

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**Jeanine Maria Salve**

**ESTUDO DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MÃES  
SOBRE A INTRODUÇÃO E A ESCOLHA DE ALIMENTOS  
COMPLEMENTARES PARA LACTENTES**

**São Paulo  
2008**

**JEANINE MARIA SALVE**

**ESTUDO DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MÃES  
SOBRE A INTRODUÇÃO E A ESCOLHA DE ALIMENTOS  
COMPLEMENTARES PARA LACTENTES**

**Dissertação apresentada à  
Escola de Enfermagem da  
Universidade de São Paulo,  
para obtenção do título de  
Mestre em Enfermagem.**

**Área de concentração:  
Enfermagem Obstétrica e  
Neonatal**

**Orientadora:  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Isilia Aparecida  
Silva**

**São Paulo**

**2008**

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

Assinatura: Jeanine Maria Salve

Data: 27/03/2008.

**Catálogo na Publicação (CIP)**  
**Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”**  
**Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**

Salve, Jeanine Maria.

Estudo das representações sociais de mães sobre a introdução e a escolha de alimentos complementares para lactentes. / Jeanine Maria Salve. – São Paulo, 2008.

114 p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Isília Aparecida Silva.

1. Alimentação infantil 2. Desmame 3. Mães (representação).  
I. Título.

Nome: Jeanine Maria Salve

Título: Estudo das Representações Sociais de mães sobre a introdução e a escolha de alimentos complementares para lactentes

Dissertação apresentada à  
Escola de Enfermagem da  
Universidade de São Paulo,  
para obtenção do título de  
Mestre em Enfermagem.

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### **Banca Examinadora**

Prof. Dr. \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Dedico este trabalho ao Iramy,  
meu amor, meu amigo, meu  
companheiro de todas as  
horas...

Agradeço TODA a  
compreensão, admiração,  
paciência, ajuda, de sempre!

Com você, foi tudo mais fácil!

## AGRADECIMENTO

À Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Isilia Aparecida Silva uma autora que eu admiro e que passei a respeitar ainda mais, não só pelo conhecimento, mas pela sabedoria, pela educação e pelo respeito com que conduziu o meu processo de aprendizagem.

Aos meus pais que sempre valorizaram meu estudo e me ensinaram a importância do trabalho, da honestidade e da família! Meu Pai, Waldir, que tenho certeza, se estivesse aqui, não caberia em si... Em especial à minha Mãe, Miltes, que é meu norte, meu porto seguro!

Aos meus irmãos Fer, René, Murilo, queridos, eu não seria nada do que sou sem vocês... Às minhas cunhadas que me deram sobrinhos lindos - Guilherme, Gabriel, Nicolas, além do Daniel e Felipe que chegaram depois, mas já fazem parte da família.

Às minhas amigas Cris, Dani Testa, Dani, Dri, Gra, Jack, Lisa, Marta, Renatinha, Sassá, Trí, que são como irmãs, amigas de todas as horas!

À Rita que sempre me incentivou, desde a matrícula da faculdade. Pelas longas conversas e pelo aprendizado!

À Rosana que é minha madrinha do “peito”, pelo nosso *“habitus”* de ter ataques de riso, por ter me ensinado sobre as descrições densas e as piscadelas conspiratórias!

À Fabiana que foi minha companheira nessa viagem, pela parceria, pela amizade. Em meio a tantas atribuições esteve sempre disponível para discutir e contribuir com o meu trabalho.

À equipe do Grupo SOBAM, local do meu estudo, pela disponibilidade e apoio, especialmente Enf. Leda, Dr. Mauro Bartasevicius, Enf. Cristiane, à Eva, Dilma e Andrieli.

Em especial às mulheres, minhas informantes, pela disponibilidade e por tudo que me ensinaram.

*“Dize-me o que comes e te direi qual deus adora, sob qual latitude vives, de qual cultura nasceste e em qual grupo social te inclui. A leitura da cozinha é uma fabulosa viagem na consciência que as sociedades têm delas mesmas, na visão que elas têm de sua identidade.”*

Sophie Bessis, 1995

Salve JM. Estudo das Representações Sociais de mães sobre a introdução e a escolha de alimentos complementares para lactentes. [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008.

## RESUMO

As práticas alimentares das crianças não são determinadas apenas pelas suas necessidades biológicas, mas também pela interação com o alimento, por fatores emocionais, socioeconômicos, culturais e pela interação com a própria mãe. Os objetivos deste estudo foram conhecer as representações sociais de mães de lactentes sobre a introdução de alimentos complementares, oportunos ou não e identificar os elementos que constituem o processo vivenciado por elas, para a escolha desses alimentos. Foram utilizados os pressupostos teóricos da Representação Social, propostos por Moscovici, os quais se ocupam em explicar um saber gerado na comunicação da vida cotidiana, com finalidade prática de orientar comportamentos e fixar sua posição em relação a um dado objeto. O modelo “Pesando Riscos e Benefícios” foi utilizado para dar suporte teórico ampliando a compreensão do processo de alimentação da criança. Os dados foram analisados, segundo a estratégia metodológica do Discurso do Sujeito Coletivo e foram coletados em um ambulatório de pediatria privado, em Jundiaí – SP, junto a 17 mães, após o seu consentimento esclarecido, por meio de entrevistas semi-estruturadas gravadas e transcritas na íntegra. Do material verbal coletado emergiram 13 discursos, organizados em três temas. O primeiro deles, “Vivenciando o desmame”, foi composto por quatro discursos, tomando-se por base a fala de mães que desmamaram precocemente os filhos, os quais versaram sobre a vivência do desmame, as dificuldades enfrentadas para substituir o leite materno e sobre as representações maternas acerca do alimento e da introdução de alimentos complementares. O segundo tema, “Tomando posição ante a alimentação da criança” foi constituído por quatro discursos, os quais discutiram as necessidades das mães e os papéis da família e do médico no contexto da introdução de alimentos complementares. O último tema, “Fazendo as escolhas alimentares propriamente ditas”, formado por cinco discursos, versaram sobre os elementos de escolha e as representações maternas acerca do alimento e da introdução de alimentos complementares. Concluiu-se que, com base em suas representações, experiências e crenças, as mães realizaram um movimento de avaliação, julgamento, interpretação e construção de indicadores por meio da observação de comportamento da criança, buscando valorá-los em termos simbólicos de risco ou benefício para si ou para o filho, a depender do contexto social em que a mãe e a criança estão inseridas. Tais achados permitiram demonstrar a expansão do modelo teórico “Pesando Riscos e Benefícios” para auxiliar a compreensão do significado não só da amamentação, como da introdução da alimentação complementar. Além disso, foi possível conhecer as representações deste grupo de mulheres, acerca do alimento e da introdução de alimentos complementares.

**PALAVRAS-CHAVE:** Alimentação infantil. Desmame. Mães (representação).

Salve JM. Study of the social representations of mothers on the introduction and the choice of complementary foods for infants [dissertation]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008.

### **ABSTRACT**

The food practices of children are not determined only by their biological necessities, but also by their interaction with the food, for emotional, social, economic and cultural factors and by their interaction with their own mother. The objectives of this study were to know social representations of infants' mothers about the introduction of complementary foods, propitious or not, and to identify in their experiences what are the reasons to chose those kind of foods. They were used the concepts of Social Representation by Moscovici which explain a knowledge that is generated by everyday life's communication and with the purpose to guide behaviors and to sustain them in front of an object. The model "Thinking Risks and Benefits" was used to give theoretical support and to increase the understanding of food process of a child. The data were analyzed according methodological strategies of Subjective Speech Collective and were collected from 17 mothers at a private pediatric ambulatory in Jundiaí, a São Paulo's city, after their consentment of semi-structured recorded interviews and all of them were transcribed word by word. From the verbal material collected emerged 13 speeches, organized in three themes. "Living the Weaning Period", the first one, is made by 4 speeches of mothers who weaned their children and talked about their experiences and their difficulties facing the replacement of breast milk and about motherhood representations of food and introduction of complementary foods. "Taking Position in front of Child's Food Choices", the second, is made by 4 speeches and debates mothers' necessities and families and doctors roles in the context of introduction of complementary foods. "Making the Food Choices Properly", the last one, is made by 5 speeches that examines elements of choices and motherhood representations about food and the introduction of complementary foods. The conclusion is that based on their representations, experiences and believes, mothers analyse, judge, interpret and construct indicators from observation of children behavior and they search increase their worth in symbolic terms of risks and benefits to themselves or their children. It depends on which social context mother and child are insert. Theses findings allow to show an expansion of theoretical model "Thinking Risks and Benefits" to help the understating of meaning not only of breastfeed, but complementary food either. Besides that, it was possible to know the representations of theses groups of women about food and introduction of complementary foods.

**KEY WORDS:** Infant Nutrition. Weaning. Mothers (representation).

Salve JM. Estudio de las representaciones sociales de madres sobre la introducción y la opción de alimentos complementares para lactantes [disertación]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008.

### **Resumen**

Las prácticas alimentares de los niños no son determinadas solo por sus necesidades biológicas, sino también por la interacción con la comida, por factores emocionales, socioeconómicos, culturales y por la interacción con su propia madre. Los objetivos de este estudio han sido lo de conocer las representaciones sociales de madres lactantes sobre la introducción de comidas complementares, oportunas o no e identificar los elementos que constituyen el proceso vivenciado, por ellas, para la opción de esas comidas. Han sido utilizados los presupuestos teóricos de la Representación Social, propuestos por Moscovici, los cuales se detienen en explicar un saber generado a partir de la comunicación en la vida cotidiana, con la finalidad práctica de orientar comportamientos y fijar su posición en relación a un determinado objeto. El modelo "Pesando riesgos y Beneficios" ha sido utilizado para dar basamento teórico ampliando la comprensión del proceso de comida del niño. Los datos han sido analizados según la estrategia metodológica del discurso de sujeto colectivo y han sido colectados en un ambulatorio de pediatría privado, en Jundiaí-SP, con 17 madres, después de su permiso esclarecido, por medio de entrevistas improvisadas. Grabadas y transcritas en la íntegra. Del material verbal colectado han emergido 13 discursos, organizado en tres temas, el primer fue: "Vivenciando el destete", compuesto por 4 discursos, partiendo del habla de madres que han destetado antes del tiempo los hijos y versan sobre la vivencia del destete, las dificultades en sustituir la leche materna y sobre las representaciones maternas acerca del alimento y de la introducción de alimentos complementares. El segundo tema: "Posicionamiento frente a las opciones alimentares del niño", formado por 4 discursos, discute las necesidades de las madres y los papeles de la familia y del médico en el contexto de la introducción de alimentos complementares. El último tema: "Haciendo las opciones alimentares propiamente dichas", formado por 5 discursos, versan sobre elementos de escoja y representaciones maternas acerca del alimento y de la introducción de alimentos complementares. Se concluye que basado en sus representaciones, experiencias y credos, que las madres realizan un movimiento de valuación, juzgamiento, interpretación y construcción de indicadores a partir de la observación de comportamiento del niño, por medio de los cuales buscan valorar en términos simbólicos de riesgos o beneficio para ella misma o para el hijo, dependiendo del contexto social de que la madre y el niño están inseridos. Estos hechos han permitido demostrar la expansión del modelo teórico: "Pesando riesgos y beneficios" para auxiliar la comprensión del significado, no solo de la lactación, como también de la introducción de la alimentación complementar. Además ha sido posible conocer las representaciones, de este grupo de mujeres, acerca del alimento y de la introducción de alimentos complementares.

DESCRIPTORES: Alimentación Infantil. Destete. Madres (representaciones)

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
1.1	A questão sociocultural da alimentação infantil e seu entorno.....	16
2	MÉTODO.....	21
2.1	Bases Teóricas.....	21
2.1.1	A escolha dos pressupostos das Representações Sociais como base teórica.....	21
2.1.2	O Suporte teórico do modelo “Pensando Riscos e Benefícios”.....	26
2.2	Base Metodológica.....	29
2.2.1	O Discurso do Sujeito Coletivo.....	29
2.3	Descrição da Pesquisa.....	31
2.3.1	Local do estudo.....	31
2.3.2	Sujeitos da pesquisa.....	33
2.3.3	A estratégia de coleta dos dados.....	34
2.3.4	Coleta de dados.....	35
2.3.5	Aspectos éticos da pesquisa.....	36
2.3.6	Descrição do processo de análise das entrevistas.....	37
3	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	39
3.1	Contextualização socioeconômica das mulheres entrevistadas e seus familiares.....	39
3.2	Caracterização das crianças e de sua alimentação.....	41
3.3	O que pensam e sentem as mães a respeito da alimentação complementar.....	47
3.3.1	“Vivenciando o desmame”.....	49
3.3.2	“Tomando posição ante a alimentação da criança”.....	66
3.3.3	“Fazendo as escolhas alimentares propriamente ditas”.....	77
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	96
	REFERÊNCIAS.....	102
	ANEXO 1.....	110
	ANEXO 2.....	112
	ANEXO 3.....	114

## 1 INTRODUÇÃO

O conhecimento de que práticas alimentares seguras são significativamente importantes para garantir a saúde e o bom desenvolvimento da criança é amplamente divulgado.

A partir da década de 1970, o declínio da prática da amamentação e o conseqüente aumento da mortalidade infantil assumiram papel central no cenário da política de saúde da criança, iniciando-se uma mobilização mundial em favor da valorização do aleitamento materno.

Naquela época, renomados pediatras realçaram a interferência negativa da promoção comercial indiscriminada dos leites em pó, por parte da indústria de alimentos infantis, sobre as taxas crescentes de desnutrição em crianças pequenas (Sokol, 1999).

Esta questão ganhou ampla repercussão com um trabalho publicado na Inglaterra, “The Baby Killer”, escrito pelo jornalista Mike Muller e traduzido para o português sob o título “O matador de bebês”. Os escritos acusavam as multinacionais produtoras de leite em pó de contribuírem para o aumento da mortalidade infantil em países subdesenvolvidos (Orlandi, 1985).

Compondo este cenário, em 1974, durante a 27.<sup>a</sup> Assembléia Mundial de Saúde (AMS), os países-membros foram alertados quanto às conseqüências desastrosas do declínio da prática da amamentação para a saúde das crianças e sobre as propagandas abusivas dos ditos substitutos do leite materno (Silva, 1996; Monteiro, 2006).

A partir daí deflagraram-se várias ações no sentido de incentivar a prática do aleitamento materno e a contenção da propaganda não ética dos leites em pó, dentre elas a Reunião Conjunta da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) sobre Alimentação Infantil e da Criança Pequena, 1979; o Código

Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno, 1981; a Declaração de Innocenti sobre Proteção, Promoção e Apoio à Amamentação, 1990; a Iniciativa Hospital Amigo da Criança, 1991; assim como a Declaração Mundial e Plano de Ação para a Nutrição, 1992 (OMS, UNICEF, 2005; Rea, 2003).

Em 2001, durante a 54.<sup>a</sup> Assembléia Mundial de Saúde (AMS), encerrando longo debate sobre a recomendação da amamentação exclusiva, gerenciando os conflitos de interesse entre a indústria de alimentos infantis e as evidências científicas acerca da proteção à saúde das crianças conferida pelo leite materno, foi aprovada a Resolução que conclama os Estados membros a apoiar o aleitamento materno exclusivo por seis meses, a introdução de alimentos complementares a partir dessa idade e a manutenção da amamentação até dois anos de idade ou mais (Rea, 2002).

Esta recomendação mundial de saúde pública foi adotada com base nos achados da Consulta Técnica de Especialistas da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2001).

Em meio a essas discussões, a Direção Executiva da OMS, com apoio do UNICEF, propôs a revitalização do compromisso mundial acerca da nutrição apropriada de lactentes e crianças de primeira infância, com ênfase para a amamentação e alimentação complementar. Esta iniciativa culminou na criação da “Estratégia Global para a Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira Infância” que define diretrizes e norteia ações a serem desenvolvidas pelos Estados membros (OMS, UNICEF, 2005).

A finalidade desta estratégia é melhorar, por meio da alimentação ótima, o estado nutricional, o crescimento, o desenvolvimento, a saúde e a sobrevivência dos lactentes e crianças de primeira infância, entendendo-se que práticas alimentares inadequadas e suas conseqüências são grandes obstáculos ao desenvolvimento socioeconômico sustentável e à redução da

pobreza. Além disso, a “Estratégia Global para a Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira Infância” se baseia nos princípios de respeito, proteção, facilitação e efetivação dos direitos humanos à alimentação e à saúde, garantindo o crescimento e desenvolvimento das crianças, por meio da prevenção de doenças e de um estado nutricional comprometido (OMS, UNICEF, 2005).

No Brasil, concomitantemente, foram instituídas várias ações no sentido de promover, proteger e apoiar a amamentação e a introdução oportuna de alimentos complementares.

Dentre essas ações podemos citar o lançamento do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno, 1981; a aprovação da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de primeira infância, bicos chupetas e mamadeiras em 1988, desenvolvida com base no Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno; a implantação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, 1992 e a aprovação da Política de Alimentação e Nutrição em 1999 (OMS, UNICEF, 2005; Rea, 2003).

Além disso, o Ministério da Saúde brasileiro e o Programa de Promoção e Proteção à Saúde da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS/Brasil), à luz dos conhecimentos científicos atualizados sobre a alimentação da criança pequena, lançaram, em 2002, o “Guia alimentar para crianças menores de 2 anos”, apresentando os “Dez Passos para a Alimentação Saudável” da criança.

As recomendações fundamentaram-se em extensa revisão bibliográfica sobre o tema, em diagnóstico baseado em dados secundários compilados com a participação de profissionais de saúde, ensino e pesquisa de todo o país e em resultado de pesquisa qualitativa específica por macrorregião (Brasil, 2002).

O “Guia alimentar para crianças menores de dois anos” não se encerra no conteúdo das mensagens-chave, apresentadas por meio dos “Dez Passos para a Alimentação Saudável”, mas aprofunda a discussão sobre as bases científicas atuais, as práticas adequadas, as recomendações e os indicadores nutricionais da alimentação para crianças pequenas, além de demonstrar a influência das questões culturais, crenças e tabus referentes à alimentação infantil.

Com base no guia, foi elaborado um manual prático que apresenta esses dez passos e resume as principais orientações a serem trabalhadas, pelos profissionais de saúde da atenção básica, principalmente durante a transição entre o aleitamento materno exclusivo e a alimentação da família (Brasil, 2002). São eles:

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

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

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

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

Passo 5 – A alimentação complementar deve ser espessa desde o início, e oferecida com colher; começar com consistência pastosa e gradativamente aumentar a sua consistência até chegar à alimentação da família.

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

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

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

Passo 9 – Cuidar da higiene no preparo e manuseio dos alimentos; garantir seu armazenamento e conservação adequados.

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

Reconhece-se o esforço empreendido pelos formuladores de política e pelos serviços de saúde, principalmente nos últimos 30 anos, a fim de melhorar a prevalência da amamentação exclusiva por seis meses e por conseqüência a qualidade da alimentação complementar, introduzida a partir desta idade.

Entretanto, os dados estatísticos revelam que, apesar das campanhas em favor da amamentação, a prevalência do aleitamento materno exclusivo ainda é baixa. Segundo dados da OMS e UNICEF (2005), apenas 35% das crianças abaixo de quatro meses são amamentadas exclusivamente. No Brasil, a prevalência de aleitamento exclusivo em menores de 4 meses é de 35.6%, na Região Sudeste este índice cai para 28,7% e em São Paulo (capital) é de 25% (Brasil, 2001).

A prevalência da alimentação complementar oportuna, no Brasil é de 49%, na Região Sudeste este índice é de 45,4% e na cidade de São Paulo cai para 38,5% (Brasil, 2001).

Entende-se por alimento complementar qualquer alimento nutritivo, sólido ou líquido, diferente do leite humano oferecido à criança amamentada (Giugliani e Victora, 2000; Brasil, 2002). Alimento complementar oportuno são os alimentos complementares introduzidos a partir do sexto mês de vida (Brasil, 2001). Comida de panela é a refeição de sal, sólida, que contém pedaços inteiros de alimentos e que se assemelha à comida dos adultos (Saldiva *et al.*, 2007).

Para a maioria das crianças, a alimentação complementar é precocemente introduzida e os alimentos são freqüentemente deficientes em energia e/ou outros nutrientes, além de ser muitas vezes armazenados e preparados em precárias condições de higiene (Giugliani, Victora, 2000; Brasil, 2002; OMS, UNICEF, 2005).

Vieira *et al.* (2004), em seu estudo sobre hábitos alimentares de menores de um ano, demonstrou que 7,3% das crianças amamentadas já recebiam água, 23,2% recebiam chás e 2,7% recebiam sucos, no primeiro mês de vida.

Práticas inadequadas e introdução precoce de alimentos elevam as taxas de morbimortalidade por doença diarréica, infecções, desnutrição e carências nutricionais, especialmente em locais com condições precárias de higiene. Cerca de dois terços dessas mortes, freqüentemente associados a práticas alimentares inadequadas, ocorrem durante o primeiro ano de vida (Giugliani e Victora, 2000; OMS, UNICEF, 2005).

A desnutrição tem sido responsável, direta ou indiretamente, por 60% das 10,9 milhões de mortes que ocorrem anualmente entre crianças abaixo de cinco anos (OMS, UNICEF, 2005). Além disso, após os dois anos é mais difícil reverter o retardo no crescimento ocorrido em idade precoce (Giugliani, Victora, 2000).

Em virtude da relevância destes achados, a alimentação infantil é uma preocupação constantemente presente na agenda da Saúde Pública, refletindo a necessidade de garantia à nutrição adequada e ao acesso a alimentos seguros e nutritivos essenciais para a efetivação, respeito, proteção e facilitação dos princípios dos Direitos Humanos das crianças e suas famílias (Brasil, 2002; OMS, UNICEF, 2005).

Apesar de todas as evidências científicas que dão suporte teórico à política de alimentação e nutrição infantil, as pesquisas sobre práticas alimentares de crianças e a experiência profissional revelam que as decisões das mães, acerca da alimentação do filho, não seguem, estritamente, às recomendações dos órgãos de saúde.

Estas reflexões, portanto, geram o questionamento de como se dão, no cotidiano, as decisões maternas em relação à introdução e a escolha dos alimentos complementares.

### **1.1 A questão sociocultural da alimentação infantil e seu entorno**

Do ponto de vista estritamente biológico, ao homem, é necessário comer, já que é por meio dos alimentos que consegue os nutrientes necessários para garantir sua sobrevivência.

No entanto, entre os condicionantes fisiológicos e biológicos que determinam a busca pelos alimentos e as decisões sobre o que e como comer, encontra-se um “espaço de liberdade” fortemente influenciado pela cultura, pelos hábitos, pelas crenças e pelo gosto, onde os alimentos assumem, portanto, um caráter simbólico (Poulain, Proença, 2003, p. 251).

Diante dessa possibilidade de escolha, garantida pela diversidade de alimentos possíveis, o homem opta e incorpora aqueles culturalmente valorizados, num processo dinâmico de busca de referenciais identitários que

incluem constante reconstrução e transformações, a depender do contexto vivido (Rotenberg, De Vargas, 2004; Daniel, Cravo, 2005; Maciel, 2005).

