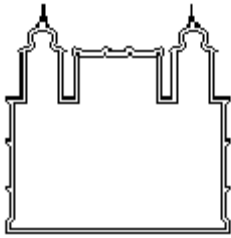


**Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Fernandes Figueira
Pós-graduação em Saúde da Criança e da Mulher**

**A ALIMENTAÇÃO DE LACTENTES, FILHOS DE
MULHERES/MÃES/ADOLESCENTES, NO PRIMEIRO ANO
DE VIDA: A CONSTRUÇÃO DE UMA PRÁTICA.**

Myrian Coelho Cunha da Cruz

**Rio de Janeiro
Março, 2010**

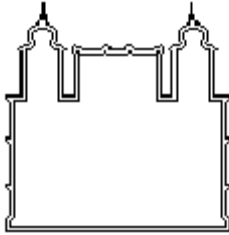


**Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Fernandes Figueira
Pós-graduação em Saúde da Criança e da Mulher**

**A ALIMENTAÇÃO DE LACTENTES, FILHOS DE
MULHERES/MÃES/ADOLESCENTES, NO PRIMEIRO ANO DE
VIDA: A CONSTRUÇÃO DE UMA PRÁTICA.**

Myrian Coelho Cunha da Cruz

**Rio de Janeiro
Março, 2010**



**Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Fernandes Figueira
Pós-graduação em Saúde da Criança e da Mulher**

**A ALIMENTAÇÃO DE LACTENTES, FILHOS DE
MULHERES/MÃES/ADOLESCENTES, NO PRIMEIRO ANO DE
VIDA: A CONSTRUÇÃO DE UMA PRÁTICA.**

Myrian Coelho Cunha da Cruz

Tese apresentada à Pós-Graduação
em Saúde da Criança e da Mulher,
como parte dos requisitos para a
obtenção do título de Doutor em
Saúde da Criança e da Mulher.

Orientador: Prof. Dr. João Aprígio Guerra de Almeida

**Rio de Janeiro
Março, 2010**

DEDICATÓRIA

**A Ana Rosa, Juliana e Ana Maria,
minhas filhas, preciosas companheiras.**

**A meus pais e avós, pelo que
significaram em minha formação como
pessoa.**

**A João Batista Silva da Cruz , parceiro e
grande apoiador.**

**Às mulheres/mães/adolescentes, pela
lição de vida que me proporcionaram.**

AGRADECIMENTOS

Inicialmente, agradeço ao Professor Dr. João Aprígio Guerra de Almeida, orientador do presente estudo, pela paciência de acompanhar meu esforço no desenvolvimento de uma investigação qualitativa.

Meus agradecimentos de estendem aos Professores Luciene Burlandy Campos de Alcântara, Mirian Ribeiro Baião e Franz Reis Novak, membros da banca de defesa do trabalho que se apresenta, cuja contribuição foi essencial para seu aprimoramento.

À Dra Elyne Montenegro Engstron, pela participação na autoria, juntamente com Dr. João Aprígio, do artigo *Práticas Alimentares entre filhos de adolescentes, no primeiro ano de vida*, a ser publicado na Revista de Nutrição/*Brazilian Journal of Nutrition*.

Aos professores e aos servidores da Secretaria Acadêmica do Curso de Pós Graduação em Saúde da Criança e da Mulher, agradecimento extensivo aos profissionais do Banco de Leite Humano do Instituto Fernandes Figueira, pelo trabalho e pelo apoio fundamental à minha formação e ao desenvolvimento deste estudo.

Agradeço à Secretaria Municipal de Saúde de Volta Redonda, pela autorização para a utilização dos bancos de dados utilizados para a elaboração do presente trabalho, assim como do artigo que o antecedeu. Estendo minha gratidão a todos os servidores que, direta ou indiretamente, contribuíram para a efetivação

SUMÁRIO**Pág**

do presente trabalho e que conferiram um grande prazer durante minha permanência como servidora do município.

A todos os servidores das bibliotecas visitadas, que zelam por uma importante parte patrimônio científico brasileiro, em especial aos responsáveis pelo acervo do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro. O trabalho dessas equipes foi essencial para o breve resgate histórico do conhecimento produzido no País sobre a alimentação de lactentes apresentado. Agradecimentos especiais também são reservados aos servidores das bibliotecas da Fundação Oswaldo Cruz, cujo apoio foi essencial à elaboração da pesquisa em questão.

Às minhas filhas, Ana Rosa, Juliana e Ana Maria, a meu companheiro e a meus pais, que aceitaram, pacientemente, o meu isolamento ao longo da elaboração deste trabalho.

