois, no plano da saúde, as pessoas respondem de forma variada ao estímulo imediato de alguma doença ou de alguma dor, mediante um repertório de conhecimentos do senso comum, apreendido a partir da prática social, da vida familiar, da convivência com os outros (Sigristi, 1997).

Para as mães, particularmente para as que freqüentam os serviços de saúde do Centro Municipal de Saúde da VI RA com uma certa assiduidade, a percepção do baixo-peso e da desnutrição da criança é permeada pelo contato com os profissionais. O modo como as mães percebem o problema vai determinar, também, que medidas necessárias poderão ser acionadas para a promoção da saúde da criança.

No que diz respeito às causas do baixo-peso e da desnutrição, as mães identificam a falta de cuidado, a interação com a doença e a alimentação deficiente devido às condições econômicas e de vida, como fatores que contribuem para que a criança tenha baixo-peso ou desnutrição.

Esses três eixos principais, identificados a partir das falas das mães, são determinantes quase que consensuais na literatura sobre a multicausalidade da desnutrição. Estudos mais recentes, inseridos em abordagens microssociais, têm também incorporado a importância do cuidado infantil, discutindo o papel da comunidade e da família na etiologia dos distúrbios nutricionais.

Por outro lado, outras abordagens, com as quais nos identificamos, incorporam também análise macroestrutural para a compreensão da problemática. Essa análise da desnutrição é baseada no entendimento de que as doenças são desigualmente distribuídas ao longo da história nas diferentes classes sociais. Consideram as relações do homem com a natureza, dos homens entre si, que determinam a produção e distribuição da saúde e da doença (Silva, 1977; Ypiranga, 1982; Valente, 1986; Monteiro e Benício, 1981; Victora, Barros e Vaughan, 1986; Batista Filho, Bleil e Eysden, 1989).

A partir desta abordagem, Dasen e Super (1988) acrescentam e identificam alguns outros fatores psicossociais relacionados ao cotidiano das famílias e das crianças em seu microambiente, que devem ser também considerados, partindo-se do suposto que, mesmo em condições igualmente desfavoráveis, a desnutrição não ocorre em todas as crianças. O termo psicossocial utilizado indica fatores psicológicos, socioculturais, assim como os constituintes biológicos de cada criança que interferem no complexo quadro da desnutrição.

Esses diversos autores, através de diferentes metodologias, identificam três instâncias de determinação do estado nutricional da população: uma instância mais imediata, correspondente ao consumo alimentar e ao estado de saúde, isto é, associada à utilização biológica dos nutrientes pelos indivíduos; a instância intermediária — nível mediato —, que corresponde a fatores envolvidos no consumo alimentar e no estado de saúde, tais como a renda, a ocupação que condicionam o acesso das pessoas a bens e serviços, como moradia, saneamento, assistência à saúde, escolarização, formação dos hábitos alimentares, entre outros; e a última instância — o nível de suas causas básicas —, inserida no contexto histórico, econômico, político, cultural, que é determinada pelo modo de produção que caracteriza uma sociedade, ou seja, a forma pela qual são produzidos e distribuídos os bens e serviços socialmente gerados.

O baixo-peso, a desnutrição, sua visibilidade e seus determinantes foram referidos pelas mães a diferentes dimensões, isto é, diferentes aspectos referentes à complexidade e à totalidade do problema, eixos de significação, que vão do concreto ao simbólico: dimensão temporal, de saúde e doença, afetiva, de cuidado e econômica.

Na **dimensão temporal**, a partir das entrevistas, podemos perceber também que o baixo-peso da criança e a desnutrição puderam ser reconhecidos, adquirindo visibilidade através do acompanhamento da criança. Essas crianças são acompanhadas no tempo, tanto pelo serviço de saúde, a partir do seu crescimento e desenvolvimento, quanto pelas mães no seu cotidiano.

Destacamos que esse acompanhamento é um processo muitas vezes longo, sendo importante que seja periódico e sistemático. Nesse processo, a visibilidade é percebida por aspectos que informam a melhora da criança, ou ao contrário, que sinalizam a piora da criança.

Assim, na dimensão temporal, as mães, ao fazerem referência do peso da criança a um estágio anterior e posterior, assinalam uma comparação no tempo, podendo sinalizar uma possível consciência prévia do problema.

*L: "... ela, eu acho, o peso dela antes estava muito baixo, mas agora o peso dela está ficando bem melhor... está pegando peso, em vista do que estava, está bem melhor".*

*MS: "... está ficando pesada, eu acho que está pegando peso... o peso dela está entrando na faixa etária..."*

*ML: "... bom, agora ele estava pegando peso".*

No processo de acompanhamento cotidiano do crescimento e desenvolvimento do seu filho, as mães utilizam-se também de comparações com outras crianças da comunidade, vizinhas, amigas, parentes e irmãos, como parâmetro para percepção do problema.

*MG: "Ela tem mais de um ano, era para ter nove quilos ou mais. Esse garotinho que entrou aqui passou dela, e é de oito meses..."*

*ML: "A minha outra filha nasceu gordona, só que esse daqui nasceu miúdo. Eu acho até que ele é miudinho, porque a outra nasceu com três quilos seiscentos e pouco... e ele com dois*

*quilos e novecentos...”*

Nestas falas identificamos que as mães, ao compararem seus filhos com outras crianças, consideram-nos aquém de sua expectativa em relação ao tamanho, peso e aparência. Desta forma, para elas o padrão de referência do que seja criança com crescimento adequado é remetido às suas experiências concretas com outros filhos, com outras crianças conhecidas. Em estudos sobre a representação do crescimento das crianças, Zaborowski (1990), Carvalho Filho (1991) e Duarte (1997) também relataram essa forma comparativa de as mães identificarem o crescimento do filho.

Assim, quando o baixo-peso e a desnutrição figuram como elementos comuns no meio social no qual o grupo familiar está inserido, o crescimento inadequado pode ser considerado como normal, não sendo identificado como um problema ou, ao contrário, se o sintoma não é tão freqüente, pode ser percebido a partir da comparação do peso e altura entre as diversas crianças.

Compreendemos que adoecer é um processo social que envolve outras pessoas; envolve experiências subjetivas e objetivas de mudanças físicas e emocionais. Um mesmo sintoma de doença pode ser interpretado distintamente nos diferentes grupos. A doença, assim como outra adversidade, é parte integrante dos aspectos culturais, sociais, morais, econômicos e psicológicos (Helman, 1994).

Portanto, a percepção do baixo-peso e da desnutrição pelas mães se dá a partir de mudanças em vários aspectos: mudanças na aparência corporal, no ganho ou perda de peso, na cor da pele e no desenvolvimento da criança. Uma das características bastante destacadas refere-se ao peso — ao ganho de peso.

*D: “ a gente pegava ele, sentia pelo peso, mas agora até que não está magrinho não...”*

A percepção do crescimento é caracterizada pelo ganho de tamanho, quer seja em peso ou em altura. O peso adquirido foi percebido fisicamente, ao carregar seu filho no colo — antes o sentia mais leve e agora o sente mais pesado.

Outro aspecto presente nas falas diz respeito à percepção da mudança de cor da criança.

*D: "...ele melhorou, todo mundo nota, meu cunhado fala assim: ele agora tem até cor".*

Como vimos nesta fala, a visibilidade deu-se a partir do processo cotidiano de acompanhamento da criança, sendo nesse momento o aspecto destacado a mudança na aparência, mais especificamente em sua cor. A cor é um aspecto visível e identificado por vezes pela população: a palidez é um sinal de doença, de sangue ralo, de anemia. Dentre os vários significados do sangue, Santos (1992), em seu estudo sobre as representações sociais do sangue, nos informa que estão presentes, dentre outros, aspectos relativos à força, salvação e vida. Portanto, no imaginário popular, criança saudável, viva e com saúde é criança corada. De outra forma, as mães percebem que a criança melhora quando apresenta uma diminuição na frequência de doenças.

*D: "O Daniel ficou bastante tempo com diarreia e tudo, ele ficou assim acabado, uma criança acabadinha. Ele melhorou, rapidamente ele melhorou bastante".*

Nesta mesma perspectiva, podemos acrescentar a visibilidade da melhora a partir do desenvolvimento da criança, seu filho ficando mais ativo, mais esperto, "indo para frente".

*MS: "... ela foi pegando peso, foi uma criança que foi aumentando, foi desenvolvendo, porque ela era uma criança pequenininha, e agora eu estou feliz porque ela está pegando peso".*

*MA: " Eu estou gostando e minha filha está indo para frente. Estou vendo que ela está indo para frente".*

Em contrapartida, em algumas ocasiões, a visibilidade do baixo-peso foi percebida não pela melhora, mas percebendo o problema, pelo seu oposto, a partir da piora, da perda de peso.

*MS: "Eu acho que o Adriano perdeu peso depois que ele ficou muito doente, que ele foi internado... porque ele era uma criança gordinha, mas ali ele foi perdendo peso, depois que ele entrou no Miguel Couto, ele emagreceu muito".*

Ou até não percebendo mudança, porém reconhecendo o problema.

*E: "Eu acho que ele era desde novinho, porque desde novinho ele não pega peso... o problema dele todo é esse problema que ele tem direto, que ele nunca sai desses médicos... por causa*



*desse problema de nutrição dele”.*

Assim, as mães reconhecem o baixo-peso, a desnutrição, a partir de diferentes facetas que compõem a visão das crianças no seu cotidiano. Pois o entendimento do que sejam saúde e doença constitui fenômeno social, cultural e histórico que ultrapassa a visão biológica.

Por outro lado, ainda que de forma não predominante, foi possível identificar situação de uma mãe que não reconhece o problema.

*N: “Eu acho que ela não é desnutrida não. É a tendência mesmo dela que ela não engorda... ela não come direito, ela não gosta de comer, também forçar não adianta”.*

Neste caso há de se destacar que, dentre todas as mães que participaram do estudo, esta foi a única a não reconhecer o baixo-peso como problema e coincidentemente também foi a única criança que, em relação ao seu estado nutricional, ao longo de seu acompanhamento no CMS, manteve seu peso em relação à sua idade menor que o percentil 3.

Observamos que muitas idéias apresentadas pelas mães são semelhantes às aquelas veiculadas pelo sistema oficial de saúde, ao mesmo tempo que criam seus códigos próprios, de acordo com o lugar e posição que ocupam na sociedade (Minayo, 1989).

Na verdade, a saúde e a doença são para todos um campo universal de experiência, reflexão e de escolhas morais. Hoje em dia dispomos tanto de conhecimentos quanto de recursos para vencer os flagelos que já acompanham a história do homem, como a fome e muitas doenças que levam à morte da criança, entre elas as infecciosas e carenciais. Podemos dizer que em nossa época temos os maiores progressos em relação à saúde humana, e paradoxalmente o maior número de vítimas de agravos evitáveis. Vivemos em um mundo que se poderia produzir toda a comida que as pessoas eventualmente pudessem consumir; uma época em que a ciência está bastante avançada, porém a maioria da população não dispõe de condições adequadas para ter uma vida sadia (Berlinguer, 1996).

O não reconhecimento do baixo-peso e da desnutrição no nível das políticas, dos profissionais de saúde e das famílias, implica não intervir no processo, isto é, postergar a implementação de ações tendo em vista a prevenção e o tratamento do problema. Entendemos como prevenção medidas que possam aliviar o sofrimento ou danos maiores à

saúde da criança, ações necessárias para reconhecer e tratar as doenças em fase precoce ou mesmo para evitar a piora, o seu agravamento, o estabelecimento de seqüelas ou mesmo sua evolução mais extrema para a morte.

Desta forma, a visibilidade do baixo-peso e da desnutrição é importante no sentido que mães, famílias e profissionais intervenham o mais precocemente possível no problema. Para as mães, o baixo-peso e a desnutrição da criança são compreendidos de forma diferenciada em relação à saúde da criança.

*D: “ Baixo-peso é magro ”.*

*R: “É a criança que não tem peso normal”.*

*ML: “Eu acho que ele é miudinho...”*

Na **dimensão da saúde e doença**, a concepção do que seja criança de baixo-peso e criança desnutrida é permeada por características distintas. Para algumas mães, a criança desnutrida é uma criança mais grave, tendo sua saúde mais comprometida. É a criança *acabadinha*. Já a criança de baixo-peso é aquela que é *magra, magrinha, miudinha*. Há portanto uma diferença de valor, de imagem, de intensidade e de gravidade. Na idéia de intensidade, a criança não é só magra ou magrinha, mas é bem magrinha. Essa noção de intensidade embute também a idéia de gravidade.

*AC: “... criança de baixo-peso é uma criança magra, que tem dificuldade de engordar,, chegar no peso ideal dela”*

*D: “Eu acho que tem diferença. Desnutrido eu pensava assim, igual eles falavam lá, era assim, sei lá, que estava muito acabadinho. Eu nunca achei que ele tivesse muito baixo-peso. Nota que a criança está magrinha, mas não que está tão caída como os médicos falam para gente... Eu achava que ele estava magro mas não era uma coisa assim”.*

Esta última fala expressa a noção de gravidade tanto para a mãe quanto para os profissionais de saúde, ao mesmo tempo que a mãe faz distinção entre criança *“acabadinha”* e criança *“magrinha”*. Outro significado para a criança desnutrida, *acabadinha*, seria aquela que fica fraca, sem força, acamada, que não brinca.

*M: “Tem criança que está com baixo-peso mas pelo menos brinca. Criança desnutrida é muito pior, não brinca, fica só deitada, muito acamada... o desnutrido é pior do que quem está com baixo-peso”.*

*MS: “Criança desnutrida, eu acho que é aquela que é bem magrinha, que não tem força para andar, para brincar. Porque eu já vi muita criança que não tem força para andar nem para brincar”.*

Mais uma vez aparece a noção de gravidade, desta vez remetida à atividade ou não atividade da criança. Desnutrida é aquela criança que não tem força física, que não tem energia, que está acamada. Nessa situação, a fraqueza supera a força física, tomando conta do corpo, alterando as suas atividades rotineiras. Como a atividade da criança dessa faixa etária se expressa no brincar, na brincadeira, aquela que está mais comprometida não consegue brincar.

A saúde da criança, no seu sentido positivo, é percebida a partir do seu crescimento e desenvolvimento. Para as mães, desenvolvimento “é tudo”. Engloba o crescimento físico, mental, cognitivo, afetivo, social, sua atividade motora, sua capacidade de gastar energia, que é expressa no brincar, correr, andar, pular, se relacionar com o mundo, com as pessoas e objetos.

Em contrapartida, no seu sentido negativo, a saúde da criança é expressa através da doença. O corpo torna-se um problema quando passa a não funcionar normalmente. A doença é o que tira a força da criança, o que a impede de viver e de fazer de seu corpo um uso habitual e familiar (Boltanski, 1984; Oliveira, 1998).

Estas diferentes abordagens podem ser também evidenciadas na entrevista desta mãe.

*AU: “Tem grande diferença. A criança sem ser desnutrida é bem, é forte. A criança desnutrida todo mundo conhece logo... é assim magrinho, caidinho, a minha opinião é esta”.*

Nesta fala destacam-se dois elementos: um que diz respeito à visibilidade da desnutrição, a aparência da *criança caidinha*, e o outro aspecto referente à sua saúde.

Na primeira perspectiva, a aparência da criança surgiu como um atributo capaz de auxiliar a definição e a visibilidade do problema. Podemos evidenciar este aspecto também nas falas de outras mães.

*ML: “Passa muita coisa, a gente pensa assim, a gente vê outras crianças muito gorda e o da gente não é, eu fico pensando, pôxa meu filho podia ser assim...”*

*MA: "... eu acho muito bonito uma criança gorda. Eu acho que é por isso que eu luto muito para que ela tenha alto peso".*

O ideal de criança no imaginário popular é reforçado pela propaganda: a criança gorda. A noção do corpo ideal é subjetiva e cultural, construída a partir de valores, estereótipos, usos e funções do corpo variando conforme o grupo social.

A valorização da magreza cresce quando se passa das camadas populares às camadas de maior poder aquisitivo, quando decresce a valorização da força física; desta maneira, duas crianças da mesma corpulência podem ser consideradas como magras pelo primeiro grupo e como gordas pelo outro (Boltanski, 1984).

No que diz respeito ao imaginário sobre a criança, a imagem ideal construída, em especial, é a do bebê gordinho, fofinho, com dobrinhas. Além de a criança ser vista como mais bonitinha, pode estar representando também uma criança menos frágil, sujeita portanto a ficar menos doente. Por outro lado, a imagem construída da criança desnutrida é muitas vezes preconceituosa, representando a criança muito magra, "esquelética", quase esquelética.

Destacamos porém que o conhecimento científico tem demonstrado a importância da obesidade infantil como fator preditivo de saúde do adulto. Convivemos hoje, também no Brasil, com a sobreposição de problemas, doenças relativas ao baixo-peso e doenças referentes ao sobrepeso, porém ambas são questões importantes de saúde pública.

Na segunda perspectiva, da fala de AU, se a criança não-desnutrida é bem e forte, ao usarmos o raciocínio ao contrário, diríamos que criança desnutrida é aquela que não está bem, que é fraca, que é "caidinha". Outra mãe entrevistada também expressou esta associação entre criança fraca e criança desnutrida,

*MG: "... a menina é muito magrinha... só pode ser fraqueza..."*

Em seu estudo acerca da representação social das mães sobre o desenvolvimento da criança, Oliveira (1991) também identificou a noção de "criança caída" como aquela que perde peso, que fica doente.

Em outra pesquisa sobre as concepções de doença pelas classes populares, Francisco Oliveira (1998) relata que o estado de prostração, de fraqueza, seria o

equivalente à criança “caidinha”, aquela que reúne todos os sintomas pouco específicos do estar doente.

A percepção da desnutrição como doença, à semelhança do descrito por estes autores, também se fez presente na falas das mães.

*A: “Eu acho que é uma criança doente, magra”.*

*MS: “Eu achava que era uma criança doente, que mais para frente ia ficar bem magrinha, não ia se desenvolver”.*

*L: “Eu acho uma coisa horrível, eu fico pensando um monte de coisas, eu penso que a minha menina vai precisar internar, precisar ficar internada, passa um monte de coisas na minha cabeça... porque eu acho que criança desnutrida é mais fácil ficar doente... será que ela vai ficar doente, será que ela vai ficar internada...”*

Nesta perspectiva, as mães conseguem associar a desnutrição a uma doença que pode levar, a partir do corpo fraco, a outras doenças, à internação. Incorporam, no saber popular, o saber técnico-científico às suas experiências e vivências.

Acrescentamos que uma das causas principais de doenças e mortalidade infantil no Brasil refere-se às doenças do aparelho respiratório, assim como às doenças diarreicas. Há uma estreita relação entre desnutrição e essas doenças infecciosas. Ao longo das entrevistas podemos constatar que várias crianças estiveram internadas, durante sua infância, principalmente devido a infecção respiratória aguda, em especial pneumonia.

Além de a internação poder evidenciar a gravidade da doença, para os membros das classes populares a hospitalização limita o contato entre o doente e a família, entre o doente e os médicos, aumenta a solidão e a ansiedade frente à doença (Boltanski, 1984).

Ainda na dimensão da saúde e doença, as mães identificam vários aspectos que contribuem para o baixo-peso da criança. A própria doença, o sinergismo infecção-desnutrição e a doença ocasionando falta de apetite.