Além do fator econômico, a educação e a cultura da população também interferem nas escolhas e no acesso a uma alimentação adequada. Portanto, devem ser entendidos como determinantes de um conjunto de práticas inseridas em um sistema sociocultural mais abrangente e que definem as escolhas alimentares, nos diferentes contextos sociais (Canesqui, 1998; Brasil, 2002; Vieira *et al.*, 2004; Rotenberg, De Vargas, 2004).

Assim, também as práticas alimentares das crianças não são determinadas apenas pelas necessidades de seu crescimento e desenvolvimento, mas pela sua interação com o alimento, por fatores emocionais, socioeconômicos, culturais e pela interação com a própria mãe, o cuidador mais freqüentemente responsabilizado pela sua alimentação (Ramos, Stein, 2000; Baião, Deslandes, 2006).

Os hábitos e as práticas alimentares dos bebês, desde a amamentação até a alimentação cotidiana da família, são permeados pelo aprendizado materno, constituindo-se num processo construído com base em diferentes dimensões e influenciado pelo grupo social em que o binômio mãe/bebê está inserido (Rotenberg, De Vargas, 2004).

Segundo Murrieta (1998, p. 101), é *“no produto dialético de condições estruturais e numa dada situação a qual o ator enfrenta que é constituída a prática”*. Portanto, os processos de uso e escolha de alimentos não são determinados apenas por questões políticas e ambientais, mas também por uma seleção que segue a lógica do momento social, das pressões cotidianas sofridas considerando as relações consigo mesmo, com os familiares e com os profissionais de saúde, permeadas ainda pelo conhecimento de senso comum.

Além disso, as escolhas alimentares para crianças pequenas são influenciadas pelas crenças de que determinados alimentos são prejudiciais à sua saúde. Tais crenças e tabus possuem variações regionais que podem trazer prejuízo às crianças, por limitar o uso de alimentos importantes mas, por vezes, as percepções maternas podem estar corretas. Segundo o “Guia alimentar para crianças menores de 2 anos”, na Região Sudeste, as mães consideram a lingüiça um alimento “reimoso”, a sardinha e o robalo “carregados”, consideram ainda que o consumo excessivo de doce causa verminose, a batata causa constipação intestinal, a gema de ovo aumenta o colesterol sanguíneo e o feijão, por ser forte, causa diarreia e desidratação (Brasil, 2002).

Em um estudo qualitativo sobre alegações maternas para o desmame, Ramos e Almeida (2003) destacaram que as mulheres estabelecem juízo de valor e decidem sobre os rumos da alimentação de seus filhos baseando-se nos referenciais que dispõem. Entretanto, invariavelmente, vêm-se tomadas por sentimento de culpa ante o discurso biológico e técnico dos profissionais de saúde. Os autores referem que esta tendência, de raízes higienistas, responsabiliza e culpabiliza a mulher pelo desmame precoce, ao mesmo tempo em que é incapaz de compreender suas necessidades e promover o apoio.

Esse reducionismo é marca do paradigma da medicina científica, com raízes no movimento higienista do século XIX, que impôs um modelo intervencionista de atenção à saúde, em que parte-se do princípio que o profissional sabe o que tem que ser feito e o que é melhor para seu paciente. A decisão é tomada de maneira técnica, como uma verdade única, e a percepção da população acerca de suas necessidades de saúde não é valorizada. Isso faz com que o planejamento alimentar seja baseado em parâmetros científicos que primam pela eficiência, centralização e verticalização de cuidados (Almeida, 1999; Bursztyn, Tura, 2001).

Rotenberg e De Vargas (2004) demonstraram certo isolamento sentido pelas mulheres, especialmente, no início de vida do bebê, pelo estabelecimento da amamentação e no desmame total, períodos compreendidos por estas mulheres como críticos e únicos em relação a cada filho. Segundo Silva (1997, p. 228):

A tomada de decisão da mulher em relação a amamentar ou desmamar seu filho não são causas isoladas ou fatores simplistas dependentes exclusivamente da instrumentalização desta na habilidade de manejar técnicas, mas também é determinada pelos significados atribuídos pela mulher às experiências vividas em seu contexto.

Considerando o diálogo entre as condições estruturais do cotidiano, as práticas culturais e o conhecimento científico, a mulher que precisa tomar a decisão sobre a introdução dos alimentos complementares se vê diante de duas lógicas distintas em que se pressupõe que os conhecimentos científicos são preteridos diante de valores culturais e simbólicos que envolvem o ato de alimentar o filho.

O interesse em desenvolver este trabalho, na perspectiva da pesquisa qualitativa com base nos pressupostos teóricos das Representações Sociais, nasceu das inquietações vivenciadas no percurso profissional, no período dedicado ao aconselhamento de mães e bebês durante a fase da amamentação e da introdução dos alimentos complementares. Além da prática, a busca bibliográfica reafirmou a percepção acerca da complexidade que envolve as várias dimensões da alimentação, assunto que transcende a questão das demandas nutricionais ou as recomendações de nutrientes para indivíduos, nas diversas fases do ciclo da vida.

Neste sentido, a alimentação se coloca como uma prática social, em que o ato de nutrir e de comer ultrapassa o mero ato biológico e requer a busca de esquemas explicativos que permitam a compreensão das

diferentes dimensões que envolvem as escolhas e decisões maternas e ou de familiares, acerca da alimentação, mais especificamente da introdução de alimentos complementares para os lactentes.

Na tentativa de contribuir para a construção de novos conhecimentos e novos olhares para esta questão, o presente estudo busca:

- Conhecer as representações sociais de mães de lactentes sobre a introdução de alimentos complementares ou complementares oportunos.
- Identificar os elementos que constituem o processo vivenciado pelas mães para a escolha dos alimentos complementares.

## 2 MÉTODO

A compreensão das dimensões socioculturais e simbólicas que influenciam a introdução de alimentos complementares, como objeto deste estudo, apontou a necessidade de desenvolvimento do trabalho numa perspectiva de apreensão da realidade e não somente de mensuração de variáveis.

Para tanto, optou-se pela escolha dos preceitos metodológicos da pesquisa qualitativa que permitiu a descrição das experiências vivenciadas pelas mães de lactentes, buscando suas representações sobre a introdução dos alimentos complementares.

Segundo Minayo (2004: 10, grifo do autor), a pesquisa qualitativa busca incorporar “a questão do *Significado* e da *Intencionalidade* como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais [...]”. Numa abordagem sistemática e subjetiva busca, portanto, a compreensão mais ampla das vivências e dos significados (Ohl, 2006).

### 2.1 Bases teóricas

#### 2.1.1 A escolha dos pressupostos das Representações Sociais como base teórica

O termo representação foi proposto inicialmente por Émile Durkeim, designando-a como coletiva, em sua obra que buscou definir com clareza os fatos sociais como objeto da Sociologia. Segundo o autor, o pensamento social exerce coerção sobre o pensamento individual, levando-o a conformar-se às regras impostas pela sociedade que vivem independentemente de sua vontade e escolha (Herzlich, 1991).

Dando continuidade aos estudos das representações coletivas de Durkeim, Serge Moscovici propôs uma forma sociológica de Psicologia

Social, a Teoria das Representações Sociais (RS), com a publicação de *La Psychanalyse: Son image et son public*, em 1961, que demonstrou como a psicanálise é apreendida pela sociedade (Herzlich, 1991).

Entretanto, segundo Moscovici (2005), a Psicologia Social considerou, desde o início da concepção do conceito de representação, um ângulo diferente do proposto pela Sociologia. Enquanto a última a viu como estática, a primeira buscou entendê-la em sua estrutura dinâmica que “opera em um conjunto de relações e de comportamentos que surgem e desaparecem, junto com as representações” (Moscovici, 2005, p. 47).

O conceito de representação social, proposto por Moscovici, não nega a proposição original do termo, no que se refere ao seu âmbito social, e o endossa incluindo em sua descrição as representações hegemônicas. Ele reconhece que as idéias e crenças estão encarnadas em estruturas sociais específicas, como o são as igrejas, os movimentos sociais, as famílias, entre outros e que estas exercem uma coação sobre os indivíduos que fazem parte dela (Moscovici, 2005).

No entanto, por estudar as representações com base no seu lugar de origem, ou seja, a Psicologia Social, Moscovici infere que não há razão para excluir a experiência e as percepções individuais. Portanto, elucidou o processo individual de construção ou gênese das representações sem, contudo, invalidar sua transmissão por meio da socialização (Sá, 1998).

O significado atribuído a objetos ou acontecimentos depende do ambiente social ou cultural em que o sujeito está inserido e auxilia a interpretação de determinada ‘mensagem’ como significante. Dessa forma demonstra-se a relação recíproca da estrutura social e do sujeito, mas ressalta-se o último como construtor ativo do mundo à sua volta. Portanto, as Representações Sociais possuem uma função social de orientar comportamentos e comunicação e uma função cognitiva de integrar novidades, formando novas representações (Moscovici, 2005).

Ademais, as Representações Sociais compreendem o pensamento, o sentimento e a ação, relacionando não só as questões objetivas relativas ao contexto histórico e social em que um fato ou sujeito é posto, mas também às subjetividades que dizem respeito aos valores, cultura, crenças e opiniões dos sujeitos (Jodelet, 1988; Moscovici, 2005).

Nesta perspectiva, as Representações Sociais sintetizam e difundem conceitos formadores de atitudes, opiniões e comportamentos na medida em que o sujeito apreende ou assimila um dado conceito ou orientação, de acordo com a representação que faz deste determinado assunto. Sendo assim, as representações presentes no meio social são recebidas e filtradas pelas representações individuais do sujeito, tomando-se por base seu grupo de pertença, determinando se o conceito ou a ação 'deve' ou não se concretizar.

Segundo Denise Jodelet (1988, p. 473), pesquisadora que sistematizou e explicitou mais fielmente a teoria proposta por Moscovici:

As Representações Sociais são uma maneira de interpretar e pensar a realidade cotidiana, uma forma de conhecimento social [...] exercidas por um sujeito, ou um grupo social, a fim de fixar sua posição em relação a situações, acontecimentos, objetos e comunicações que lhes preocupa.

É sempre a representação de algo por alguém, ou seja, de um sujeito que se situa em relação a outros sujeitos, a respeito de um objeto (Jodelet, 1988).

Dessa forma, os estudos balizados pelos pressupostos das Representações Sociais se ocupam em explicar “[...] uma modalidade de saber gerada através da comunicação na vida cotidiana, com finalidade prática de orientar os comportamentos, em situações sociais concretas” (Sá, 1998, p. 68).

Sendo assim, as representações dizem respeito à maneira como os sujeitos sociais apreendem os acontecimentos da vida cotidiana, as características do seu contexto social, as informações que nele circulam, as pessoas de seu entorno ou, em outras palavras, é o conhecimento espontâneo também chamado de senso comum. Este conhecimento se constitui por meio de experiências, mas também das informações e modelos de pensamento que recebemos e transmitimos pela tradição, da educação e da comunicação social. É o nosso conhecimento prático (Jodelet, 1988).

Segundo Moscovici (2005), a representação social é uma atividade de transformação de um saber científico em um saber do senso comum ou ao contrário, pode transformar um conhecimento do universo consensual em saber científico estando, portanto, essencialmente baseada na troca de experiências e na comunicação social, num processo relacional.

Aqui se define um importante balizamento teórico da Representação Social. Para que esse processo relacional se institua, é necessário ocorrer uma familiarização entre o sujeito e o objeto ou outro sujeito. Ou seja, para que se determine uma ação ou um conhecimento prático é necessário que o sujeito reconheça, em seu universo consensual, uma idéia ou um conceito que a princípio seja estranho ao seu mundo. Caso contrário ele não será aplicável nem mesmo inteligível.

Sendo assim, “a finalidade de todas as representações é tornar familiar algo não familiar, ou a própria não-familiaridade” (Moscovici, 2005, p. 54).

A rigor, para que esta familiarização aconteça, é necessário que o sujeito ancore idéias estranhas ou perturbadoras em um sistema particular de pensamento pré-existente, em categorias de pensamento as quais permitam alguma ordenação lógica, mesmo que simbólica. A tradução de tal idéia em um significado que permita uma utilidade prática para tal objeto, só

se dará mediante este enraizamento social. Este processo é denominado de Ancoragem (Moscovici, 2005; Sá, 2002).

Segundo Sá (2002, p. 46) “a duplicação de uma figura por um sentido, pela qual se fornece um contexto inteligível ao objeto, é cumprida pelo processo de Ancoragem”.

O ato de representar está vinculado, portanto, a um ato de pensamento, um conteúdo mental concreto, que “restitui simbolicamente algo ausente, que aproxima algo distante”, estando impregnada de símbolos e significados (Jodelet, 1988, p. 476).

É nesse contexto que o presente trabalho buscou, ao estudar as representações sociais das mães sobre a introdução de alimentos complementares para lactentes, compreender a dinâmica dos valores, pensamentos e sentimentos dessas mulheres em relação à prática de alimentar o filho.

Nesta perspectiva, os agentes socioculturais presentes no dia-a-dia das famílias e o caráter subjetivo, que permite à mãe fazer sua leitura a respeito de conhecimentos consensuais e reificados, constroem a realidade e suas experiências, emergindo daí as representações sociais das mulheres sobre a introdução de alimentos complementares para filho.

Por fim, as reações aos acontecimentos estão relacionadas a convenções determinadas de acordo com o entorno social em que estamos inseridos. Estas situações são permeadas por representações que orientam nossos sistemas perceptivos e cognitivos, ajustando nossas ações (Moscovici, 2005).

A prática da alimentação da criança se articula com o contexto social, político, econômico e cultural em que a mulher está inserida e, sua tomada de decisão guarda relação com uma construção social, num movimento

constante de reconhecer o que é necessário fazer, refletir com base no seu contexto social e tomar as decisões sobre os alimentos a serem oferecidos aos seus filhos. O conhecimento da realidade e das vivências sociais, incluindo pensamentos, sentimentos e percepções, acontece mediante as relações sociais vividas por essas mulheres.

O sujeito não está somente submetido aos determinantes socioculturais, articulando papéis e *status*, mas interagindo com as pressões sociais e as subjetividades. Dessa forma, elabora numa experiência particular, uma multiplicidade de perspectivas de seu mundo e deles mesmos (Jodelet, 2005).

Portanto, entende-se que as dimensões simbólicas, culturais e as experiências vivenciadas pelas mães dos lactentes, acerca desse fenômeno, determinam o seu comportamento, justificando-se nesta perspectiva, a utilização dos pressupostos teóricos das Representações Sociais.

### **2.1.2 O Suporte teórico do modelo “Pensando Riscos e Benefícios”**

Este estudo, embora centre suas questões no movimento de introdução dos alimentos complementares na dieta da criança, evidencia uma interface com os sentimentos e significados que as mulheres atribuem ao processo de amamentação. Neste contexto, as decisões maternas também podem ser compreendidas por uma perspectiva que evidencie seu movimento de abrir espaço no processo de amamentar para a adoção de outra forma de alimentar ou cuidar do filho.

Dessa forma, entendeu-se cabível lançar mão do modelo teórico “Pesando Riscos e Benefícios” (Silva, 1997), construído, especificamente, para demonstrar o significado de amamentar para mulheres e de que forma tal significado interfere nas decisões e ações das mães, determinando o curso da amamentação.

O referido modelo teórico, desenvolvido por Silva (1997), foi originado de estudo numa comunidade do município de São Paulo, envolvendo 36 mulheres, dentre elas 20 gestantes e 16 nutrizes ou mulheres que já haviam passado pela experiência de amamentar e validado com mulheres não pertencentes à comunidade.

Sob os pressupostos do Interacionismo Simbólico e do referencial metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados, a autora desenvolveu um modelo teórico representativo da experiência de amamentar, na perspectiva da mulher.

Segundo Silva (1997, p. 38), “o Interacionismo Simbólico é a teoria sobre o comportamento humano que focaliza a descoberta do significado dos eventos para as pessoas no ambiente natural, incumbindo-se fundamentalmente [...] em revelar como as pessoas definem os eventos ou a realidade e como agem em relação a suas crenças”.

O modelo teórico auxilia a compreensão dos fenômenos que envolvem o processo da amamentação, visto como um evento que influencia e é influenciado pelos contextos de vida da mulher. Sendo assim, demonstra os movimentos realizados pelas mães durante a vivência de amamentar e as modificações em relação às suas concepções sobre este evento.

Silva (1997) revela que no processo de amamentar o filho, a mulher identifica-se “Pesando Riscos e Benefícios”, interpretados e aquilatados, segundo sua perspectiva, em relação à criança e a si mesma.

Dessa forma, as interações vividas com o filho geram na mulher um constante repensar, determinado pela interpretação dos símbolos significantes, identificados no comportamento da criança, tais como o choro, o sono, a saciedade, a fome, a frequência de mamada, condições de saúde, entre outros, assim como em relação às suas próprias necessidades

enquanto mãe/mulher/nutriz/esposa. Este movimento reflexivo e reativo da mãe determina sua tomada de decisão em relação à alimentação da criança (Silva, 1997).

Segundo o modelo “Pesando Riscos e Benefícios”, a tomada de decisão em relação aos rumos da amamentação não depende só da decisão prévia em amamentar, nem tão pouco de informações e conhecimentos teóricos sobre a fisiologia da lactação, mas desse conjunto de interações entre mãe-filho e os demais entornos da vida da mulher/nutriz, dentro do ambiente onde esta vivência se dá.

O universo de interações da mulher, entre ela e o meio ou internamente, revela fatores que refletem na vida do bebê, em sua própria vida ou no conjunto familiar. Para cada elemento deste universo, a mulher atribui um significado, estabelece prioridades e forma um conjunto de elementos que fornece subsídios para a sua tomada de decisão. Cada elemento significativo ou o conjunto deles é traduzido, simbolicamente, em termos de riscos ou benefícios para si e ou para o filho.

Se, simbolicamente, a mulher atribui um significado de risco, entendido como perda, prejuízo, dano, desvantagem, ameaça física ou emocional, para ela ou para o filho, imediatamente o curso da amamentação é alterado, podendo ser até interrompido. Por outro lado, se, simbolicamente, ela atribui um significado de benefício, entendido como ganhos, proveitos, vantagens, a amamentação é mantida e valorada como positiva (Silva, 1997).

Dessa forma, a mulher segue procedendo um constante movimento de avaliação, julgamento e interpretação dos eventos ligados à amamentação, tomando para si a responsabilidade das decisões em relação ao curso da alimentação da criança (Silva, 1997).

Dessa forma questiona-se se os elementos que dão suporte às ações maternas de introdução e composição da alimentação da criança poderiam

ser conhecidos por meio da revelação das suas representações e também do processo pelo qual a mãe encadeia suas ações em relação à amamentação.

Sendo assim, neste estudo, optou-se pela utilização do modelo “Pesando Riscos e Benefícios”, considerando que a sua aplicação poderá também trazer elementos de ampliação e validação do constructo teórico citado.

## **2.2 Base metodológica**

### **2.2.1 O Discurso do Sujeito Coletivo**

A idéia da pesquisa qualitativa pressupõe a busca dos aspectos mais subjetivos e das singularidades dos sujeitos, em detrimento de evidências que comprovem hipóteses pré-determinadas sem, contudo, afastar-se dos rigores metodológicos que validam os achados, de forma científica.

A estratégia metodológica escolhida para a análise do material verbal desta pesquisa é o Discurso do Sujeito Coletivo que, segundo Lefèvre, Lefèvre e Teixeira (2000), é uma técnica de tabulação e organização dos dados qualitativos que permite, por meio de procedimentos sistemáticos e padronizados, agregar e analisar os dados.

A técnica empregada consiste em analisar um material verbal, buscando extrair dele idéias, opiniões e ou pensamentos que respondam a uma dada questão da pesquisa. Após atenta leitura e classificação, as falas representativas das várias idéias identificadas, que apresentem semelhança de conteúdo, são organizadas em um ou vários discursos-síntese que traduzem o significado daquela questão para o grupo de pessoas entrevistadas. Segundo Simioni *et al.* (1997, p. 24):

O discurso do sujeito coletivo é uma estratégia metodológica com vistas a tornar mais clara uma dada representação social.

Consiste na reunião, num só discurso-síntese, de vários discursos individuais emitidos como resposta a uma mesma questão de pesquisa, por sujeitos sociais [...] ou um grupo social homogêneo, na medida em que os indivíduos que fazem parte deste grupo ocupam a mesma ou posições vizinhas num dado campo social.

Para organizar o Discurso do Sujeito Coletivo, de forma a manter o rigor científico proposto pelo método, é necessário identificar figuras metodológicas durante a análise do material verbal, dentre elas a Expressão Chave, Idéia Central e o Discurso do Sujeito Coletivo propriamente dito (Lefèvre, Lefèvre, Teixeira, 2000).

As Expressões Chaves são trechos ou transcrições literais, selecionados no material verbal coletado, que melhor traduzam as representações ou as idéias subjacentes ao conteúdo discursivo, tendo como base o recorte temático proposto pela pesquisa. Esta fase da análise é fundamental na medida em que, por meio destas falas, serão ilustradas as idéias contidas nos discursos coletivos (Lefèvre, Lefèvre, Teixeira, 2000).

A Idéia Central é uma afirmação sintética, produzida pelo pesquisador, que apresenta ou traduz a essência do material verbal analisado. A Idéia Central pode ser extraída tanto de cada uma das Expressões Chaves, como de um conjunto de Expressões Chaves selecionadas mediante resposta de vários sujeitos diferentes, que revelem um sentido semelhante ou complementar. A palavra, conceito ou expressão que representa a essência do depoimento é chamado de categoria. Portanto, Expressões Chaves que contenham Idéias Centrais correspondentes serão agregadas dentro de uma mesma categoria (Lefèvre, Lefèvre, Teixeira, 2000).

O Discurso do Sujeito Coletivo representa o agrupamento de Expressões Chaves, categorizadas dentro da mesma Idéia Central e organizadas na forma de um discurso-síntese, na primeira pessoa do

singular. É, portanto, construído com partes literais do material verbal dos entrevistados, que apresentam sentido semelhante.

Este discurso-síntese passa então a representar a idéia de um grupo de sujeitos que revela conteúdo semelhante a respeito de uma dada questão de pesquisa. Segundo Lefèvre, Lefèvre e Teixeira (2000), por meio deste processo, é possível identificar com maior clareza as representações sociais de determinado grupo social.

## **2.3 Descrição da pesquisa**

### **2.3.1 Local do estudo**

O estudo foi realizado no ambulatório de pediatria de uma operadora de planos privados de assistência à saúde, região central do município de Jundiaí – São Paulo.

A escolha desse município se deu pelos seus aspectos culturais e socioeconômicos, mas também por ser o local de moradia e de trabalho da pesquisadora e para onde, numa primeira instância, pretende-se dar um retorno sobre os resultados desta pesquisa.

Dentre as características marcantes do Município podemos citar o amplo processo de imigração, principalmente italiana, a partir da segunda metade do século XIX, que alavancou o desenvolvimento econômico por meio da produção rural. No entanto, devido a sua estratégica localização houve também grande desenvolvimento ferroviário e aquecimento na atividade industrial. Até os dias de hoje, a cidade possui intensa atividade agrícola, especialmente no cultivo das uvas. Entretanto, houve um grande desenvolvimento de seu parque industrial, o que favoreceu a instalação de famílias, no município, de diversas regiões do país.