RESUMO	x
ABSTRACT	xi
INTRODUÇÃO	12
Capítulo 1 – BASES TEÓRICAS E CONCEITUAIS	25
1.1 – Adolescência, gestação e maternidade	26
1.1.1 – As mudanças no padrão de fecundidade brasileira	28
1.1.2 – Os <i>riscos</i> da gestação na adolescência	29
1.1.3 – A sexualidade com parceiro	31
1.1.4 – Maternidade: um projeto de vida?	32
1.2 – Família e maternidade: a historicidade brasileira	37
1.3 – Orientações e normas para a alimentação de lactentes, no primeiro ano de vida	44
1.3.1 - Voltadas à amamentação	45
1.3.2 – Relativas à introdução de novos alimentos	59
1.3.2.1 – Prescritas na literatura pediátrica	60
1.3.2.2 – Presentes no discurso oficial	67
Capítulo 2 – O CAMINHO DO ESTUDO	76
Capítulo 3 – AS ESTRUTURAS DAS PRÁTICAS ALIMENTARES DE FILHOS DE ADOLESCENTES, NO PRIMEIRO ANO DE VIDA	83
3.1 – O contexto das práticas alimentares	83
3.1.1 - O território como <i>cenário</i> das práticas alimentares	83
3.1.2 – Os domicílios dos filhos das adolescentes	87
3.2 – As práticas alimentares vivenciadas	89

3.2.1 – A amamentação <i>sentida na pele</i>	90
3.2.2 – As alternativas à amamentação	93
3.2.3 – Começando a dar <i>comida</i>	96
3.2.3.1 - Em momento <i>oportuno</i>	97
3.2.3.2 – Não lácteos introduzidos <i>precocemente</i>	102
3.2.3.3 – Transgredindo o <i>saudável</i>	103
3.3 – Os agentes das práticas alimentares	105
3.4 – Os recursos implicados	107
3.4.1 - O núcleo familiar	108
3.4.2 - Os serviços de saúde	110
3.4.2.1 – Hospital: lugar onde as práticas alimentares se iniciam	111
3.4.2.2 – Unidades de atenção básicas de saúde	116
3.4.3 – O acesso a alimentos	119
Capítulo 4 – REFLEXIVIDADE, TRANSFORMAÇÕES E CONEXÕES DAS PRÁTICAS ALIMENTARES	122
4.1 – As questões monitoradas reflexivamente pelos agentes das práticas alimentares	122
4.2 – O “entendimento teórico” e a significação dos elementos normativos das práticas alimentares	126
4.2.1 – A amamentação exclusiva	128
4.2.2 - A introdução <i>oportuna</i> de novos alimentos	132
4.2.3 – Repercussões das práticas alimentares sobre a saúde da criança	135

4.3 – Os pontos de transformação e de conexão das estruturas das práticas alimentares às demais estruturas sociais	139
Capítulo 5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	145
REFERÊNCIAS	158
ANEXOS	169
ANEXO 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DA PARTICIPANTE	170
ANEXO 1 A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO(A) RESPONSÁVEL PELA PARTICIPANTE	172
ANEXO 2 - ITENS GERAIS DA ENTREVISTA	174
ANEXO 3 - ROTEIRO TEMÁTICO	176
ANEXO 4 - RESUMO DAS HISTÓRIAS DE VIDA DAS ENTREVISTADAS	178
ANEXO 5	184

Tabela 1: Distribuição percentual de nascimentos de filhos de adolescentes, por bairro de residência, em relação ao total de gestantes da mesma fase de vida do município e ao volume de nascimentos ocorridos no bairro. Volta Redonda, 01/06/2007 a 30 /05/2008.

RESUMO

Objetivo: Conhecer como as práticas alimentares de lactentes, filhos de mães adolescentes, no primeiro ano de vida, são estruturadas em relação à amamentação e à alimentação complementar.

Materiais e métodos: Estudo qualitativo através da aplicação da teoria da estruturação. O cenário do estudo foi o município de Volta Redonda, RJ. A coleta de dados desenvolveu-se através de conversa com finalidade, guiada por roteiro temático. A amostragem constituiu-se pela saturação das respostas às unidades de registro do roteiro, com conteúdo advindo de 7(sete) entrevistas. Para análise, foram feitas decomposição e distribuição do material por unidades temáticas e de contexto, descrição em categorias, inferências e interpretação dos resultados.