*AC: “Ele estava com baixo-peso e já tinha tido meningite, e não estava conseguindo alcançar o peso ideal para o tamanho dele, para a idade dele”.*

*R: “ A médica falou que ela estava. Sabe o que é, eu vou falar, é porque ela pegou um resfriado aí ela baixou o peso, ela baixou o corpo dela. Eu trouxe ela aqui, ela estava boazinha, no*

*dia seguinte ela acordou tão rouca, com febre, não comia nada. O que ela comia botava para fora... então baixou o corpinho dela, mas eu não estou achando que ela está precisando vir para cá não, precisa não, mas ela mandou”.*

*M: “Ele estava doente, com uma diarreia danada. Ele estava com peso baixo, ele estava com baixo-peso... meu filho teve, quando teve diarreia só. Ele foi vomitando com diarreia...”*

*L: “... porque antes ela ficou doente, ela teve pneumonia. Ela estava com o peso normal, mas ela ficou com pneumonia aí ficou com o peso muito baixo... eu sei às vezes, é porque a criança fica doente, não quer comer direito, não quer. A gente dá as coisas e não quer comer, por isso que o peso está sempre baixo...”*

Algumas crianças ficam com baixo-peso devido a um episódio agudo de alguma doença, e assim que melhoram recuperam seu estado nutricional; outras apresentam um sinergismo desnutrição-infecção. Têm baixo-peso e ficam doentes, apresentando cronicamente doenças.

*AU: “ ele também tem bronquite, pode ser também por causa da bronquite, ele tem crise muito alta”.*

*A: “Ela só vive doente, vive resfriada. Ela já teve internada também, teve pneumonia, estomatite, tudo de uma só vez”.*

*MS: “... agora no mês passado ele ficou doentinho de novo”.*

Os múltiplos processos infecciosos interferem no estado nutricional da criança. De forma direta, no seu nível metabólico, levando a um balanço negativo de nitrogênio e, de forma indireta, reduzindo o apetite, afetando a absorção de alimentos, acelerando o trânsito intestinal e aumentando suas necessidades nutricionais. Infecções respiratórias, doenças infecto-contagiosas — em especial o sarampo, parasitoses e diarreias — afetam diretamente o estado nutricional da criança (Pernetta, 1982; Batista Filho e Rissin, 1993; Bittencourt, Leal, Gadelha e Oliveira, 1993; Ferrari, 1997; Brasil, 1998).

As mães também associam a perda de peso, o baixo-peso agudo ou crônico, a doenças, principalmente as relativas ao aparelho respiratório e às doenças diarreicas.

Desta forma, essa identificação pôde ser explicitada também a partir da associação entre diarreia e o cuidado com a água, com o manuseio na preparação dos alimentos.

Porém esta dimensão ainda é remetida a um nível mais imediato de determinação, ao cuidado domiciliar.

*M: “Deve ser água suja, essas coisas assim. Comida, verdura assim mal lavada... eu acho que deve ser isso que dá diarreia, a criança começa a vomitar e perde peso...”*

Nesta linha de pensamento, Mello *et al.* (1988), estudando os conhecimentos, atitudes e percepção da população sobre helmintoses intestinais, no município de São Carlos, São Paulo, identificou, quanto às medidas preventivas, duas referidas como básicas; os cuidados higiênicos tais como lavar as mãos, os alimentos, manter as unhas curtas, a casa limpa e os cuidados com a água tais como fervê-la, filtrá-la. Todas estas medidas são necessárias, porém estão circunscritas ao âmbito familiar.

Ainda nesta perspectiva, Valla *et al.* (1993), relatando a experiência do movimento “Se liga Leopoldina” sobre a participação popular no combate à epidemia de dengue, afirma que, ao chamar a população para combater o mosquito, os governos individualizavam a questão: o culpado direto pela doença seria o mosquito transmissor e o culpado indireto seria a população por não ter seguido corretamente os conselhos de prevenção. Os folhetos distribuídos e as informações veiculadas pela televisão eram insuficientes e mascaravam a realidade, pois somente divulgavam conselhos individuais para evitar a doença. Grande parte dos moradores recebia água uma vez por semana, necessitando estocá-la. Colocava-se, então, a premência do saneamento básico. Para o autor, as duas questões, medidas individuais e o direito ao saneamento básico, devem ser tratadas simultaneamente. Este deve ser o papel dos movimentos de educação popular; ampliar as questões indo até a raiz dos problemas.

De outra forma, algumas mães não fazem distinção entre criança desnutrida e criança com baixo-peso e consideram, que em ambas as situações a criança tem peso baixo.

*MA: “Para mim eu acho tudo igual, eu acho os dois tudo igual”.*

*R: “Para mim, isso é a mesma coisa”.*

*AC: “Eu acho que não tem diferença não, porque todas as duas estão com peso baixo”.*

Embora estas mães entendam os fenômenos como iguais, verificamos, a partir do contexto das entrevistas, que elas consideram tanto o baixo-peso como a desnutrição como fatores determinantes para a saúde da criança. Em outra perspectiva da dimensão da saúde e doença, identificamos também nas entrevistas a deficiência de peso e de tamanho da criança remetida à família, à hereditariedade. Assim, algumas mães incorporam o discurso de sua responsabilidade pelo baixo-peso do filho, ao mesmo tempo que sugerem ser uma fatalidade, um determinismo, um destino natural da criança, em alguns casos, desde a sua gestação.

*MS: “... mas o pai dela ficava sempre falando que ela era magrinha por causa de mim, aí eu ficava muito triste, mas agora eu estou conformada”.*

*AU: “ desde a gravidez, eu tive problema, minha placenta deslocou, eu fiquei internada... eu acho que causou isto, desde do começo da gravidez...”*

*N: “... eu acho que ela não é desnutrida não, ela é baixo-peso porque ela não tem tendência para engordar. O pai dela não tem, ele é magro, ele não tem tendência de engordar. Minha mãe falava que quando eu era novinha, eu era magrinha, não engordava também”.*

Esta compreensão da questão, remetida à natureza da criança, pode estar representando uma tentativa de encobrir, ou mesmo reduzir o sentimento de culpa, fazendo com que as mães necessitem de outras justificativas para o seu entendimento.

Como nos informa Sigristi (1997), a vida só tem sentido porque de algum modo ela é explicada, mesmo que a explicação seja mítica, mística ou mistificada. Sem uma leitura da realidade, não saberíamos agir e interagir na sociedade.

Nesta perspectiva, Boltanski (1984), estudando os membros das classes populares e o que estes consideram como a origem das doenças, nos informa que o termo “hereditariedade” frequentemente utilizado adquire a noção da doença que é própria do indivíduo, que está enraizada no indivíduo. Desta forma, dizer que uma doença é hereditária é dizer, ao mesmo tempo, que ela é inevitável.

De um lado, a hereditariedade da estatura da criança — do seu “tamanho pequeno” ser herdado de pai para filho — pode ser reflexo de um processo crônico de falta de acesso a uma alimentação adequada que percorre gerações, afetando a altura dos indivíduos,



tornando-os mais baixos. Sobre esta possibilidade podemos consultar as obras de Nelson Chaves (1978).

Por outro lado, pode também estar representando uma tendência genética, ou seja, a criança está inserida em condições ideais para o seu crescimento, sem a interferência deletéria do meio ambiente, porém não será pesada ou alta por uma questão genética.

Assim, em relação à criança de baixo-peso, sua visibilidade e o significado para as mães, associada à dimensão da saúde e doença, podemos identificar outra dimensão do problema, a **dimensão afetiva**.

Como vimos, a noção de doença hereditária poderia estar encobrindo o sentimento materno de responsabilidade e culpa. A partir das falas, percebemos outro sentimento envolvido. Por trás da noção de gravidade da doença coexiste um temor de internação da criança, de perda e de morte. O temor de morte pode ser expresso tanto implicitamente como explicitamente.

*MA: "... primeiro que a gente que é mãe fica sem saber o que fazer. Leva num médico, leva a outro, aí eles sempre falam a mesma coisa. A gente que é mãe tem que tentar melhorar, porque se não melhorar o filho vai para onde? Cada dia que passa, o calibre dele é emagrecer mais ainda".*

*D: "Ele falou que desnutrimento é um caminho só para morte, porque a criança fica totalmente fraca, fica com todo tipo de doença, a criança já está fraca, não tem muita resistência. A criança já tem pouca resistência, com mais a desnutrição. O David mesmo, ficou bastante tempo com diarréia e tudo, ele ficou assim acabado, uma criança acabadinha".*

Como vimos, as falas expressam a desnutrição, a gravidade da doença representada para as mães como uma possibilidade de perda da criança.

Outro aspecto que podemos observar refere-se à apropriação, de forma reelaborada, dos termos científicos pelas mães, como no caso do "desnutrimento". Como nos lembra Boltanski (1984), a partir do discurso médico, o usuário do serviço, no caso a mãe, faz uma seleção dos termos que reconhece, mesmo ignorando seu significado científico. Apropriando-se de alguns, os membros das classes populares tentam reconstruir um discurso coerente, reatribuindo-lhes significados, reinterpretando-os.

Portanto, os fenômenos de saúde e doença não se reduzem a uma evidência orgânica, natural, objetiva. As idéias costumam estar referidas a sentimentos e a visões sociais muito profundas, pois dizem respeito a duas questões preciosas: a vida e a morte (Minayo, 1989).

Assim, associado ao temor da morte, esta outra mãe expressa outro sentimento e um juízo de valor.

*M: “Eu acho ruim, porque a criança fica muito fraca, doente; assim, parece que fica assim acabadinha, fica muito ruim, acho muito ruim. Fica até feia, porque fica muito magrinha, muito feia... a criança muito magrinha, muito magrinha, feia, fica muito fraca, cansada, tadinha, é muito magrinha, cansada, fraca”.*

Mais uma vez fica evidenciada a noção de intensidade, de gravidade, de doença, acrescentando nesta última fala um valor, “*tadinha, a criança fica até feia*”. A partir de falas de outras mães, podemos identificar também outros sentimentos associados ao estado nutricional da criança.

*MS: “Ah, eu fico muito triste. Eu ficava muito triste. Toda a consulta que eu tinha com ela o Dr. J. falava que ela estava desnutrida. Eu ficava muito triste...”*

*MA: “A gente que é mãe fica muito preocupada, sem saber o que fazer... passa muitas coisas na nossa cabeça... eu quero ouvir de vocês, sua filha está com ótimo peso, ótima saúde... eu vou lutar para ouvir isto, se eu não ouvir isso, eu vou ficar muito triste, porque é triste ou acho muito triste...”*

Para Badinter (1985), principalmente no século XX, a mãe passa a ser inteiramente responsável pela sobrevivência e saúde futura de seu filho. A idéia que os cuidados e o carinho materno eram fatores insubstituíveis de sobrevivência e conforto da criança foi pouco a pouco ganhando força, transformando-se em um valor social.

A tristeza, a preocupação e o temor refletem muitas vezes o sentimento de responsabilidade: a mãe se sente culpada pela situação de seu filho. Muitas vezes o fato de não ter alimentos suficientes para alimentar os filhos, a falta de dinheiro, de moradia, de conforto, de informação são interiorizados como culpa pessoal.

*MA: “Já estou achando ela melhor. Porque aqui eu aprendi várias coisas que eu não sabia, graças a Deus, primeiro Deus, segundo quem me ensinou...”*

Para Berlinguer (1996), a associação entre doença, culpa e castigo é antiga e representa um fenômeno cultural. Nesta mesma linha de compreensão do problema, o autor nos convida a refletir sobre o cuidado da criança remetido à responsabilidade da família, da mãe. O termo responsabilidade apresenta dois significados: um sentido de consciência, empenho; e um outro, que é o sentido de culpabilidade. Para o autor, no campo da saúde prevalece o segundo sentido.

A família é o núcleo social dentro do qual a criança cresce e se desenvolve. Os primeiros anos de vida da criança são vividos na família. Esta, por sua vez, responsabiliza-se e é responsabilizada pelo processo de socialização da criança. Compreendemos como família as relações mãe-criança, pai-criança, mãe-pai-criança e sua relação com os demais parentes.

Associada à dimensão afetiva podemos acrescentar, então, a **dimensão do cuidado**.

Em qualquer sociedade, a família é a sede primeira de assistência à saúde, sendo as mulheres as principais responsáveis. Geralmente são as mães, as avós, a partir de suas experiências e conhecimentos adquiridos, que identificam as doenças mais comuns, tratando-as com os recursos disponíveis (Dias, 1991; Helman, 1994).

No cuidado da saúde da criança, as mulheres-mães recorrem a vários recursos, a diversas possibilidades no sentido de propiciar conforto e saúde à sua família.

*MS: “Eu vou, foi através dessas correntes que o meu filho ficou bom. Ele era muito doente, aí eu fui, fizeram umas correntes para ele e ele ficou curado. Ele ia com febre e saía bonzinho da Igreja. Eu trago ele na consulta, porque aí acompanha. A gente crê em Deus, mas tem que trazer . O negócio é ter fé, mas tem que vir ao médico. Se não, como é que vai saber do peso dele, como é que ele está crescendo, se está bem ou não? Aí, eu trago ele no médico, sempre trouxe”.*

As pessoas, ao adoecerem, quando não recorrem à automedicação, escolhem quem consultar nos setores informal, popular e profissional. As escolhas são influenciadas, dentre outros, pelo tipo de assistência disponível e pelo modelo explicativo que a população utiliza para entender seu estado de saúde. A doença, como outra adversidade, é parte integrante das características psicológica, moral e social; muitas vezes não há separação nítida entre corpo e alma. São aspectos complementares do ser humano (Helman, 1994).

Em estudo sobre o estado nutricional de crianças, entrevistando mães moradoras da Favela Reginaldo, em Maceió, Alagoas, Duarte (1997) também identificou que, para o tratamento e cura das doenças, as mulheres recorrem, concomitantemente, aos serviços de saúde, assim como a tratamentos populares, não os vendo como contraditórios. Muitas vezes as mães não deixam de ir ao Centro de Saúde, de levar as crianças para vacinar, ao pediatra, ao mesmo tempo em que buscam uma bênção, um tratamento complementar (Minayo, 1989).

Acrescentamos que na dimensão do cuidado da criança a família tem um papel importante; porém, concordando com Oliveira (1991), ressaltamos que a família é um campo social, onde as condições concretas de existência imprimem formas específicas de crescer e desenvolver. O crescimento infantil não se dá da mesma forma em crianças submetidas a condições sociais distintas. A condição de classe se expressa não somente pelas condições objetivas de vida — tais como moradia, alimentação, ocupação mas também por questões subjetivas — tais como disponibilidade afetiva, bagagem cultural — marcadas por suas histórias de vida.

Em contrapartida, ainda na perspectiva da dimensão do cuidado, algumas falas expressam a visão do profissional de saúde e de parentes, que atribuem à mãe a oferta de alimentação inadequada à criança, ou seja, o não-cuidado, relacionando assim a alimentação deficiente a falta de cuidado materno. Em alguns momentos podemos ver essa relação incorporada no próprio discurso das mães, mas imediatamente, num movimento de afirmação e negação, elas relatam que cuidam bem de seus filhos, incorporando outras dimensões para o problema.

*AC: “... geralmente, que a mãe não cuida bem... eu vejo as pessoas falarem, ah, essa criança é muito desnutrida, a mãe não deve cuidar bem. Essa é a opinião das pessoas, eu cuido bem...”*

*AU: “maltratado, eu acho que sei lá assim maltratado... Passou várias coisas, eu pensei assim, será que eu estou cuidando direito, dando comida direito... Mas eu tenho o máximo de cuidado com ele”.*

*N: “Eu acho que deve ser a alimentação, que a mãe não dá legal, não cuida bem da criança. Eu cuido da minha filha bem, ela não pega peso não sei porquê. Eu acho que ela é bem cuidada por mim. O pessoal fala que eu não dou comida para ela, manda eu dar bastante comida para engordar, ela não come direito, não gosta de comer”.*

*ML: “Eu estava levando ele no pediatra, aí toda vez que eu vinha no pediatra, ela sempre dizia que ele estava com baixo-peso, que eu não estava dando a comida dele direito...”*

Outras mães, embora falem sobre a tendência da criança, do calibre, têm uma postura mais ativa diante do processo de crescimento de seus filhos.

*MA: “... ela era uma criança muito gorda até os seis meses, depois não sei se foi também porque eu criei ela no peito até seis meses. Muitas pessoas falam que foi isso, mas eu acho que não foi não. Acho que é também, a Dra. T. fala que é o calibre dela, que não é de engordar... mas eu luto para que ela tenha alto peso”.*

Há de se destacar, nesta última fala, o fato de a mãe identificar a possibilidade do baixo-peso se relacionar a outras razões, culminando o não real aproveitamento pela criança da alimentação oferecida, assim como a partir de sua postura poder, também, contribuir para melhorar o estado nutricional de sua filha.

Na dimensão do cuidado, podemos acrescentar, ainda, o não-cuidado, ou melhor, o que seria não cuidar bem:

*AC: “é não dar comida, alimentos na hora certa, não dar café da manhã, almoço, lanche, trocar as roupas dele sujas por outras limpas, levar a criança para passear no parque. Fazer tudo o que uma criança tem necessidade de fazer”.*

Nesta fala são apontados como fatores que contribuem para o crescimento, como necessidades das crianças, não somente a alimentação, como os horários e a frequência das refeições, a higiene infantil, o passeio, compreendendo o banho de sol e o lazer.

Assim como no nosso estudo, Mello e Ferriani (1996), a partir de estudo exploratório de opiniões de mães sobre a saúde das crianças, também identificaram como fatores importantes para o crescimento infantil, os cuidados da criança em seu cotidiano: a boa alimentação, a higiene, a limpeza das roupas, afeto, carinho, moradia e o cuidado médico.

Assim, Oliveira (1991) e Carvalho Filho (1991) nos informam que as mães percebem o crescimento e desenvolvimento das crianças de uma forma global, associando-os aos aspectos biológicos, afetivos, sociais. Elas se utilizam de critérios oriundos do acompanhamento da criança no seu cotidiano, comparando-as ao longo do tempo com elas próprias e com outras crianças que convivem a sua volta.

Desta forma, o cuidado com a criança é referido não só ao cuidado na família mas também o cuidado a partir da assistência à saúde da criança.

*MA: “... se a gente que é mãe não cuidar, eu acho que remédio na farmácia para isso... a mãe tem que ter vários tipos de cuidado, dá alimentação na hora certa, que é principalmente, mas também acompanhar a criança levando ao médico. Porque tem muita mãe que não leva todos os meses a criança ao médico... só leva quando a criança está doente, quando aparece febre. Não sei se é porque é a minha primeira filha, eu me preocupo muito com ela, eu fico sempre levando ela no médico...”*

*L: “... conforme o tempo vai passando, aí a criança vai ao médico, o médico vai acompanhando ela, tomando conta direitinho, aí ela chega ao peso normal”.*

A família e os serviços de saúde são mediadores entre a criança e a sociedade. O médico, o profissional de saúde também precisa acompanhar a saúde da criança, “tomar conta direitinho”.

*A: “Há muito tempo que ela vem sentindo baixo-peso, desde novinha que ela é assim. Ela nunca consegue engordar, pelo menos ter o peso normal mesmo... mas ajudou bastante aqui, depois que estou com ela (nutricionista), acho que ela está até melhor. Primeiro era pior, depois passei a ganhar leite, ajudou bastante”.*

*MS: “... me ensinaram a dar comida... eu fui caminhando com aquilo, e depois que ela ganhou o leite, eu acho que ela pegou mais peso depois do leite . E agora ela está bem, eu acho que o peso dela está normal...”*

*L: “Ela, eu acho, o peso dela estava muito baixo, mas agora o peso dela está ficando bem melhor, depois que ela começou, eu vim nessa reunião aí ela já está com mais peso...”*

Nesta dimensão do cuidado fica demonstrada também a importância da atuação do profissional de saúde. Uma vez que nossa pesquisa é oriunda da participação e intervenção numa unidade de saúde, a dimensão do cuidado da criança, a partir da contribuição dos serviços e profissionais de saúde, será tratada diferentemente em um capítulo à parte.