Tais características da cidade também se refletem na organização de seu sistema de saúde privado. As cooperativas médicas, operadoras e seguradoras de saúde privadas possuem, como maioria de seus clientes, os funcionários dessas indústrias.

A operadora de saúde escolhida para desenvolvimento do presente estudo dispõe de um hospital e ambulatórios próprios de especialidades médicas, além de consultórios médicos credenciados para atender cerca de 95.000 usuários conveniados por meio de planos individuais, coletivos e empresariais em Jundiaí e região.

Em relação ao atendimento materno-infantil, a instituição conta com um programa de atenção à mulher e ao bebê que desenvolve ações educativas durante o pré-natal, puerpério e pós-parto. A fim de garantir capacitação para a equipe de trabalho, todos os funcionários que cuidam diretamente de mães e bebês, além de médicos pediatras e obstetras, recebem treinamento de manejo clínico da lactação, nos moldes da Iniciativa Hospital Amigo da Criança. E, anualmente, são realizadas reciclagens, com carga horária de 4 horas, a fim de garantir atualização e motivação da equipe para o trabalho de incentivo e apoio à amamentação.

Por ocasião da alta hospitalar, os bebês são agendados para consulta no ambulatório de aleitamento materno, que funciona nas dependências do ambulatório de pediatria, cuja instalação física é independente do espaço físico hospitalar. No ambulatório são realizadas, em média, 1.600 consultas médicas mensais.

O trabalho desenvolvido no ambulatório de aleitamento materno consiste numa consulta conjunta com uma pediatra, uma enfermeira e uma fonoaudióloga, no sétimo dia de vida do bebê. Os profissionais realizam avaliação antropométrica, avaliação clínica, avaliação da amamentação, triagem neonatal (exame do pezinho) e triagem auditiva, por meio do teste de emissões otoacústicas evocadas (exame da orelhinha).

Após a primeira consulta, agenda-se um retorno com o pediatra para o trigésimo dia de vida da criança. Caso sejam detectadas intercorrências clínicas com o bebê ou amamentação, o retorno é antecipado.

A partir daí os bebês são acompanhados em consultas médicas mensais até o sexto mês de vida, consultas bimestrais até completar doze meses e trimestrais até os dois anos de vida. A partir dos dois anos, as consultas são agendadas semestralmente.

As possíveis dificuldades sentidas pelas mães, em relação ao manejo da amamentação, são acompanhadas pela enfermeira responsável pelo ambulatório e ou pelo pediatra da criança. As orientações sobre a introdução de alimentos complementares fazem parte da rotina de puericultura realizada pelos pediatras do ambulatório. Além das consultas de rotina, as mães podem solicitar consultas extras sempre que julgarem necessária uma avaliação da criança.

### **2.3.2 Sujeitos da pesquisa**

Participaram da pesquisa 17 mulheres que atenderam aos critérios de inclusão do estudo, ou seja, todas as mulheres que agendaram consulta dentro do período de coleta de dados, de qualquer idade, paridade e condição socioeconômica, que tiveram filhos saudáveis entre 6 e 9 meses de idade, que estivessem amamentando seu filho ou não e que, após as instruções a respeito dos objetivos da pesquisa, se sentiram motivadas a contribuir de forma livre e esclarecida com o estudo.

Definiu-se a idade das crianças, entre 6 e 9 meses de vida, pois era necessário que a mãe já tivesse iniciado a introdução dos alimentos complementares, oportunos ou não, para que a começar dessa experiência, tivesse formulado alguma opinião ou sentimento em relação a esta prática.

Devido à natureza do objeto de pesquisa, adotou-se como critério de exclusão a presença de patologias crônicas, síndromes e ou restrições alimentares de qualquer ordem na criança, visto que estas alterações poderiam determinar especificidades em sua alimentação, influenciando as escolhas maternas quanto aos alimentos complementares.

Em relação à amostragem, o número de participantes observou o critério de saturação teórica dos dados, ou seja, momento em que os dados se tornam redundantes, deixando de gerar novas informações e novos temas ou categorias (Polit, Beck, Hungler, 2004).

### **2.3.3 A estratégia de coleta dos dados**

A coleta de dados foi realizada mediante a aplicação de entrevista no local onde o estudo foi realizado.

A primeira parte da entrevista era constituída de perguntas fechadas a fim de recolher informações sobre a caracterização da entrevistada. A seguir, iniciava-se a entrevista em profundidade para levantamento dos dados qualitativos propriamente ditos.

Segundo Minayo (2004, p. 107, grifo do autor), a entrevista em profundidade, técnica mais usada no trabalho de campo para pesquisas qualitativas, faz parte da “relação mais formal [...] em que intencionalmente o pesquisador recolhe informações por meio da **fala** dos atores sociais”. Mediante a entrevista é possível acessar dados mais profundos da realidade, as atitudes, os valores, as crenças, os sentimentos e as opiniões, ou seja, os aspectos mais subjetivos do entrevistado.

Dentre os vários tipos de entrevistas usadas em estudos qualitativos, as semi-estruturadas são comumente utilizadas por oferecerem flexibilidade na ordem dos temas, permitindo que os atores em estudo relatem sua

história livremente sem, contudo, perder o foco das questões relevantes para a pesquisa. O entrevistador utiliza um roteiro contendo tópicos de interesse e encoraja o entrevistado a contar-lhe sua história, de forma natural e narrativa, até que todos os tópicos sejam comentados a contento (Polit, Beck, Hungler, 2004).

A entrevista em profundidade semi-estruturada foi a técnica utilizada no presente trabalho e partiu de um questionamento comum, uma questão norteadora, sobre como se deu a história de alimentação do bebê desde o seu nascimento até o momento atual.

Os tópicos de interesse abrangiam questões relacionadas ao que pensavam e sentiam as mães acerca da ajuda e ou orientações dos familiares e dos profissionais de saúde sobre a introdução dos alimentos complementares, além de abordar os critérios ou elementos de escolha do primeiro alimento complementar introduzido. Em algumas situações perguntas fechadas auxiliaram a pesquisadora a introduzir um tema ou mesmo resgatar um assunto interessante, permitindo o direcionamento da temática sem, contudo, cercear a fala das entrevistadas.

#### **2.3.4 Coleta de dados**

A coleta de dados foi realizada no período de abril a novembro de 2007. As possíveis candidatas a participantes da pesquisa eram identificadas por meio do levantamento da idade da criança, registrada em seu prontuário, no dia anterior à realização da consulta médica, previamente agendada. As mães eram abordadas pela pesquisadora na recepção do ambulatório, antes da consulta, no intuito de convidá-las a participar do estudo.

Neste momento eram esclarecidos os objetivos, a natureza da pesquisa e o procedimento de coleta dos dados, que consistia em entrevista,

registrada por meio de um gravador digital, a ser realizada logo após o atendimento médico ou conforme a disponibilidade da mãe. Todas as mulheres optaram por responder à entrevista logo após a consulta médica.

A partir da concordância em participar do estudo, a pesquisadora aguardava a mãe ser liberada da consulta e se dirigiam a um consultório, disponibilizado previamente pela enfermeira da Instituição, a fim de iniciar a entrevista.

Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 1) eram coletados os dados relativos à identificação da mãe e da criança, história obstétrica, *performance* da amamentação atual, idade em que ocorreu a oferta do primeiro alimento complementar, tipo de alimento oferecido, caracterização socioeconômica e naturalidade dos familiares que residiam com a mãe e o bebê, mediante aplicação do Formulário de Coleta de Dados, por meio de perguntas fechadas (Anexo 2). A seguir, atendendo aos preceitos metodológicos escolhidos, iniciava-se a Entrevista em Profundidade (Anexo 3), que tiveram duração média de trinta minutos, para levantamento dos dados qualitativos.

### **2.3.5 Aspectos éticos da pesquisa**

A pesquisa foi pautada nos aspectos éticos aplicados à pesquisa com seres humanos.

Antes de iniciar as entrevistas eram esclarecidos os objetivos do estudo, bem como a adoção dos procedimentos que visam a garantia do anonimato e sigilo de participação da mãe e do bebê nos resultados da pesquisa.

Foi assegurado às mulheres o caráter voluntário de sua participação, garantindo-lhes que a sua recusa em participar do estudo, ou sua

desistência, a qualquer momento, não acarretaria prejuízos em seu atendimento ou de qualquer de seus familiares naquele serviço ou qualquer outro.

Também foram elucidados os procedimentos da pesquisa e solicitada sua permissão para gravação da entrevista em gravador digital, assim como a apresentação e leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para todas as entrevistadas. Após os esclarecimentos e aceite, solicitava-se a sua assinatura do TCLE. Uma cópia era entregue à mãe e outra permanecia sob guarda da pesquisadora.

Somadas a estas informações, ainda era elucidado que os dados levantados durante o estudo seriam utilizados somente para fins científicos, e que os resultados dessa pesquisa seriam publicados em periódicos especializados e divulgados em eventos científicos.

A presente pesquisa pautou-se nos procedimentos que visam a garantir os princípios éticos da pesquisa, segundo Resolução n.º 196/96, norma vigente no Brasil para pesquisas que envolvem seres humanos (Conselho Nacional de Saúde, 1996).

### **2.3.6 Descrição do processo de análise das entrevistas**

A fim de possibilitar a organização e o tratamento dos dados coletados, as entrevistas foram transcritas de maneira padronizada. Montou-se uma tabela, em que a primeira coluna indicava o nome da mãe, a segunda coluna continha a entrevista na íntegra, a terceira coluna foi reservada para destacar as Expressões Chaves e quarta e última coluna para a Idéia Central de cada trecho destacado.

Após a leitura dinâmica para reconhecimento da entrevista em sua totalidade, passou-se a leitura atenta e analítica e à demarcação das Expressões Chaves que contivessem idéias, sentimentos, opiniões, crenças

que pudessem responder aos objetivos do trabalho. Este exercício foi realizado por diversas vezes, a fim de garantir que todos os aspectos relevantes tivessem sido contemplados.

Terminada esta fase realizou-se então a categorização das Idéias Centrais. Este trabalho exigiu muita leitura e abstração, por parte da pesquisadora, possibilitando apreensão do real sentido presente nas Expressões Chaves das falas dessas mulheres. Este sentido gerou, portanto, os temas que compuseram os discursos apresentados no capítulo seguinte.

Definidas as Idéias Centrais, passou-se então para a unificação das Expressões Chaves, correspondentes a cada idéia, como etapa anterior à formação do Discurso do Sujeito Coletivo.

Os Discursos do Sujeito Coletivo constituíram-se, portanto das Expressões Chaves mais significantes, isto é, partes literais da fala das entrevistadas que melhor traduzissem o conteúdo daquela idéia.

Na apresentação dos resultados desta pesquisa, achou-se pertinente, em algumas situações, utilizar trechos do material verbal das mães, diferentes dos selecionados para compor o Discurso do Sujeito Coletivo, a fim de melhor ilustrar ou esclarecer uma dada discussão. Nessas ocasiões o trecho da entrevista foi apresentado entre aspas, centralizado e com uma citação no final da frase, entre parênteses, identificando o número da entrevista de onde foi retirada a fala.

## **3 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **3.1 Contextualização socioeconômica das mulheres entrevistadas e seus familiares**

O grupo estudado constituiu-se de 17 mulheres, casadas e mães de bebês entre 6 e 9 meses.

Apenas uma participante morava com os pais, além do marido e filho. As demais residiam apenas com seus maridos e filhos. Em relação ao número de pessoas por família, nove famílias eram constituídas por três pessoas, ou seja, o casal e um filho. Duas famílias eram constituídas por quatro pessoas, quatro famílias com cinco pessoas, uma família de seis pessoas e uma de sete pessoas. A média de pessoas por família foi de 3,4 pessoas, semelhante aos dados da região metropolitana de São Paulo, onde se encontra média de 3,3 pessoas por família (IBGE, 2006).

Todas as residências possuíam luz elétrica (100%), coleta pública de lixo (100%), água encanada (100%) e sistema de esgoto (100%). Os dados de condições de saneamento e luz elétrica por domicílio, na região metropolitana de São Paulo, demonstram 98,7% de domicílios com água encanada; 88,9% dos domicílios com sistema de esgoto; 94,8% com coleta pública de lixo e 99,6% com luz elétrica em seus domicílios (IBGE, 2006). Portanto, as famílias estudadas apresentam melhores condições de saneamento e luz elétrica que as famílias da região metropolitana de São Paulo.

Quanto à idade das mães, somente uma tinha 18 anos de idade, nove estavam na faixa de 20 a 29 anos e sete entre 30 e 39 anos.

Em relação à escolaridade, cinco mães cursaram o primeiro grau, sendo que uma delas não o concluiu, uma mãe cursou o segundo grau incompleto, nove concluíram o segundo grau e duas possuíam curso

superior completo. A média de anos de estudo destas mulheres foi de 9,8 anos, acima da média apresentada na região metropolitana de São Paulo. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2006), a média de anos de estudo para mulheres de 15 anos ou mais de idade nessa região é de 8,2 anos, ou seja, o correspondente ao primeiro grau completo.

Uma característica marcante deste grupo de mulheres é o fato de a maioria delas serem donas de casa, somente quatro mães trabalhavam fora do lar, três em empregos formais e uma possuía comércio próprio. Este dado difere bastante dos dados da região metropolitana de São Paulo, onde 62,6% das mulheres entre 20 e 29 anos e 67,8% entre 30 e 39 anos, são trabalhadoras (IBGE, 2006).

O dado apresentado acima influencia diretamente os cuidados da criança e de sua alimentação, visto que a maioria das mães é responsável pelos afazeres domésticos, inclusive o preparo das refeições. Nove mulheres relataram que realizavam todo o trabalho doméstico e de cuidados com a criança sem ajuda de nenhum familiar ou profissional contratado. Seis mulheres referiram receber ajuda esporádica de algum membro da família, normalmente o marido. Somente duas mães referiram a contratação de um profissional remunerado para a realização do trabalho doméstico.

Em relação ao número de filhos vivos, oito mulheres tinham somente um filho, quatro dois filhos, quatro mulheres tinham três filhos e somente uma mãe com quatro filhos. Segundo dados do IBGE (2006), na região metropolitana de São Paulo, 32,4% das mulheres entre 15 e 49 anos tiveram um filho; 33,1% tiveram dois filhos e 34,6% tiveram três filhos ou mais.

Quanto à idade dos pais, sete estavam na faixa de 20 a 29 anos, sete entre 30 e 39 anos e três pais tinham 40 anos ou mais.

Em relação à escolaridade dos pais, dois não concluíram o primeiro grau, quatro cursaram o primeiro grau completo, nove cursaram o segundo grau completo e somente um tinha curso superior. A escolaridade dos pais da presente pesquisa superou, em pequena medida, a média de escolaridade dos homens, na região metropolitana de São Paulo, onde a média de anos de estudo é de 8,4 anos, ou seja, o correspondente ao curso do primeiro grau completo (IBGE, 2006). Todos os pais estavam formalmente empregados.

Em relação à renda, duas famílias possuíam renda mensal de 1,3 salários mínimos, dez famílias tinham renda mensal entre 2,6 e 5,0 salários mínimos, quatro famílias entre 5,2 a 7,6 salários mínimos e apenas uma família possuía renda de 15,8 salários mínimos. O rendimento médio mensal de pessoas com 10 anos ou mais, na região metropolitana de São Paulo é de três salários mínimos (IBGE, 2006).

Achou-se pertinente levantar a naturalidade dos pais, a fim de se verificar as possíveis influências culturais na alimentação, a depender da região onde estes foram criados. Sendo assim, 13 mães nasceram em municípios da zona urbana do estado de São Paulo, uma mãe em zona rural e uma no litoral paulista. Uma mãe é procedente de um município da zona rural do Paraná e uma do Rio de Janeiro, capital. Em relação aos pais, 11 nasceram na zona urbana e dois na zona rural do estado de São Paulo, um na zona rural do Ceará, um na cidade do Rio de Janeiro e dois da zona rural de Minas Gerais.

### **3.2 Caracterização das crianças e de sua alimentação**

Em relação ao sexo das crianças, 11 eram do sexo masculino e seis do sexo feminino. Em relação à idade, três crianças tinham 6 meses, sete crianças estavam com 7 meses, quatro com 8 meses e três crianças com 9 meses completos, no momento da entrevista.

Tabela 1 - Idade das crianças no momento da entrevista, Jundiaí – 2007

<b>Idade</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
6 meses	3	17,6
7 meses	7	41,2
8 meses	4	23,6
9 meses	3	17,6
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>100,0</b>

Em relação à *performance* da amamentação no momento da entrevista, nove (52,9%) mães haviam desmamado seus bebês e oito (47,1%) mães estavam em aleitamento materno, isto é, a criança mamava no peito e recebia alimentos complementares, além de água e ou chá.

A média de idade dos nove (52,9%) bebês no momento do desmame total, segundo dados das entrevistas, foi de 103,5 dias, variando de 10 dias a 180 dias de vida.

Segundo o relato das mães entrevistadas, 15 (88,2%) crianças receberam alimentos complementares, incluindo água e chá, precocemente, e somente dois (11,8%) bebês mamaram exclusivamente até o sexto mês de vida.

Conforme recomendam os Passos 1 e 2 do “Guia alimentar para crianças menores de 2 anos”, os bebês nos primeiros seis meses de vida devem receber somente leite materno e, posteriormente, iniciar a introdução de alimentos complementares, mantendo o aleitamento materno até dois anos ou mais (Brasil, 2002).

Outros estudos evidenciam que as taxas de aleitamento materno exclusivo são baixas e a introdução de alimentos não necessariamente segue a lógica das recomendações científicas, detalhadas em manuais e artigos publicados (Simon, 2001; Vieira *et al.*, 2004; Sousa, 2005; Parada, Carvalhaes, Jamas, 2007).

Segundo Afonso (2007), no município de Juiz de Fora, a prevalência de aleitamento materno, em crianças de zero a 30 dias, foi de 90,7%, sendo que apenas 33,8% estavam em aleitamento materno exclusivo. Do 3.<sup>o</sup> ao 4.<sup>o</sup> mês de vida a taxa de aleitamento materno foi de 63,9% e somente 14,3% estavam em amamentação exclusiva, demonstrando a queda rápida e progressiva desse tipo de alimentação, com a progressão da idade da criança.

Quanto ao tipo do primeiro alimento, diferente do leite materno, introduzido na alimentação dos 17 bebês, cujas mães foram entrevistadas, três (17,6%) receberam água ou chá, dez (58,8%) receberam fórmula artificial, duas (11,8%) receberam leite UHT integral e apenas duas (11,8%) crianças iniciaram a introdução de alimentos complementares com alimentos da família<sup>1</sup>, sendo uma com suco de laranja natural e outra com papa de feijão e batata.

A época de introdução do primeiro alimento variou de 25 a 60 dias de vida do bebê para água e chá, de 10 a 150 dias de vida para a fórmula artificial, de 120 a 150 dias para o leite UHT integral e de 120 a 165 dias de vida para os alimentos da família. A média de idade em que a criança recebeu o primeiro alimento diferente do leite materno foi de 80,8 dias.

O estudo sobre prática alimentar, crescimento e desenvolvimento de crianças nascidas em Maternidade de Hospital Universitário do município de São Paulo, reiteram os dados deste trabalho, demonstrando que a idade mediana para introdução de água e chás foi de 28 dias, para o leite não materno foi de 60 dias, para as frutas foi de 106 dias, verduras e legumes aos 137 dias, cereais e tubérculos aos 150 dias, indicando o início precoce do desmame (Simon, Souza, Souza, 2003).

---

<sup>1</sup> Neste trabalho utilizou-se a expressão 'alimentos da família' para designar os alimentos complementares comumente utilizados pelos familiares, com exceção do leite não materno.

Da mesma forma, os resultados do estudo sobre as práticas alimentares de lactentes, conduzido em 136 municípios do estado de São Paulo, revelam que 59% das crianças estavam sendo amamentadas ao sexto mês, caindo para 40% aos doze meses de vida. Somente 48% das mães seguiram a recomendação para introdução de alimentos complementares oportunos (Saldiva *et al.*, 2007).

Segundo pesquisa qualitativa citada pelo “Guia alimentar para crianças menores de 2 anos”, realizada em cinco macrorregiões do país, não há um consenso entre as mães quanto à época de introdução de alimentos complementares. Entretanto, é possível observar que, desde os primeiros meses, a amamentação é complementada por água, chás, sucos de frutas, outros tipos de leite ou leites com espessantes à base de milho, arroz e aveia, e sopas (Brasil, 2002).

O Ministério da Saúde recomenda, nos casos em que a amamentação não seja possível, que o leite humano seja substituído pela fórmula artificial. Caso o acesso a este tipo de leite seja inviável, recomenda, por ordem de preferência, o uso de leite de vaca integral em pó, leite de vaca integral líquido, em diluição adequada ao tipo de leite e à idade da criança. Além disso, recomenda-se que os bebês, precocemente desmamados e alimentados com leite integral (em pó ou líquido), recebam suplementação de vitamina C e ferro, por meio de alimentos ou de medicamentos (Brasil, 2006).

Segundo estudo realizado em Itapira, interior de São Paulo, até 60 dias de vida, a frequência de uso de fórmula artificial, leite em pó integral ou leites fluidos, em bebês desmamados, foi praticamente a mesma, em torno de 7%. Entretanto, após essa idade, o leite mais utilizado passou a ser o fluido. Por volta dos 270 dias, 34,5% dos lactentes já consumiam leite não materno (Audi, Corrêa, Latorre, 2003).

Como citado acima, apenas duas (11,8%) mães referiram ter amamentado exclusivamente por seis meses, entretanto uma delas desmamou o bebê imediatamente após a introdução dos alimentos complementares, por motivo de volta ao trabalho.

Neste estudo, o motivo alegado para introdução precoce dos alimentos complementares, inclusive água e chá, por 15 (88,2%) mulheres, variou de acordo com as crenças, os sentimentos e também as experiências de cada mãe.

Duas mães (13,3%) relataram terem utilizado como referência a experiência anterior com os outros filhos. Três (20%) mães alegaram a cólica do recém-nascido como o motivo para a introdução do chá em idade bem precoce.

Durante o período de amamentação, as mulheres apresentam-se vulneráveis às opiniões e conselhos das pessoas de seu meio, os quais constituem-se como elementos significativos em sua avaliação sobre a alimentação de seus filhos e sobre a sua capacidade em atender às necessidades da criança (Silva, 1997).

O uso de chá na alimentação do recém-nascido é um exemplo dessa influência, estando claramente vinculado a questões socioculturais, como a tradição e os valores familiares e frequentemente associado às experiências anteriores de avós, sogras, vizinhas ou amigas (Susin, Giugliani, Kummer, 2005; Silva, Moura, Silva, 2007).

Observa-se ainda, que dentre essas 15 mães, uma (6,7%) entrevistada relatou ter sido reinternada para procedimento cirúrgico, o que a debilitou física e emocionalmente, sentindo-se incapacitada para manter a amamentação. Uma (6,7%) mãe relatou que amamentar o recém-nascido tornou-se motivo de angústia, já que o bebê mamava com frequência e por

períodos prolongados, impedindo-a de realizar os afazeres domésticos como desejava.