Resultados: As mães que praticaram a amamentação *exclusiva* foram motivadas por questões além da sensibilidade às normas, enquanto que a introdução oportuna de alimentos teve distintos significados. A alimentação introduzida precocemente foi estabelecida pelas mães, conforme condições e conveniência. Tecendo escolhas, as mães submetem, criticamente, o discurso oficial. No cotidiano, participam da definição das práticas alimentares familiares, instituições de saúde e comunidade. A escuta às mães precisa ser efetiva, enquanto a fragmentação das políticas públicas deve ser superada, a fim de contemplar as necessidades e subjetividades do grupo de mulheres/mães/adolescentes.

Palavras-chave: amamentação; alimentação complementar; maternidade na adolescência; políticas públicas.

ABSTRACT

Objective: To know how the feeding practices of infants, children of teenage mothers in the first year of life are structured in relation to breastfeeding and complementary feeding.

Methods: A qualitative study by applying the Theory of Social Structure. The study setting was the city of Volta Redonda, RJ. Data collection was developed through conversation with purpose, oriented by a thematic guide. The sample consisted of responses by saturation units, with content that comes from seven (7) interviews. For analysis, decomposition and distribution were made of the material by thematic units and context description categories, inference and interpretation of results.

Results: Mothers who practiced exclusive breastfeeding have been motivated by issues that go beyond the standards of sensitivity, whereas the timely introduction of foods had different meanings. Foods were introduced earlier established by mothers, as conditions and convenience. Weaving choices, mothers undergo, critically, the official discourse. In daily life, participate in setting a family eating habits, health institutions and community. Listening to mothers needs to be effective. The fragmentation of public policies must be overcome in order to accommodate the needs and subjectivities of the group of women / mothers / adolescents.

Keywords: breastfeeding, complementary feeding, teenage motherhood, public policy.

INTRODUÇÃO

As necessidades de nutrientes só podem ser satisfeitas através da ingestão de alimentos, ou seja, *“de produtos naturais culturalmente construídos e valorizados, transformados e consumidos, respeitando um protocolo de uso fortemente socializado”* (Poulain, 2006:19). A temática da alimentação, a despeito de sua banalização (Poulain, 2006; Canesqui, 2005), é compartilhada por diversos detentores de territórios científicos, que buscam esclarecer *“a ‘irracionalidade’ dos comensais ou dos consumidores”* (Poulain, 2006:20).

A temática da alimentação mostra-se *“como uma categoria capaz de delinear tramas que envolvem ao mesmo tempo ciência, política, economia, direito, religião, técnica e ficção”* (Almeida, 1999:22), revelando-se como um híbrido, construído por leis naturais de fenômenos biológicos, e por intencionalidades dos atores e grupos que originam fatos sociais (Latour, 1994; Almeida, 1999).

Breilh (2006) aponta que, em suas relações históricas, as necessidades biológicas e psíquicas se transformam, constroem necessidades coletivas que reproduzem e enquadram as necessidades individuais. As necessidades de alimentação e nutrição, como determinantes da vida, configuram-se em um direito universal alienável.

A realização do direito humano à alimentação e à nutrição adequadas reflete a disponibilidade de alimentos saudáveis, seguros e produzidos de forma sustentável, mas também a inserção no processo de construção da capacidade de

alimentar e nutrir a si próprio e à sua família, com dignidade (Valente, 2006). A má nutrição, por carências ou excessos, seria uma faceta de um mesmo processo social e biológico da complexidade das relações humanas (Valente, 2002). Articulam-se acesso, transporte, armazenamento e transformação de alimentos, práticas e hábitos alimentares, condições de habitação, prestação de cuidados especiais a grupos vulneráveis, existência e acesso a serviços de promoção, de atenção à saúde e de controle de qualidade dos alimentos, entre outras. Violações contra o direito humano à alimentação adequada decorrem de inadequações na realização de qualquer uma destas dimensões (Valente, 2006).

No plano biológico, o equilíbrio entre o suprimento de nutrientes (consumo/ingestão alimentar) e o gasto ou necessidade energética do organismo repercute no estado nutricional de indivíduos e coletividades. Relaciona-se às condições de saúde e à capacidade do organismo em utilizar adequadamente os nutrientes da dieta (Engstron *et al*, 1998). Pode ser conhecido, em estudos populacionais, por meio da análise de indicadores, nos quais se destacam os déficits de altura em relação à esperada para a idade segundo padrões de normalidade. Ao traduzirem o retardo no crescimento linear, referem-se a deficiências nutricionais crônicas ainda vigentes, ou a um processo passado, já superado (Engstron *et al*, 1998).