A despeito da compreensão do problema pelas mães, podemos acrescentar outra dimensão para a falta de alimentação, levando ao baixo-peso da criança, a **dimensão econômica**.

*ML: “Eu acho que é comida que a gente não dá certo. Eu, por exemplo, eu dou o que posso. Quando eu estou com dinheiro, eu compro aquilo que eu posso dar para ele...”*

Compreendemos que a dimensão econômica refere-se à esfera de produção, distribuição e consumo de bens gerados pela sociedade. Numa sociedade hierarquizada, como a nossa, a distribuição de bens não é eqüitativa entre todos os segmentos sociais. A possibilidade de acesso, no caso específico da alimentação, está intimamente relacionada às condições de vida, renda, emprego e salário dignos.

Na sociedade sob o regime capitalista, as relações econômicas são de troca, de circulação, de compra e venda de mercadorias. A força de trabalho é uma mercadoria que o seu possuidor, o trabalhador assalariado, vende para poder viver. O que o trabalhador vende em troca de salário ao empregador não é o seu trabalho propriamente dito, mas a sua força de trabalho, que pode ser vendida por um dia, uma semana, um mês (Marx, 1973).

Para a maioria das mães, a sua renda básica é proveniente do salário recebido pela venda da força de trabalho de seu companheiro. O homem exerce a função de provedor, cabendo às mulheres-mães o papel do cuidado da casa, dos filhos e da família.

*E: “Eu faço meu serviço normal dentro de casa. É lavar roupa, e lavar de uma só vez vai me cansar muito, porque eu passo três a quatro horas na fila para pegar água. Aí todo dia tem que ser uma peça, e fazer comida, alguma coisa diferente. Eu ia trabalhar, mas ele disse que trabalhar não compensava muito porque deixar ela na creche custa R\$ 50,00. Eu trabalhava quando era solteira, em casa de madame. Aí, quando eu casei com ele, ele não me deixou mais trabalhar — ‘Essa mulher está te explorando demais, era preferível você ficar em casa’. Até a data de hoje eu não consegui nenhum serviço mais, o bico que eu faço é lavar a roupa da moça”.*

Após a Revolução Industrial, houve a separação da produção em duas esferas distintas: a unidade doméstica e a unidade de produção social. Nessas esferas se insere a divisão sexual do trabalho. Ao homem coube o trabalho extradoméstico remunerado; à mulher coube a responsabilidade desempenhada no âmbito do lar — de produção, reprodução e manutenção da força de trabalho. As tarefas que são realizadas no espaço doméstico são variadas, incluindo as de reprodução biológica e execução, (tais como limpeza, alimentação, vestuário), as de gestão, de socialização e de atenção afetiva. Essas distribuições de tarefas não são homogêneas, sendo distintas entre as classes sociais

(Carvalho, 1995, Giffen, 1994; Vaitsman, 1994; Bruschini e Rosenberg apud Carvalho, 1991; Jellin, 1995; Breilh, 1996).

Consideramos fundamental ressaltar, na dimensão econômica, a contribuição do trabalho feminino, pois um dos pontos identificados em nossa pesquisa foi descobrir que, embora várias mães de crianças sob risco nutricional não estejam inseridas no mercado formal de trabalho, realizam atividades laborativas remuneradas, em seu próprio lar. A maioria é lavadeira; outras exercem atividade de babá — porém esse trabalho é invisível, é desvalorizado pelas próprias mulheres. Quando indagadas, no grupo de mães, se trabalham, quase nenhuma responde afirmativamente. Assim, ressaltamos esta questão no intuito de dar visibilidade ao trabalho feminino.

A participação feminina como força de trabalho é instável, irregular e intermitente, complementar ao trabalho masculino. Cabe ressaltar que a inserção no mercado da mão-de-obra feminina das classes populares não é um fenômeno recente. Na medida em que o chefe de família tem sua renda real reduzida, há necessidade que outros membros da família sejam incorporados como força de trabalho. A mulher “trabalhadora” divide com os filhos e filhas a sua entrada no mercado de trabalho, de acordo com as necessidades e possibilidades da família, renda, tamanho, composição, faixa etária das crianças e das condições do mercado. Sua participação depende da articulação entre o trabalho remunerado e as responsabilidades familiares. Uma das formas encontradas para esse equilíbrio tem sido a eliminação da jornada de tempo integral, trabalhando como diarista, doméstica e, em muitos casos, concentrando atividades por conta própria, desempenhadas em conjunto com as tarefas domésticas e o cuidado dos filhos (Machado Silva, 1984; Jellin, 1995; Sarti, 1997).

Assim as mães de nosso estudo tentam conciliar seus vários papéis, por vezes prevalecendo o papel do cuidado com a casa, a família e os filhos. O dinheiro recebido pelo seu trabalho informal realizado no âmbito doméstico, que neste caso se refere à lavagem de roupa para fora, é utilizado principalmente na compra de alimentos infantis e no vestuário da família. Devido à baixa escolarização, as mulheres desempenham tarefas semelhantes às atividades domésticas, aprendidas com a vivência e experiência de vida no seu cotidiano.

*R: “Depois que a Raissa nasceu, eu não trabalhei mais não. Só assim, fazendo alguma coisa, lavando uma roupa, mas em*



*casa mesmo, para fora... Eu estava vendendo revista da Avon, mas isso aí eu parei. Tinha gente que me enrolava... eu tive que pagar muita coisa do meu bolso. Mas eu não vou ficar a vida toda em casa, sem trabalhar não. Eu estou esperando, a Raissa vai fazer um ano agora, no dia 8, aí eu vou ver se arrumo um emprego e trabalhar. Esse negócio de ficar com cisma da creche é besteira minha. Eu vou botar ela na creche e vou trabalhar. Eu gosto de trabalhar, eu não estou trabalhando agora por causa da menininha que está muito pequenininha. Estou deixando só ela, a Rafaela crescer só um pouquinho, aí eu vou trabalhar. Eu já trabalhei em faxina, na Barra, era de cozinheira, eu trabalhava a noite... eu não sei ler, se eu arrumar um emprego tem que ser de faxina em firma, porque eu só sei assinar meu nome, em casa de família também. Só assim em firma, em restaurante, em cozinha, em ajudar, ser ajudante de cozinha também... Eu estou lavando roupa para uma vizinha, eu compro, eu vou juntando até comprar umas coisinhas para ela, uma sandalinha para ela, uma calcinha”.*

*M: “Eu já trabalhei em supermercado, eu já trabalhei em casa de família... Trabalhar fora é ótimo, pelo menos a gente tem um tempo que fica fora, a gente descansa, esfria a cabeça. Não é aquele negócio de casa, casa sempre... Quando ele entrar para a escola, eu vou voltar a trabalhar. Quando ele começar a estudar, eu acho que eu vou voltar a trabalhar de novo, para ajudar... Quando eu trabalhava, eu comprava mais coisas para eles. Eu comprava Danoninho, biscoito, mousse, essas coisas assim. Gastava o meu dinheiro com eles, roupa, besteiras, assim eu digo, danone, essas coisas assim...”*

*N: “Trabalhei, trabalhei um ano em casa de família. Quando eu engravidei dela eu saí... eu gostava, eu não estou trabalhando agora por causa dela, porque ela não se adaptou na creche. Chorava, chorava, não comia. Aí, eu fui e tirei ela da creche. Vou deixar ela crescer e vou trabalhar... Eu estou lavando roupa para fora, para uma amiga, estou também cuidando de duas crianças. Estou cuidando do meu sobrinho, minha irmã está me pagando, ela não arrumou creche para ele, aí eu estou cuidando dele, de um filho de uma amiga também... com o dinheiro eu compro mais alguma coisa para ela e para mim, roupa, uma porção de coisas...”*

Assim, como vimos, as mães entrevistadas já estiveram inseridas no mercado de trabalho e no momento tentam conciliar o cuidado com os filhos associados a atividades remuneradas realizadas em seu próprio lar.

O trabalho remunerado feminino pode trazer satisfação, uma vez que as mães podem ver seus filhos vestidos, a comida na mesa, a família alimentada. As mulheres têm a possibilidade, também, de usufruir de algum dinheiro próprio, em algum nível, sua

individualidade, mesmo que esta seja referida à família. Ao mesmo tempo, podem sentir prazer pelo fato de “sair de casa”, “ver outras pessoas”, “se relacionar”. Em contrapartida, devido à baixa qualificação, a baixa remuneração, conjugada com a sobrecarga das tarefas domésticas, pode fazer desse trabalho uma atividade pouco gratificante e cansativa (Sarti, 1997).

Outro aspecto relevante nas falas das mães diz respeito ao acesso da criança à creche. Muitas mães entrevistadas demonstram uma certa desconfiança, uma não adaptação da criança à creche, um alto custo. A luta por creches de qualidade deve ser uma reivindicação, porém deve ser contextualizada a partir da visão das mulheres e de seu papel de mãe. Para as mulheres-mães das classes populares, parece ser difícil conciliar o papel do cuidado com os filhos e a venda de sua força de trabalho no mercado formal.

Em relação ao trabalho feminino não produtivo, destaca-se o trabalho doméstico. Este trabalho aparece desprovido de valor, já que não se vincula diretamente à produção de mercadoria. Não é considerado trabalho, mas atividade feminina.

Em sociedades regidas pela lei de valor, o trabalho só aparece quando expresso no mercado por meio de dinheiro. Isto significa que todas as atividades inseridas na esfera doméstica, no seio da família, que vão do cuidado afetivo, de saúde às atividades políticas, intelectuais, de socialização não são valoradas (Breilh, 1996).

Esse trabalho realizado no lar não é valorizado, muitas vezes pelas próprias mulheres.

*MA: “Aí, eu fui e peguei a roupa dele, lavei, no final do dia passei... aí, ele pegou e me deu R\$ 5,00. Aí, eu falei, como é que pode, a gente só fez foi lavar, passar e ganhou um monte de dinheiro. Ah, eu fiz tanta coisa com este dinheiro. Primeiro eu comprei fruta para a minha filha, porque meu esposo ainda não tinha recebido. Eu comprei fruta para ela, comprei até roupa”<sup>11</sup>.*

Enquanto as mulheres desvalorizam o trabalho domiciliar subcontratado, encarando-as como um trabalho temporário, não qualificado, sem poder de barganha, secundário, que visa apenas à complementação da renda familiar, a partir de estudo sobre

---

<sup>11</sup> Cabe ressaltar que esta mãe realizou uma comparação entre o valor recebido pelo trabalho diário de lavar e passar roupa em relação ao trabalho rural, pois um dia de trabalho na roça equivale ao ganho de R\$ 2,00.

homens que desempenham suas atividades de trabalho no seu próprio lar, Bruschini e Ridenti (1995) nos informam que os homens, ao contrário das mulheres, tendem a valorizar o seu trabalho subcontratado realizado no âmbito doméstico.

Nesta perspectiva, podemos acrescentar que a desvalorização introjetada pelas mulheres corresponde a uma forma de construção cultural. Para Bourdieu (1996), a dominação masculina é uma forma particular de violência simbólica. Para este autor, a circularidade das relações de dominação simbólica está inserida sob forma de divisões objetivas e de estruturas mentais que organizam a percepção destas divisões, ou seja, são construídas, incorporadas a partir do conhecimento, do aprendizado e internalizadas. Para que a dominação simbólica funcione é preciso que os dominados tenham incorporado as estruturas, que a submissão não seja um ato de consciência, suscetível de ser compreendido. Uma vez que esta forma de dominação é construída, podemos dizer também que existem brechas para uma possível transformação.

Assim, em contrapartida, ainda na perspectiva da dimensão econômica, algumas mães demonstram outra compreensão da relação entre gênero, trabalho e alimentação:

*AU: “Eu lavo roupa para fora, para duas pessoas, dois rapazes solteiros... Eu ajudo meu marido. Meu marido ganha só R\$ 250,00, paga R\$ 150,00 de aluguel, sobram R\$ 100,00, aí não dá. De vez em quando eu faço unha também, e assim vamos levando. Eu vou no supermercado e faço as compras, compro arroz, feijão, macarrão, óleo... Eu acho que trabalho é isso, ter carteira assinada, no final do ano ter o décimo terceiro... eu preferia trabalhar fora do que cuidar de casa, dá muito trabalho. Lavar, passar, criança doente, levar ao médico, fazer tudo, tudo. Você já trabalhando é melhor... agora graças a Deus eu lavo a minha roupa. O que der para eu comprar uma roupinha para eles eu compro, eu vou levando”.*

*A: “Eu trabalho há quatro anos, tem quatro anos que eu estou aqui no Rio. Eu trabalho em restaurante, minha carteira é de copeira, mas eu faço de tudo lá. Se precisar lavar louça eu lavo, faço sanduíche e tudo... agora já mudou de dono cinco vezes, então está ruim lá. Estou tentando sair, mas ficar desempregada nem pensar, tem que primeiro arrumar outro para sair. A gente está procurando, na hora que encontrar a gente vai sair de lá. Porque criar dois filhos sozinha não é mole não...”*

*D: “ Só eu que trabalho; trabalho em limpeza, ganho uma mixaria. Eu recebo R\$ 184,00 para quatro pessoas. Meu marido é doente, não trabalha. Eu gosto de trabalhar, só uma coisa que eu*

*acho é que não acho que a gente recebe bem, porque lá trabalha todos os dias, e lá não tem os direitos, não tem nada. Eu sei que o pagamento é uma porcária. É firma com carteira assinada... porque as horas extras, eles sempre estão falando que está certo, está certo, está certo. Só que eu não acho certo. A gente trabalha feriado está aqui, marca as horas extras, é R\$ 28,00 de hora extra. R\$ 184,00 para quatro pessoas não dá para nada... eu gostaria de trabalhar em qualquer coisa que desse mais um dinheirinho porque lá dá muito pouco...”*

Nesse caso, as duas últimas mães são responsáveis pelo sustento e manutenção do núcleo familiar e são, portanto, consideradas as chefes de família, desempenham um papel diferenciado das demais mães. Por estarem inseridas no processo de trabalho produtivo, apresentam também uma compreensão mais ampliada sobre a exploração a que estão submetidas, sobre o seu salário e as condições de trabalho.

Assim, pressionadas pela necessidade de sustentar os filhos e a família, não contando com o apoio financeiro de companheiro, as mulheres são forçadas a ingressar no mercado de trabalho, onde quer que este lhe abra oportunidades (Bruschini e Rosenberg apud Carvalho, 1991).

De outra forma, na dimensão econômica, o baixo-peso e a desnutrição podem ser também explicitados a partir da fala de outras mães:

*D: “ sei lá, acho que isso depende da alimentação também, depende muito da alimentação... porque a gente não tem condição. E no interior mais ainda, lá é mais difícil para a gente do que aqui”.*

*MG: “... a mulher que toma conta dela não tem muitas condições, não. Aí eu falei para ela, sexta-feira eu vou arrumar um dinheiro... Se ela tivesse comigo, eu acho que ela estaria pior. Porque não é todo dia que os homens me dão dinheiro, não é todo dia. Meu amigo me ajuda muito, meus irmãos, minha irmã, também é muito boa para mim”.*

A associação do baixo-peso e desnutrição a fatores relacionados à renda, ao trabalho, às condições de vida pode também ser descrita em diversos trabalhos científicos e propostas políticas de organismos nacionais e internacionais (Ypiranga, 1982 e 1998; UNICEF, 1984; Brasil, 1984; Monteiro e Benício, 1981; Monteiro, 1982, 1985, 1992a e 1992b; Victora, Barros e Vaughan, 1986; Batista Filho e Rissin, 1993).

Assim, inseridas no contexto das condições de vida, outras mães demonstram compreender que a vida na cidade é diferente da do interior. A maioria das mães pesquisadas são oriundas do interior do Ceará, Paraíba, Alagoas e Minas Gerais. Consideram a vida no “norte” muito difícil. Relatam principalmente a alimentação deficiente, a falta de trabalho, a inexistência de emprego e dinheiro, a subordinação feminina à masculina e a exploração a que estão submetidos os trabalhadores, em especial os rurais.

*E: “O dia que eu passei no norte lá, minha filha, minha mãe sofria... comer aquele feijão com farinha, do jeito que ela trabalhava. Chegava em casa para comer feijão assim sem mistura nenhuma. A irmã dela caiu, uma por uma, sabe. Minha mãe sofre, minha irmã é que todo mês bota dinheiro para ela... uns dias eu passei lá com a minha filha, eu quase endoidei para vir embora, de tanto sufoco que a gente passa lá. Acostumada aqui, ou bom ou ruim. Eu não trabalho, mas o meu marido trabalha, o negócio está brabo, negócio de obra assim. Enquanto ele estiver trabalhando e me dando alguma comida, que eu não preciso trabalhar, não”.*

*MA: “E lembrando lá do Ceará, e você “ralar” o dia todinho para ganhar dois reais. A gente, se comparar, no final lá o sofrimento é muito grande”.*

*D: “Lá é difícil porque a gente não tem médico, para a gente ter acompanhamento. Alimentação também a gente não tem condição de dar uma alimentação nem mais ou menos razoável, não tem... lá no interior a gente trabalha mesmo é no serviço de casa. Porque lá nem compensa trabalhar, porque o que a gente ganha não dá...”*

Os migrantes em geral valorizam a cidade enquanto acesso aos benefícios do desenvolvimento e condições mais satisfatórias de vida. No entanto essa valorização é relativa; suas experiências revelam não tanto o sucesso da realização do modo urbano de vida mas as vivências prévias de carência, de falência de uma sociedade rural em desintegração (Weffort, 1982).

Outra questão refere-se ao aprendizado a partir da cultura urbana, do acesso a outros meios de informação, inclusive aos serviços de saúde.

*MA: “... no meu caso a Iolanda tinha baixo-peso porque eu não sabia, sou mãe de primeira filha. Muitas coisas eu aprendi aqui no Rio de Janeiro, eu não sabia fazer para dar para a minha filha. Aqui eu aprendi”.*

*D: "... lá não tem nada [no interior], o pessoal falava que ele estava desnutrido, não sei se estava, porque eu ainda não entedia praticamente nada. O outro os médicos falavam que ele estava bem e tal. Então achei aqui melhor. As pessoas ajudam a gente aqui, bastante, mais do que lá..."*

As concepções de saúde e doença têm a ver com as raízes tradicionais das pessoas, vindas do campo, com suas crenças e valores referentes ao corpo, à vida e a morte. Têm a ver também com suas experiências urbanas atuais, de inserção ou não no mercado de trabalho, de participação dos meios de consumo coletivo, que de alguma forma quebram e questionam crenças e valores passados, sem contudo substituí-los totalmente (Minayo, 1989).

Isto posto, a partir do nosso olhar sobre a complexidade da problemática, ressaltamos que a criança sob risco nutricional raramente apresenta somente um problema de falta de alimentos. Ela e sua família enfrentam condições adversas de vida, inseridas num complexo sistema social, econômico, cultural, psicológico e afetivo. Não são privadas somente de alimentação, mas de acesso à moradia, saneamento básico, creches; convivem muitas vezes em condições estressantes de vida; desemprego ou subemprego, baixos salários e violência.

Assim, a criança de baixo-peso e a criança desnutrida podem ser compreendidas de forma integral, estando seu estado de saúde e nutrição relacionado às condições concretas de vida.

Vale ressaltar que as mães identificam e diferenciam a seriedade, gravidade do problema. Oliveira (1998), em seu estudo sobre a análise das diversas definições de doença para as classes populares, também nos informa que a população pesquisada reconhece e distingue as doenças simples das doenças sérias. Aquelas percebidas como mais graves necessitam de serviços de saúde; há uma hierarquização na procura do tratamento. Algumas são tão sérias que requerem o atendimento hospitalar, ultrapassando a capacidade resolutive no âmbito familiar e dos centros de saúde.