Ao representar a amamentação em termos simbólicos de risco ou benefício, a mulher avalia suas condições físicas e emocionais como condição para manter ou não a amamentação. Ao identificar em si sinais orgânicos prejudiciais e alterações na dinâmica de seu cotidiano, implicando na limitação de suas atividades ou em prejuízos à sua saúde, ou seja, “sentindo-se mal em amamentar”, este processo assume o significado de risco para si, levando-a a tomar a decisão pela introdução precoce de alimentos ou mesmo pelo desmame total (Silva, 1997, p. 187).

Da mesma forma, a mãe julga, constantemente, a qualidade e suficiência do seu leite para o filho. A depender do comportamento da criança, ou seja, se “sente o filho mal alimentado”, a amamentação pode ser avaliada como risco para o bebê e então será interrompida ou complementada (Silva, 1997, p. 151). Durante as entrevistas, cinco (33,3%) mães alegaram as dificuldades com o manejo da amamentação, como fatores decisivos para a introdução de outros alimentos. Dentre estas dificuldades inclui-se o choro excessivo, mamadas muito freqüentes, bebê com ganho de peso insuficiente, pouco leite, recusa do bebê em sugar e ou pegar o seio.

Outro dado importante é o fato de que três (20%) mães, dentre elas, duas trabalhadoras, alegaram que manter a criança em aleitamento materno exclusivo por 6 meses dificulta a aceitação de novos alimentos. A introdução de alimentos substitutos do leite materno é identificada pelas mulheres trabalhadoras como única alternativa para alimentar seu bebê quando não possuem suporte nos ambientes, doméstico e de trabalho, para manter a amamentação. Dessa maneira, sente a necessidade de ir “afastando-se da criança” para que esta não sinta falta da mãe, não ‘estranhe’ os seus cuidadores e não rejeite os novos alimentos introduzidos, garantido que o desmame ocorra sem dificuldades (Silva, 1997; Silva, 2005, p. 643).

Os resultados apresentados acima reforçam a percepção de que, apesar dos esforços empreendidos no sentido de incentivar, apoiar e proteger a amamentação e a introdução de alimentos complementares oportunos, as práticas em relação à alimentação da criança pequena estão longe de alcançarem o preconizado pelos organismos de saúde.

Segundo Daniel e Cravo (2005, p. 57), "a busca, a seleção, o consumo e a proibição de certos alimentos existem em todos os grupos sociais e são norteadas por regras sociais diversas, carregadas de significações".

Os dados apresentados a seguir revelam a dimensão subjetiva da alimentação infantil, para as mães entrevistadas, e de que forma suas representações acerca dos alimentos e da introdução de alimentos complementares influenciam suas escolhas alimentares, nesta fase da vida da criança.

### **3.3 O que pensam e sentem as mães a respeito da alimentação complementar**

Buscando responder aos objetivos desta pesquisa, o trabalho demonstra, por meio de 13 Discursos do Sujeito Coletivo, as representações das mães sobre a introdução de alimentos complementares e a sua influência sobre as escolhas alimentares.

A fim de organizar os achados de forma a criar um fluxo que melhor exprimisse as idéias e sentimentos maternos a respeito da alimentação de seus filhos, os 13 discursos foram divididos em três temas distintos, porém complementares.

Os temas foram denominados “*Vivenciando o desmame*”, “*Tomando posição ante a alimentação da criança*” e “*Fazendo as escolhas alimentares propriamente ditas*”.

O grupo de mulheres que desmamou precocemente o filho relatou significados particulares, em relação à introdução de alimentos complementares, não identificados nas entrevistas do grupo de mulheres que mantinha o aleitamento materno, até o momento da entrevista. Portanto, os quatro discursos que compuseram o tema “*Vivenciando o desmame*” foram organizados somente com Expressões Chaves dessas mães. Estes versam sobre os sentimentos vivenciados pela mãe por ocasião do desmame, dificuldades enfrentadas para substituir o leite materno e sobre as representações maternas acerca da introdução de alimentos complementares e dos alimentos em si.

Entretanto, como todas as crianças chegaram à fase da alimentação da família, independente de sua história pregressa de aleitamento, natural ou artificial, foi possível perceber que outros significados são construções comuns para os dois grupos de mulheres, as que ainda amamentam e as que desmamaram seus filhos precocemente. Portanto, os demais discursos foram compostos pelos depoimentos destes dois grupos de mulheres.

Os quatro discursos apresentados no tema “*Tomando posição ante a alimentação da criança*” descrevem como as mulheres se sentem diante da tomada de decisão sobre a alimentação da criança, suas necessidades, direcionamentos e em quem se apóiam para decidir o que, como e quando introduzir a alimentação complementar.

Os cinco discursos apresentados no tema “*Fazendo as escolhas alimentares propriamente ditas*” versam sobre os elementos ou critérios utilizados, pelas mulheres entrevistadas, para fazer a escolha dos alimentos, bem como sobre as representações maternas acerca dos alimentos e da introdução de alimentos complementares.

Não foi encontrado, nos discursos apresentados, predomínio de características sociais, como idade, paridade, escolaridade, naturalidade, trabalho ou condições socioeconômicas das mulheres participantes da pesquisa.

### **3.3.1 “Vivenciando o desmame”**

Os quatro discursos apresentados a seguir versam sobre a vivência das mulheres entrevistadas, que desmamaram precocemente seus bebês, em relação à introdução de alimentos complementares.

Pretendeu-se organizar um fluxo de idéias que exprimisse os significados do desmame e os sentimentos vivenciados, por essas mulheres, por ocasião da introdução do leite não materno e dos alimentos complementares.

Dessa forma, o primeiro discurso demonstra que, apesar da decisão pessoal em introduzir um substituto do leite materno, a amamentação não deixou de ser valorizada e o desmame foi sentido como um momento doloroso e culposos.

O segundo discurso revela que, após a introdução do outro leite, as mulheres entrevistadas vivenciaram uma necessidade de ajustar a alimentação da criança às suas possibilidades financeiras sem deixar, entretanto, de avaliar as implicações desse novo alimento à saúde do bebê. Foi possível identificar que esta avaliação se deu mediante a observação de indicadores do comportamento da criança.

Os dois últimos discursos dizem respeito às representações maternas acerca do alimento e da introdução do alimento complementar.

#### **3.3.1.1 *Sentindo falta de amamentar***

*“Todo mundo fala que o leite de peito é o melhor que tem. Por mim eu estaria amamentando até hoje porque acho o leite materno excepcional, evita muitas doenças no bebê. A gente se apega quando está amamentando, o vínculo que você cria com a criança, o amor, é demais. Eu senti de tirar ele do peito, fiquei muito triste, parece que a gente está se desligando do filho. Depois que tira do peito parece que a gente deixa o nenê largado, parece que o filho não é só da gente, parece que você vai dar espaço para os outros cuidarem. Eu nunca esqueço o tanto que eu chorei. O sofrimento que você passa quando está amamentando e depois tem que desmamar é uma experiência inesquecível.”*

Em relação às vantagens da amamentação, as mães entrevistadas se referem ao leite materno como o mais importante alimento para o bebê e o aleitamento materno como um meio seguro de garantir saúde física e emocional para o binômio, como vemos no início do discurso.

Entretanto, sabe-se que a prática da amamentação não está condicionada apenas a uma decisão prévia de amamentar ou a conhecimento sobre o assunto, mas a um conjunto de interações e sentimentos vivenciados pela nutriz que implicam, especialmente, em julgamentos e interpretações sobre o comportamento da criança, influenciando suas atitudes (Silva, 1997).

No decorrer do processo da amamentação, a mãe recorre a essas formas de avaliação e julgamento, repetidas vezes, para se assegurar que a criança esteja sendo bem alimentada, para se assegurar da qualidade do seu leite, para sentir e perceber suas condições físicas para manter ou não a amamentação, passando a “representá-la em termos simbólicos de riscos e benefícios para si e para o bebê” (Silva, 1997, p. 218).

*“De meia em meia hora ele mamava um pouco, não dava tempo de encher (o peito), já queria mais. Ele é muito esfomeado, mamava*

*muito rápido, queria toda hora. Eu entrava em desespero quando ele chorava.” (Fala retirada da entrevista n. 8.)*

O comportamento alimentar do bebê, logo que nasce, é fortemente determinado por condicionantes fisiológicos, como a fome e saciedade. Porém, ao longo do processo da amamentação, a mãe sente a necessidade de “regular a criança sob ritmos socialmente impostos, como a alternância do dia e da noite, dos momentos de trabalho e de repouso, o que impõe aos mecanismos biológicos, uma primeira influência social” (Poulain, Proença, 2003, p. 254).

Segundo Silva (1997), a seleção dos símbolos significativos da linguagem do recém-nascido, tais como choro, sono, frequência das mamadas, entre outros, faz com que a mãe estabeleça seus parâmetros de avaliação em relação à nutrição do bebê e determina como a amamentação será conduzida.

Esses símbolos, por si só, não determinam a decisão pela manutenção da amamentação ou pelo desmame, mas passam também por um processo de valoração descrito pelo modelo teórico “Pesando Riscos e Benefícios” (Silva, 1997, p. 218). Segundo a autora, quando o risco é valorado acima do benefício, há uma tomada de decisão da mulher pelo desmame.

Para o grupo de mulheres entrevistadas, apesar de enxergar a amamentação como a forma mais apropriada para alimentar o bebê, vivenciá-la tornou-se um processo difícil, valorado como risco, em alguns casos para a mãe, em outros para a criança. Este dado é corroborado pelos resultados revelados e categorizados por Silva (1997) como “Avaliando seus sentimentos” e “Sentindo o filho mal alimentado”, em seu modelo teórico.

*“Querida amamentar só no peito. Só que chegou uma hora que fui ficando acabada. Ele sempre foi muito esfomeado, então o meu leite*

*não sustentava por muito tempo. Eu tinha que dar de mamar de hora em hora. Eu relutei muito, mas chegou uma hora que não agüentei.”* (Fala retirada da entrevista n.º17.)

*“Eu dava só o peito para ela, mas resolvi dar a fórmula<sup>2</sup> porque ela dorme pouco, é de hora em hora. Eu não dormia, eu não tinha disposição para cuidar da minha outra menina.”* (Fala retirada da entrevista n.º4.)

*“Ele rejeitava, não queria pegar o peito. Dava ânsia de vomito, sabe? Ele ficava muito nervoso.”* (Fala retirada da entrevista n.º3.)

Observa-se um aspecto muito significativo na colocação desse grupo de mães quando referem que *“ter que desmamar é uma experiência inesquecível”*, revelando diferentes significados e motivos relacionados com os julgamentos e avaliações que fazem do processo de amamentação e ainda com situações de seu contexto de vida.

Suas interpretações a respeito do comportamento da criança durante o processo da amamentação, ou seja, o choro do bebê, a frequência das mamadas, o cansaço materno, a volta ao trabalho acabam por definir, na concepção dessas mulheres, o desmame como inevitável. Desta forma justificam-se, com os elementos reais vivenciados durante a amamentação, indicando necessitarem se isentar de uma suposta culpa pelo desmame.

*“Como eu precisava voltar a trabalhar comecei a oferecer a ‘fórmula’ na mamadeira. Eu tinha leite, mas não aquele tanto pra eu tirar e congelar. Então achei melhor parar de amamentar e dar só ‘fórmula’ porque se ele pegasse o peito ele não pegava a mamadeira.”* (Fala retirada da entrevista n.º 14.)

---

<sup>2</sup> Neste trabalho, foi adotada a palavra ‘fórmula’ para designar as diferentes marcas comerciais de fórmulas infantis indicadas para lactentes como substitutos do leite materno, fabricadas por empresa líder de mercado neste segmento, quando mencionadas pelas mães entrevistadas.

*“Eu tava me sentindo muito mal com o problema da cesárea, além disso, fiquei com medo porque estava tomando muito antibiótico. Não consegui dar, o leite foi embora. Eu insisti. Fiquei muito triste, mas tive que dar a ‘fórmula’. Infelizmente não pude fazer nada. Foi difícil.” (Fala retirada da entrevista n.º 15.)*

Mesmo que as justificativas sejam legítimas e reais, para essas mães, tal decisão não deixa de ser sentida como um processo pessoal, culposo, solitário e simbólico. A experiência do desmame foi vivenciada por essas mulheres como um momento difícil, emocionalmente doloroso, causando tristeza. Deixar o bebê “*largado*” assume um significado de abandono do próprio filho. Achados semelhantes foram descritos por Silva (2005) que revela a vivência de um conflito e sentimento de culpa e angústia, por ocasião do desmame.

A dimensão afetiva da amamentação é demonstrada também em estudo sobre o significado das práticas alimentares para mães de criança sob risco nutricional que se referiram à fase do desmame como um momento de “separação definitiva” (Rotenberg, De Vargas, 2004, p. 89).

Conforme apreende-se do discurso, com o desmame, essas mulheres sentem que o filho “*não é só da gente, parece que você vai dar espaço para os outros cuidarem*”, significando um distanciamento da criança em relação a mãe. Desmamar o bebê permitirá a criação de um ‘espaço’ entre ela e a criança, a ser preenchido por outros cuidadores.

O significado dessa fala remete a um ressentimento causado pela sensação de que a partir de agora não só a mãe poderá alimentar, cuidar, dar colo à criança. Esta dificuldade em aceitar que outras pessoas poderão cuidar de seu filho gera um sentimento de ‘ciúme’ na mãe que, apesar de julgar necessário e irrevogável o desmame, vivencia uma ambigüidade de sentimentos. Segundo Silva (2005), a experiência de separação entre a mãe

e o bebê, sentida por ocasião do desmame, provoca na mulher não só a culpa, mas a sensação de perda simbólica do filho.

Além deste sentimento, outros conflitos são vivenciados pelas mães entrevistadas a partir da decisão do desmame. Elas demonstram também a necessidade de ajustes da alimentação da criança, adotados segundo elementos do seu entorno, como revelado a seguir.

### **3.3.1.2 Ajustando a alimentação da criança**

*“Eu perguntei para o médico se podia trocar a ‘fórmula’, porque é muito caro. Custa dez reais uma lata para dois dias. Às vezes ele toma só um pouquinho e eu tenho que jogar fora a mamadeira inteira. É muito desperdício. Cheguei a usar uma outra ‘fórmula’, mas ressecava demais o intestino dele e também era caro. Aí, o pediatra falou que o ideal era manter a ‘fórmula’. Eu fui sincera, não estou podendo comprar e não posso deixar meu filho sem o leite. Por isso comecei a dar leite de vaca integral, só que fez mal. A médica falou que deu alergia. Ele tinha muita tosse. Então ela (a médica) trocou pelo leite de soja, mas também fez mal. Agora passou o leite de cabra. Estou dando o leite de cabra que compro no sítio, pelo menos eu ouço falar que é melhor. Está difícil, vamos ver como fica.”*

A partir da decisão do desmame, essas mulheres revelam conflitos vivenciados na adaptação da criança a outros tipos de leite, a fim de substituir o leite materno.

O Ministério da Saúde recomenda como opção segura à amamentação o leite materno pasteurizado da própria mãe ou doadora. Considerando as limitações estruturais dos bancos de leite, geralmente instalados em hospitais, com prioridade para atender à demanda do serviço, recomenda como opção, por ordem de preferência, a fórmula infantil, o leite integral em pó, o leite integral fluido e o leite integral UHT, modificados no

domicílio (Araújo et al., 2004, Brasil, 2002, 2006). Segundo as mães entrevistadas, nas diferentes situações em que não foi possível manter o aleitamento materno, todas as crianças desmamadas receberam como indicação para substituir o leite materno, a fórmula artificial.

Em que pesem às dificuldades das famílias em arcar com o custo da fórmula artificial, as mães relatam vivenciar um conflito diante da constatação de que o alimento indicado como substituto do leite materno não era acessível e sustentável. Este conflito se reflete na fala desse grupo de mulheres quando revelam “*não estou podendo comprar e não posso deixar meu filho sem o leite*”.

Estudo realizado em Brasília (DF) demonstrou que o custo envolvido na manutenção de um lactente, durante seis meses, alimentado exclusivamente com fórmula artificial, corresponde, em média, a 35% do salário mínimo acumulado em seis meses e o equivalente a 11% do salário mínimo, para alimentar o mesmo bebê com o leite de vaca fluido, tipo C. As autoras ainda chamam a atenção para o fato de que, neste custo, não estão embutidos os gastos adicionais com mamadeiras, bicos, água, energia elétrica e ou gás, necessários para a adequada higiene dos utensílios e diluição do produto. Nem mesmo os possíveis gastos com medicações, despesas médicas ou de transporte e tempo para deslocamento até os serviços de saúde, em casos de intercorrências com a criança (Araújo et al., 2004).

Segundo estudo que estimou e comparou os custos de diferentes alternativas de alimentação para lactentes, alimentar a criança com leite materno e alimento complementar da família representou um gasto de 12,8% do salário mínimo mensal. Em contrapartida, alimentar a criança com fórmula artificial, leite de vaca fluido ou leite de vaca em pó, a partir do primeiro mês de vida, com posterior introdução de alimentos da família, corresponde a um gasto de 42%, 21,7% e 22% do salário-mínimo mensal, respectivamente. O uso de fórmula infantil representa custo 3,3 vezes maior

e o uso do leite de vaca 1,7 vezes maior do que o valor gasto para manter o aleitamento materno e alimentação complementar com alimentos da família, demonstrando que a recomendação de utilização da fórmula infantil não pode ser adotada pela maior parte da população brasileira, devido às suas limitações de renda (Barbosa *et al.*, 2007).

O alto custo das fórmulas artificiais, em relação às condições financeiras dessas famílias levou as mães a valorarem o seu uso como risco, isto é, como uma 'ameaça' ou um 'prejuízo' para a família. Sendo assim, buscaram ajustar a necessidade de alimentar o bebê às condições financeiras da família, modificando a alimentação da criança.

Movimento semelhante a este foi descrito por Silva (1997) quando descreve que a mulher define suas ações, em relação ao curso da amamentação, de acordo com suas prioridades e ou com as que identifica para o conjunto familiar.

Somado aos custos financeiros, verificam-se os supostos riscos à saúde da criança, como a obstipação intestinal e os problemas respiratórios. Sendo assim, conforme relatos das mães entrevistadas, inicia-se uma 'peregrinação' em busca de um leite que possa substituir o leite materno com o mínimo de prejuízo para a criança, segundo a percepção materna.

Vários estudos demonstram que a alimentação precoce com leite de vaca pode aumentar o risco de desenvolver alergia ou intolerância alimentar (Aguirre *et al.*, 2002; Vieira *et al.*, 2004).

Segundo Carvalho Junior (2000), a alergia ao leite de vaca tem importância inquestionável na prática pediátrica. Sua investigação sobre diagnóstico de alergia ao leite de vaca e sintomatologia respiratória em crianças desmamadas precocemente e que receberam leite de vaca como substituto do leite materno demonstrou que todas as crianças apresentaram o acometimento do aparelho respiratório (alto ou baixo).

Na hipótese de inviabilidade da amamentação, a literatura nos remete à indicação das fórmulas hipoalergênicas como substituto mais seguro para o leite materno (Zeiger, 2003; Cortez *et al.*, 2007). Essas fórmulas não foram citadas pelas mães do presente trabalho como alternativa para alimentar a criança, no entanto, seriam inviáveis, já que chegam a custar pelo menos 10 vezes mais que as fórmulas artificiais comumente utilizadas.

Mesmo com toda a controvérsia acerca da potencial alergenicidade do leite de soja, este ainda tem sido indicado como substituto do leite de vaca em casos de alergias ou intolerâncias alimentares por apresentar baixo custo, fácil acesso e sabor palatável (Carvalho Junior, 2000).

Questões relativas à obstipação intestinal associada ao uso de fórmula artificial revelaram-se importantes, aparecendo espontaneamente na fala das mulheres entrevistadas.

*“Ele começou mamando no peito, daí com 20 dias começou usar ‘fórmula’. Ele mamava a maior parte do tempo no peito, mas à noite, principalmente, eu precisava dar a mamadeira. Com a ‘fórmula’ ele ressecou, aí tive que passar para outra ‘fórmula’, que é o qual ele toma até hoje.” (Fala retirada da entrevista n.º 17.)*

*“Eu amamentei até os cinco meses só no peito. Como eu precisava trabalhar, comecei com a ‘fórmula’ até os 6 meses. No começo deu uma ressecada, aí eu cozinhava ameixa na água pra depois misturar o leite.” (Fala retirada da entrevista n.º 14.)*

*“Quando ele nasceu ele mamava no peito, aí, com uns 15 dias eu comecei a oferecer ‘fórmula’ pra ele. Aí, o intestino dele prendeu e eu tive que parar e continuar dando o peito.” (Fala retirada da entrevista n.º 7.)*

Segundo a literatura, lactentes no primeiro semestre de vida apresentam risco 4,5 vezes maior de obstipação intestinal em aleitamento artificial quando comparadas às crianças em aleitamento natural predominante (Aguirre *et al.*, 2002).

Portanto, essas mulheres sentiram a necessidade de buscar estratégias que pudessem ajustar a alimentação aos **seus** parâmetros de bem-estar da criança. Assim, valorando o uso de determinado leite (não materno) como **risco para a saúde da criança**, definiram as mudanças retomando a amamentação, mudando o tipo de leite ou introduzindo outros líquidos, como é o caso da água de ameixa, buscando evidências concretas de que o bebê estava bem.

Pode-se apreender que da mesma forma que as mães utilizam determinados aspectos do bem-estar da criança, para avaliar o processo da amamentação, isto é, o ganho de peso, a saciedade após a mamada, seguida de sono tranquilo, entre outros, elas continuam avaliando o bem-estar de seus filhos após a introdução dos alimentos complementares.

Essas discussões demonstram que as mães realizam um movimento de avaliação e interpretação das situações as quais enfrenta, buscando ajustar a alimentação do filho às necessidades de ambos, família e criança. Este processo revela que o modelo “Pesando Riscos e Benefícios” pode ser aplicado não só como explicativo do processo da amamentação, mas também durante a fase de introdução dos alimentos complementares.

O discurso a seguir nos fornece mais indicativos sobre como as mães entrevistadas elaboram e constroem os significados da alimentação para o filho.

### **3.3.1.3 Dar comida é ser mãe de outro jeito**

*“Eu sempre quis ser mãe e achava que amamentar fosse mais fácil, que eu iria conseguir. Eu sentia falta de dar o peito para ele, mas daí eu descobri outras coisas como dormir junto, cantar, fazer carinho e dar comida. Para mim foi muito importante começar a dar comida porque a gente fica mais próxima deles. É todo engraçadinho, muito divertido, eu gostei. Começa a brincar e não quer mais comer e você tem que conversar com ele, fazer aviãozinho, fazer de conta que você está comendo também. Como os alimentos são coloridos ele quer comer sozinho, faz uma lameira, suja a mão, a boca, dá risada. Acho que é o começo de uma independência da criança, comer comida, sentar com a gente para fazer a refeição todo mundo junto. Curti cada coisa nova que eu dei para ele. E eles vão comendo tudo que você coloca no prato, desde que você vá estimulando. Então eu descobri que não precisa dar o peito, ele está no meu colo. É uma outra forma de comunicação.”*

Para este grupo de mulheres, a amamentação aparece vinculada ao desejo de ser mãe. No entanto, diante das dificuldades vivenciadas neste processo, o desmame gera um forte sentimento de frustração. De fato, a literatura nos mostra que, simbolicamente, o ato de amamentar reafirma o dever e a responsabilidade moral maternos, revelando-se “condição emblemática para ser uma boa mãe” (Nakano, 2003, p. 358).

Vários trabalhos demonstram que o significado da amamentação para a mulher está vinculado à idéia de alimento, mas também de afeto e proteção para o bebê.

Segundo Romanelli (2006), a dimensão afetiva da alimentação não se esgota na fase da amamentação, mas perdura culturalmente revelando um significado de relação com o outro.

Entretanto, esta pesquisa revelou um aspecto bastante interessante em relação aos sentimentos maternos quanto à alimentação do filho. A

expectativa das mulheres em relação à amamentação, vinculada à idéia de apego, de aconchego, de carinho, de vínculo, também é vivenciada por meio da introdução de alimentos. É neste sentido que, para as mulheres que desmamaram precocemente, a introdução de alimentos se revela como uma experiência gratificante e uma outra forma de ser mãe.

Mulheres que vivenciaram o desmame precoce relataram, em outro estudo qualitativo, que ser mãe não é sinônimo de amamentar, mas tem um sentido mais amplo, “ser mãe não é ser mãe de peito, é ser mãe, mãe, uma coisa totalmente diferente” (Dornaus, 2005, p. 78).

As dificuldades, inseguranças e tristezas vivenciadas até o momento da introdução de alimentos da família dão lugar à alegria, havendo um resgate do prazer em alimentar a criança. Elementos como a brincadeira, o riso, o desejo de tocar o alimento e levá-lo à boca, ou seja, a interação da criança com o alimento durante a refeição são utilizados pela mãe para avaliar a alimentação de seu filho, da mesma forma que as mulheres qualificam a saciedade, o sono, a frequência de mamadas, entre outros, no processo de amamentação.

Segundo o modelo “Pesando Riscos e Benefícios”, as mães observam o comportamento da criança e interpretam as manifestações relativas à alimentação, para então avaliar o estado da criança, seu crescimento e desenvolvimento, determinando o curso da amamentação. Portanto, verifica-se que o comportamento da criança, durante a refeição também é utilizado pelas mulheres deste estudo, para avaliar o curso da alimentação complementar, reforçando a indicação do referido modelo teórico como explicativo para esta fase da vida da criança.

Sendo assim, a interação da criança com o alimento, no momento da refeição, revela-se como um dos elementos que compõe a construção do significado materno de que a criança está gostando e aceitando bem a comida. Este significado leva a mãe a valorar a alimentação oferecida como

benefício para a criança, auxiliando-a a definir pela manutenção da conduta adotada.

A experiência de alimentar a criança de forma alegre e interativa é também representada pela mãe como uma nova possibilidade de comunicação com o filho. Uma chance de resgatar o vínculo, simbolicamente, interrompido ou negativamente influenciado, pelas dificuldades com a amamentação.

Segundo Moscovici (2005), nossas percepções e idéias são respostas ao ambiente físico em que vivemos de forma a reproduzir o mundo de maneira significativa.

O discurso “Ajustando a alimentação da criança” revela um contexto conflituoso sobre a introdução de leite não materno. A mãe vivencia dificuldades e busca adequar a alimentação da criança de acordo com critérios pessoais de julgamento do seu bem-estar e das condições estruturais da família.

Por outro lado, essas mães revelam uma dimensão de contentamento em poder alimentar a criança com comida de panela. Esta fase da vida da criança a libera do fardo de ser a única fonte de nutrientes para o filho. É um ponto de equilíbrio para a mãe, em que a aceitação dos alimentos pela criança, seu crescimento e desenvolvimento, de certa forma, as redimem da culpa pelo desmame, reafirmando a sua capacidade de ser provedora de cuidados para o filho.

Oferecer outros alimentos é representado pelas mães entrevistadas como uma forma de proximidade com o filho e, independentemente da amamentação, ela poderá manter outras formas de interação e vínculo. Verifica-se que a necessidade de estímulo que a criança requer, de brincadeira, enfim, de interação no momento da refeição, emerge com o significado de ‘dar colo’ ao seu filho, não necessitando, obrigatoriamente,

para isso oferecer o peito. Por meio da refeição este contato pode ocorrer, mesmo que simbolicamente. Da mesma forma Dornaus (2005) revela que as mulheres que vivenciaram o desmame precoce qualificam o papel materno para além do processo da amamentação e procuram outras formas de cuidado para manter-se presente.

A alimentação da criança continua a depender da mãe, porém agora de uma outra forma. Por meio da escolha do cardápio e de um preparo cuidadoso das receitas, a mulher retoma um lugar importante, fazendo-a sentir-se mãe de um outro jeito. O desmame, na visão destas mulheres, não determina necessariamente uma interrupção da maternagem. Pelo contrário, ela continua “sendo mãe” por meio de uma outra forma de comunicação.

#### **3.3.1.4 Comida é mais ‘forte’ do que leite**

*“Eu não via a hora de ver minha filha comer. Ficar só na mamadeira, é mais fraco, não tem todas as vitaminas. Eu sempre fui a favor, porque quero ver a minha filha crescer forte. É mais trabalhoso, mas é bem mais gostoso você ver a criança comer arroz e feijão, sustenta muito mais, eu percebi que ela ficou mais saciada. Ali tem todos os nutrientes necessários. Parece que a gente se sente mais aliviada, porque agora não vai sentir fome, vai suprir o leite materno que não mamou, não vai sentir falta do peito, vai ficar esperta, mais saudável, vai ficar bem. Representa o crescimento da criança, que ela está mudando de fase, uma evolução. Para falar a verdade, também acho que representa liberdade para a mãe. Hoje, se eu der um prato de papinha na mão do meu marido ele vai poder alimentar nossa filha também. Eu adorei essa transição para a papa, foi uma maravilha.”*

Outros leites, utilizados como substitutos do leite materno, foram uma alternativa necessária para alimentar a criança, visto que o desmame precoce, na concepção dessas mulheres, foi inevitável. Entretanto, a opção

pelo desmame esteve permeada de conflitos e dificuldades, conforme revelado pelo “Ajustando a alimentação da criança”.

Por outro lado, a introdução dos alimentos da família é vivenciada com entusiasmo sob a crença de que agora a mãe poderá suprir a falta do leite materno e poderá complementar o leite não materno, ofertado por meio da mamadeira, oferecendo um alimento que satisfará as necessidades do bebê por completo.

Nesse discurso apreende-se que as mulheres, de alguma forma, consideram a importância da amamentação e do leite materno quando referem que a comida “*vai suprir o leite materno que não mamou*” e que a criança “*não vai sentir falta do peito*”. Contudo, a comida é representada, por elas, como mais forte e nutritiva e com isso é capaz de substituir a amamentação, em sua dimensão nutricional e, também, substituir o ato de levar o bebê ao seio, ou seja, sua dimensão afetiva. Esta última foi discutida no “Dar comida é ser mãe de outro jeito”, em que a introdução dos alimentos da família é representada como uma nova forma de vínculo e proximidade.

O sentimento de alívio relatado pelas mães, quando se referem à introdução de alimentos da família, está vinculado à garantia de que, a partir de agora, o alimento estará disponível e ela terá condições de atender às necessidades da criança, especialmente a fome. Apreende-se desta percepção materna que alimentar a criança significa ofertar os nutrientes necessários para atender às necessidades nutricionais, garantindo-lhe saciedade, crescimento e desenvolvimento.

Diante das opções de alimentos passíveis de serem oferecidos aos bebês, como o leite materno, o leite não materno e os alimentos em geral, as mães buscam, em seu universo de conhecimento e em seu cotidiano, elementos que as auxiliem na escolha daquele que melhor atenderá às necessidades do filho.

Sendo assim, o leite materno pode ser entendido, por essas mulheres, como um alimento importante e benéfico, mas por estar vinculado a um processo de produção mediado por processos fisiológicos e hormonais que, na maioria das vezes, não são bem compreendidos, torna-o um alimento “desconhecido e abstrato”. A produção deste alimento depende dela e de seu corpo, a mãe não pode ver seu leite sendo produzido nem mesmo ejetado, ela desconhece se sua composição e quantidade estão adequadas às necessidades do filho e ao mesmo tempo não faz uso deste alimento em seu cotidiano, reforçando a dimensão abstrata da amamentação.

O leite não materno, apesar de concreto e palpável, figurativamente pode ser considerado como um alimento que oferece menos saciedade quando comparado ao prato de comida. No contexto da sua alimentação, a mãe experimenta a sensação de saciedade causada pelo consumo de um copo de leite e de um prato de comida, o que pode contribuir para o reforço da idéia de que o último satisfaz melhor a fome.

Paralelamente, o alimento da família ou a comida de panela são opções conhecidas e concretas, que geram segurança de que a criança terá suas necessidades básicas saciadas. A mãe se utiliza destes mesmos alimentos e sente em seu próprio corpo a saciedade causada por eles, além de possuir domínio sobre o preparo da refeição; ainda, ela pode dominar também a quantidade e tipo de alimento oferecido, aumentando ou diminuindo a carne, o arroz, o legume, o feijão, de acordo com aquilo que acredita ser mais importante para a criança naquela refeição. A comida, portanto, é algo familiar, isto é, próximo, conhecido, pertencente ao universo consensual.

“A finalidade das representações é tornar familiar, algo não familiar” Moscovici (2005, p. 54). Portanto, as mães buscam transformar as idéias abstratas sobre a alimentação do filho em elementos concretos de sua realidade, que permitam uma ordenação lógica para suas ações, emergindo

a representação da comida como alimento mais forte e nutritivo do que o leite e, conseqüentemente mais adequados para possibilitar que o filho cresça forte, saudável e esperto.

Apreende-se desse discurso que as mães entrevistadas ancoram sua percepção em relação à comida caseira, por meio do valor atribuído à alimentação cotidiana simbolizada, no discurso, pelo 'arroz e feijão'.

Na dinâmica da introdução de alimentos o 'arroz e feijão' são representados como alimentos 'que sustentam muito mais' e dão saciedade. Esta dupla de alimentos é percebida como a comida do dia-a-dia presente em todas as mesas, "um prato que unifica o Brasil" (Maciel, 2005, p. 51), simbolizando a aprendizagem do 'comer de verdade' e a integração da criança num processo de socialização.

A cada etapa de vida da criança são impostos ritmos cotidianos às refeições, que precisam ser adaptados, para que a alimentação ofereça o que aquele ciclo da vida impõe. Considerando a 'dimensão de temporalidade' da comida, há um dado momento, estabelecido socialmente, em que a criança deve 'evoluir' de uma alimentação característica dos bebês para um novo ciclo temporal, o da alimentação da criança, de adolescente e assim sucessivamente (Poulain, 2006).

Diante dessa perspectiva, o leite é entendido como alimento importante até determinado momento da vida do bebê, a partir dali é necessário que a criança comece a receber os alimentos pertencentes aos hábitos da família. Esta sucessão de etapas se faz por "iniciações ou ritos de passagem", como refere Poulain (2006, p. 258), o que pode explicar a importância da introdução dos primeiros alimentos traduzida, na fala das entrevistadas, em expressões como "*não via a hora da minha filha comer*", "*representa o crescimento da criança, que ela está mudando de fase, uma evolução*".

Outro aspecto interessante revelado pelas mães nesse discurso é a sensação de liberdade sentida após a introdução dos alimentos complementares. Neste cenário, a família passa a ter um papel preponderante possibilitando a divisão de tarefas com a mulher. Esta não precisará mais se responsabilizar sozinha pela alimentação da criança, mas pode delegar à família a tarefa de ajudá-la, tanto no preparo como na oferta da comida.

Este 'espaço' criado, a partir do momento em que a criança não é mais exclusivamente amamentada, é sentido de maneira dicotômica. Se por um lado a ajuda da família, ou outro cuidador, é sentida como uma liberdade, ou seja, como um fator positivo, em que os cuidados com a criança e sua alimentação poderão agora ser divididos com outras pessoas, por outro, como discutido no "Sentindo falta de amamentar", ele pode assumir um significado negativo, de 'perda simbólica do filho' para outros cuidadores.

### **3.3.2 "Tomando posição ante a alimentação da criança"**

Os quatro discursos apresentados a seguir versam sobre como as mulheres se sentem diante da tomada de decisão sobre a alimentação da criança, suas necessidades, direcionamentos e em quem se apóiam para decidir o que, como e quando introduzir a alimentação complementar. São refletidos os papéis da família e do profissional da saúde e como suas orientações e apoio se inserem no contexto de vida da mulher.

As mulheres participantes desta pesquisa demonstraram buscar em suas experiências anteriores de cuidado com crianças elementos para julgar a efetividade de suas condutas e com isso sentem-se seguras para definir quando e quais os alimentos serão introduzidos.

No entanto, em certos momentos, revelaram insegurança em definirem sozinhas as escolhas alimentares, sentindo necessidade de ajuda familiar e profissional.

O grupo de mulheres participantes desta pesquisa é formado por primíparas e múltiparas não se apoiando, portanto, neste fato, o sentimento de segurança ou insegurança em relação à alimentação do filho. Não foi possível identificar, por meio dos dados levantados, que elementos do contexto de vida dessas mulheres, de fato, estão implicados nesta maneira de enxergar a alimentação da criança. Entretanto, as manifestações de comportamento da criança diante da comida, bem como a falta de ajuda prática e orientação, parecem compor a definição deste sentimento.

Os elementos do comportamento da criança, observados pelas mães entrevistadas, são utilizados para julgar e interpretar o bem-estar do filho, em relação à alimentação oferecida. Da mesma forma como as mães identificam indicadores de comportamento do bebê durante a fase da amamentação, elas se utilizam também de indicadores em relação à alimentação complementar, tais como seguir a comida com os olhos, abrir a boca diante de um alimento, tentar tocá-lo, indicando boa aceitação ou náusea, choro, vômito, indicando que a criança não está gostando do alimento.

Tais dados reforçam a expansão do modelo “Pesando Riscos e Benefícios” como auxiliar para a compreensão do significado da alimentação complementar da criança, para sua mãe.

Percebe-se que, mesmo diante da necessidade de ajuda e orientação verbalizadas pelas mães, tanto do profissional de saúde como da família, determinado alimento só continuará sendo ofertado se a mãe avaliá-los como benéficos, ou seja, se a criança demonstrar bem-estar e satisfação em recebê-los.

### **3.3.2.1 O médico dá uma direção**

*“A presença do pediatra é importante. Eu precisava de uma direção queria perguntar principalmente o que podia e o que não podia dar. Em casa você sempre tem uma dica de uma vizinha ou da avó. Mas você tem que avaliar se aquilo não vai fazer mal, por isso que a pediatra dá uma direção. O que caiu do céu foi que a médica deu uma folhinha de orientação com várias opções e eu podia escolher dois componentes para fazer a comida do bebê. Ela orienta para não misturar muitos legumes na mesma preparação, para não dar sempre o mesmo alimento, para não cozinhar a comida para a semana inteira, fazer sempre uma comida fresca para não ter perigo de estragar, azedar e para usar sempre uma folha e uma carne. Para mim foi bastante importante E eu sempre pude ligar se tivesse alguma dúvida ou dificuldade.”*

Para as mulheres entrevistadas, o pediatra direciona a introdução de alimentos da família, principalmente no aspecto de quais alimentos podem ou não ser oferecidos. Dessa forma, pode-se notar que o papel do profissional, na visão da mãe, é orientá-la sobre ‘o que’ oferecer para a criança, no início da alimentação complementar.

As informações do médico oferecem respaldo científico para as escolhas das mães. O pediatra dá as diretrizes sobre a alimentação da criança, indica um caminho a seguir, validando ou não, as informações potencialmente positivas ou negativas do senso comum, obtidas no contexto familiar e no entorno social.

Esta percepção das mulheres encontra-se ancorada na História, por meio das questões políticas e econômicas que envolveram a relação mãe e filho ao longo dos tempos.

Até meados do século XIX, o papel da mulher-mãe e o cuidado dispensado ao filho não possuíam uma valorização social. O significado

econômico e político para a vida da criança só se tornou relevante a partir do momento em que o Estado se deu conta da necessidade de reverter os índices de mortalidade infantil, a fim de garantir reposição da força de trabalho (Orlandi, 1985; Souza, Almeida, 2005).

Nesse cenário, inicia-se o Higienismo, segmento da Medicina, cujo eixo central é a saúde e a defesa de novos hábitos higiênicos, valorizando a população como um recurso da nação. Dessa forma, Estado e Medicina se aliam e impõem uma nova direção para a relação mãe e filho. Neste contexto a mãe passa a ser responsabilizada pela saúde da criança sob a égide da Medicina e a alimentação ocupa um papel central de garantia da saúde. (Goldemberg, 1989; Almeida, 1999; Góis Junior, Lovisoló, 2003).

Portanto, a partir desse momento histórico, vários aspectos cotidianos, de cuidados com a criança, passaram a receber prescrição médica, incluindo os cuidados de puericultura e alimentação. A mãe é responsabilizada pela alimentação da criança, desde a amamentação, mas para isso deve seguir as regras e os modelos de comportamento impostos pelos profissionais de saúde. A alimentação passa então para o domínio médico, que por meio da prescrição, recomenda quando e o que a criança deve comer (Orlandi, 1985; Souza, Almeida, 2005).

*“Passei com a pediatra e ela falou que podia começar a dar papa.  
E no livrinho da vacina tá marcado as coisinhas que é pra dar.”  
(Fala retirada da entrevista n. ° 15.)*

Este modelo se institucionalizou e até os dias atuais, como vemos nesse discurso, as mães mantêm o acompanhamento médico da criança desde o seu nascimento, seguindo uma formalidade de raízes higienistas. Formalmente, elas seguem o calendário da puericultura e vacinação, participam das consultas, acompanham o crescimento e desenvolvimento da criança sob orientação médica e recebem as orientações sobre a alimentação do bebê.

*“O doutor que receitou, primeiro a laranja lima com pêra e depois ir introduzindo outras frutas aos poucos, porque eu sigo o que ele fala.” (Fala retirada da entrevista n. ° 17.)*

Não cabe aqui tecer questionamentos sobre a política atual de saúde da criança que, embora mantenha alguns aspectos prescritivos, do ponto de vista da saúde materno infantil, inegavelmente contribuiu para a redução e a prevenção da morbimortalidade infantil, assim como para o aumento das taxas de amamentação no Brasil.

O que interessa refletir diz respeito à abordagem do profissional de saúde que, apesar do embasamento científico, precisa conhecer os limites de sua atuação, sem desconsiderar as questões socioculturais que envolvem o processo de alimentação, especificamente da alimentação infantil.

É necessário reconhecer que, mesmo considerando importante o respaldo médico, o contexto social e o universo consensual das mães entrevistadas ainda se configuram como elementos centrais no processo de alimentar a criança.

Estes elementos são tão significativos neste contexto que o próprio profissional de saúde, em estudo publicado por Silva (2001), reconhece a participação ativa e influente dos familiares e das subjetividades do contexto social da mulher, no processo de amamentação, admitindo que a vivência da nutriz é uma experiência sob inúmeras pressões.

Segundo Jodelet (1988), os sujeitos compreendem e interpretam de maneira diferente a situação em que se encontram e não se comportam de maneira similar diante de um ‘procedimento’. Sua adesão à determinada idéia é maior quando sua representação concorda com o que está posto e menor quando não concorda com ele.

À luz desse conhecimento demonstra-se, pelo próximo discurso, que a mãe não acata as orientações médicas sem antes filtrá-las de acordo com as suas representações.

### **3.3.2.2 *Eu faço do meu jeito***

*“Eu faço do meu jeito, sou superconfiante e não acho um bicho de sete cabeças. Não tive ajuda de ninguém, sou eu e Deus. Essa gente é muito melancólica, a gente tem que se virar. Vai ficar pedindo socorro? Acho que muita bajulação estressa, irrita. Não gosto que fique dando muito palpite. Eu faço o que eu acho que é bom para o meu filho, não o que todo mundo fala para eu fazer. Uso a minha experiência, porque já cuidei muito de criança. Os outros falam: isso faz mal, não pode dar isso, não pode dar aquilo, liga para a médica. Que liga pra médica! Ela falava para mim, mês que vem você vai começar com tal coisa, só que ela (a filha) já estava comendo fazia tempo. É natural da vida, está com fome você dá comida. Quando você está comendo perto dela parece que come com os olhinhos, abre a boca, fica com vontade. Então, se vejo que não vai fazer mal eu dou e espero para ver se ela vai ter uma reação, uma dorzinha de barriga, alguma cólica. Mas ela manda ver.”*

A mãe constrói, com seu filho, hábitos alimentares que refletem a identidade cultural do seu grupo familiar, isto é, a alimentação da criança precisa ser socialmente aceita e possível dentro deste grupo, desta forma ela desenvolverá o gosto pela ‘sua’ cultura, interiorizando valores e regras presentes naquela família (Poulain, Proença, 2003).

Ela não permitirá que este momento de importante aprendizado e inclusão da criança ao seu grupo de pertencimento seja influenciado por outros grupos, como o são os profissionais de saúde, com suas lógicas e saberes científicos. “O que é colocado no prato serve para nutrir o corpo,

mas também sinaliza um pertencimento, servindo como um código de reconhecimento social” (Maciel, 2005, p. 54).

Retomando a idéia do modelo higienista, a fala das mulheres entrevistadas, presente nesse discurso, parece apontar para uma reversão do processo. As mulheres tomam para si o domínio do cuidado e sentem-se, com base em suas experiências e de familiares, aptas a garantir o desenvolvimento saudável de seus filhos.

A autonomia das mães, sobre as decisões acerca da alimentação do filho, demonstra que a experiência de cuidar e alimentar outras crianças sustenta suas ações. Portanto, com base nestas vivências, a mãe sente-se segura para tomar as iniciativas.

Embora o acompanhamento médico formal e suas orientações sejam acatados e aceitos pelas mulheres, como um direcionador de práticas relativas à alimentação da criança, não são um fator determinante para as escolhas alimentares das mães entrevistadas, para seu filho. Elas já têm estabelecido os seus critérios sobre o que é, ou não, importante para a alimentação da criança. Elas são capazes inclusive de repetir as informações obtidas no contexto médico, mas buscam autonomia de cuidado, prevalecendo os elementos do seu contexto social e familiar.

A fim de embasar suas decisões, as mães entrevistadas elaboram um mecanismo de julgamento, a cada alimento introduzido, num movimento de avaliação e endosso de suas práticas. O principal elemento de julgamento identificado neste discurso é a observação das reações físicas da criança, como lê-se em *“espero para ver se ela vai ter uma reação, uma dorzinha de barriga, alguma cólica”*. Tomando-se por base o que observam nas reações da criança, após receber um determinado alimento, essas mulheres realizam sua interpretação, mediante instrumentos do senso comum e definem o que é ou não adequado para o filho. Dessa forma sentem-se seguras e

confiantes para continuar seguindo suas próprias percepções em relação à alimentação da criança.