Em verdade, a análise das falas permite evidenciar que as mães reconhecem a desnutrição e o baixo-peso. Trazem ainda uma noção de gravidade e intensidade associada a um temor e a sentimentos afetivos. Os profissionais de saúde, no cuidado à saúde da criança, ao fazerem uso da antropometria e da clínica, configuram um diagnóstico. Como

esse diagnóstico é comunicado às mães, aos pais? Utilizam também a noção de risco e de intensidade? Caso contrário, ao fazerem referência somente à desnutrição, sem considerarem suas diferentes formas, fazem com que as mães tenham exageradamente, pois ficam remetidas somente ao imaginário da desnutrição e à sua gravidade?

A desnutrição pode ser classificada de diferentes maneiras. O crescimento da criança é um indicador sensível de saúde e nutrição, tornando-se consenso no meio científico que o controle do crescimento é o melhor instrumento de avaliação do estado nutricional. Nos serviços de saúde passou-se a adotar o uso da antropometria como método de diagnóstico, uma vez que o retardo do crescimento em crianças é sistemático e em geral precede as manifestações clínicas.

Quando a criança frequenta regularmente um serviço de saúde, é possível acompanhar seu crescimento ao longo do tempo. Como o crescimento na infância é um processo dinâmico, a utilização de gráficos permite sua visualização, e através da posição e inclinação da curva é possível avaliar riscos de morbi-mortalidade e possibilitar a tomada de decisões com medidas de intervenções adequadas.

Assim, o baixo-peso para a idade pode ser resultado tanto de um processo crônico — quando a criança vem ganhando peso de maneira insuficiente há bastante tempo —, ou de um processo agudo — quando a criança vem crescendo bem, mas perdeu peso recentemente (Victora, Barros e Vaughan, 1986).

As duas situações são diferentes e refletem riscos à saúde também diferenciados. Um ganho de peso insuficiente por um período longo de tempo compromete a saúde da criança, fazendo com que ela fique mais suscetível a contrair doenças, diferentemente de uma criança que perdeu peso devido a algum episódio de doença, mas que poderá voltar a ganhar peso tão logo se reestabeleça. A partir do acompanhamento da criança, no serviço de saúde, é possível fazer essa distinção, assim como tomar medidas diferenciadas de intervenção baseadas no diagnóstico e prognóstico.

A partir das falas das entrevistadas e de outros estudos (Zaborowski, 1990; Carvalho Filho, 1991; Oliveira, 1991 e 1994; Duarte, 1997), percebemos que, no acompanhamento do crescimento das crianças, na percepção do ganho de peso e altura, cada especialista utiliza critérios e maneiras diferentes de observá-lo. Para as mães, este é percebido a partir do contato cotidiano com a criança: se a criança está bem, pelo tamanho

das roupas, do sapato, se está mais pesada ao ser colocada no colo. O estado de saúde, o crescimento e desenvolvimento são associados a vários aspectos que informam a mãe sobre o bem-estar de seu filho, como brincar, dormir, estar alegre, comer bem, enfim, indicadores diferentes dos utilizados pelos profissionais que merecem também ser considerados.



## **7 - A CONTRIBUIÇÃO DOS SERVIÇOS E DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO CUIDADO DA SAÚDE DA CRIANÇA**

O cuidado da saúde da criança é amplo e envolve diferentes aspectos de atenção, tanto da família quanto das políticas sociais. No capítulo anterior, tratamos da dimensão do cuidado da criança de baixo-peso no âmbito familiar. Neste capítulo nos deteremos somente ao cuidado prestado à saúde da criança a partir da contribuição dos serviços e profissionais de unidades básica de saúde, uma vez que esta modalidade de serviço é o *locus* de nosso estudo.

Não desconsideramos, porém, a importância de outras intervenções pertinentes, no âmbito das políticas sociais e de outras modalidades de serviços de saúde, tais como a atenção ao parto, puerpério imediato, a vigilância e o acompanhamento hospitalar de recém nascidos de risco e prematuros, entre outros.

Concordando com Contandriopoulos *et al.* (1997), entendemos como intervenção um conjunto de meios físicos, humanos, financeiros e simbólicos organizados para produzir bens ou serviços, com objetivo de modificar uma situação problemática em um dado momento. Isso sem perder de vista que a resolução dos agravos nutricionais envolve ações macroestruturais, de diminuição das desigualdades sociais e de melhoria de condições de vida para as crianças e suas famílias.

Ressaltamos que, de acordo com diversos autores, de forma específica o setor saúde pode intervir no estado de saúde e nutrição das crianças. É de sua competência a implementação de ações relativas à assistência à saúde, no plano individual e no plano coletivo, com qualidade e “resolutividade”. Cabe às unidades a implantação e implementação das ações de saúde preconizadas para a rede básica, oficialmente desde a década de 80. Ou seja, ações que visem ao incentivo ao aleitamento materno, o controle das doenças imunopreveníveis, o controle das doenças diarréicas, o controle das infecções respiratórias, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, a implantação e implementação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). Além destas, compete também desenvolver ações dirigidas às crianças, pertencentes a grupos mais vulneráveis, como a suplementação medicamentosa de ferro e de vitamina A, e a suplementação alimentar, hoje materializada nos serviços através do "*Programa do Leite*"

(Victora, 1988; Batista Filho, Bleil e Eysden, 1989; Castro, 1995; Monteiro, 1996; Ypiranga, 1998).

No caso do Rio de Janeiro, a exemplo de outras grandes cidades, a partir do seu perfil epidemiológico somam-se medidas de controle da assistência perinatal: assistência ao pré-natal, parto e puerpério, implantação do sistema de vigilância ao recém-nato de risco e medidas de prevenção de acidentes (SMS, 1997).

Estas ações estão situadas no nível das causas mediatas de determinação do estado nutricional, ou seja, a partir da promoção, prevenção e intervenção precoce na saúde de mães e crianças, pode-se contribuir para a redução de morbidades que estão diretamente associadas ao crescimento, ao desenvolvimento e saúde infantil.

Na busca da promoção da saúde da criança, a relação das mães com os serviços de saúde, pode ser entendida como elemento estratégico, tendo em vista o planejamento mais democrático das ações e intervenções do setor.

Contandriopoulos *et al.* (1997) nos alertam que, ao falarmos de intervenção, temos que considerar todos os atores envolvidos, pois são eles que dão o contexto e a forma particular para sua execução. Schraiber (1997) acrescenta que toda ação programática está submetida às tensões dos interesses e valores, dos diferentes pontos de vista que interagem no cotidiano de sua implementação.

Nesta perspectiva, Boltanski (1984) acrescenta que a atividade do profissional de saúde não é exercida diretamente sobre a doença, mas sobre o doente. Este não é um objeto inerte, mas pode saber-se doente, saber alguma coisa sobre sua doença, desejar sarar e ter uma opinião sobre a maneira como deve proceder para alcançar a saúde.

A contribuição dos serviços e dos profissionais no cuidado da saúde da criança pode ser identificada a partir das falas das mães em diferentes aspectos.

*D: “O serviço daqui eu achei bem melhor do que lá. No interior não tem jeito, nem conta, lá nem conta. Só Belo Horizonte... eu achei aqui bem melhor. Lá a gente tem mais dificuldade, o posto de saúde é bem mais difícil do que aqui para gente. Lá tem que ir de madrugada, tem que ficar lá na madrugada na fila, aquela coisa toda. O grupo eu também gostei, ensina bastante a gente, o que a gente não sabe, ensina bastante, desenvolve muito a gente. Ajudou e bastante. Depois que ele entrou*

*no grupo, ele está totalmente diferente. Está bem melhor, muitas vezes melhor do que estava antes, eu acho. Me ensinou bastante coisa que eu nem sabia”.*

*L: “Eu acho legal, o grupo é muito legal. A gente aprende as coisas”.*

*MG: “Foi uma amiga que me trouxe aqui, lá da Rocinha. Ela falou: vamos lá no ‘Minhocão’, porque lá dá leite, a gente vê se consegue. Eu vim com ela e a gente consegui. Eu acho aqui muito legal. Eu fiz o pré-natal aqui, ganhei no Miguel Couto, aqui é muito bom. Tem gente, muita mulher da Rocinha, que fala mal daqui. Aí, eu falo ‘lá é muito bom, não tenho o que falar de lá’. A pediatra também é legal...”*

*N: “O grupo é legal, porque ensina muita coisa, é bom para mim e é bom para a criança. É muito legal”.*

A partir destas falas podemos destacar vários aspectos relacionados ao serviço. O primeiro diz respeito ao acesso. Diversos estudos apontam a importância da população usuária “ter porta de entrada”, conseguir ser atendida, ou seja, ter o primeiro atendimento e poder ser acompanhada periodicamente. Senna *et al.* (1996), estudando os programas e serviços oferecidos em uma unidade básica em São Paulo, nos informam que diante da insuficiência de recursos frente à demanda de possíveis usuários, é muito comum a população procurar os serviços e não conseguir atendimento. Nesta linha de pensamento Cohn *et al.* (1991), acrescentam que a primeira condição para viabilizar a utilização dos serviços pelos usuários é o seu acesso do ponto de vista espacial dos equipamentos e serviços. Garantir o acesso da população à rede de serviços de saúde é dever do Estado e das políticas públicas; por outro lado, sua utilização é configurada no confronto entre os recursos disponíveis e a demanda conformada. Assim, Vellozo *et al.* (1993) nos alertam que, para pensarmos o acesso aos serviços, devemos considerar outros fatores, tais como a informação, a qualidade do atendimento, a identificação da clientela com o serviço, assim como as resistências das instituições que permeiam a relação entre o acesso real e sua utilização.

A partir do acesso ao serviço, outros pontos relevantes da atenção à saúde foram também destacados nas falas das mães. Entre eles, as consultas de acompanhamento de pré-natal e de puericultura, o grupo de mães e o "*Programa do Leite*". As mães reconhecem os serviços do CMS VI RA como espaços importantes de assistência, de troca e aprendizado no acompanhamento da saúde da criança.

Minayo (1989) destaca que as pessoas, quando procuram o atendimento ambulatorial fora dos momentos emergenciais, guiam-se por informações de parentes, amigos, vizinhos à procura de um serviço que ofereça um bom atendimento, associado a profissionais de saúde que dispensem uma relação pessoal, afetiva, atenciosa e de escuta a suas histórias, sofrimentos, queixas, medos e ansiedades.

Um dos pontos destacados na saúde da criança, na prevenção de problemas relacionados ao período perinatal, diz respeito ao acompanhamento pré-natal durante a gravidez. Acrescentamos, conforme visto anteriormente, que a maioria das mães freqüentou o serviço de obstetrícia do CMS.

Neste sentido, podemos identificar o acompanhamento da saúde da criança desde a gravidez, através das consultas de pré-natal, a partir das falas de outras mães.

*MA: “A minha prima foi quem me trouxe aqui, porque ela falou que aqui era muito bom para fazer pré-natal. Realmente eu gostei; a R., que trabalha aqui, é muito legal. Aí, eu fiz meu pré-natal aqui”.*

*E: “De todos eles eu faço, todos eu fiz aqui”.*

*A: “Dela eu fiz o pré-natal aqui, foi bem melhor, até na hora de ter ela. Kátia nasceu bem mais rápido do que ele. Ele eu sofri bastante lá”.*

Assim, o acompanhamento pré-natal visa atender às necessidades da gestante e conseqüentemente obter melhores efeitos sobre a saúde da mãe e do recém-nascido (Brasil, 1988).

Em relação à saúde da criança, diversos estudos relatam a importância do acompanhamento do ganho de peso gestacional, da alimentação, do tabagismo, do alcoolismo — pois são fatores associados ao baixo-peso ao nascer — além de outras ações envolvidas na assistência pré-natal (Victora, 1988; Batista Filho e Rissin, 1993, Monteiro, 1996).

Acrescentamos que o baixo-peso e a prematuridade constituem um dos principais determinantes da mortalidade perinatal. Os bebês com baixo-peso ao nascer (peso menor que 2.500g) e com peso deficiente (peso entre 2.500 a 2.999 g) representam grupos vulneráveis à morbidade infantil (D’Orsi e Carvalho, 1998).

O estado nutricional do bebê durante a vida intra-uterina tem reflexos também na mortalidade e morbidade da criança no estágio inicial de sua vida, associando-se também ao seu desenvolvimento, sobrevivência e sua saúde. O baixo-peso ao nascer afeta cerca de 20 milhões de bebês nascidos a cada ano, estando, nos países em desenvolvimento, associado à alimentação inadequada e às infecções durante a gestação (OMS/UNICEF, 1980).

Nesta perspectiva, Victora (1988) destaca que a renda familiar é determinante do peso ao nascer. Acrescenta que uma criança pertencente a uma família de baixa renda, mesmo nascida com mais de 3.500g, tem uma grande probabilidade de ser desnutrida no segundo ano de vida.

Outra questão que merece destaque na rotina da consulta de pré-natal diz respeito a prevenção e tratamento da anemia por deficiência de ferro. Batista Filho e Ferreira (1996) destacam ser a anemia um dos maiores problemas nutricionais da atualidade. Relatam, citando estudos realizados em diversos países da América Latina, uma prevalência de anemia em quase 50% das gestantes.

Assim observamos, a partir do acompanhamento pré-natal, a promoção da saúde da criança, a importância do incentivo ao aleitamento materno desde a gravidez, visando à prevenção de patologias nutricionais.

Por outro lado, podemos identificar, a partir das falas das mães, algumas condutas durante a gestação que podem comprometer a saúde da mulher e da criança.

*MG: “A gravidez dela foi braba. Eu estava naquela, naquela situação. Bebendo direto na gravidez dela. Eu acho que foi por isso que a menina nasceu assim, muito desnutrida. Tinha comida mas a bebida, porque eu bebia muito... me tirava a fome. Podia ser a melhor comida que eu não comia, eu só bebia cerveja, bebida quente, cachaça, então eu quase não me alimentava, não bebia um suco, um leite, uma comida. Não tinha fome, só cachaça. Eu não sei como essa menina nasceu, não nasceu com um problema sério. Uma amiga minha que usava muita droga e bebia, a menina nasceu aleijada e com problema de cabeça. Essa aí só nasceu muito nervosa, também não é pra menos, eu bebia muito”.*

Como vimos, em algumas situações a ação do serviço e dos profissionais de saúde tem limitações, pois dizem respeito a questões estruturais de condições de vida. Podemos ainda apresentar a fala desta mãe.

*AU: “Eu fiquei muito magrinha, magra eu só tinha barriga, muito magra, parecia uma caveira, tinha até medo de me olhar no espelho... porque eu não tinha alimento para eu me alimentar. O que eu arrumava, eu era mais de dar para as crianças porque eram pequenos, eu me virava com qualquer coisa. Minhas outras gestações foram ótimas...”*

Acrescentamos, entretanto, que mesmo diante de condições adversas, a partir da escuta e do bom acompanhamento pré-natal é possível dar conforto à gestante.

*AU: “Eu tive uma gravidez muito difícil... eu vinha com o astral muito baixo e ela levantava meu astral. Ela conversava comigo, se você depender de mim, pode vir aqui e falar o que você está precisando, que eu ajudo você...”*

Identificamos esta relação presente também no acompanhamento pré-natal de outras mães.

*AC: “Eu já estou acostumada com o Dr. Miguel... ele é uma pessoa ótima, tem gente que fala dele, mas eu não tenho nada a reclamar dele, ele é um ótimo médico. ele me atendeu bem, trata de mim direitinho...”*

Para as mulheres o serviço de saúde é também um espaço onde se pode receber apoio, orientação e informação. Assim, outra vertente de atuação dos profissionais corresponde à participação em trabalhos educativos coletivos junto à população usuária dos serviços e aos movimentos populares em saúde.

O trabalho educativo com mulheres pressupõe a concepção da mulher como sujeito de sua própria vida. A partir da assistência à saúde, ela pode ser ouvida, apoiada e atendida em suas necessidades, propiciando caminhos para recuperação de seu papel ativo, enquanto mulher e cidadã (Vargas e Romeiro, 1992).

A preocupação de acompanhar a saúde da criança após o nascimento faz parte da rotina das mães, assim como dos serviços do CMS VI RA.

*MS: “Eu levo, toda consulta marcada dela eu levo... porque a Adriana... é desde os cinco meses que ele acompanha. Ela era da Dra. Leila, depois ela passou para o Dr. Julio, agora é a Dra. Vivian que vai atender. Eu gosto muito dela. São os únicos pediatras que eu gostei”.*

*MA: “A Dra. Tania que é a pediatra dela é muito legal. Aí, o outro dia ela disse: ‘Margarida, eu não vou poder atender a*

*Iolanda no mês de dezembro, porque eu vou tirar férias'. Aí, como todos os meses eu já tenho aquilo de levar ela no médico, eu pedi para ela passar para outro, para eu passar ela no médico. Aí, ela foi e passou, em janeiro ela já atendeu ela”.*

Podemos observar que há uma procura dos serviços por parte das mães. Segundo Schraiber *et al.* (1997), há uma estreita conexão entre a percepção da necessidade do serviço pela clientela e sua oferta. A organização da produção, a oferta ou distribuição de serviços e o seu consumo têm uma circularidade. Velloso *et al.* (1993) acrescentam que a oferta dos serviços está inscrita numa visão política, e expressam os conflitos, lutas e conquistas sociais.

Assim, a possibilidade do acompanhamento sistemático da mulher nas consultas de pré-natal e da criança, nas consultas de puericultura, a partir do acesso ao serviço, permite o desenvolvimento de medidas de prevenção, de detecção de patologias e de intervenção precoce, possibilitando o não-agravamento do estado de saúde.

Destacamos que as principais morbidades associadas ao risco nutricional, ou melhor, à saúde da criança de baixo-peso, segundo dados de registro estatístico do CMS (1998), referem-se a doenças infecciosas e parasitárias, em especial helmintoses, anemia, doenças diarréicas e infecções respiratórias agudas. Em relação a estas doenças, os serviços básicos de saúde podem, a partir do seu diagnóstico e tratamento, contribuir para a melhoria do estado de saúde e nutrição da criança.

Como nos alerta Victora (1988), uma vez que as crianças de risco nutricional freqüentam os serviços de saúde, estas precisam ser acompanhadas sistemática e periodicamente, sendo alvo de intervenções reconhecidas como de valor na prevenção da morbimortalidade infantil. Destacam-se: as ações de imunização, a monitorização do seu crescimento e desenvolvimento, o uso da terapia de reidratação oral nos casos de vômito e diarreia, o tratamento precoce das infecções respiratórias e o estímulo ao aleitamento materno.

No que diz respeito ao acompanhamento da criança nas consultas de puericultura, destacamos também as ações de promoção e apoio à amamentação como as orientações sobre as práticas alimentares, da introdução, na alimentação da criança, de alimentos complementares ao leite materno, até a alimentação cotidiana da família. Ressaltamos que estas questões foram objeto de nossa análise nos capítulos 4 e 5 deste trabalho. Assim,

acreditamos que as contribuições dos serviços e profissionais de saúde, nesses dois aspectos, possam ter como ponto de partida as reflexões construídas nesses dois capítulos.

Podemos acrescentar que as mães de nosso estudo, além de priorizar o acompanhamento da criança nas consultas de puericultura, conhecem a rotina do serviço e têm uma referência do pediatra, podendo tornar o atendimento mais eficiente e qualificado.

Um dos aspectos marcantes destacados nas falas foi o estabelecimento do vínculo afetivo das mães com os profissionais envolvidos no acompanhamento das crianças nas consultas individuais, em especial de pediatria e de nutrição. As mães identificam o profissional, têm uma relação mais próxima, reconhecem seus nomes e podem ser reconhecidas também, permitindo a personalização do atendimento, rompendo o anonimato que perpassa os serviços de saúde.