Portanto, se a mãe identifica sinais de que a criança não está sendo alimentada de forma adequada, imediatamente reavalia sua prática, gerando novas ações para solucionar o problema identificado (Silva, 1997).

Por meio de avaliação contínua, as mães reelaboram suas atitudes e alteram seu comportamento, reformulando o curso previamente estabelecido da amamentação (Silva, 1997), o que pode ser notado também quanto à introdução da alimentação complementar.

Dessa forma pode-se inferir que o movimento de avaliação e julgamento, assim como a reelaboração das ações relativas à alimentação complementar da criança, segue a mesma lógica da amamentação descrita pelo modelo teórico “Pesando Riscos e Benefícios”.

Entretanto, a depender do contexto vivido, as mulheres podem sentir-se inseguras para tomar decisões sozinhas, como se observa no discurso seguinte.

### **3.3.2.3 Sempre ‘bate’ a insegurança**

*“Eu falei: - seja o que Deus quiser! Para mim foi muito difícil, porque eu não sabia como fazia. A gente tem medo de a criança ficar só no peito até 6 meses e não aceitar a comida depois, de ter alguma reação alérgica, de rejeitar a comida. Ele não conseguia engolir, engasgava, vomitava, chorava. Eu ficava assustada. Eu estava sozinha, sem a família por perto, a papa ficou uma gororoba. A pediatra não passou uma orientação de como fazer com a alimentação. A gente fica perdida, não sabe se está fazendo a coisa certa, se o que você está dando é o que tem que dar mesmo. A insegurança sempre bate.”*

A depender da avaliação materna a respeito dos efeitos da alimentação para filho, o momento de introdução de alimentos pode representar um período difícil, uma fase de insegurança e medo, agravados pela incerteza sobre as condutas adotadas e pela carência de informação sobre alimentação infantil.

Vale lembrar que o grupo de mulheres participantes da pesquisa foi composto por primíparas e múltiparas. Para este último a experiência anterior de cuidado com criança não garantiu segurança nas decisões, demonstrando que a mulher pode sentir o processo de alimentação de cada filho como uma nova e única vivência.

*“Sempre falo que parece que tô sendo mãe de primeira viagem. Porque um filho é diferente do outro. O que um aceita o outro não. A insegurança é a mesma, as dúvidas são as mesmas.”  
(Fala retirada da entrevista n. °6.)*

Retomando a discussão sobre a mãe atribuir significado em termos de risco ou benefício em relação à alimentação do filho, percebe-se neste discurso a presença de indicadores de bem-estar da criança, utilizados pela mãe para avaliar se a alimentação está adequada ou não.

Em tal caso, apreende-se que elementos, como o choro, o engasgo e o vômito reforçam o sentimento de insegurança das mães entrevistadas, indicando que algo não vai bem. Simbolicamente essas mães representam o alimento em termos de risco, ou seja, ameaça, prejuízo ou dano à saúde da criança (Silva, 1997).

Outro aspecto revelado pelas mulheres que compuseram este discurso é o receio de que a amamentação exclusiva por seis meses dificulte a aceitação de outros alimentos pela criança, parecendo indicar que esta

preocupação pode ser um dos determinantes para a tomada de decisão materna pela introdução de alimentos ou o desmame precoce.

Diante das dificuldades sentidas, essas mulheres referem maior necessidade de apoio e orientações, sentindo-se solitárias e inseguras para encarar o desafio de alimentar o filho. Reclamam a falta de orientação profissional para direcionar suas ações e a ausência dos familiares para oferecer ajuda prática no preparo dos alimentos.

#### **3.3.2.4 A família é que dá apoio**

*“Realmente, a ajuda da família é importante. Você ter apoio para tirar uma dúvida ou alguém para ficar com ele um pouco, para você aprender a fazer as coisas, como fazer o temperinho, o tanto de sal, o tanto de óleo, é mais fácil. É importante ter orientação de uma pessoa que entende. A gente aprende com a mãe, com a sogra, principalmente quando é o primeiro filho. Eu ligo muito também para a minha cunhada para perguntar o que ela dava para a minha sobrinha quando tinha a mesma idade do meu filho. Elas me ajudaram e muito a escolher os alimentos, a fazer a comidinha. Se eu não tivesse elas por perto, não tenho nem idéia o que eu ia fazer. Ia ficar perdida, teria que me virar e ver o que ia acontecer. A médica me deu uma folhinha de orientação, mas não é a mesma coisa. Uma pessoa de casa é diferente. Você tem mais liberdade para falar. O apoio delas é muito bom.”*

As relações sociais entre familiares são mediadoras entre indivíduo e o meio social em que está inserido, influenciando em grande medida o comportamento, a depender da estrutura e dos sistemas de valores e normas veiculados (Gerhardt, 2003).

Para as mulheres que compuseram esse discurso, o apoio familiar foi sentido como um suporte importante no início da introdução de alimentos

complementares. Percebe-se que essas mães recorrem aos familiares para aprender a preparar a refeição da criança ou mesmo para que estes as ajudem no cuidado com a criança enquanto cozinham. A família representa, portanto, uma segurança para as mães, principalmente pela possibilidade de oferecer ajuda prática sobre como preparar a alimentação infantil.

Nesse sentido, as famílias estão mais próximas, ajudam-se em relação aos afazeres domésticos, inclusive no preparo das refeições e na obtenção de alimentos, formando uma rede de apoio mútuo.

Além disso, essas mulheres sentem necessidade de reafirmar suas escolhas, embasadas na experiência de pessoas mais velhas ou que já vivenciaram a introdução de alimentos na prática. Esta experiência, alcançada pela prática do dia-a-dia, compõe o universo consensual de um grupo, gerando nas mães uma sensação de pertencimento, de estar “em casa”, em concordância com aquelas idéias.

Sendo assim, a família pode significar um lugar onde elas encontram apoio para suas crenças e interpretações, onde “estabelecem relações de convivência [...], trocam experiências, acumulam saberes, habilidades, hábitos e costumes, transmitindo concepções e cultura” (Oliveira, Bastos, 2000, p. 97).

Segundo Spink (1993), as pessoas buscam na experiência concreta, no conhecimento prático – o saber do senso comum – uma organização que permita orientarem-se em seu mundo e que possibilite a comunicação entre os seus membros, conseguindo, dessa forma, inserir-se nele e dominá-lo. Por meio das imagens construídas sobre o real, os sujeitos explicam e justificam suas ações (Minayo, 2007).

Com os familiares, a mãe sente-se à vontade para tirar dúvidas, conversar, trocar experiências revelando que, no contexto da introdução de

alimentos, a figura da família pode ser mais importante que a do profissional de saúde.

### **3.3.3 “Fazendo as escolhas alimentares propriamente ditas”**

A escolha dos alimentos e do como, quando e por que comer é estabelecido por meio de signos e significados culturalmente determinados, relacionando-se às representações coletivas, ao imaginário social, às crenças do grupo (Maciel, 2001).

O meio de vida, as histórias pessoais, de familiares e as experiências vividas, de fato, demonstram forte influência nas decisões das mães, facilitando o entendimento de como a cultura articula prescrições, proibições e estabelece distinções entre o que é considerado ‘bom’ ou “ruim” “forte” ou “fraco”, isto é, alimentos elegíveis ou não para serem utilizados como primeiros alimentos da criança (Maciel, 2001, p. 149).

Um dos objetivos do presente trabalho foi identificar os elementos que constituem o processo vivenciado pelas mães para a escolha dos alimentos complementares. Os cinco discursos apresentados a seguir versam sobre estes elementos, buscando evidenciar que critérios ou de que forma as representações maternas determinam o tipo de alimento e o momento da introdução dos alimentos complementares.

#### **3.3.3.1 O importante é ‘comer de tudo’**

*“Não tenho nenhum critério muito rígido e também não sou de ficar seguindo horário regrado. Eu não tenho essa idéia, vou dar esse alimento porque é melhor. É batata, cenoura, mandioquinha, arroz, o básico que sempre tem em casa, o que a gente tem na geladeira. O que eu faço para mim e para o meu marido, ele come também, macarrão, salada de maionese, tudo que é legumes, verdura, fruta.*

*Tudo que eu como, dou para ele experimentar. Porque ele precisa, é bom começar a acostumar.”*

As idéias que compõem esse discurso podem ser articuladas com a discussão apresentada no discurso “Eu faço do meu jeito”, que se refere à autonomia da mãe ante as decisões sobre a alimentação do filho, garantindo a identidade cultural de seu grupo familiar.

Dessa forma, numa mesma atitude de autonomia em relação à prescrição médica, essas mães optam, simbolicamente, por incluir a criança em seu grupo de pertença, por meio da oferta de alimentos disponíveis em casa.

Por meio da refeição da família, as crianças interiorizam regras e valores a respeito da propriedade, do respeito ao outro, da partilha. Seu sistema normativo permite a definição de papéis dentro e fora do contexto familiar, numa clara intenção reguladora e socializadora (Poulain, 2006).

Expressões como “*o básico que sempre tem em casa*”, “*o que tem na geladeira*” e “*o que faço para mim e para o meu marido, ele come também*”, denotam a necessidade de garantir a inclusão da criança aos hábitos da família.

Para que um alimento seja reconhecido como comestível deve ser capaz de ofertar nutrientes que garantam a vida, mas principalmente deve ser aceito e usual dentro de um dado grupo social (Poulain, 2006).

O discurso indica que, para essas mães, a criança não deve ter ‘frescura’ para comer, devendo educar os filhos para que comam todos os pratos que vão à mesa. Segundo Rotenberg e De Vargas (2004) ‘comer de tudo’ simboliza a aceitação dos alimentos cotidianos, ou seja, aqueles que a família pode oferecer.

Portanto, apreende-se desta representação que a introdução de alimentos revela um significado de socialização da criança, ou seja, um rito de passagem progressivo para a alimentação da família. Segundo Poulain (2006, p. 258) “comer traça fronteiras identitárias entre grupos humanos de uma cultura para outra, mas também no interior de uma mesma cultura entre os subconjuntos que a constituem”. E para além da satisfação de necessidades fisiológicas, “os hábitos alimentares assumem um caráter simbólico, cujo significado se dá na trama das relações sociais” (Daniel, Cravo, 2005, p. 61).

Os hábitos alimentares obedecem a códigos não só econômicos ou utilitários (Daniel, Cravo 2005), isto é, o tipo de alimento consumido não é determinado somente pela condição econômica da família nem tão pouco somente pelas necessidades nutricionais que possibilitam o crescimento, desenvolvimento e saúde às crianças, mas principalmente são revestidos de aspectos simbólicos.

Este aspecto pode ser exemplificado por meio da fala de uma das mães do discurso. Determinados alimentos, utilizados pela família, mesmo que reconhecidamente inadequados do ponto de vista nutricional, são incluídos na alimentação da criança e sua adequação é justificada pelo crescimento e desenvolvimento, percebidos pela mãe, como normais.

“O que ela quer experimentar eu dou. A alimentação dela não é lá essas coisas, porque come de tudo, bolo, pastel, mas ela tá aí...forte e saudável.” (Fala retirada da entrevista n.º 9.)

Por meio de mecanismos de julgamento e avaliação, as mães determinam o rumo da alimentação infantil (Silva, 1997). Sendo assim, após o oferecimento de alimentos reconhecidos, cientificamente, como inadequados para crianças pequenas, a mãe observa, qualifica e interpreta as reações da criança, definindo se tais alimentos devem ou não continuar a serem oferecidos ao filho.

O passo 8, apresentado pelo “Guia alimentar para crianças menores de 2 anos”, recomenda que sejam evitados os alimentos industrializados, enlatados, embutidos, que contenham sal em excesso, aditivos e conservantes artificiais, além das frituras, doces, refrigerantes e outras guloseimas, na alimentação da criança pequena (Brasil, 2002).

A dimensão simbólica dos alimentos é enfatizada pelo discurso apresentado a seguir.

### **3.3.3.2 O melhor alimento é o mais fácil de ser aceito pela criança**

*“Eu escolhia os alimentos pelo sabor, o que eu achava mais gostosinho. De tanto conversar com as pessoas, você vai vendo que a preferência dos nenês é a batata e a mandioquinha. E todo nenê gosta, porque realmente é gostosa, é docinha, tem mais fácil aceitação, dá mais sabor. Então, todo dia punha esses e ia diversificando os outros para ele conhecer sabores diferentes. Ele gostou de comida de sal. Eu também dei cenoura, beterraba, maçã e mamão, porque são mais docinhos e têm boa aceitação. Ele amou. Pensei só o caldinho de feijão ele não vai querer, então, eu vou começar a dar feijão com arroz, outro dia ponho uns pedacinhos de batata amassadinha, ele vai gostar. Depois eu comecei a ver que a minha comida (da família) ele comia melhor. Então eu comecei a incrementar mais a papinha, colocava de tudo o que eu tinha ali. Suco, normalmente, a gente toma o de laranja, então, dei, porque os outros acho muito ácidos. Também ofereci banana e pêra porque adoro. E eu acho a pêra uma fruta boa, difícil da criança não gostar. Ele come bem, mas o dia que você faz o purê de batata é uma alegria, ele conhece o purê de batata.”*

Apreende-se desse discurso a importância atribuída, pelas mães, à aceitação dos alimentos, como um símbolo da necessidade de garantir que

a 'fome' seja saciada. Expressões como *"E todo nenê gosta porque realmente é gostosa, é docinha tem mais fácil aceitação"*, *"ele gostou de comida de sal"*, *"depois eu comecei a ver que a minha comida (da família) ele comia melhor"*, *"eu acho a pêra uma fruta boa, difícil da criança não gostar"* demonstram que essas mães justificam a escolha de determinado alimento ou preparação por serem melhor aceitos pela criança.

Atualmente, as teorias nutricionais, que determinam as diretrizes sobre a alimentação de adultos e crianças, são amplamente discutidas e apresentadas na mídia e nos serviços de saúde. É possível encontrar diariamente em revistas, jornais, programas de rádio e de televisão, sem contar a internet, matérias que versam sobre os benefícios da alimentação saudável, pautadas nas mais novas descobertas científicas. Estas evidências acabam por gerar um sentimento de inadequação na população leiga, que parece estar sempre incorrendo em erro, pois o que era benéfico ontem, hoje foi substituído por um novo conceito de qualidade.

Dessa forma, considera-se que a 'fome', entendida aqui como a necessidade de ofertar alimentos que garantam o crescimento e desenvolvimento da criança, está situada no interior do universo reificado das ciências e, portanto, assumem uma característica perturbadora ou 'não familiar' para a mãe.

Ora, para que as pessoas possam tomar posição ante a determinadas situações da vida, é necessário que encontrem significado em suas ações, isto é, devem compreender completamente a sua realidade a fim de impor sentido ao 'mundo' e nele introduzir uma ordem (Moscovici, 2005).

Em outras palavras, é necessário que os conceitos do universo reificado sejam transpostos para o universo consensual ou ainda que o 'não familiar' seja reconhecido como 'familiar', conhecido, concreto (Moscovici, 2005; Guareschi, Jovchelovitch, 2007).

“Essa tarefa de transposição, em geral, é realizada pelos divulgadores científicos” (Guareschi, Jovchelovitch, 2007, p. 212). Nesse sentido, tanto a mídia como os próprios profissionais de saúde funcionam como disseminadores desse universo reificado, legitimados pelo seu saber científico (Guareschi, Jovchelovitch, 2007; Poulain, 2006). Segundo Moscovici (2005), nossos mundos reificados se ampliam com a proliferação das ciências.

As mães, dispostas a resolver a questão da ‘fome’ da criança, ancoram ou dão sentido inteligível a esta questão integrando-a a uma categoria de pensamento social pré-existente. Nesse caso, verifica-se que a comida caseira, os alimentos que fazem parte dos hábitos da mãe e da família e mais, que possuem um sabor apreciado por elas, tornam-se uma rota segura para a alimentação da criança. Segundo Moscovici (2005, p. 56), “o ato da representação é um meio de transferir o que nos perturba, o que ameaça nosso universo, [...] do longínquo para o próximo”, ou seja, do desconhecido para o concreto.

É possível destacar no material verbal das mães, novamente, a figura do ‘arroz e feijão’, como símbolo da comida que realmente alimenta. Outros alimentos citados, como a pêra, a banana, o suco de laranja, refletem a lógica da escolha pela preferência pessoal da mãe.

Os significados atribuídos ao gosto direcionam as escolhas alimentares, evocando aquilo que é familiar, remetendo ao que é próximo, ao que fica guardado na memória com a ‘assinatura de comida de mãe’ (Maciel, 2001). Alimentar-se não é sinônimo apenas de ingerir alimentos, mas envolve uma série de tramas que constituem determinados sistemas alimentares em que é definido o que, como, quando e com quem se come (Daniel, Cravo, 2005).

Segundo Maciel (2001, p. 151), “neste sistema, o gosto, este sentido através do qual o sabor é percebido, joga um papel fundamental”. Nele estão

envolvidos aspectos sensoriais, mas também emoções, memórias e sentimentos que evocam aconchego e segurança servindo como marcador de identidade ligado a uma rede de significados.

Portanto, podemos apreender que emerge da razão prática, ou seja, da necessidade de garantir o desenvolvimento da criança, além da valorização do gosto apreciado, dos hábitos da família e dos alimentos disponíveis naquele núcleo familiar, num intrincado sistema de relação, a representação de que o alimento mais apropriado é também o que a criança aceita com mais facilidade. Segundo Spink (2007, p.121):

A elaboração das representações sociais, enquanto formas de conhecimento prático que orientam as ações do cotidiano, se dá na interface [...] dos conteúdos que circulam em nossa sociedade e [...] das forças decorrentes do próprio processo de interação social [...] de forma a confirmar e manter identidades coletivas.

Entretanto, o comportamento alimentar oscila, a depender dos significados atribuídos pelas mães à alimentação, ora favorecendo o paladar, o gosto, os ritos familiares, ora priorizando a saúde, como veremos no próximo discurso.

### **3.3.3.3 A comida caseira é a mais saudável**

*“Eu acho que o principal é manter a criança saudável e dar uma alimentação o mais natural possível. Eu cozinho com pouco óleo e bastante legume. Escolhi laranja-lima, porque ela já é doce, não precisa colocar açúcar e isso previne a cárie. Esse negócio de gosto a gente resolve depois, com o tempo ele acostuma. Conheço muitas mães que, se a criança cospe a comida, já acham que é porque não gosta e dão o leite ou dão um danoninho no lugar. Não estou de acordo, insisto. Eu sei que se ele tem fome, ele come. Ele vê refrigerante, lógico que ele quer, o copo é bonito. Mas é só por água no mesmo copo, oferecer e pronto, passa a vontade. Ele não sabe o*

*que tem lá dentro. Porque ele é pequeno, não conhece o gosto do refrigerante, do danoninho, do chocolate. Então ele não tem como ter vontade daquilo. Eu acho que a gente tem que introduzir alimentos naturais para incentivar ele a comer, para melhorar a alimentação. Às vezes, eu congelo a comidinha para alguma emergência, mas eu nunca dei essas papinhas de vidro, sopinha pronta ou suco de soja. Melhor ir pro natural do que o industrializado. Eu evito esses alimentos cheios de conservantes, tempero forte, comida com muito sal, temperos industrializados<sup>3</sup>, eu não acho legal. Se a gente quer o nosso filho bem alimentado e bem nutrido, a gente tem que fazer. A obrigação é nossa. É aquele cuidado que você tem que ter.”*

Como se discute no discurso “O melhor alimento é o mais fácil de ser aceito pela criança”, o universo consensual é permeado pelo saber científico, divulgado pelos profissionais e pela imprensa, o que influencia a formação das representações que direcionam as práticas em relação à alimentação da criança. Após a leitura do presente discurso, percebe-se, claramente, a influência das informações científicas sobre o discurso dessas mulheres.

Segundo Moscovici (2005), o significado atribuído a objetos ou acontecimentos depende do ambiente social ou cultural em que o sujeito está inserido e nos ajuda a interpretar determinada ‘mensagem’ como significativa. Dessa forma, tenta demonstrar a relação recíproca da estrutura social e do sujeito, mas ressalta o último como construtor ativo do mundo à sua volta.

A preocupação com a formação de hábitos alimentares saudáveis, com a restrição do açúcar, com o consumo de hortaliças, legumes e frutas, consoante com as recomendações dos organismos e profissionais de saúde, é a matriz que direciona as escolhas alimentares dessas mulheres, para a criança.

---

<sup>3</sup> Tempero industrializado, fabricado por empresa líder de mercado na venda de macarrão instantâneo, que utiliza em sua mensagem publicitária, o jargão “o amor vai bem com tudo”.

Segundo as recomendações do passo 3, apresentado pelo “Guia alimentar para crianças menores de 2 anos”, os alimentos complementares devem ser oferecidos após o sexto mês de vida e devem se constituir pelos alimentos básicos da família, ou seja, cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas e hortaliças. O passo 7, do referido guia, orienta ainda que o consumo diário de frutas, verduras e legumes deve ser estimulado como forma de melhorar o aporte de vitaminas, minerais e fibras e adquirir hábitos alimentares saudáveis (Brasil, 2002).

O valor da dieta, que direciona as escolhas consideradas apropriadas, é adequado a diferentes ocasiões de consumo, variando conforme os efeitos sobre o corpo e suas necessidades (Canesqui, 2005).

Dessa forma, apreende-se que estas mulheres ancoram no discurso científico, divulgado pela mídia e pelos profissionais de saúde, o valor que atribuem à formação de hábitos saudáveis como determinante da saúde. E para garantir saúde, na concepção destas mulheres é necessário que a criança receba uma alimentação ‘natural’.

Segundo o relato das informantes, a expressão “o mais natural possível” é simbolicamente representada pela oferta de alimentação preparada em casa. No plano das representações, os alimentos ‘naturais’ são representados pelos ‘caseiros e frescos’. Os alimentos industrializados são considerados como inadequados para o bebê e não estão associados à idéia de comida indicada para criança.

Pesquisa apresentada pelo “Guia alimentar para crianças menores de 2 anos” revela que na Região Sudeste, os alimentos frescos foram considerados como “bons” para a saúde da criança (Brasil, 2002).

Entretanto, faz-se relevante ressaltar que, neste grupo de mulheres, somente uma mãe ofereceu suco de fruta como primeiro alimento

complementar, no quarto mês de vida do bebê. As demais ofereceram fórmula artificial precocemente e uma mãe amamentou exclusivamente até o sexto mês de vida do bebê, mas decidindo pelo desmame total devido à volta ao trabalho, introduziu leite UHT integral. Pode-se concluir que o leite de vaca ou a fórmula artificial não se incluem no rol de alimentos considerados como inadequados à criança, por serem industrializados.

Segundo Poulain (2006), nas diversas culturas e por vezes no interior de uma mesma, o leite apresenta grande variabilidade de representações simbólicas, podendo ser excluído da ordem do comestível ou até sacralizado. “Nas sociedades consumidoras o leite e os produtos que dele são derivados formam uma categoria de alimentos particular” (Poulain, 2006, p. 267).

É interessante revelar que algumas mães, durante a entrevista, enfatizaram a importância da família como formadora e incentivadora da formação dos hábitos alimentares saudáveis, conforme os exemplos abaixo.

*“Não como nada de fruta, verdura e legumes, de jeito nenhum. A minha mãe não fazia essas coisas. Imagina que na casa da minha mãe tem uma salada... Já eu, coloco espinafre na sopa dele (do bebê), já coloco folhas verdes, coloco chuchu, pra ele se adaptar. Acho isso muito importante.”* (Fala retirada da entrevista n.º 17.)

Por valorizarem a alimentação como um meio de garantir saúde, essas mulheres parecem mudar os rumos de sua dieta a partir do momento que iniciam a introdução dos alimentos complementares dos filhos. Dessa forma, elas são agentes responsáveis pela formação de hábitos saudáveis na criança, mas a alimentação dos filhos também parece influenciar as suas escolhas alimentares e, por conseqüência, da família como um todo.

*“Eu sou muito chata pra comer legumes e frutas. Eu vim aprender com as crianças, melhorou a minha alimentação com as crianças.”*

*Então é um meio assim, que eu tô incentivando.” (Fala retirada da entrevista n.º 6.)*

A dimensão da saúde, assim como os indicadores utilizados pelas mães entrevistadas para avaliar e interpretar os sintomas da criança, está mais claramente descrita no discurso a seguir.

#### **3.3.3.4 Saberes e crenças alimentares**

*“Ninguém falou pra eu dar, mas a gente escuta uma coisa ali, outra aqui. Eu pensava assim, isso solta, isso prende o intestino, então eu procurava intercalar. Procurava escolher os alimentos de acordo com o que ela estava sentindo. A maçã, a banana-maçã, a batata, a cenoura, ressecam. O mamão, a pêra, a couve e o arroz com feijão ajudam a soltar intestino. Não tem muita necessidade de dar o que é indigesto, como uva, melancia, abacaxi e manga que já é pesada para gente, imagina para ele. Então acho que a gente tem que procurar coisas mais leves. A banana, dizem que não é boa para criança pequena, que é muito pesada, mas é bom para câimbra, para ossos, para circulação, acho que fortalece as perninhas. A carne, eu cozinho na sopa, aproveito todas as vitaminas e proteínas, tiro e ele come só caldo, porque ele é muito novinho, não faz a digestão da carne direito. Mas é importante, porque músculo, fígado, o feijão e a beterraba são ótimos para anemia, têm muito ferro. A beterraba, a cenoura, a couve, o inhame, espinafre, a batata e a mandioquinha são alimentos que têm muita vitamina, são mais fortes, bem nutritivos. Eu também não dou a nossa comida (da família) porque é muito forte, tem mais tempero. Só amasso caldinho de feijão com batata, porque engorda. A minha sogra falava para dar chá de picão porque o menino estava amarelo e chá de malva para assadura. Não dou, eu dou o banho, mas para beber eu não dou. Eu não confio, é mato. Quando ela tinha muita dor de barriga, o pessoal lá de casa falava para dar chazinho de camomila, erva doce, que é mato também, mas você*

*compra no mercado, pronto para consumo. Agora você pega do mato, vai saber se passa rato, barata, aí eu vou dar para o menino beber? Não dou.”*

Conforme citado em vários momentos, durante a discussão dos resultados desta pesquisa, foi possível identificar que, na concepção dessas mães, a alimentação da criança está fortemente determinada por questões do seu entorno social, pelo aspecto simbólico que envolve a escolha dos alimentos e a sua representação em termos de risco e benefício para si e para a criança.

Os dados desse discurso revelam saberes e crenças maternas a respeito dos alimentos, indicando quais os elementos são mais comumente utilizados por essas mães, para avaliar a adequação da alimentação da criança.

Dentre os conhecimentos de senso comum, é possível notar a idéia de que os alimentos podem resolver problemas de saúde, bem como evitar que eles ocorram. A sabedoria popular é rica em recomendar a inclusão de alguns alimentos e a exclusão de outros, com base na crença de que podem ser benéficos ou prejudiciais em determinadas fases da vida. Como exemplo, pode-se citar a cólica do recém-nascido ‘tratada’ ou mesmo ‘prevenida’ por meio do uso dos chás de funcho, camomila e erva-doce, enquanto a banana, laranja, ovo e chocolate são entendidos como alimentos que fazem mal ao fígado, órgão culpado por muitas das indisposições digestivas (Daniel, Cravo, 2005).

Nesse discurso, as mães se valeram de categorias dietéticas populares para qualificar os primeiros alimentos complementares oferecidos à criança, que foram classificados (Figura 1), segundo o universo consensual dessas mães, em ‘pesados ou indigestos e leves’, ‘nutritivos ou fortes’, que ‘ressecam ou soltam o intestino’ e, diante deste sistema de

classificação, tornaram-se elegíveis ou não para fazer parte do cardápio do bebê, no momento da introdução de alimentos complementares.

De maneira geral, as percepções maternas estão de acordo com o que a literatura nos demonstra, entretanto, outras podem contribuir negativamente com o aporte de nutrientes importantes para garantir crescimento e desenvolvimento das crianças.

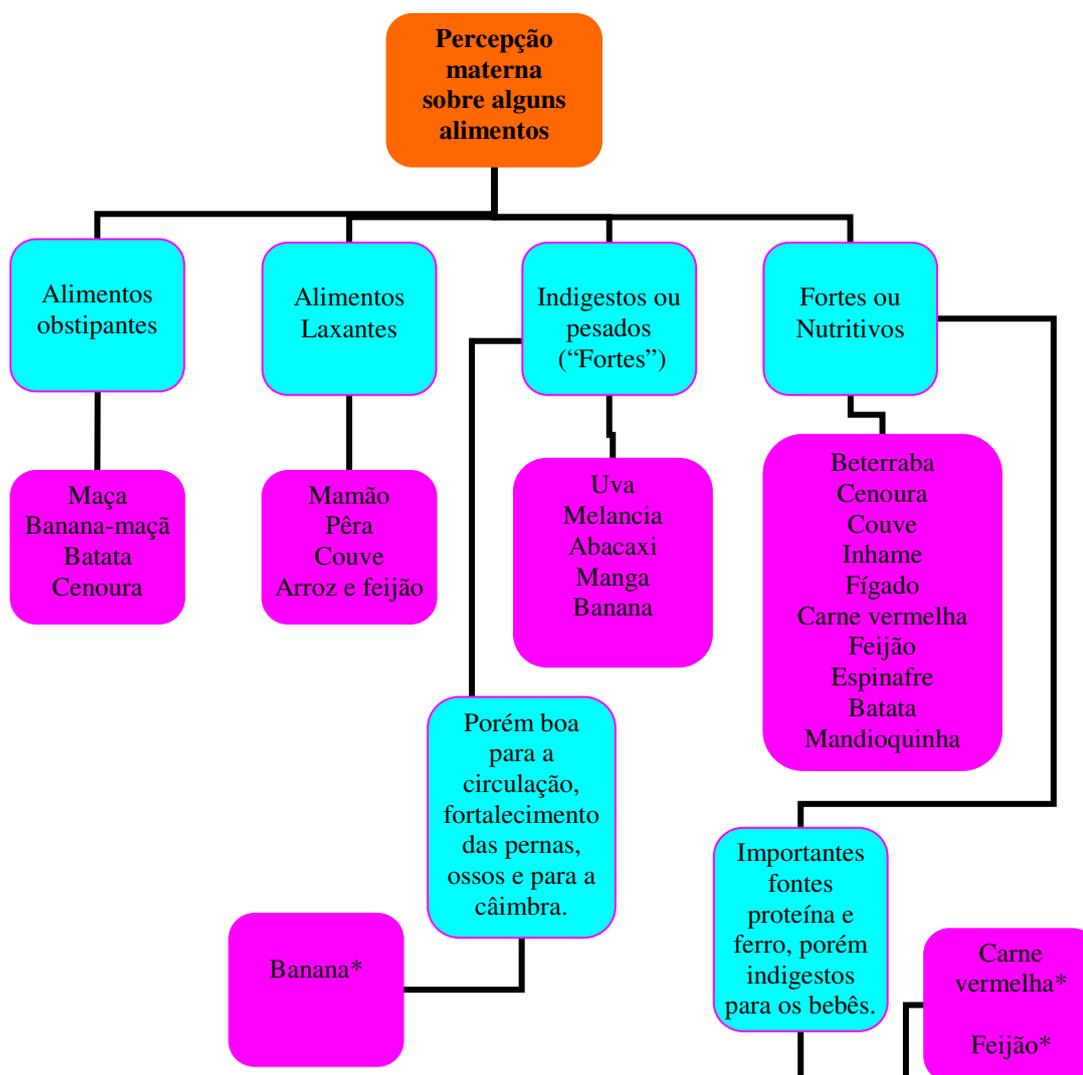


Figura 1. Classificação dos alimentos, segundo sua percepção materna, Jundiaí – 2007

Para tais mulheres, alimento ‘forte’ é aquele capaz de fornecer nutrientes importantes para o crescimento, desenvolvimento e prevenção de

carências nutricionais na criança, mas vez por outra a denominação 'forte' assumiu também a característica de alimento 'pesado', 'indigesto' e, portanto, inadequado para a alimentação da criança pequena, conforme a expressão *"Eu também não dou a nossa comida (da família) porque é muito forte, tem mais tempero"*, retirada do discurso acima.

Para as mães entrevistadas, a carne e o feijão, além dos legumes, hortaliças e tubérculos, foram considerados alimentos 'nutritivos ou fortes', por serem fontes de vitaminas, proteína e ferro.

Da mesma forma, a pesquisa apresentada pelo "Guia alimentar para menores de 2 anos" demonstrou que, na percepção das mães da Região Sudeste do país, a carne vermelha, o peixe, o frango, os legumes, as hortaliças e o arroz e feijão são considerados alimentos bons e fortes, por serem fontes de ferro (Brasil, 2002).

Entretanto, por meio das expressões *"A carne eu cozinho na sopa, aproveito todas as vitaminas e proteínas, tiro e ele come só caldo"* e *"só amasso o caldinho de feijão com batata, porque engorda"*, percebem-se manobras culinárias utilizadas na intenção de adequar os alimentos à suposta fragilidade do aparelho digestivo do bebê.

Os dados de pesquisa referida no "Guia alimentar para crianças menores de 2 anos" corroboram estes achados e revelam que, na percepção das mães, a introdução dos alimentos deve respeitar o organismo da criança que está em formação e por isso os alimentos considerados duros, pesados, reimosos, indigestos ou grosseiros, como a carne e o feijão, devem ser evitados até que a criança tenha condições de digeri-los (Brasil, 2002).

Em geral, os bebês exclusivamente amamentados não necessitam de suplementação de ferro, porém, a partir do momento em que a criança amamentada passa a receber qualquer outro alimento, a absorção do ferro do leite humano reduz significativamente, determinando a necessidade de

melhorar o seu aporte e sua biodisponibilidade. A introdução da carne e do feijão, entre outros alimentos na dieta da criança, é uma das medidas efetivas para prevenção da anemia ferropriva. Caso o bebê tenha menos de 4 meses, aconselha-se a suplementação medicamentosa (Brasil, 2002).

Para as crianças desmamadas, a recomendação é introduzir suplementação de ferro, após o segundo mês de vida, via alimento ou medicamentosa, conforme prescrição médica ou de nutricionista (Brasil, 2006).

Os modelos alimentares são marcados por uma relação entre o biológico e o social, sem que essas dimensões se apresentem em espaços delimitados e intransponíveis, mas sim num constante diálogo que permite associações ou distanciamentos (Poulain, Proença, 2003), a depender daquilo que a mãe acredita ser bom ou não para determinado momento da vida do filho.

A lógica do senso comum, que determina a proibição ou a decisão de uso de um alimento, constrói-se por meio de certa observação e experimentação, distinguindo-se da lógica científica ou médica, mas nem por isso deve ser considerada desprovida de consistência ou mesmo ignorada, mas ouvida e compreendida pela riqueza cultural que contém (Daniel, Cravo, 2005).

Por fim, o presente discurso nos revela um conjunto de reflexões, interações e associações estabelecidas, pelas mães entrevistadas, em relação aos efeitos dos diversos alimentos sobre a saúde do filho. Estes indicadores, por assim dizer, terminam por influenciar ou até determinar as escolhas alimentares para a criança.

Portanto, pode-se afirmar que as ações maternas relativas à alimentação do filho, sofrem um constante repensar, resultando num trabalho reflexivo e reativo da mulher (Silva, 1997).

### 3.3.3.5 Valorizando a praticidade

*“Eu compro aquelas papinhas salgadas prontas de carne com legumes, porque trabalhando achei mais prático. Às vezes eu saio, levo a pêra, se ele não come tudo, não tenho como guardar, porque ela começa a ficar preta, então eu uso a papinha de fruta de vidrinho<sup>4</sup>. Em casa, prefiro oferecer a maçã, a banana ou o mamão papaia, porque são mais fáceis, é só raspar ou amassar e dar. Ele já come rapidinho, é mais prático. Já, a manga tem que ficar segurando, faz a maior sujeira.”*

Como se apreende, o elemento direcionador das práticas nesse discurso é a praticidade. Mesmo optando por alimentos caseiros, como no caso das frutas, buscam escolhê-las com base nessa lógica.

Pesquisas recentes demonstram que, além da renda familiar e preço dos produtos, a praticidade exerce um importante papel na conformação da conduta alimentar (Alessi, 2006). Novos valores e a oportunidade de escolha, diante de tantas opções encontradas no mercado, somados a um contexto social que assiste à inserção cada vez maior das mulheres no mercado de trabalho, podem impulsionar as mães para o consumo dos alimentos industrializados, prontos para o consumo, facilitando a conciliação das atividades domésticas e o trabalho extraluar.

Dessa forma, as tarefas da cozinha doméstica são, em certa medida, transferidas para a indústria que oferece a praticidade dos alimentos pré-preparados ou prontos, assumidos como uma opção prática e segura (i Pons, 2005; Hernández, 2005).

---

<sup>4</sup> Alimento de transição, fabricado por renomada indústria de alimentos, líder de mercado das fórmulas artificiais.

A industrialização e urbanização modificaram, ao longo dos anos, o processo da alimentação. A sociedade moderna, dominada pela lógica de mercado, a abertura econômica e a globalização disseminaram e homogeneizaram a alimentação, pulverizando alimentos mais caros, mais refinados e menos completos, do ponto de vista nutricional, mas de grande prestígio social (i Pons, 2005). Em uma sociedade orientada pelo desejo de poder e consumo, a incorporação desses novos modelos de se alimentar parece encontrar seu lugar.

Embora as participantes desta pesquisa e seus maridos sejam procedentes de várias localidades do país, a naturalidade desses casais não apareceu como um fator significativo, em relação à alimentação complementar das crianças, parecendo indicar uma adaptação dessas famílias aos hábitos de alimentação presentes nos centros urbanos do estado de São Paulo.

Segundo Arnaiz (2005) as exigências dos ciclos econômicos capitalistas determinam a oferta e demanda dos alimentos, favorecendo o fenômeno da homogeneização do consumo e da internacionalização da alimentação em uma sociedade massificada. Este contexto econômico impõe um ciclo de destruição de economias tradicionais, perda das tradições relativas à manipulação e produção de recursos de auto-abastecimento para consumo, expansão das importações e exportações de novos produtos, monetarização do acesso aos alimentos e a incorporação desses novos paradigmas na alimentação da sociedade urbana, produzindo uma aculturação em relação aos alimentos (i Pons, 2005).

Em análise comparativa sobre a organização e realização da prática alimentar cotidiana de famílias trabalhadoras urbanas, residentes em Paulínia (SP), no início da década de 1970, quando começaram a migrar do campo para a cidade e, em 2002, após quase trinta anos de experiências de vida urbana, Canesqui (2005) demonstrou que pouco se alteraram os itens alimentares adquiridos pelas famílias, com exceção da inclusão de produtos

industrializados como os temperos ou caldos, massas, leite pasteurizado, achocolatados, bolachas, refrigerantes e refrescos artificiais. Além disso, esses alimentos foram apontados pelos entrevistados como marcadores da capacidade de compra dos salários recebidos. Este resultado permite refletir que a introdução de alimentos industrializados na alimentação da criança é também um símbolo de poder e de consumo.

Da mesma forma, Rotenberg e De Vargas (2004) observaram em seu estudo a introdução de alimentos industrializados como o leite em pó, o macarrão instantâneo, os achocolatados, os iogurtes e os biscoitos 'salgadinhos' cuja inserção na alimentação da família se deu a partir do estímulo do *marketing* das indústrias de alimentos.

Neste aspecto, o *marketing* das indústrias de alimentos infantis exerce um papel decisivo em garantir uma imagem de confiabilidade em relação aos produtos. O acesso dos representantes comerciais aos profissionais de saúde faz circular as informações sobre os produtos, enquanto que as recomendações e as evidências científicas, sobre a alimentação adequada, ficam restritas aos profissionais que buscam se capacitar neste sentido.

Ao mesmo tempo, os meios de comunicação de massa bombardeiam as famílias com propagandas de alimentos. Devemos lembrar, portanto, que no âmbito doméstico, tanto as mães como os profissionais de saúde, continuam sendo abordados pela indústria e apesar de todo o conhecimento científico que estes últimos detêm, não estão imunes a essas pressões, reforçando ainda mais a imagem de segurança e praticidade desses produtos (Rea, Toma, 2000).

Diante desse cenário, as estratégias de *marketing* das empresas de alimentos determinam comportamentos alimentares em países industrializados e do Terceiro Mundo, com maior ou menor efeito em diferentes comunidades (Hernández, 2005).

Para concluir, percebe-se que a facilidade citada pela mãe é uma das faces da situação em questão, contudo, observa-se todo um contexto social, econômico e político que envolve o cotidiano dessas mulheres, fazendo-as definir, em termos de benefícios para si, a opção pela praticidade.

## 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A escolha dos alimentos e do como, quando e por que comer é estabelecido por meio de signos e significados culturalmente determinados, relacionando-se às representações, ao imaginário social e às crenças de um grupo. A cultura articula prescrições, proibições e estabelece distinções entre o que é considerado bom ou ruim, forte ou fraco, isto é, elegíveis ou não para serem utilizados como alimentos (Maciel, 2001).

Partindo de preceitos como esse, buscou-se compreender a dinâmica de valores, pensamentos e sentimentos de um grupo de mães de lactentes, em relação à introdução dos alimentos complementares, oportunos ou não.

Os resultados apresentados confirmam a proposição inicial deste estudo e revelam que, no diálogo entre as condições estruturais do cotidiano, as práticas culturais e o conhecimento científico, a mulher que precisa tomar a decisão sobre a introdução dos alimentos complementares, oportunos ou não, se vê diante de duas lógicas distintas, as que compõem o universo reificado e as que compõem o universo consensual, sendo o primeiro preterido diante de valores culturais e simbólicos que envolvem tanto o alimento, como o ato de alimentar o filho.

A estratégia metodológica utilizada neste trabalho, bem como os pressupostos teóricos que embasaram a discussão dos seus resultados favoreceram a apresentação dos dados, de forma complementar. Alguns discursos do sujeito coletivo acessaram diretamente as representações sociais dessas mães, sendo outros oportunos para dar suporte e ampliar o entendimento de como se dá a introdução e a escolha de alimentos complementares, na perspectiva das mulheres.

Os dados demonstram que as mulheres entrevistadas balizam suas práticas por meio de representações acerca dos alimentos e da introdução de alimentos complementares, bem como se utilizam de um movimento

reflexivo de avaliação, julgamento e interpretação do comportamento da criança diante do alimento. Dessa forma, estabelecem prioridades para si ou para o filho, de acordo com as necessidades de ambos, para então tomar decisões sobre os rumos da alimentação complementar.

Essas mulheres demonstram a identificação de indicadores de comportamento da criança utilizados para avaliar o curso da alimentação complementar. O riso, o choro, as condições de saúde ou a interação da criança com o alimento no momento da refeição foram exemplos destes indicadores, aquilatados pelas mulheres em termos de risco ou benefício para si e para o filho. Sendo assim, as percepções maternas a respeito da função e do comportamento da criança, ante esses alimentos, dão suporte para sua avaliação e interpretação a respeito da alimentação do filho.

Partindo do seu universo de conhecimento, as mães qualificam e valoram os alimentos complementares determinando em que momento e com que finalidade serão introduzidos, o que por sua vez determina o curso da alimentação complementar da criança.

Este mecanismo estimativo e avaliativo permitiu concluir que o modelo teórico “Pesando Riscos e Benefícios”, inicialmente descrito para a compreensão do significado da amamentação para a mulher, pode ser expandido para elucidar também o significado, atribuído pelas mães, à alimentação complementar da criança.

De forma particular, as mulheres que vivenciaram o desmame total precocemente, independente da causa, revelaram sentimentos de culpa e dor durante essa fase. Deixar de amamentar significou, para este grupo de mulheres, um distanciamento e a sensação de perda simbólica do filho. Este ‘espaço’ foi sentido como doloroso, um desligamento, um momento em que a mãe passará a ‘dividir’ o filho com outros cuidadores.

À semelhança de mecanismo de compensação por essa perda, o grupo de mulheres que desmamou precocemente vivenciou a introdução de alimento como uma fase de grande prazer e contentamento.

Dessa experiência satisfatória emergiu a representação da introdução de alimentos complementares como uma nova forma de vínculo e proximidade com o filho. Este momento representou um alívio para o sentimento doloroso provocado pelas dificuldades enfrentadas durante a fase da amamentação, permitindo a descoberta, na fala das mulheres, de um novo jeito de ser mãe.

Revelando uma dicotomia nos sentimentos maternos, o 'espaço' percebido como uma perda simbólica do filho trouxe, por outro lado, um sentimento de alívio às mães, pela divisão da carga de trabalho com a família, visto que não estando mais a criança em aleitamento exclusivo, os familiares poderiam ajudá-la na tarefa de alimentar a criança.

Outro dado revelado, particularmente pelo grupo de mulheres que desmamaram precocemente, é a representação da comida como um alimento mais forte e nutritivo que o leite, seja ele materno ou não. O oferecimento da comida caseira, preparada com os alimentos básicos utilizados por toda a família, permite, na percepção das mães, suprir as necessidades nutricionais da criança e de fato saciar a fome, possibilitando que ela tenha um desenvolvimento ótimo. Esta representação pode, portanto, ser um importante determinante para a introdução precoce de alimentos e, por conseqüência, para o desmame precoce.

Como esta representação emergiu da fala de um grupo de mulheres que desmamaram precocemente e pela relevância de seu conteúdo, em que pese à possibilidade de ser uma das razões pela qual a mulher opta por complementar a amamentação exclusiva precocemente, faz-se necessário que outros estudos aprofundem esta questão, buscando estendê-la para outros grupos de mulheres.

Da mesma forma, faz-se relevante aprofundar o conhecimento em relação à percepção das mulheres sobre o aleitamento materno exclusivo por seis meses como um fator dificultador para a aceitação de novos alimentos, gerando maiores subsídios para o trabalho junto às comunidades.