*E: “Ele passava direto pela mão do Dr. Julio, por isso é que eu não gosto de trocar de médico dele. Quando ele tem qualquer problema e é outra doutora que vai ver ele, eu aceito não porque eu goste, é que às vezes ele não está. Aí, tem que passar para outra mesmo. Eu gosto mesmo é dele direto, tudo o que ele tinha de bebezinho, ele sabe”.*

*AU: “Desde bebezinho, ele é acompanhado pela Dra. Amanda, ela acompanha, ela é muito boa...”*

*AC: “... até que eu vim para cá, eu não conhecia aqui, porque eu nunca tinha vindo aqui. Aí, eu vim através da minha vizinha... que ela vinha para cá e me chamou para eu vir no pediatra. Aí, eu vim, abri ficha para ela... eu tenho ficha aqui desde os dez anos, mas com criança eu nunca tinha vindo. Aí, eu fiz ficha, gostei; Dr. Julio foi ótimo pediatra, apesar dele me chamar atenção para caramba, isto está errado, mas ele é um ótimo pediatra, cuida da Tania direitinho. Eu não tenho nada que reclamar daqui não, mas do outro eu tenho. Eu gosto de todo mundo, gosto da Dona Inês, principalmente da Dona Inês., eu gosto muito dela. Da Silvana, de você, da Samara que é muito brincalhona, eu gosto de todo mundo. Só tem uma pediatra aqui que eu não gosto muito dela mas do resto eu gosto de todo mundo. Eu já conheço todo mundo daqui de dentro”.*

O estabelecimento da relação de confiança entre mães e profissionais de saúde é sem dúvida um ponto prioritário. Percebemos, a partir das entrevistas que a formação de vínculo entre usuários — neste caso mães e crianças — e profissionais é um processo, é construído no dia-a-dia, através das rotinas, das relações pessoais, da integração dos profissionais envolvidos na assistência à saúde da criança.



Podemos acrescentar também, a partir da fala da última mãe, a importância da atuação do serviço de saúde e seu papel educativo e informativo junto à comunidade com vistas a aumentar a captação da clientela. Esta mãe não conhecia o serviço; mas, a partir de sua ida às consultas de puericultura, tomou conhecimento do serviço de ginecologia e em sua outra gravidez passou também a frequentar o pré-natal.

*AC: “Eu não fiz pré-natal, porque eu tinha medo, eu nunca fiz, eu nunca tinha ido ao ginecologista. Só vim quando soube que estava grávida e para ganhar o neném, mais nada. Do Junior eu resolvi fazer, porque eu nunca tinha feito, aí eu me interessei, acompanhar direitinho. Porque meu filho tinha passado por vários problemas, aí eu resolvi fazer. Eu falei, o Maurício depois de alguns meses de nascido ficou doente então eu vou acompanhar ele porque caso tenha algum problema já dá para ver quando estiver na barriga... Eu fiz o preventivo depois que eu tive o Maurício, quando eu vim pegar o resultado, eu estava sentindo dor na barriga, fiz exame, aí a doutora falou que eu estava grávida”.*

Concordamos também com Vasconcelos (1997), que nos informa que o retorno do paciente, sua frequência ao serviço, não são importantes somente do ponto de vista da assistência à saúde propriamente dita, mas porque permitem uma maior interação entre o profissional e o usuário, maior possibilidade de diálogo, conseqüentemente espaço para o aprofundamento das questões relativas à saúde e nutrição. O principal campo de atuação do profissional é o seu dia-a-dia, contribuindo na compreensão dos clientes sobre o seu corpo, a sua família e o meio em que vive.

Por outro lado, podemos identificar também para esta mesma mãe que nem sempre existe uma relação tão harmoniosa entre a população usuária e o serviço de saúde. Acrescentamos, nesta perspectiva, outras falas.

*E: “Ele sempre comeu bem. Eu não entedia porque ele não pegava peso. Eu acho que ele era desde novinho, porque desde novinho ele não pega peso. Ele tinha um problema que quando acabava de comer jogava tudo pelo nariz para fora. Eu até destratei uma mulher (auxiliar de saúde), fiquei furiosa. A mulher disse que o menino vivia passando fome, que eu não tinha cuidado com o meu próprio filho. Eu xinguei tanto ela...”*

Nem os profissionais nem as mães são indivíduos em tudo iguais. Ao contrário, portam distintas vontades e detêm diferentes projetos de vida, agindo-se ética e politicamente de modo diversos. Assim, ressaltamos que a relação entre todos envolvidos

no trabalho de educação e saúde é conflituosa e, em alguns casos, divergentes (Rodrigues *et al.*, 1996).

A partir desta compreensão, podemos perceber as faltas como uma possível resistência da clientela ao que é e como é oferecido o serviço. Ir ao encontro dos “faltosos” é também uma estratégia importante de intervenção, com vistas à promoção da saúde da criança.

Identificamos que, conjugada às ações de prevenção e tratamento nas consultas individuais e coletivas — no grupo de mães e no “brincar” —, a suplementação alimentar, em especial o “*Programa do Leite*” tem sido uma ação importante para a recuperação do estado nutricional das crianças, assim como uma ajuda no orçamento das famílias, e em algumas situações um atrativo a mais na ida da população à unidade de saúde.

*D: “... aqui eu gostei. É diferente de Belo Horizonte, lá a gente não tem ajuda em nada, assim porque quando a gente chegou aqui, até cesta básica a gente pegou na Prefeitura, duas vezes, e já é alguma coisa, já ajuda... o que me ajudou bastante também foi o leite. Pelo o que eu estou ganhando, eu não vou ter condição de ter o leite todos os dias”.*

*ML: “Está me ajudando muito com este leite, está me ajudando mesmo. Porque o salário que o meu marido recebe não dá para quase nada”.*

*M: “Eu acho muito legal. Eu acho que esse negócio do grupo foi uma boa, uma boa para as mães. Porque tem mãe que não tem condição de comprar leite. Aí, às vezes há crianças que não bebem nem leite. Já vi muita gente tomar, tem gente que faz fubá e água e dá para criança beber. Lá perto de casa, eu já vi muita gente fazer isso. Eu achei bom, porque vocês dando o leite... as pessoas podem dar para as crianças”.*

*AC: “Eu pensava assim, que esse grupo de mães era para ajudar as mães que não tinham condição de comprar o leite para as crianças, não é só porque as crianças estão desnutridas. Tem muita mãe que vem ao grupo que não precisa pegar o leite. Eu estou falando assim, às vezes a criança está desnutrida mas a pessoa não precisa, não tem necessidade de ganhar o leite”.*

A partir da falas e de nossa experiência, concordamos com Solymos (1997), para quem qualquer intervenção que se realize junto à população sob risco nutricional necessita promover o acesso a recursos materiais concretos, capazes de responder a algumas

carências encontradas, sejam elas alimentares ou de saúde. Em vários destes pontos os serviços de saúde podem oferecer respostas.

Outra questão importante e presente na fala da última mãe refere-se ao critério de inclusão no “*Programa do Leite*”. Para algumas mães, o critério “biológico” — isto é, apenas as crianças menores de dois anos e que apresentam baixo-peso podem ser beneficiárias — não é tão claro. Muitas vezes as mães procuram o serviço no intuito de poderem receber o leite como ajuda financeira.

Vale ressaltar que esta visão da população foi construída ao longo dos anos, pois durante muito tempo os programas de suplementação alimentar desenvolvidos pela rede básica de saúde — *Programa de Nutrição e Saúde (PNS)*, *Programa de Suplementação Alimentar (PSA)* — tinham como critério de inclusão a faixa etária da criança conjugada com o critério social, sendo beneficiárias as crianças pertencentes a famílias com renda menor que dois salários mínimos (Pereira e Castro, 1993).

Em outro aspecto cognitivo, algumas mães expressam também certo desconhecimento no preparo do alimento para a criança e na própria definição da doença.

*ML: “... meu filho também. Ele esteve doente, internado, tomou sangue... ele quase morreu. Só que eu estava dando o mingau dele diferente, como se diz, leite NAN com Cremogema, só que estava errado... ele estava pegando peso. Só que esses dias ele esteve doente, ele teve começo de pneumonia, aí ele passou cinco dias sem comer nada, nem água ele queria beber. Aí ele perdeu peso de novo”.*

*AC: “... para mim desnutrido era falta de líquido, da criança. Pelo menos o meu filho come bem, ele bebe bem, ele não engorda eu não sei o motivo, eu já fiz vários tipos de exames, não acusou nada.. Pode ser por causa de doença ou alguma coisa que ele possa ter no intestino, sei lá”.*

Acrescentamos que, nestas duas questões, os serviços de saúde, através de seus profissionais, podem ter um papel de acompanhamento, esclarecimento e troca.

O grupo de mães é uma possibilidade, um espaço para mudanças, não só na alimentação, mas em outros aspectos do cuidado da criança.

*MS: “O grupo, eu acho muito bom. A S., você, o que vocês passam para a gente é muito bom. É uma coisa que a gente tem que ir aprendendo. Porque às vezes a gente fica assim, ‘ah eu não*

*desgrudo do meu filho', aí vocês falam que a gente algum dia vai ter que desgrudar deles, ele vão crescer, eles vão querer andar, a gente não vai poder ficar indo atrás e é uma coisa que vocês falam e é certo. Outra, é que vocês sempre falam da vida da dona de casa, aqui do jeito que a gente tem que tratar os maridos, e essas coisas, eu acho interessante, e eu boto isso na minha cabeça, aí eu vou fazendo o que vocês falam aqui no grupo... então eu vou pensando, aí eu vou fazendo. O negócio da creche das crianças, eu só botei na creche por causa de vocês aqui. O negócio de trabalhar, eu botei na cabeça depois daqui, eu pensava em trabalhar, mas eu não queria botar ela na creche. Depois que eu comecei a conversar com vocês aqui sobre essas coisas, aí eu fui e botei ela na creche. Está sendo uma experiência muito boa dessa creche. E muitas coisas que estão acontecendo, que eu vejo aqui no grupo, aí eu vou fazendo..."*

Podemos perceber, a partir desta fala, que a clientela — no caso mães, famílias e crianças sob risco nutricional — pode ser compreendida de forma integral, nas consultas individuais e no trabalho educativo em grupo, considerando seu contexto social e de vida, o qual imprime formas diferenciadas de viver, adoecer e morrer.

Concordando com Brandão (1981), afirmamos que as falas, as frases e as conversas são carregadas por temas da comunidade, seus assuntos, sua vida. O debate de cada um deles possibilita, a partir do diálogo, aprofundar a compreensão da realidade. Assim, a mudança da percepção da realidade, antes vista como imutável, pode passar a ser vista como realidade histórico-cultural humana, criada pelos homens e que pode ser transformada por eles (Freire, 1983).

Desta forma, identificamos também a importância dos trabalhos educativos como espaços de troca, de encontro e de identificação, de possibilidade de transformação. Neste sentido, as práticas educativas deixam de ser uma atividade a mais realizada nos serviços, para ser o eixo aglutinador e reorientador da assistência à saúde.

A prática educativa coletiva é uma estratégia que prioriza a criação de espaços de diálogo. Possibilita aos serviços de saúde a construção de conhecimentos e práticas mediadoras entre a abordagem restrita ao biológico e visões mais abrangentes das ciências sociais. As famílias podem adquirir conhecimentos técnicos necessários à maior eficiência de suas lutas por melhores condições de vida. Passa a ser um instrumento de construção da participação popular nos serviços e, ao mesmo tempo, de aprofundamento da intervenção da ciência na vida cotidiana das famílias (Vasconcelos, 1998).

A dinâmica desenvolvida no grupo de mães e no grupo “brincar” como um espaço próprio para a criatividade e expressão das crianças a partir das brincadeiras foi outro aspecto destacado.

*MS: “Ela veio para cá, que eu me lembre com seis quilos. Aí, depois que eu comecei, passei a ter consulta com ela, ela foi pegando peso, foi pegando. Foi muito bom para ela, porque ela se desenvolveu, aprendeu a brincar com outras crianças que ela não sabia e como eu vou explicar, o desenvolvimento dela foi mais através de vocês aqui. Porque eu nem sabia dar comida para ela, eu forçava. Aí, a S. me ensinou a dar comida para ela”.*

*M: “Vocês ensinam a fazer várias comidas, várias idéias. Tem muita mãe que não tem assim muita cabeça para inventar as coisas né. Essas brincadeiras que a gente faz, inventa comida, as pessoas fazem. As crianças, às vezes, que não comem, passam a comer, porque é comida diferente, aí vai engordando, melhorando o peso. Então eu achei que foi uma boa, uma coisa ótima o grupo, eu achei legal”.*

*A: “Toda vez que eu venho, eu gosto. Até ela gosta das músicas. Em casa, ela fica pedindo para eu cantar. Ela também gosta, eu também gosto”.*

A opção pelo lúdico, pelo caminho do diálogo, da conversa informal, da brincadeira, parece ser uma forma de intervenção que permite às crianças, mães, familiares e profissionais do serviço compartilharem experiências, vivências e aprendizados na busca de maior autonomia, auto-estima, crescimento e desenvolvimento.

A palavra “brincar”, em português, é oriunda da palavra latina “vinculun” e significa “laço, união”. A palavra “lúdico” é derivada do “ludus” e significa brincadeiras, jogos de regras, competições, recreação, representações teatrais e litúrgicas. Paradoxalmente, o lúdico, a brincadeira, possuem uma seriedade intrínseca. Têm como aspecto característico representar a realidade, parafrasear a seriedade da vida. O faz-de-conta que imita a família, o amor, o trabalho, a casa, a vida. Através do jogo, podemos viver a experiência da criação. O jogo, de uma forma positiva, proporciona liberdade, criatividade, escolhas; é ordem e cria ordem (Santa Rosa, 1993).

Há portanto, a partir da brincadeira e dos jogos, uma combinação entre liberdade, movimento, criação, espontaneidade, ação dos sujeitos, limites. Não seriam estes também nossos objetivos para o crescimento e desenvolvimento, na promoção da saúde e cidadania?

O senso comum mediado pelo conhecimento científico origina um novo saber, construído a partir do diálogo, da troca, da discussão de idéias na busca do entendimento e da solução de problemas. Os profissionais de saúde, através da relação dialógica com os usuários, podem ser atores e autores na construção de um novo saber sobre saúde e nutrição.

O diálogo na relação educador-educando compreende que ninguém educa ninguém e ninguém se educa sozinho; de lado a lado se ensina, e de lado a lado se aprende; há sempre partes de cada um no outro. A educação é um ato coletivo e solidário, é uma tarefa de troca entre pessoas (Brandão, 1981).

Assim, a partir da utilização de dinâmicas de oficinas, do lúdico, do diálogo, os serviços de saúde podem contribuir para que as mães de crianças de baixo-peso ampliem a compreensão dos determinantes da saúde e do estado nutricional das crianças, saindo do nível de apreensão imediata e mediata para uma visão que incorpore as causas básicas dos agravos nutricionais. Esta prática de intervenção permite que o conhecimento construído a partir do seu cotidiano possa ser ampliado, no qual a totalidade seja vista do modo mais exaustivo possível, representando os múltiplos fenômenos da realidade.

*AU: “Eu gosto, quando eu venho a palestra eu adoro... muitas coisas que eu não sabia, eu aprendi no grupo. Esse negócio de horário de comida. Para mim qualquer hora era hora, eu não sabia esse horário certo assim. Agora eu já sei, cada dia mais eu vou aprendendo. O problema dele dormir comigo, eu achava que era ótimo para ele, vocês falaram que não é, que tinha que desgrudar, então a partir de hoje ele já vai dormir na cama dele. Cada vez que eu venho aqui, tem sempre uma conversa diferente, eu vou aprendendo. Porque tem muitas mães também, como eu não sei, elas também não sabem”.*

*AC: “Eu acho bom. A gente conversa coisas que a gente não conversa com ninguém em casa, porque a gente, lá, não tem com quem conversar sobre isso. Então, aqui a gente conversa abertamente, não tem nada a esconder. Eu gosto, se eu pudesse eu não saía do grupo nunca mais. Não era nem por causa do leite, é mais por causa do grupo”.*

O serviço de saúde pode ser um lugar de troca, de encontro, de parcerias, de reflexão e conscientização, possibilitando às mulheres e suas famílias, assim como aos profissionais de saúde, uma melhor compreensão do processo nutrição, saúde e cidadania.

Dentre os aspectos fundamentais na relação do educador, no caso específico, do profissional de saúde com as mães, destacamos a valorização, por sua parte, do conhecimento já adquirido pelas mulheres. Valorização esta que pode ser expressa numa atitude de ser também aprendiz diante do processo de construção do conhecimento. A partir desta atitude, o profissional de saúde pode demonstrar o reconhecimento da identidade cultural das mulheres-mães, favorecendo o resgate de sua auto-estima, já tão desgastada no contato com os serviços tradicionais de saúde (De Vargas, 1995).

Paulo Freire (1983) nos fala que só é possível ser sujeito da transformação aquele que tem a possibilidade de reflexão sobre si, sobre o estar em seu mundo, pois o ser imerso no mundo, no seu estar, adaptado a ele sem ter dele consciência, é um ser imerso na realidade da qual não pode sair. Acrescenta que a consciência crítica se dá com o processo educativo de conscientização. O homem é consciente na medida em que se conhece e se compromete com a própria realidade.

Assim, concordamos com Capistrano Filho (1985), quando acrescenta que a cultura sanitária de síntese deve conceber o social passando pelo biológico. Deve pois compreender de modo dialético, a articulação rica e complexa entre o individual e o coletivo, a história de vida e a história da sociedade.

Porém, destacamos que o processo de síntese através do trabalho educativo-participativo é demorado e exige investimento na formação do profissional. No caso específico, o trabalho com crianças, mães e famílias sob risco nutricional, dada a complexidade do problema, não é de retorno imediato. Ressaltamos que este não é um trabalho fácil e previsível, é carregado de surpresas e emoções.

Para as mães deste estudo, que como vimos são principalmente migrantes, que parecem ser destituídas não somente de alimento, trabalho formal, condições dignas de vida, mas também de identidade e afetos, o trabalho em grupo pode se transformar em um espaço de encontro, de troca, de reconhecimento, de identificação.

Diferentes pesquisas, utilizando-se de abordagem da pesquisa qualitativa com mães e famílias de criança sob risco nutricional, revelaram que, associado a problemas relativos a renda insuficiente, baixos salários, subemprego ou mesmo desemprego, falta de acesso à escolarização, à moradia, as mães apresentavam também conflitos conjugais, contexto

desfavorável de relacionamentos com parentes, vizinhos, falta de amigos e alcoolismo (Zaborowski, 1990; Solymos, 1997; Vasconcelos, 1998).

Outra questão relevante, presente nos trabalhos citados e que contribuiu para a observação do cuidado da saúde da criança e da relação mãe e filho, foi a realização de visitas domiciliares. A visita domiciliar, a partir da ida ao local de moradia da população, possibilita o contato mais próximo com a clientela, com suas condições de vida, com suas dificuldades em sua rotina cotidiana. Por outro lado, as mães deste estudo, apesar de apresentarem uma certa passividade, mostram-se em situação um pouco diferenciada da encontrada das mães e famílias dos estudos citados anteriormente. As mães de nossa pesquisa apresentam o movimento de busca do serviço de saúde e talvez resida aí a diferença.

Por fim, vale acrescentar que a contribuição dos serviços passa também pela relação entre os profissionais de saúde e a clientela. Nesta perspectiva, Cerqueira (1997) nos informa que os processos pelos quais o profissional de saúde e usuário (na relação educador-educando) passam na criação, produção e construção do conhecimento, não só são lógicos ou racionais, mas são também permeados por afetos, ideologias, valores, culturas, crenças. Neste processo não só o educando está sendo modificado mas também o educador se modifica; os dois movimentos ocorrem ao mesmo tempo.