Foi possível perceber que alguns sentimentos, percepções e representações das mães, acerca do alimento e da introdução alimentar, são comuns tanto para as mães que desmamaram precocemente, como para as que prolongaram a amamentação, após a introdução dos alimentos complementares.

Sendo assim, para o grupo de mulheres entrevistadas, a transição da alimentação da criança do leite, seja ele materno ou não, para a comida da família, é entendida pelas mulheres como um rito de passagem. Ou seja, o leite materno ou não, é importante até determinado momento da vida do bebê. A partir daí, a criança deve evoluir para uma nova fase, um novo ciclo de desenvolvimento, em que a alimentação caseira se faz mais adequada. Além da dimensão de evolução, dar comida significou a inclusão da criança no ambiente social e cultural de sua família.

Nessa perspectiva, a diversidade alimentar, ou seja, inserir a criança à mesa, levando-a a acostumar a 'comer de tudo' é uma representação cujo significado, para a mãe, é de inserção da criança em seu grupo de pertença.

Diante dessa representação, pode-se compreender como as mães valorizam os movimentos da criança, como o querer tocar a comida, segui-la com os olhos, entre outros, como justificativa para o oferecimento de um alimento consumido pela família.

Da mesma forma, o desejo de inserção social da criança ao grupo familiar e a necessidade de garantir que a criança se alimente, a fim de obter um desenvolvimento satisfatório, embasam os critérios de escolha dos

alimentos, segundo o paladar da mãe e segundo os alimentos habitualmente consumidos pela família. Esse intrincado sistema de relação social que envolve o alimento participa da construção da representação do alimento complementar ideal como aquele que a criança aceita mais facilmente.

A preocupação com a saúde do filho também revelou a representação de que os alimentos caseiros e frescos são mais saudáveis e, portanto, mais adequados para a alimentação dos lactentes.

A percepção das mães, em relação ao papel do médico, no cenário da introdução de alimentos complementares, é a de um balizador de condutas. Por meio do acompanhamento médico, a mãe confirma as suas impressões em relação às condições de saúde da criança e tira dúvidas a respeito das práticas alimentares adotadas no ambiente doméstico.

No entanto, a família revelou-se como o ponto de apoio prático mais importante. É no âmbito familiar que elas trocam experiências e sentem-se à vontade para discutir as suas necessidades e crenças. São os familiares que trocam receitas, ensinam o preparo de uma nova comida e oferecem a ajuda prática para os cuidados com a criança. As mães buscam o respaldo na experiência de pessoas mais velhas ou de outras mães que já vivenciaram a mesma situação e com isso percebem-se mais à vontade para discutir suas dúvidas.

Contudo, as participantes desta pesquisa demonstram uma tendência de tomar para si o domínio de cuidados, em relação à alimentação do filho. Tomando-se por base suas próprias experiências práticas ou dessas trocas familiares, elas sentem-se seguras para avaliar e interpretar as necessidades e comportamentos do filho. Dessa forma, elaboram prioridades em relação à alimentação da criança, as quais dão suporte para a tomada de decisão entre um ou outro alimento a ser introduzido.

Ainda, é preciso salientar, que a introdução de alimentos na dieta do lactente, oportuna ou não, representa uma forma de cuidado materno à criança da mesma forma que a amamentação o é. Sendo assim, uma outra forma de prover a condição de crescimento e desenvolvimento do filho. Também, à semelhança do que a mulher busca observar, interpretar e manter contínua avaliação de suas condições de manter a amamentação da criança, ela traça um processo avaliativo e valorativo de suas escolhas, quanto a produto e momento para compor a dieta da criança com outros alimentos, buscando em seu ambiente e em sua visão de mundo os elementos para tomada de decisão.

As conclusões deste estudo tornam-se relevantes no direcionamento das ações de saúde em comunidades ou serviços médicos, em que as práticas, em geral, são normatizadas, com conteúdo e programa a seguir e não permitem manifestações individuais ou não valorizam a diversidade de significados que emergem das práticas consensuais.

Para que o profissional de saúde consiga efetivamente auxiliar a melhoria da qualidade da alimentação das crianças, faz-se necessário uma flexibilização no atendimento, reconhecendo as subjetividades e o aspecto simbólico e culturalmente determinado da alimentação. É necessária uma modificação de paradigmas, a inclusão da família nas ações de promoção tornando a mãe e o bebê sujeitos centrais dentro dos serviços de saúde.

Espera-se que o presente trabalho venha a contribuir para a construção de novos olhares para a questão da introdução de alimentos complementares e possa propiciar, para todos os interessados no tema, uma outra perspectiva de ação.

## REFERÊNCIAS

- Afonso VW. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo em Juiz de Fora, M.G. [tese] Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2007.
- Aguirre ANC, Vitolo MR, Puccini RF, Moraes MB. Constipação em lactentes: influência do tipo de aleitamento e da ingestão de fibra alimentar. *J Pediatr.* 2002;78(3):202-8.
- Alessi NP. Conduta Alimentar e Sociedade. *Medicina (Ribeirão Preto).* 2006;39(3):327-32.
- Almeida JAG. Amamentação um híbrido natureza-cultura. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999. *Dimensões Socioculturais da Amamentação no Brasil*; p. 27-51.
- Araújo MFM, Del Fiacco A, Pimentel LS, Schmitz BAS. Custo e economia da prática do aleitamento materno para a família. *Rev Bras Saúde Mater Infant* 2004;4(2):135-41.
- Arnaiz MG. Em direção a uma Nova Ordem Alimentar. In: Canesqui AM, Garcia RWD, organizadoras. *Antropologia e Nutrição: um diálogo possível.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 147-64.
- Audi CAF, Corrêa MAS, Latorre MRDO. Alimentos complementares e fatores associados ao aleitamento materno e ao aleitamento materno exclusivo em lactentes até 12 meses de vida em Itapira, São Paulo, 1999. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2003; 3(1): 85-93.
- Barbosa MB, Palma D, Bataglin T, Taddei JAAC. Custo da Alimentação no primeiro ano de vida. *Rev Nutr.* 2007;20(1):55-62.
- Baião MR, Deslandes SF. Alimentação na gestação e puerpério. *Rev Nutr.* 2006; 19(2): 245-53.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Prevalência do aleitamento materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal. Brasília; 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Organização Pan Americana da Saúde. Guia alimentar para crianças menores de dois anos. Brasília; 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Guia prático de preparo de alimentos para crianças menores de 12 meses que não podem ser amamentadas. Brasília; 2006.

Bursztyn I, Tura LFR. Avaliação em saúde e a teoria das representações sociais: notas para a análise de possíveis interfaces. In: Moreira ASP, editor. Representações Sociais – Teoria e Prática. João Pessoa: Universitária; 2001. p. 89-92.

Canesqui AM. Antropologia e alimentação. Rev Saúde Pública. 1998; 22 (3): 207-16.

Canesqui AM, Garcia RWD, organizadoras. Antropologia e Nutrição: um diálogo possível. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. Mudanças e Permanências da prática alimentar cotidiana de famílias de trabalhadores urbanos; p. 167-210.

Carvalho Junior FF. Apresentação clínica da alergia ao leite de vaca com sintomatologia respiratória. J Pneumol. 2000;27(1):17-24.

Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Bioética. 1996;4(2 Supl):15-25.

Cortez APB, Medeiros LCS, Speridião PGL, Mattar RHGM, Fagundes Neto U, Moraes MB. Conhecimento de pediatras e nutricionistas sobre o tratamento da alergia ao leite de vaca no lactente. Rev Paul Pediatría. 2007;25(2):106-13.

Daniel JMP, Cravo VZ. Valor social e cultural da alimentação. In: Canesqui AM, Garcia RWD, organizadoras. Antropologia e nutrição: um diálogo possível. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 57-68.

Dornaus MFPS. A experiência da amamentação de um grupo de mulheres com mamoplastia redutora e de aumento [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005.

Gerhardt TE. Situações de vida, pobreza e saúde: estratégias alimentares e práticas sociais no meio urbano. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2003;8(3):713-26.

Góis Junior E, Lovisolo HR. Descontinuidades e continuidades do movimento higienista no Brasil do século XX. *Rev Bras Ciênc Esporte*. 2003;25(1):41-54.

Goldemberg P. Repensando a desnutrição como questão social. 2ª ed. Campinas: Cortez; 1989. Pensando e repensando a desnutrição como questão social; p. 19-55.

Guareschi P, Jovchelovitch S, organizadores. *Textos em Representações Sociais*. 9ª ed. Petrópolis: Vozes; 2007. "Sem dinheiro não há salvação": ancorando o bem e o mal entre os neopentecostais; p. 191-225.

Giugliani E, Victora CG. Alimentação complementar. *J Pediat*. 2000;76 Supl 3:253-62.

Herzlich C. A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. *Physis Rev Saúde Coletiva*. 1991;1(2):23-33.

Hernández JC. Patrimônio e globalização: o caso das culturas alimentares. In: Canesqui AM, Garcia RWD, organizadoras. *Antropologia e nutrição: um diálogo possível*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 129-45.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese de indicadores sociais. Estudos e pesquisas – Informação demográfica e socioeconômica [texto na Internet]. Rio de Janeiro; 2006. [citado 2008 jan. 16]. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindic sociais2006/indic\\_sociais2006.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindic sociais2006/indic_sociais2006.pdf)

iPons SC. Pontos de partida: teórico-metodológicos para o estudo sociocultural da alimentação em um contexto de transformação. In: Canesqui AM, Garcia RWD, organizadoras. *Antropologia e nutrição: um diálogo possível*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 101-26.

Jodelet D. La representación social: fenómenos, concepto y teoría. In: Moscovici S. *Psicología Social II - Pensamiento y vida social y problemas sociales*. Barcelona: Paidós; 1988. p. 469-94.

Jodelet D. Experiência e representações sociais. In: Menin MSS, Shimizu AM, organizadoras. Experiência e Representação Social: questões teóricas e metodológicas. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2005. p. 23-53.

Lefrèvre F, Lefèvre AMC, Teixeira JJV. O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: Educs; 2000.

Maciel ME. Cultura e alimentação ou o que têm a ver os macaquinhos de Koshima com Brillat-Savarin? Horiz antropol. 2001;7(16):145-56.

Maciel ME. Identidade cultural e alimentação. In: In: Canesqui AM, Garcia RWD, organizadoras. Antropologia e nutrição: um diálogo possível. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 49-55.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo: Hubitec; 2004.

Minayo MCS. O conceito de representações sociais dentro da sociologia clássica. In: Guareschi P, Jovchelovitch S, organizadores. Textos em representações sociais. 9ª ed. Petrópolis: Vozes; 2007. p. 89-111.

Monteiro R. Norma brasileira de comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância: histórico, limitações e perspectivas. Rev Panam Salud Publica. 2006;19(5): 354-62.

Moscovici S. Representações sociais: investigações em psicologia social. Petrópolis: Vozes; 2005.

Murrieta RSS. O dilema do papa-chibé: consumo alimentar, nutrição e práticas de intervenção na Ilha de Ituqui, baixo Amazonas, Pará. Rev Antropol. 1998;41(1):97-150.

Nakano AMS. As vivências da amamentação para um grupo de mulheres: nos limites de ser “o corpo para o filho” e de ser “o corpo para si”. Cad Saúde Pública. 2003;19(2):355-63.

Ohl RIB. A utilização da abordagem qualitativa na pesquisa em enfermagem. In: Matheus MCC, Fustinoni SM, editores. Pesquisa qualitativa em enfermagem. São Paulo: Médica Paulista; 2006. p. 24-7.

Oliveira MLS, Bastos ACS. Health care practices in family context: a comparative case study. *Psicol Reflex Crit* [periódico na Internet]. 2000 [citado 2008 fev. 9];13(1). Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-79722000000100012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722000000100012&lng=en&nrm=iso)

Organização Mundial de Saúde (OMS). Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Estratégia Global para a Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira Infância [monografia na Internet]. São Paulo: IBFAN Brasil; 2005. [citado 2008 fev. 28]. Disponível em: <http://www.ibfan.org.br/documentos/ibfan/doc-286.pdf>

Orlandi OV. Teoria e prática do amor à criança: introdução à pediatria social no Brasil. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1985. Seio de mãe a transbordar Política; p. 114-34.

Parada CMGL, Carvalhaes MABL, Jamas MT. Práticas de alimentação complementar em crianças no primeiro ano de vida. *Rev Lat Am Enferm*. 2007;15(2):282-9.

Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.

Poulain JP, Proença RPC. O espaço social alimentar: um instrumento para o estudo dos modelos alimentares. *Rev Nutr*. 2003;16(3):245-56.

Poulain JP, editor. Sociologias da alimentação: os comedores e o espaço social alimentar. Florianópolis: UFSC; 2006.

Ramos CV, Almeida JAG. Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo. *J Pediatr*. 2003;79(5):385-90.

Ramos M, Stein LM. Desenvolvimento do comportamento alimentar infantil. *J Pediatr*. 2000;76 Supl 3:228-37.

Rea MF, Toma TS. Proteção do leite materno e ética. Rev Saúde Pública. 2000;34(4):388-95.

Rea MF, Cattaneo A. Duração ótima da amamentação exclusiva [editorial na Internet]. São Paulo; IBFAN; [citado 2008 fev. 9]. Disponível em: [http://www.ibfan.org.br/documentos/aa/aa27\\_28.pdf](http://www.ibfan.org.br/documentos/aa/aa27_28.pdf)

Rea MF. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. Cad. Saúde Pública. 2003;19(1):37-45.

Romanelli G. O significado da alimentação na família: uma visão antropológica. Medicina, Ribeirão Preto. 2006;39(3):333-9.

Rotenberg S, Vargas S. Práticas alimentares e o cuidado da saúde: da alimentação da criança à alimentação da família. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2004;4(1):85-94.

Sá CP. Núcleo central das representações sociais. 2ª ed. Petrópolis: Vozes; 2002. O campo de estudos das representações sociais; p. 29-50.

Sá CP. A construção do objeto de pesquisa em representações sociais. Rio de Janeiro: UERJ; 1998.

Saldiva SRDM, Escuder MM, Monidini L, Levy RB, Venâncio SI. Práticas alimentares de crianças de 6 a 12 meses e fatores maternos associados. J Pediatr. 2007;83(1):53-8.

Silva IA. Reflexões sobre a prática do aleitamento materno. Rev Esc Enferm USP. 1996;30(1):58-72.

Silva IA. Amamentar: uma questão de assumir riscos ou garantir benefícios. São Paulo: Robe; 1997.

Silva IA. O profissional re-conhecendo a família como suporte social para a prática do aleitamento materno. Fam Saúde Desenv. 2001;3(1):7-14.

Silva IS. A vivência de amamentar para trabalhadoras e estudantes de uma universidade pública. Rev Bras Enferm. 2005;58(6):641-6.

Silva MBC, Moura MEB, Silva AO. Desmame precoce: representações sociais de mães. Rev Eletrônica Enferm [periódico na Internet]. 2007 [citado 2008 fev. 2];9(1). Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a03.htm>

Simioni A, Lefèvre F, Pereira IB. Metodologia qualitativa nas pesquisas em saúde coletiva: considerações teóricas e instrumentais. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 1997.p. 20-6.

Simon VGN. Introdução de alimentos complementares em crianças no primeiro ano de vida nascidas em Hospital Universitário do Município de São Paulo [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2001.

Simon VGN, Souza JMP, Souza SB. Introdução de alimentos complementares e sua relação com variáveis demográficas e socioeconômicas, em crianças no primeiro ano de vida, nascidas em Hospital Universitário no município de São Paulo. Rev Bras Epidemiol. 2003; 6(1):29-38.

Sokol EJ. Em defesa da amamentação: manual para implementar o Código Internacional de Mercadização de Substitutos do Leite Materno. São Paulo: IBFAN Brasil; 1999. A História do Código Internacional; p. 19-44.

Sousa, FGMS. Padrão alimentar de crianças de 6 a 24 meses em área rural do Maranhão. Acta Paul Enferm. 2005;18(2):172-7.

Souza LMBM, Almeida JAG. História da alimentação do lactente no Brasil: do leite fraco à biologia da excepcionalidade. Rio de Janeiro: Revinter; 2005. Aleitamento materno no Brasil: uma reflexão; p. 13-27.

Spink MJP. O conceito de representação social na abordagem psicossocial. Cad Saúde Pública. 1993;9(3):300-8.

Spink MJP. Desvendando as teorias implícitas: uma metodologia de análise das representações sociais. In: Guareschi P, Jovchelovitch S, organizadores. Textos em representações sociais. 9ª ed. Petrópolis: Vozes; 2007. p. 117-45.

Susin LRO, Giugliani ERJ, Kummer SC. A influência das avós na prática do aleitamento materno. Rev Saúde Pública. 2005;39(2):141-7.

Vieira GO, Silva LR, Vieira TO, Almeida JAG, Cabral VA. Hábitos alimentares de crianças menores de um ano amamentadas e não-amamentadas. *J Pediatr* 2004; 80(5):411-6.

World Health Organization (WHO). Expert consultation on the optimal duration of exclusive breastfeeding. Conclusions and recommendations 2001 [text on the Internet] Geneva; 2001. [cited 2008 Jan 21]. Available from: <http://www.who.int/inf-pr-2001/en/note2001-07.html>

Zeiger RS. Food allergen avoidance in the prevention of food allergy in infants and children. *Pediatrics* [serial on the Internet]. 2003 [cited 2007 Dec 30];111(6). Available from: <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/reprint/111/6/S2/1662?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=&fulltext=Food+Allergen+Avoidance+&searchid=1&FIRSTINDEX=0&volume=111&issue=6&resourcetype=HWCIT>

## ANEXO 1

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Meu nome é Jeanine Maria Salve, sou aluna de pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

A senhora está sendo convidada a participar de um estudo que se chama **“Estudo das Representações Sociais de mães sobre a introdução e a escolha de alimentos complementares para lactentes”**.

Buscamos com este estudo conhecer o que as mães pensam e sentem durante a fase que o bebê começa a receber outros alimentos além do leite. Procuraremos também conhecer que elementos as mães utilizam para fazer a escolha destes alimentos.

Com estes resultados, procuraremos colaborar para que os profissionais de saúde (enfermeiros, médicos, entre outros), possam melhorar a assistência à mulher em relação à alimentação do seu filho.

Se a senhora concordar em participar do estudo, irá responder a algumas perguntas e a conversa será gravada em um gravador digital para que nenhuma informação seja perdida. O tempo da conversa pode variar e o material gravado ficará sob minha responsabilidade, podendo a senhora pedi-lo quando quiser.

O nome da senhora será mantido em segredo e os resultados deste estudo só serão usados para fins científicos, sem qualquer ganho pessoal ou econômico da pesquisadora.

Participar da pesquisa não trará nenhum risco à senhora ou ao seu filho. A senhora poderá desistir de participar do estudo a qualquer momento,

e não haverá nenhum tipo de prejuízo ou mudança na assistência recebida nesse serviço de saúde ou em qualquer outro.

Se precisar entrar em contato, meu telefone é (11) 8451-1703.

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e do Centro de Saúde Escola Professor Samuel Barnsley Pessoa. A diretoria do Grupo SOBAM está ciente e de acordo com a coleta destes dados na Unidade da Criança.

Se tiver qualquer dúvida, a senhora pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem pelo telefone (11) 3726-3305.

---

Eu, \_\_\_\_\_, fui esclarecida sobre o estudo, estou ciente dos objetivos e finalidades da pesquisa, satisfeita com as respostas às minhas dúvidas e desejo voluntariamente participar do estudo.

---

Participante do estudo

---

Responsável (se menor)

---

Pesquisadora

---

Obs.: Caso a participante do estudo tenha dificuldade para ler ou escrever, poderá solicitar uma testemunha para a leitura e assinatura do termo.

**ANEXO 2****Formulário de Coleta de Dados**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

N.º: \_\_\_\_\_

**A - Identificação materna**

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone (contato): \_\_\_\_\_

DN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_      Escolaridade (em anos): \_\_\_\_\_

Trabalh? ( ) sim ( ) não      Direito a licença maternidade? ( ) sim ( ) não

Ocupação: \_\_\_\_\_

**B - História obstétrica**

Gestação: \_\_\_\_\_      Paridade: \_\_\_\_\_      N.º de filhos: \_\_\_\_\_

**C - Performance de sua amamentação atual**

1. A senhora amamenta seu filho? Sim ( ) Não ( )

2. Se sim<sup>1</sup>: AE ( ); AP ( ) ou AM ( )

Para AP ( ) ou AM ( ): (meses completos e dias)

3. Até quando a criança mamou só no peito? (meses completos e dias) \_\_\_\_\_

Para desmame: (meses completos e dias)

4. Até quando mamou só no peito? \_\_\_\_\_

5. Até quando a criança mamou no peito junto com outros alimentos? \_\_\_\_\_

6. Quando iniciou a introdução de alimentos? (meses completos e dias) \_\_\_\_\_

7. Qual o primeiro alimento introduzido? \_\_\_\_\_

**D - Dados sobre a criança**

8. Nome: \_\_\_\_\_ DN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

9. Sexo da criança: Masculino 1 ( ) Feminino 2 ( )

<sup>1</sup> Aleitamento exclusivo (AE); Aleitamento predominante (AP); Aleitamento materno (AM).

***E - Estilo de vida***

10. Atualmente a senhora vive:

Com companheiro 1 ( )    Sem companheiro 2 ( )    Viúva 3 ( )

11. Quantas pessoas moram na casa? \_\_\_\_\_

12. A casa possui luz elétrica? Sim 1 ( )    Não 2 ( )

13. A água que abastece sua casa vem de/a:

Sabesp 1 ( )    Poço 2 ( )    Outro 3 ( ). Qual? \_\_\_\_\_

14. O lixo é recolhido por: Coleta pública 1 ( )    Outro destino 2 ( ) Qual? \_\_\_\_\_

15. A senhora possui alguém que a ajude no trabalho em casa? Sim 1 ( )    Não 2 ( )

16. Este serviço é pago? Sim 1 ( )    Não 2 ( )

17. Qual a renda familiar mensal em reais? \_\_\_\_\_

***Identificação da família***

18. Gostaríamos de fazer algumas perguntas sobre as pessoas que fazem parte da sua família.

Parentesco	Idade	Trabalha		Naturalidade Cidade/Estado	Zona de origem	
		Sim	Não		Urbana	Rural
1. Mãe						
2. Pai						
3.						
4.						

19. Escolaridade do pai: \_\_\_\_\_

**ANEXO 3****Entrevista em Profundidade**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nº: \_\_\_\_\_

**Pergunta Norteadora:**

Gostaria que a senhora me contasse a história da alimentação do seu filho(a) desde que ele(a) nasceu até hoje.

(A entrevista em profundidade pretende abranger a história da alimentação do bebê durante o período de internação na maternidade, no retorno ao lar após a alta, com ênfase no momento da introdução dos alimentos complementares e no momento atual).

**Itens a serem abordados durante a entrevista:**

- O que a mãe pensa e sente a respeito das orientações dos profissionais de saúde.
- O que a mãe pensa e sente a respeito das orientações ou ajuda dos familiares.
- Critérios ou elemento de escolha do primeiro alimento complementar.
- Sentimentos da mãe durante a fase da introdução de alimentos complementares