As questões culturais são um elemento fundamental no funcionamento de um serviço de saúde. Podem potencializar ou dificultar a implementação de propostas, dentre elas a mudança do modelo assistencial, preconizada no Sistema Único de Saúde. Elas estão presentes na relação dos diferentes atores: usuários dos serviços, organizações populares, chefias locais, profissionais de saúde e instâncias administrativas dos níveis federal, estadual e municipal (Vasconcelos, 1998).

Assim como o discurso do profissional é reinterpretado pela população, o discurso oficial de uma política de saúde, de um programa, de uma proposta de intervenção, é também reinterpretado pelos profissionais a partir de sua formação, dos recursos e tecnologias disponíveis, e também a partir de sua bagagem cultural e seus valores.

Isto posto, é necessário também que os profissionais envolvidos nas práticas assistenciais e educativas dirigidas às crianças sob risco nutricional tenham também uma compreensão mais abrangente dessa problemática.



Sabemos que, para uma análise completa de nossa temática, seria importante investigar o que os profissionais de saúde pensam sobre a relação nutrição-desnutrição. Dentro desta perspectiva, analisar a percepção dos profissionais envolvidos na assistência à saúde da criança complementar nossa abordagem sobre o tema em questão. Porém, neste trabalho não seria possível, devido ao tempo e amplitude de análise requeridos para tal. Assim, a pergunta está lançada para outros estudos posteriores que se façam necessários.

Por fim, reafirmamos que organizar os serviços de saúde significa organizar gente, usuários, profissionais, lideranças dos movimentos populares e dirigentes. Organizar gente exige capacidade de apontar caminhos e possibilidades; exige conhecimento das pessoas, saber o que pensam, suas opiniões, o que as move e do que são capazes; significa trabalhar naquilo que é tangível, mas também no plano dos valores, das representações, no campo do simbólico. Esta é uma tarefa difícil porém não impossível: o indispensável é o compromisso com a vida, com o homem e seus direitos de cidadania (Capistrano Filho, 1985).

## 8 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreender o significado do cuidado da saúde, da desnutrição e das práticas alimentares enquanto construções elaboradas pelas mães, a partir das redes sociais e das condições concretas de vida, possibilitou ampliar o leque do entendimento do cuidado da saúde da criança de baixo-peso. Permitiu ainda reflexões extremamente importantes para a atuação do nutricionista, como docente e como o profissional que no dia-a-dia se relaciona com a população usuária do serviço de saúde.

A análise dialética das entrevistas, construída a partir de diferentes eixos explicativos — contemplando as dimensões temporal, afetiva, de ritual de socialização, do cuidado, da saúde e doença e econômica — constituiu-se em uma nova abordagem ao problema.

Como vimos, o cuidado da saúde da criança envolve ações no âmbito do Estado, a partir das políticas sociais e da família. Assim, no que diz respeito à família, identificamos em nosso estudo que a maioria das mães são migrantes, em geral oriundas da área rural do Nordeste. Suas práticas alimentares e de cuidado da saúde da criança, em especial da desnutrição, são permeadas pelo aprendizado construído na infância, acrescida do consumo de bens e serviços oferecidos pela cidade, onde mães e famílias têm mais acesso ao emprego, ao consumo de bens coletivos e individuais. Isso foi uma das vantagens relatadas como atrativo para sua vinda ao Rio de Janeiro.

Em relação ao cuidado da saúde da criança, a alimentação é um aspecto fundamental para garantia do estado nutricional e de saúde. Embora seja importante para a saúde, o ato alimentar, como vimos, é complexo e envolve diferentes facetas.

Para além da questão biológica e fisiológica, da dimensão da saúde e doença, o ato de nutrir, de amamentar, de comer, e de oferecer comida está associado a diferentes dimensões que integram a rede das tramas sociais. O universo simbólico, afetivo, os rituais de socialização, as relações econômicas, as diferenças entre grupos etários, grupos sociais, assim como de gênero, foram aspectos que possibilitaram a compreensão da complexidade do problema. As práticas são diferenciadas segundo os grupos sociais, a partir de suas condições socioeconômicas, gostos, hábitos de consumo próprios de cada segmento, dependente de sua história.

Em nosso trabalho, pudemos identificar que a amamentação — assim como a introdução de alimentos complementares ao leite materno até a alimentação cotidiana da

família — é um processo no qual emergem diferentes emoções e sentimentos. O estabelecimento da amamentação e o desmame total da criança são etapas cruciais para o estado de saúde e nutrição, para as quais as mulheres necessitam de informação e apoio.

Vimos que a amamentação depende do momento vivido pela mulher desde a gestação, de sua experiência com a maternidade, construída a partir de sua infância, podendo ser vivenciada na vida adulta como uma via de mão dupla: a mãe é ao mesmo tempo doadora e receptora de prazer, carinho, afetos. Muitas vezes esse momento se caracteriza pela presença de sentimentos ambíguos: prazer/desprazer, percepção da mama erótica/mama nutrícia, trabalho, cansaço/ praticidade, ter leite/não ter leite. Os serviços e profissionais de saúde, a partir da atenção no pré-natal, parto, puerpério imediato e puericultura, exercem também papel importante na promoção, informação e apoio às mulheres nesses momentos especiais para mães e crianças.

Assim, podemos ressaltar sua importância, a partir do exemplo de um dos achados de nosso estudo: uma mãe, por dificuldades de desmamar sua primeira filha no terceiro ano de vida, quando nasceu seu segundo filho, amamentou os dois concomitantemente; assim, quando desmamou a mais velha, também desmamou precocemente o mais novo. Este é um aspecto importante pois pode comprometer a saúde da criança, principalmente aquela sob risco nutricional. A alimentação da criança é um processo de transição, que parte do alimento líquido — leite materno, até a alimentação sólida, cotidiana da família, no final do primeiro ano de vida.

No que se refere às práticas alimentares, identificamos na alimentação da criança maior de um ano e da família, em seu cotidiano, a presença de alimentos básicos, a valorização do leite, da comida, arroz, feijão e carne. Alimentos considerados fortes, que alimentam e sustentam, assim como de preparações cozidas, ensopadas; a presença da “mistura”. São preparações suculentas, saborosas, de maior rendimento e de menor custo. Assim, a criança dita “que come” fica referida àquela que come de tudo, que come os alimentos que a família pode oferecer. Por outro lado, a criança “que não come” é aquela que oferece resistência à ingestão da alimentação cotidiana da família, em especial do feijão e arroz, apresentando preferência ao consumo de leite. Ressaltamos que a carne de porco é um alimento proscrito na alimentação infantil, considerado reimoso, impuro, sujo, prejudicial à saúde.

Destacamos em nosso estudo, também, a distinção entre comida de pobre e comida de rico. As mães identificam a comida de rico como mais diversificada, como aquela que tem a presença da carne — alimento tão valorizado —, que faz uso de preparações mais

elaboradas, que utiliza vários ingredientes e o forno. Comida esta presente em seus lares nos dias de lazer ou de festa, em ocasiões especiais, em geral no almoço de domingo.

Quanto ao consumo de frutas, verduras e legumes pela criança, vimos que este está relacionado à disponibilidade econômica, ao poder de compra, às doações, a partir da rede de solidariedade entre vizinhos, amigos, parentes e instituições. Geralmente, ao lado da carne, são os alimentos que mais faltam, sendo sua compra “picada”, realizada no “sacolão” e nas feiras da Rocinha. Diferentemente da compra do “básico”, que é feita em grandes supermercados dos bairros de São Conrado e Barra da Tijuca.

Associada ao consumo do “básico” — isto é, alimentos que são fonte de energia, tais como arroz, feijão, macarrão, óleo, farinha —ressaltamos a introdução de novos alimentos industrializados, a partir do estímulo do *marketing* das indústrias, com destaque para o consumo de leite em pó, macarrão instantâneo, achocolatados, iogurtes e biscoitos “salgadinhos”. A visão das mães sobre estes alimentos é ambígua: apesar do seu consumo, consideram-nos “besteiras”, pois são caros e podem fazer mal à saúde da criança. Assim, identificamos que os hábitos alimentares constituem-se num campo no qual presente e passado se entrelaçam, onde a tradição e inovação estão presentes.

Os hábitos e as práticas alimentares são construídos através da vivência, experiência e do aprendizado, a partir das condições econômicas, dos rituais de socialização, moldados na infância, sentimentos, cheiros, lembranças e gostos. Assim como pelo contato com outras culturas, com a mídia, com os serviços e com os profissionais de saúde.

Isto posto, o saber científico divulgado nos serviços pelos profissionais de saúde tem também um papel na formação das práticas de saúde e nutrição. Destacamos, porém, que este papel é importante mas possui limitações, sendo uma faceta na construção das práticas sociais — que são moldadas no cotidiano da população a partir de suas condições de vida.

Outro aspecto identificado em relação à alimentação cotidiana refere-se às ocasiões especiais, o almoço de domingo e ao jantar, assim como a distribuição intrafamiliar do alimento. As mulheres tendem a desvalorizar sua alimentação: na escala hierárquica come mais e melhor o homem trabalhador, provedor financeiro da família.

Por outro lado, podemos identificar ainda a contribuição do trabalho feminino realizado pelas mães, que além do cuidado com a casa, com os filhos e família, exercem atividade laborativa como lavadeiras, quando sua atuação e remuneração fica circunscrita a

sua vizinhança. Como vimos, a particularidade da Rocinha faz com que alguns grupos sociais prestem serviços a outros. A renda obtida pelas mães é utilizada na compra de vestuário, “coisas” para as crianças, e alimentos complementares. Acrescentamos também, nesta dimensão econômica, outras estratégias de sobrevivência utilizadas, em especial pelas mulheres, no intuito de melhorar o acesso da criança e da família a outros bens de consumo. Destacamos que este trabalho feminino fica ainda invisível e desvalorizado.

Identificamos ainda, por outro lado, mães que exercem a função de chefes-de-família, assumindo portanto todas as responsabilidades de manutenção e sustento econômico, afetivo do cuidado da criança e da casa. As mulheres trabalham, e a aparente passividade das mães pode ser reflexo da falta de perspectivas melhores de vida, pois suas experiências cotidianas são repletas de adversidade. Podemos destacar que o cuidar e o cozinhar aparecem como atividades femininas: ora são tarefas cansativas, monótonas desvalorizadas pela próprias mulheres, ora podem ser vivenciadas como fonte de prazer, de troca afetivas de invenção e de sabedoria.

Entretanto, de uma maneira diferenciada, identificamos também, além da função do homem como “provedor da família”, o trabalho doméstico masculino, pois alguns pais de nosso estudo cozinham, exercem esta atividade no mercado formal de trabalho e cuidam também das crianças.

Em outro aspecto do cuidado da saúde da criança, da desnutrição e sua visibilidade, identificamos que, tanto para as mães quanto para os profissionais, esta pode ser percebida a partir do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança.

As mães também fazem associação entre a desnutrição e infecção. Destacam a diarreia, a pneumonia e a bronquite como doenças que acarretam o baixo-peso. Identificam também a sua associação com a situação econômica e de condições de vida.

As mães reconhecem a criança desnutrida e a de baixo-peso como distintas. A criança de baixo-peso é a “magrinha”, “miudinha”; já a desnutrida é a criança “caidinha”, “acabadinha”. Associado ao seu reconhecimento, manifestam temor e outros sentimentos relacionados à gravidade e intensidade da doença

Assim, a aparência da criança foi outro aspecto assinalado. No imaginário das mães, a criança ideal seria aquela gorda, cheia de dobrinhas; por outro lado, a desnutrida fica remetida à criança feia, acamada, quase esquelética. São exemplos de situações extremas, idealizadas e muitas vezes não condizentes com a realidade e com a saúde da

criança. Neste aspecto cabe também aos serviços e profissionais desmistificar essas imagens, com vistas à promoção da saúde, pois tanto o sobrepeso quanto o baixo-peso são aspectos relevantes no cuidado da criança.

Para as mães, a percepção do estado de saúde, do crescimento e desenvolvimento das crianças está associada a vários aspectos que as informam sobre o bem-estar de seu filho — como o tamanho das roupas, do sapato, o peso da criança ao carregá-la no colo, o brincar, o dormir, estar alegre, enfim, indicadores diferentes dos utilizados pelos profissionais que merecem também ser considerados.

Parece que o desafio no cuidado da saúde infantil, após a implantação do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças pelos profissionais, e da implantação do sistema de vigilância alimentar e nutricional nos serviços, é não somente diagnosticar as crianças de baixo-peso. Faz-se necessário que o diagnóstico expresse também o risco, sua intensidade e gravidade, traduzindo uma melhor qualidade no atendimento e na relação entre profissional de saúde e usuário do serviço. Não devemos superestimar, nem subestimar o problema, pois a desnutrição ainda existe e compromete a saúde de um número razoável de crianças.

Assim, quanto à contribuição dos serviços e profissionais de saúde na promoção da saúde da criança, podemos acrescentar que o setor saúde pode “cuidar” da desnutrição, ou seja, pode intervir no estado de saúde e nutrição das crianças, a partir da implementação de ações relativas a assistência à saúde da mulher e da criança, no plano individual e no plano coletivo, com qualidade e “resolutividade”. A partir de ações de promoção, prevenção e intervenção precoce na saúde, pode-se contribuir para a redução de morbidades que estão diretamente associadas ao crescimento, desenvolvimento e saúde infantil.

Vimos que as mães, em sua maioria, freqüentaram o serviço de pré-natal, que levam a criança à puericultura, à pediatria e à nutrição, assim como os grupos de mães e o Grupo Brincar, considerando-os espaços importantes no cuidado da saúde, de troca e de aprendizado. Relatam que seu contato com essas atividades do CMS possibilitou mudanças em suas práticas, sendo um fator positivo na saúde de seus filhos.

O acesso e acompanhamento sistemático da mulher, nas consultas de pré-natal, parto e puerpério, e da criança, nas consultas de puericultura, permitem, a partir das medidas de prevenção e da detecção de patologias, intervenções precoces, que evitam o não-agravamento da saúde da criança.

Associada a essas ações, vimos a importância atribuída ao “*Programa do Leite*” pelas mães, no que tange à sua contribuição indireta para o orçamento das famílias, e conseqüentemente para a alimentação da criança.

Cabe ressaltar ainda que a qualidade do atendimento — a relação de confiança entre os profissionais de saúde, mães e crianças — é um fator positivo na formação de vínculo, de adesão e assiduidade aos serviços de saúde, podendo contribuir para a promoção da saúde da criança. Identificamos o grupo de mães e o “Grupo Brincar” como espaços importantes para mudanças, não somente referentes à alimentação, mas em vários aspectos do cuidado da criança.

Acrescentamos, assim, a importância do serviço de saúde e seu papel educativo junto à comunidade, com vistas a aumentar a captação da clientela. As práticas educativas coletivas, compreendidas como espaços de troca, de encontro e de identificação, deixam de ser uma atividade a mais realizada pelos serviços para serem o eixo aglutinador e reorientador da assistência à saúde.

Destacamos, porém, que tanto os profissionais quanto os usuários dos serviços não são indivíduos em tudo iguais; ao contrário, portam valores, vontades distintas, projetos de vida diferentes — assim, a relação entre os envolvidos nos trabalhos educativos é uma relação conflituosa, com contradições, e sua mediação é realizada a partir do diálogo.

A pesquisa evidenciou, ainda, que o diálogo com a comunidade permite aos usuários e aos profissionais o aprofundamento da compreensão da realidade. Esta pode passar a ser vista como uma realidade histórico-cultural humana, construída pelos homens, podendo assim ser objeto de transformação.

Ressaltamos que a discussão de nossa pesquisa se deu a partir da compreensão do cuidado da saúde, da desnutrição e das práticas alimentares para mães de crianças com baixo-peso. Porém, entendemos que as reflexões ora apresentadas possam ser estendidas para outras situações encontradas na prática de saúde pública.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRAMOVAY, R., 1985. *O que é Fome*. São Paulo: Abril Cultural/Brasiliense.
- ADESSE, L., 1994. *Amamentação: um ato contraditório*. Dissertação (Mestrado em Saúde da Mulher e da Criança) - Instituto Fernandes Figueiras, Fiocruz, Rio de Janeiro.
- ALMEIDA, J. A. G., 1998. *Amamentação: repensando o paradigma*. Tese (Doutorado em Saúde da Mulher e da Criança) - Instituto Fernandes Figueiras, Fiocruz, Rio de Janeiro.
- ALVES, E. L. G., 1979. *Desnutrição e pobreza no Brasil: algumas evidências*. Cadernos de Pesquisa, 29:77-86, São Paulo.
- ALVES, P. C., 1993. A experiência da enfermidade: considerações teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, 9(3): 263-271.
- ANDRÉ, M. E. D. e LUDKE, M., 1986. *Pesquisa em Educação: Abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU.
- ANDRÉ, M. E. D., 1989. A pesquisa no cotidiano escolar. In: *Metodologia da Pesquisa Educacional* (Fazenda, I., org.), pp. 35-46, São Paulo: Cortez.
- ARANTES, C. I. S., 1995. Amamentação: visão das mulheres que amamentam. *Jornal de Pediatria*, 71(4):195-202.
- ARAÚJO, L. D. S., 1991. *Querer/poder amamentar: uma questão de representação*. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina.
- ARIÈS, P., 1981. *História Social da Criança e da Família*. Rio de Janeiro: Zahar.
- ARNAIZ, M. G., 1996. *Paradojas de la alimentación contemporánea*. Barcelona: Icaria/Instituto Catalão de Antropologia.
- BADINTER, E., 1985. *Um Amor Conquistado: O Mito do Amor Materno*. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira.



- BATISTA FILHO, M. e FERREIRA, L. O. C., 1996. Prevenção e Tratamento da anemia nutricional ferropriva: novos enfoques e perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública*, 12(3):411-415, Rio de Janeiro.
- BATISTA FILHO, M. e RISSIN, A., 1993. Deficiências Nutricionais: Ações Específicas do Setor Saúde para o seu controle. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro 9(2): 130-135.
- BATISTA FILHO, M.; BLEIL, S. I. e EYSDEN, L. M. V., 1989. Prevenção da Desnutrição Energético-protéica. *Cadernos de Saúde Pública*, 5(3):276-283.
- BEAUVOIR, S., 1980. *O Segundo Sexo*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- BECKER, H. S., 1977. *Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais*. São Paulo: Hucitec.
- BENERÍA, L., 1994. Mujer, Salud y Trabajo: una visión global. *Quaderno CAPS*, 21:7-14.
- BERLINGUER, G., 1996. *Ética e Saúde*. São Paulo: Editora Hucitec.
- BIRCH, L., 1997. Conducta alimentaria en los niños: perspectiva de su desarrollo. In: *Nutrición y alimentación del niño en los primeros años de vida*, pp. 34-48, Washington: Programa Ampliado de Libros de Texto – PALTEX/OPS/OMS
- BIRMAN, J., 1997. Apresentação: Saúde coletiva, Práticas alimentares e Bem-estar Social. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, 7(2):7-8.
- BITTENCOURT, S. e MAGALHÃES, R., 1995. Fome: um drama silencioso\_ In: *Os Muitos Brasís: saúde e população na década de 80* (Minayo, M. C. S., org.), pp. 269-290, São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco.
- BITTENCOURT, S.; LEAL, M. C.; GADELHA, A. J. e OLIVEIRA, M. A., 1993. Crescimento, diarreia e aleitamento materno: o caso da Vila do João. *Cadernos de Saúde Pública*, 9(supl.1):7-13.
- BLEIL, S. I., 1997. *Mudança de Hábitos a partir da Industrialização Agroalimentar*. Dissertação (Mestrado em Ciências em Desenvolvimento, Agricultura e Sociedade) - Universidade Rural do Rio de Janeiro.

- BOLTANSKI, L., 1984. *As classes sociais e o corpo*. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- BORGES, S. M. N. e ATIÊ, E., 1989. Vida de mulher: estratégias de sobrevivência no cotidiano. In: *Demandas Populares, Políticas Públicas e Saúde*. Vol. II (Costa, N. R.; Leitão, C. R.; Minayo, M. C. S. e Stotz, E. N., orgs.), pp. 165-184, Petrópolis: Editora Vozes.
- BORGES, S. M. N., 1983. *História de um amor materno: uma análise sobre a condição de mulher e o exercício da maternidade*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública – Fiocruz, Rio de Janeiro.
- BOSI, M. L. M., 1988. *A Face Oculta da Nutrição: ciência e ideologia*. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo/UFRJ.
- BOURDIEU, P., 1996. Novas reflexões sobre a dominação masculina. In: *Gênero e Saúde* (Lopes, M. J. M.; Meyer, D. E. e Waldow, V. R, orgs.), pp. 28-51, Porto Alegre: Artes Médicas Sul Ltda.
- BOURDIEU, P., 1998. O Capital Social: notas provisórias. In: *Escritos de educação*. Rio de Janeiro: Vozes Editora.
- BOURDIEU, P., 1999. A Ciência do Real: Pierre Bourdieu. Folha de São Paulo, *Caderno Mais*, 7 fev. 1999.
- BRANDÃO, C. R., 1981. *O que é método Paulo Freire*. São Paulo: Brasiliense (Coleção Primeiros Passos, 38).
- BRANDÃO, C. R., 1984. *Repensando a Pesquisa Participante*. São Paulo: Brasiliense.
- BRASIL. Ministério da Saúde e Ministério da Previdência e Assistência Social, 1984. *Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento*. Brasília: MS/INAMPS.
- BRASIL. Ministério da Saúde, 1986. *Boletim Nacional do SISVAN*. Brasília: Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. Coordenação Nacional do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, 1(2).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Centro de Referência de Alimentação e Nutrição - Região Sudeste, 1998. *SISVAN: Instrumento para o combate aos distúrbios nutricionais em*

*serviços de saúde: o diagnóstico nutricional* (Engstrom, E., M., org.). Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz.

BRASIL. Ministério da Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública, 1993. *Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional na Rede de Saúde: manual para implantação*. Rio de Janeiro: ENSP.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição, 1990. *Pesquisa Nacional sobre Nutrição e Saúde: perfil do crescimento da população brasileira de 0 a 25 anos*. Brasília: MS/INAN.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição /INAN, 1991. *Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno: revisão e avaliação das ações nacionais para a implantação dos princípios e objetivos do código internacional de comercialização dos substitutos do leite materno*. Brasília: Ministério da Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Materno-infantil. Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, 1988. *Assistência Pré-natal*. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde.

BREILH, J., 1996. *El genero entrefuegos: inequidad y esperanza*. Quito: Centro de Estudios y Asesoría en Salud - CEAS.

BRUSCHINI, C. e RIDENTI, S., 1995. Trabalho domiciliar masculino. *Revista Estudos Feministas*, 3(2):363-393.

BRUSCHINI, C., 1994. O Trabalho da Mulher no Brasil: Tendências Recentes. In: *Mulher Brasileira é Assim* (Saffioti, H. I. B. e Vargas, M. M., orgs.), pp. 63-94, Rio de Janeiro: UNICEF/Editora Rosa dos Tempos.

CANESQUI, A. M., 1978. A dietética popular: comida de pobre e comida de rico. In *Revista Saúde em Debate*, 4:48-53.

CANGUILHEM, G., 1982. *O Normal e o Patológico*. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária (tradução por Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas).

- CAPISTRANO FILHO, D., 1985. *Da Saúde e das Cidades*. São Paulo: Hucitec.
- CARDOSO DE MELO, J. A., 1997. Educação e Saúde: dimensões de vida e existência humana. In: *Saúde, Trabalho e Formação Profissional* (Amâncio Filho, A. e Moreira, M. C. G. B, orgs.), pp. 65-69, Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.
- CARDOSO, R., 1988. Aventuras de antropólogos em campo ou como escapar das armadilhas do método. In: *A Aventura Antropológica: teoria e pesquisa* (Cardoso, R., org.), pp. 95-106, São Paulo: Paz e Terra.
- CARVALHO FILHO, G. W. B., 1991. *Crescendo e Aparecendo: o crescimento infantil na percepção materna*. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança) - Instituto Fernandes Figueiras – Fiocruz, Rio de Janeiro.
- CARVALHO, M. F. C. C, 1995. *Famílias Brasileiras Chefiadas por Mulheres: a estrutura familiar como determinante do estado nutricional de mulheres adultas*. Dissertação (Mestrado em Nutrição Humana) - Universidade de Brasília.
- CASTIEL, L. D., 1994. *O Buraco e o Avestruz: a singularidade do adoecer humano*. Campinas/São Paulo: Papyrus.
- CASTRO, C. M. e PELIANO, A. M., 1985. Novos Alimentos, Velhos Hábitos e o Espaço para Ações Educativas. In: *O Problema Alimentar no Brasil* (Castro, C. M. e Coimbra, M., orgs.), pp. 195-213, São Paulo: UNICAMP/ALMED.
- CASTRO, I. R. R., 1995. *Vigilância Alimentar e Nutricional: limitações e interfaces com a rede de saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- CASTRO, J., 1967. *Sete Palmos de Terra e um Caixão: ensaio sobre o Nordeste, uma área explosiva*. São Paulo: Editora Brasiliense.
- CASTRO, J., 1982. *Geografia da Fome: o dilema brasileiro — pão ou aço*. Rio de Janeiro: Antares/Achimé.
- CASTRO, M. G., 1991. A Dinâmica entre Classe e Gênero na América Latina: apontamentos para uma teoria. In: *Mulher e Políticas Públicas*, pp. :39-70, Rio de Janeiro: IBAM.

- CERQUEIRA, A. T. R., 1997. A prática pedagógica como processo de comunicação: a relação professor–aluno como eixo: o ponto de vista psicológico. *Interface: Comunicação, Saúde e Educação*, 1(1):187-192.
- CHAIM, N. A. e TEIXEIRA, P. H. R., 1996. Caracterização da Estrutura de Consumo de Alimentos na Pesquisa Inquérito de Consumo alimentar de Campinas. In: *Cadernos de Debate* (Revista do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Alimentação), IV:47-65.
- CHARLES, N. e KERR, M., 1995. *Es así porque es así: diferencias de género y de edad en el consumo familiar de alimentos*. In: *Alimentación y Cultura* (Contreras, J., org.), pp. 199-218, Barcelona: Universitat de Barcelona (Estudio General, Ciências Humanas y Sociais, 3).
- CHAVES, N., 1978. *Nutrição Básica* (Chaves, N., org.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- CLARK, C., 1984. *O Livro de Aleitamento Materno*. São Paulo: Editora Manole.
- COHN, A.; NUNES, E.; JACOBI, P. e KARSCH, U. S., 1991. *A saúde como direito e como serviço*. São Paulo: Cortez Editora.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8, 1986. Relatório final. In: *A Saúde em Estado de Choque* (Minayo, M. C. S., org.), pp. 117-128, Rio de Janeiro: Editora Espaço e Tempo/FASE.
- CONTANDRIOPOULOS, A.-P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J.-L. e PINEAULT, R., 1997. A Avaliação na Área da Saúde: conceitos e métodos. In: *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas* (Hartz, Z. M. A., org.), pp. 29-48, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- CONTRERAS, J., 1993. *Antropología de la Alimentación*. Madri: EUDEMA/Ediciones de la Universidad Complutense.
- CONTRERAS, J., 1995. Introducción. In: *Alimentación y Cultura* (Contreras, J., org.), pp. 9-26. Barcelona: Universitat de Barcelona (Estudio General, Ciências Humanas y Sociais, 3).
- COSTA, J. F., 1989. *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro: Edições Graal.

- DE VARGAS, S. M. 1995. *Les Processus de Formation Professionnelle des enseignantes "Leigas" dans le Développement de l'École Primaire Rurale au Brésil, et plus particulièrement dans l'État de Minas Gerais*. Tese (doutorado) – Universidade de Genebra, Suíça.
- DE VARGAS, S. M. 1996. *Saberes não-formais e co-participação: contextura da formação profissional de leigas, no meio rural*. Trabalho apresentado na 19ª Reunião Anual da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação.
- D'ORSI, E. e CARVALHO, M. S., 1998. Perfil de nascimentos no Município do Rio de Janeiro: análise espacial. *Cadernos de Saúde Pública*, 14(2): 367-379, Rio de Janeiro.
- DA MATTA, R., 1978. O ofício do etnólogo ou como ter "antropological blues". In: *Aventura sociológica: objetividade, paixão, improviso e método na pesquisa social* (Nuverson, E. O., org.), pp. 23-35, Rio de Janeiro: Zahar Editora.
- DA MATTA, R., 1986. *O que faz o Brasil, Brasil?* Rio de Janeiro: Rocco Editora.
- DA MATTA, R., 1987. Sobre o simbolismo da comida no Brasil. In: *O correio da UNESCO*, 07: 22-23.
- DANIEL, J. M. P. e CRAVO, V., 1989. *O valor social e cultural da alimentação*. Boletim de Antropologia, 2(4):70-83.
- DASEN, P. R. e SUPER, C. M., 1988. The usefulness of a cross-cultural approach in studies of malnutrition and psychological development. In: *Health and cross-cultural psychology: toward application*, Londres: Sage Publications (Cross Cultural Research and Methodology Series, 10).
- DEL PRIORE, M., 1993. *Ao Sul do Corpo: condição feminina, maternidades e mentalidades no Brasil Colônia*. Rio de Janeiro/Brasília: José Olympio/EdUnB.
- DEMO, P., 1984a. Elementos Metodológicos da Pesquisa Participante. In: *Repensando a Pesquisa Participante* (Brandão, C. R., org.), pp. 104-130. São Paulo: Brasiliense.
- DEMO, P., 1984b. Usos e Abusos da Pesquisa Participante. In: *Pesquisa Participante: mito e realidade*. Rio de Janeiro: SENAC.

- DEMO, P., 1985. Demarcação Científica. In: *Metodologia Científica em Ciências Sociais* (Demo, P.), pp. 13-28. São Paulo: Atlas.
- DEMO, P., 1996. *Política social, educação e cidadania*. Campinas/São Paulo: Papyrus Editora.
- DIAS, N. M. O., 1991. *Mulheres Sanitaristas de pés descalços*. São Paulo: Hucitec.
- DOWBOR, L., 1996. Notas sobre Governabilidade. In: *Segurança alimentar e Cidadania: a contribuição das Universidades Paulistas* (Galeazzi, M. A. M., org.), pp. 93-108, Campinas/São Paulo: Letras.
- DUARTE, I. A. C., 1997. *Estado Nutricional das Crianças de 0-5 anos da Favela do Reginaldo (Macéio): estudo antropométrico e percepção materna*. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança) - Universidade Federal de Alagoas.
- DURHAM, E., 1983. Família e reprodução humana. In: *Perspectivas antropológicas da mulher* (Franchetto, B.; Cavalcanti, L. V.C. e Heilborn, M. L., orgs.), Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- FELICIELLO, D. e GARCIA, R. W. D., 1996. Cidadania e Solidariedade: ações contra a miséria. In: *Segurança Alimentar e Cidadania: a Contribuição das Universidades Paulistas* (Galeazzi, M. A. M., org.), pp. 215-234, Campinas/São Paulo: Letras.
- FERRARI, A. A., 1997. Fatores de risco para a desnutrição energético-proteica como base para programas de prevenção na comunidade. In: *Desnutrição urbana no Brasil em um período de transição* (Sawaya, A. L., org.), pp. 111-126, São Paulo: Cortez.
- FERREIRA, A. B. H., 1986. *Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- FERREIRA, J., 1994. O corpo sígnico. In: *Saúde e doença um olhar antropológico* (Minayo, M. C. S. e Alves, P. C., orgs.). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- FINEP/FEEMA, 1980. *Favela da Rocinha. Relatório de Atividades do Projeto de Ecodesenvolvimento*. Rio de Janeiro: FINEP/FEEMA (Série Relatórios Técnicos, 4).
- FISCHELER, C., 1993. *L'omnivore*. Paris: Éditions Odile Jacob.

- FISCHELER, C., 1995. Gastro-nomia y gastro-anomia: sabiduría del cuerpo y crisis biocultural de la alimentación contemporánea. In: *Alimentación y Cultura* (Contreras, J., org.), pp. 357-380, Barcelona: Universitat de Barcelona (*Estudio General, Ciências Humanas y Sociais*, 3).
- FOUREZ, G., 1995. *A construção das ciências: introdução à filosofia e à ética das ciências*. São Paulo: UNESP.
- FRANCO, L. V., 1997. Bases fisiológicas para la alimentación y nutrición de los niños. In: *Nutrición y alimentación del niño en los primeros años de vida*, pp. 17-33, Washington: Programa Ampliado de Libros de Texto – PALTEX/OPS/OMS.
- FREIRE, P., 1983. Conscientização e Alfabetização: uma nova visão do processo. In: *Cultura Popular e Educação Popular: memória dos anos 60* (Fávero, O., org.), pp. 99-126, Rio de Janeiro: Editora Graal.
- FREIRE, P., 1983. *Educação e Mudança*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- FREIRE, P., 1989. *Pedagogia do Oprimido*. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra.
- FREITAS, M. C. S., 1993. Fome Endêmica: Prognóstico. *Revista Nutrição PUCCAMP*, 6(1):77-96.
- FREITAS, M. C. S., 1996. *Educação Nutricional: aspectos socioculturais*. Trabalho apresentado no XIV Congresso Brasileiro de Nutrição – CONBRAN. Belo Horizonte (mimeo).
- FUNDO DAS NAÇÕES PARA A INFÂNCIA (UNICEF), 1992. *As crianças das Américas: sobrevivência, proteção e desenvolvimento integral da infância, na década de 1990*. Santafé de Bogotá, Colômbia: UNICEF.
- FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA e SECRETARIA MUNICIPAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL (RIO DE JANEIRO), 1980. *Propostas para ação nas favelas cariocas*. Rio de Janeiro: UNICEF/SMDS.
- GALEAZZI, M. A. M., 1996. A segurança alimentar e os problemas estruturais de acesso. In: *Segurança alimentar e Cidadania: a contribuição das Universidades Paulistas* (Galeazzi, M. A. M., org.), pp. 133-156, Campinas/São Paulo: Letras.



- GARCIA-ROSA, W. D., 1993. *Representações Sociais da Comida no Meio Urbano: um estudo no centro da cidade de São Paulo*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) - Universidade de São Paulo.
- GELBERT, S. O., 1993. Quem educa quem? In: *Educação: razão e paixão* (Cardoso de Melo, org.), pp. 83-88, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- GIARD, L., 1998. Artes de Nutrir. In: *A Invenção do cotidiano 2: morar, cozinhar* (Certaú, M.; Giard, L. e Mayol, P., orgs.), pp. 211-233. Rio de Janeiro: Editora Vozes.
- GIFFIN, K. M., 1991. Nosso corpo nos pertence: a dialética do biológico e do social. *Cadernos de Saúde Pública*, VII(2):190-200.
- GIFFIN, K. M., 1994. Esfera de Reprodução em uma Visão Masculina: Considerações sobre a Articulação da Produção e da Reprodução, de Classe e de Gênero. *Physis - Revista de Saúde Coletiva*, 4(1):23-40.
- GIUGLIANI, E., 1997. Importancia de la lactancia materna para la salud de los niños latinoamericanos. In: *Nutrición y alimentación del niño en los primeros años de vida*, pp. 131-162, Washington: Programa Ampliado de Libros de Texto – PALTEX/OPS/OMS.
- GOLDENBERG, P., 1986. O Desafio da interdisciplinaridade: o cientista social e a investigação epidemiológica. *Cadernos C.E.R.U.*, 2:7-20.
- GOLDENBERG, P., 1988. *Repensando a desnutrição como questão social*. Campinas: Editora da UNICAMP.
- GOMES, R., 1993. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: *Pesquisa social: teoria, método e criatividade* (Minayo, M. C. S., org.), pp. 67-80. Petrópolis: Vozes.
- HAGUETTE, T. M. F., 1997. *Metodologias Qualitativas na Sociologia*. Petrópolis: Vozes.
- HEILBORN, M. L., 1997. Gênero, sexualidade e saúde. In: *Saúde, sexualidade e reprodução: compartilhando responsabilidades* (Silva, D. P. M., org.), pp. 101-110, Rio de Janeiro: UERJ.
- HELMAN, C. G., 1994. *Cultura, Saúde e Doença*. Porto Alegre: Artes Médicas.

- IANNI, O., 1979. *Estado e Planejamento Econômico no Brasil (1930-1970)*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA), 1993. O Mapa da Fome: subsídios à formulação de uma política de segurança alimentar. *Documento de Política*. (Peliano, A. M., org.), 14. Brasília.
- JACOBI, P., 1989. *Movimentos Sociais e Políticas Públicas: demandas por saneamento básico e saúde São Paulo 1974-84*. São Paulo: Cortez Editora.
- JELLIN, E., 1980. A baiana na força de trabalho: atividade doméstica, produção simples e trabalho assalariado em Salvador. In: *Bahia de Todos os Pobres* (Souza, G. A. A. e Faria, V., orgs.), pp.167-184. Petrópolis: Vozes.
- JELLIN, E., 1995. Familia y genero: notas para el debate. *Revista Estudos Feministas*, 3(2): 394-413.
- JONHON, U., 1986. As Causas da Fome. In: *Fome e Desnutrição: determinantes sociais* (Flávio Valente org.), pp. 48-65. São Paulo: Cortez Editora.
- JORDAN, J. R., 1984. Crescimento del niño como indicador de salud. In: *Salud Maternoinfantil y atención primaria en las Américas*. México: Organización Panamericana de la Salud. Publicação científica, 461:71-82.
- KONDER, L., 1981. *O Que é Dialética*. São Paulo: Editora Brasiliense.
- LE BOTERF, G., 1984. Pesquisa Participante: propostas e reflexões metodológicas. In: *Repensando a Pesquisa Participante* (Brandão, C. R., org.), pp. 15-50. São Paulo: Brasiliense.
- LEÃO, M. M. *et al.*, 1992. Perfil do Aleitamento materno no Brasil. In: *Perfil Estatístico de crianças e mães no Brasil: aspectos de saúde e nutrição de crianças no Brasil* (Monteiro, M, F, G. e Cervini, R., orgs.), pp. 97-110. Rio de Janeiro: IBGE.
- LEFRÈVE, F., 1995. *Saúde, mídia e reificação*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP (mimeo).
- LÉVI-STRAUSS, C., 1986. O cru e o cozido. In: *Minhas Palavras* (Lévi-Strauss, C., org.),

pp. 51-52. São Paulo: Editora Brasiliense.

LIFSCITZ, J. Alimentação e cultura: em torno do natural. *Physis - Revista de Saúde Coletiva*, 7(2):69-84.

MALDONADO, M. T., 1982. *Maternidade e Paternidade: preparação com técnicas de grupo*. Rio de Janeiro/São Paulo: Livraria Ateneu.

MALUF, R.; MENEZES, F. e VALENTE, F. S., 1996. Contribuição ao tema de Segurança Alimentar no Brasil. In: *Cadernos de Debate* (Revista do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Alimentação/UNICAMP), IV:66-88.

MARINS, J. J. N., 1982. *Ciência da Nutrição - Visão a respeito da Alimentação Infantil na Primeira Metade do Século XX no Brasil*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

MARTINS FILHO, J., 1984. *Como e Porque Amamentar*. São Paulo: Savier.

MARTINS FILHO, J., 1985. *Qual é a questão da amamentação?*. São Paulo: Brasiliense.

MARTINS, R. C. B., 1998. *O aleitamento com êxito sob a perspectiva da nutriz*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

MARX, K., 1998. *O Capital: crítica da economia política*. O processo de Produção do Capital, 1(I). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

MARX, K., 1973. *Textos Económicos*. Lisboa: Editorial Estampa.

MELLO, D. A.; PRIPAS, S.; FUCCI, M.; SANTORO, M. C. e PEDRAZZANI, 1988. Helminthoses Intestinais: conhecimentos, atitudes e percepção da população. *Revista de Saúde Pública*, 22(2); 140-149.

MELLO, D. F. e FERRIANI, 1996. Estudo exploratório de opiniões de mães sobre a saúde das crianças menores de 5 anos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 4(2):87-100.

- MELO, J. C., 1997. Educação e Saúde: dimensões da vida e da existência humana. In: *Saúde, Trabalho e Formação Profissional* (Amâncio Filho, A. e Moreira, M. C. G. B, orgs.), pp. 65-70, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- MINAYO, M. C S, 1994. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo/ Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco.
- MINAYO, M. C. S. (org.), 1996. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes.
- MINAYO, M. C. S. e SOUZA, H. O., 1989. Na dor do corpo, o grito da vida. In: *Demandas Populares, políticas Públicas e Saúde* (Costa, N. R.; Leitão C. R.; Minayo, M. C. S. e Stotz, E. N., orgs.), 2:75-102. Petrópolis: Vozes.
- MINAYO, M. C. S., 1993. Cultura: tradição e contradição. In: *Educação: razão e paixão* (Melo, J. C., org.), pp. 43-50, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- MINAYO, M. C. S., 1997. Saúde e doença como expressão cultural. In: *Saúde, Trabalho e Formação Profissional* (Amâncio Filho, A. e Moreira, M. C. G. B., orgs.), pp. 31-40. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- MONTEIRO, C. A. e BENÍCIO, M. H. A., 1981. Epidemiologia da Desnutrição Protéico-calórica. In: *Desnutrição - Intra-uterina e Pós-natal* (Nóbrega, F. J., org.), pp. 120-129. São Paulo: Panamed Editorial.
- MONTEIRO, C. A., 1982. *Avaliação do Estado Nutricional na Idade Pré-escolar em Áreas de Baixa Renda do Estado de São Paulo*. Tese de Livre-docência. Departamento de Nutrição / Faculdade de Saúde Pública / Universidade de São Paulo.
- MONTEIRO, C. A., 1984. Recentes mudanças propostas na avaliação antropométrica do estado nutricional infantil: uma avaliação crítica. *Revista de Saúde Pública*, 18:56-62.
- MONTEIRO, C. A., 1985. O Problema da desnutrição no Estado de São Paulo (Brasil): informações disponíveis, lacunas no conhecimento e linhas de pesquisa prioritárias. *Revista de Saúde Pública*, 19:183-189.
- MONTEIRO, C. A., 1994. *A dimensão da pobreza, da fome e da desnutrição no Brasil*. São Paulo: s/ed. (mimeo).

- MONTEIRO, C. A., 1995. *Velhos e novos males de Saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças*. São Paulo: Hucitec/NUPEN-USP.
- MONTEIRO, C. A., 1996. O Panorama da Nutrição Infantil nos Anos 90. *Cadernos de Políticas Sociais*. Série Documentos para Discussão. Brasília, 1: 1-17.
- MONTEIRO, C. A.; BENÍCIO, M. H. A e GOUVEIA, N. C., 1992a. Saúde e nutrição das crianças brasileiras no final da década de 80. In: *Perfil estatístico de crianças e mães no Brasil* (Monteiro, M. F. G. e Cervini, R., orgs.), pp .19-42, Rio de Janeiro: IBGE.
- MONTEIRO, C. A.; BENÍCIO, M. H. A; NUNES, R.; GOUVEIA, N. C.; TADEI, J. A A G.e CARDOSO, M. A. A., 1992b. O estado nutricional das crianças brasileiras: a trajetória de 1975 a 1989. In: *Perfil estatístico de crianças e mães no Brasil* (Monteiro, M. F. G. e Cervini, R., orgs.), pp. 43-60. Rio de Janeiro: IBGE.
- NAKAMO, A. M. S., 1996. O Aleitamento Materno no cotidiano Feminino. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- NEMES, M. I. B., 1996. Prática programática em saúde: In: *Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica* (Schraiber, L. B., Nemes, M. I. e Mendes-Gonçalves, R., orgs.), pp. 48-66, São Paulo: Hucitec.
- NÓBREGA, F. e CAMPOS, A L. R., 1996. *Distúrbios nutricionais e o fraco vínculo mãe/filho*. São Paulo: Revinter.
- OLINTO, M. T. A. e VICTORA, C., 1993. Determinantes da desnutrição infantil em uma população de baixa renda: um modelo de análise hierarquizado. *Cadernos de Saúde Pública*, 9(supl.1):14-27.
- OLIVEIRA, D. C., 1991. Representação Social: práxis e conhecimento sobre o Desenvolvimento da criança. Genebra: OMS/OPAS - Programa Saúde Materno-Infantil. (*Bibliografia*, 8 - *Desenvolvimento da Criança*) (mimeo).
- OLIVEIRA, F. J. A., 1998. As concepções de doença: o que os serviços de saúde têm a ver com isso? In: *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas* (Duarte, L. F. D. e Leal, O. F., orgs.), pp. 81-94. Rio de Janeiro: Fiocruz.

- OLIVEIRA, J. D., 1994. *Mães e profissionais de saúde: em busca de um encontro*. Dissertação (Mestrado em Saúde da Mulher e da Criança) - Instituto Fernandes Figueiras – Fiocruz.
- OLIVEIRA, R. D. e OLIVEIRA, M. D., 1985. Pesquisa Social e Ação Educativa: conhecer a realidade para poder transformá-la. In: *Pesquisa Participante* (Brandão, C. R., org.), pp. 17-33. São Paulo: Brasiliense.
- OLIVEIRA, S. P. e THÉBAUD-MONY, A., 1996. Modelo de Consumo Agroindustrial: homogeneização ou diversificação dos hábitos alimentares? *Cadernos de Debate*, (Revista do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Alimentação/UNICAMP), IV:1-13.
- OMS/UNICEF, 1980. *A Boa Iniciação Nutricional: como melhorar a nutrição de mães e crianças pequenas*. Genebra: OMS/UNICEF.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1994. *Alimentação Infantil: bases fisiológicas* (Akcré. J., org.). São Paulo: Instituto da Saúde/IBFAN Brasil.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. FUNDO DAS NAÇÕES PARA A INFÂNCIA, 1979. *Alma-Ata: Cuidados Primários em Saúde*. Brasília: UNICEF/Brasil.
- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 1997. *Normas Alimentares para crianças brasileiras menores de dois anos (bases científicas)*. Brasília: OPAS/OMS
- ORTNER, S. B., 1979. Está a mulher para o homem como a natureza para a cultura? In: *A mulher, a cultura e a sociedade* (Rosaldo, M. e Lamphere, L., orgs.), pp. 95-120, Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- PELLEATHER, D. L.; FRONGILL JR., E. A; SCHOEDER, D.G. e HABICHT, S. P., 1996. Efectos de la malnutricion en la mortalidade de menores de 5 anos em países en desarrollo. *Boletin de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 120(05):425-432.
- PEREIRA, G. S. e CASTRO, I. R. R., 1993. Considerações sobre o Plano de Combate à Fome e a Miséria. *Cadernos de Saúde Pública*, 9(supl.1):106-113, Rio de Janeiro.
- PERNETTA, C., 1982. *Alimentação da Criança*. São Paulo: Fundo Editorial BYK-PROCIENX.

- POLIGNANO, M. V., 1988. Marco conceitual da Nutrição. *Revista de Alimentação e Nutrição*, 35:40-43.
- QUIVY, R. e CAMPENHOUDT, L. V., 1988. *Manuel de recherche en sciences sociales*. Bordas. Paris: Dunod.
- REA, M. F. e CUKIER, R., 1988. Razões de desmame e de introdução da mamadeira: uma abordagem alternativa para seu estudo. *Revista de Saúde Pública*, 22(3):184-191.
- REA, M. F., 1995. Amamentação: a visão das mulheres e a semana mundial. *Jornal de Pediatria*, 71(1):179-180.
- REA, M. F.; VENÂNCIO, S. Y.; BATISTA, L. E.; SANTOS, R. G. e GREINER, T., 1997. Possibilidades e limitações da amamentação entre mulheres trabalhadoras formais. *Revista de Saúde Pública*, 31(2):149-156.
- REBELLO, L. M. V., 1997. *O Banzo do Migrante: embates e ressonâncias da mudança*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz, Rio de Janeiro.
- REGO, J. D., 1998. *Documento sem título*. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria (mimeo).
- REICHENHEIM, M. E., 1990. Perfil intracomunitário da deficiência nutricional: estudo de crianças abaixo de cinco anos numa comunidade de baixa renda do Rio de Janeiro (Brasil). *Revista de Saúde Pública*, 24(1): 69-79.
- RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde, 1997. *Programa de atenção Integral à Saúde da Criança*. Rio de Janeiro: SMS (mimeo).
- RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. Centro Municipal de Saúde Píndaro de Carvalho Rodrigues - CMS VI RA, 1998. *Relatório anual de atividades do Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança, da Mulher, do Adolescente e do Idoso*. Rio de Janeiro (mimeo).
- RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. Centro Municipal de Saúde Píndaro de Carvalho Rodrigues - VI RA, 1997. *A criança conhece o mundo pela boca*. Rio de Janeiro: Serviço de Nutrição/CMS VI RA (mimeo).

- RODA VIVA, 1996. Guia de serviços e atendimento a crianças e adolescentes da Rocinha. Rio de Janeiro: Programa de Integração Comunitária/Projeto Roda Viva.
- RODRIGUES, L. A. J.; KAYANO, R.; LEPPE, T. L. e SCHRAIBER, L. B., 1996. Interações com usuários na Unidade Básica de Saúde. In: *Saúde do Adulto: programas e ações na unidade básica* (Schraiber, L. B.; Nemes, M. I. B. e Gonçalves, R. M., orgs.), pp. 262-275, São Paulo: Hucitec.
- ROSALDO, M. Z., 1979. A mulher, a cultura e a sociedade: uma revisão teórica. In: *A mulher, a cultura e a sociedade* (Rosaldo, M. e Lamphere, L., orgs.), pp. 33-61. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- ROSIN, P., 1995. Perspectivas psicobiológicas sobre as preferencias y aversiones alimentarias. In *Alimentación y Cultura* (Contreras, J., org.), pp. 85-110, Barcelona, Universidade de Barcelona (*Estudio General, Ciências Humanas y Sociais*, 3).
- ROTENBERG, S.; MARCOLAN, S.; GELBERT, S.; BRITO, J. A. A.; MOTTA, W. e RODRIGUES, V., 1995. *Possibilidades e limitações da integralidade na assistência à saúde das crianças sob risco nutricional: relato de experiência do CMS VI RA – Gávea*, Rio de Janeiro (mimeo).
- SALA, A, 1993. A avaliação de programas de saúde. In: *Programação em saúde Hoje*, pp. 117-138. São Paulo: Hucitec.
- SANTA ROSA, E. ,1993. *Quando Brincar é Dizer: a experiência psicanalítica na infância*. Rio de Janeiro: Relumé-Dumara.
- SANTOS, M. C. P., 1992. As representações sociais do sangue. Dissertação (Mestrado em Saúde da Mulher e da Criança) - Instituto Fernandes Figueira, Fiocruz, Rio de Janeiro.
- SANTOS, S. M. C., 1988. *Nutricionista e Sociedade Brasileira - Elementos para Abordagem Histórico-social da Profissão*. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) - Universidade Federal da Bahia.



- SARTI, 1997. Os filhos dos trabalhadores: quem cuida das crianças. In: *Trabalho, Saúde e Gênero na era da globalização* (Oliveira, E. M. e Scavone, L. orgs.), pp. 51-60. Goiânia: Cultura e Qualidade.
- SAWAYA, A. L., 1997. *Desnutrição urbana no Brasil em um período de transição*. São Paulo: Cortez.
- SCHRAIBER, L. B. e MENDES-GONÇALVES, R., 1996. Necessidades de Saúde e Atenção Primária. In: *Saúde do Adulto: programas e ações na unidade básica* (Schraiber, L. B.; Nemes, M. I. B. e Gonçalves, R. M., orgs.), pp. 29-47, São Paulo: Hucitec.
- SCHRAIBER, L. B., 1997. Prefácio. In: *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas* (Hartz, Z. M. A., org.), pp. 9-15, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- SCHRAIBER, L. B., NEMES, M. I. B. e MENDES-GONÇALVES, R., 1996. *Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica*. São Paulo: Hucitec.
- SEGALA, L., 1991. *O Riscado do Baião Japonês: trabalho comunitário na Rocinha (1977-1982)*. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Museu Nacional – Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- SIGRISTI, J. L., 1997. Dialogando com a Filosofia. *Interface: Comunicação, Saúde e Educação*, 1(1):169-180.
- SILVA, A. A. M., 1990. Amamentação: fardo ou desejo? Estudo Histórico-social dos Saberes e Práticas sobre Aleitamento na Sociedade Brasileira. Dissertação (Mestrado em Medicina Social) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- SILVA, A. C., 1983. Desnutrição: Nordeste, desespero ou esperança. *Revista Ciência Hoje*, 5:64-70.
- SILVA, I. A., 1997. Amamentar: uma questão de assumir riscos ou benefícios. São Paulo: Robel Editora.
- SILVA, L. A. M., 1984. Estratégias de vida e jornada de trabalho. In: *Debates Urbanos e*

*Condições de Vida das Camadas Populares*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.

SILVA, L. M., 1977. *Desnutrição e estrutura social brasileira - um ensaio de interpretação*. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

SIQUEIRA, R.; DURSO, N.; ALMADA, Á. G. P.; MOREIRA, M. T. e MASSAD, G. B., 1994. Reflexões sobre as causas do desmame precoce observadas em dinâmicas de grupo de incentivo ao aleitamento materno. *Jornal de Pediatria*, 70(1):16-20.

SOLYMOS, G. M. B., 1997. A experiência vivida de mães de desnutridos: um novo enfoque para intervenção em desnutrição infantil. In: *Desnutrição urbana no Brasil em um período de transição* (Sawaya, A, org.), pp. 127-153, São Paulo: Cortez.

SOUZA FILHO, H. R. e OLIVEIRA, J. D. D., 1989. *Estudo de demanda: conhecendo o serviço e planejando com os usuários*. Rio de Janeiro: Centro Municipal de Saúde Píndaro de Carvalho Rodrigues - CMS VI RA (mimeo).

THIOLLANT, M., 1996. *Metodologia da Pesquisa-ação*. São Paulo: Cortez.

THIOLLENT, M., 1982. *Crítica Metodológica, Investigação Social e Enquete Operária*. São Paulo: Polis.

TOMA, T. S. (org.), 1996. *Violando a norma 1996: relatório nacional das violações à Norma Brasileira para comercialização de alimentos para lactentes*. São Paulo: IBFAN/UNICEF/IS.

VAITSMAN, J., 1989. Biologia e História (ou porque a igualdade é possível). In: *Mulher, Saúde e Sociedade* (Labra, M. E., org.), pp. 25-38, Petrópolis/Rio de Janeiro: Vozes/Abrasco.

VAITSMAN, J., 1994. Hierarquia de gênero e iniquidade em Saúde. *Physis - Revista de Saúde Coletiva*, 4(1): 7-22.

VALADARES, D., ZELASHI, S., GIFFIN, K. e LOVISOLO, H., 1987. *Mulheres, participação e saúde: uma experiência*. Rio de Janeiro: FLACSO/UNICEF.

VALENTE, F. L. S. (org.), 1986. *Fome e desnutrição: determinantes sociais*. São Paulo:

Cortez.

VALLA, V. V., CARVALHO, M. e ASSIS, M., 1993. *Participação Popular e os Serviços de Saúde: o controle social como exercício da cidadania*. Programa de Apoio à Reforma Sanitária. Rio de Janeiro: ENSP-Fiocruz.

VARGAS, E. P. e ROMEIRO, E. A., 1992. *Práticas de Educação em Saúde: Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher*. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz.

VASCONCELOS, E. M., 1996. *Educação popular, cidadania e saúde*. Belo Horizonte. vídeo produzido no XIV Congresso Brasileiro de Nutrição.

VASCONCELOS, E. M., 1998. Educação popular como instrumento de reorientação das estratégias de controle das doenças infecciosas e parasitárias. *Cadernos de Saúde Pública*, 14(supl. 2):39-57.

VASCONCELOS, F. A G., 1988. A Atuação do nutricionista na área social: reprodução ou transformação do processo fome/desnutrição no Brasil?. *Revista Alimentação e Nutrição*, 35:44-50.

VASCONCELOS, F. A. G, 1993. *Avaliação nutricional de coletividades: textos de apoio didático*. Florianópolis: UFSC.

VELHO, G., 1978. Observando o familiar. In: *Aventura sociológica: objetividade, paixão, improviso e método na pesquisa social* (Nuerson, E. O., org.), pp. 36-46, Rio de Janeiro: Zahar Editora.

VELHO, G., 1980. O antropólogo pesquisando em sua cidade: sobre o conhecimento e heresia. In: *O desafio da cidade: novas perspectivas da antropologia brasileira* (Velho, G., coord.), pp. 13-21, Rio de Janeiro: Campus Editora.

VELLOZO, V. R. O e SOUZA, R. G., 1993. Acesso e Hierarquização: um caminho (re)construído. In: *Serviços Locais de Saúde: construção de atores e políticas* (Bodstein, R., org.), pp. 97-116. Rio de Janeiro: Relumé-Dumará.

VICTORA, C. G.; BARROS, F. C. e VAUGHAN, 1986. *Epidemiologia da Desigualdade*, São Paulo: Hucitec.

- WEFFORT, F., 1982. Nordestinos em São Paulo: notas para o estudo sobre cultura nacional e cultura popular. *A Cultura do Povo* (Valle, E. e Queiróz, J. J., orgs.), pp. 13-24, São Paulo: EDUC.
- WOORTMANN, K.A A, 1978. *Hábitos e Ideologia Alimentares em Grupos Sociais de Baixa Renda: relatório final*. Brasília: Fundação Universidade de Brasília (Série *Antropologia*, 20).
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995. *Physical Status: the use and interpretation of anthropometry*. Genebra: WHO (*WHO Technical Report Series* , 854).
- YPIRANGA, L., 1989. Delimitação do objeto de trabalho do Nutricionista: subsídios para uma discussão. *Revista Saúde em Debate*, 29: 62-69.
- YPIRANGA, L., 1988. *Ernährungszustand von Kinder und Auftreten von Diarrehoe*. Tese (Doutorado em Nutrição) - Instituto de Nutrição da Universidade Justus-Liebig. Giessen, República Federal da Alemanha. Tradução (1998), pela autora, da introdução da tese. *Relação entre o estado nutricional de crianças e ocorrências de diarréias: estudo de casos para avaliação de um programa de ações básicas de saúde no Nordeste Brasileiro, São Luís, Maranhão (1986-1987)*.
- YPIRANGA, L., 1982. *Desnutrição - Contribuição para a análise de sua determinação*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública – Fiocruz.
- ZABOROWSKI, E. L., 1990. *Da desnutrição em crianças às crianças desnutridas: dinâmica permanente do provisório*. Dissertação (Mestrado em Saúde da Mulher e da Criança) - Instituto Fernandes Figueiras – Fiocruz, Rio de Janeiro.
- ZALUAR, A, 1985. *A máquina e a Revolta: as organizações populares e o significado da pobreza*. São Paulo: Brasiliense.