No Brasil, os resultados da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde - PNDS, aplicada em 1996 (BEMFAM, 1997) e em 2006 (MS, 2008), revelaram a maior prevalência de inadequação no crescimento infantil no segundo ano de vida. Buscando explicar essa realidade a partir de estudos epidemiológicos, Cruz (2001), a partir do banco da PNAD de 1996, identificou maiores chances de

ocorrência de déficits estaturais entre filhos de adolescentes em relação aos filhos cujas mães tinham idades entre 20 e 34 anos (OR=2,67, $p<0,05$). O estudo em questão controlou os efeitos do baixo peso ao nascer e que associação a eventos de risco na gravidez durante a adolescência teria 15 anos como limite superior (MS, 2006). Como então explicar a maior vulnerabilidade dos filhos de adolescentes à baixa estatura no segundo ano? Breilh (2006), ao desenvolver uma visão crítica diante dos estudos epidemiológicos, sinaliza que a ideia probabilística da causalidade desfaz vínculos entre os fenômenos estudados e os processos mais gerais da vida. Sendo assim, quais seriam os processos que cercam a maternidade na adolescência que comprometeriam a garantia à alimentação, à nutrição e ao crescimento infantil adequados?

Diversos modelos explicativos para o estado nutricional na infância são propostos. Segundo o Fundo das Nações Unidas para a Infância, as causas imediatas da desnutrição infantil relacionam-se à ingestão dietética inadequada e à presença de doenças, particularmente as infecciosas. A ingestão de alimentos e a capacidade de cuidar das famílias integram dimensões básicas que articulam disponibilidade de alimentos, acesso a serviços básicos de saúde e a condições ambientais. De forma ampliada, essas dimensões relacionam-se às estruturas sociais, políticas, econômicas e culturais da sociedade (WFP/UNICEF, 2006). Modelos para os processos decisórios familiares foram elaborados, revelando que resultados de escolhas seriam balizados em quem decide e controla os recursos, assim como nas restrições que se confrontam (Smith *et al*, 2003). Contudo, Breilh (2006) chama a atenção de que a construção do conhecimento científico sobre o que compõe as necessidades humanas não deve partir de elementos e esquemas

abstratos, objetivos ou subjetivos, mas da prática social de seres concretos, historicamente dados.

Os alimentos não se decompõem em substâncias nutritivas, mas “*em propriedades de uma ordem social e material atribuídas por um determinado grupo humano*” (Pons, 2005:109). Logo, além das funções biológicas, detêm funções sociais e culturais essenciais (Canesqui, 2005; Canesqui, 2003; Tonial, 2001). Os atos de alimentar e alimentar-se formam sistemas alimentares, replicando ideias, valores, símbolos e experiências vividas por um povo, preservando o interesse comum pela segurança alimentar e pela sobrevivência coletiva (Khare, 1998). A alimentação é motivada por vários fatores, muitos deles distanciados da nutrição propriamente dita (Nascimento, 2007). No tocante à alimentação infantil, destacam-se características próprias da infância como geradoras de demandas particulares de alimentação e nutrição. A amamentação, no universo dos sistemas alimentares, nutre e protege a saúde da criança, além de conferir valores à natureza da mulher como determinantes e condicionantes de sua vivência, carregando-a de simbologia própria. Aspectos sociais estão evidenciados nos laços estabelecidos pela comida (Nascimento, 2007). E, ao facilitar a aceitação de alimentos presentes na dieta familiar, o ato de amamentar também vincula o filho à cultura alimentar (Almeida, 1999), ampliando a inserção da criança aos sistemas alimentares de seu meio.

O ser humano se alimenta de acordo com a sociedade e grupo a que pertence, estabelecendo distinções e fronteiras. Escolhe o que, quando e como se come, assim como as técnicas para cocção e preservação do alimento, criando diferenças na estrutura de consumo entre grupos de renda, classe, gênero e

estágio de vida (Canesqui & Garcia, 2005). As práticas alimentares refletem as relações de sociabilidade presentes nos atos de alimentar-se, de alimentar o outro, e ser alimentado. Associam os alimentos às representações coletivas, ao imaginário social, às crenças do grupo, a suas práticas culturais. Essas práticas tornam o ato alimentar complexo, envolvendo partilha e experiência sensorial (Maciel, 2001), mutável de acordo com o contexto do qual os grupos se encontram. A necessidade vital se conforma ao meio e à estrutura de organização, produção e distribuição de alimentos e de riqueza da sociedade, atravessando diferenças, hierarquias, estilos e modos de comer, enquanto representações coletivas, imaginários e crenças (Canesqui & Garcia, 2005).

Segundo Poulain & Proença (2003), o fato social alimentar pode ser observado através de suas práticas (observadas, objetivadas, reconstruídas, declaradas espontaneamente), das normas e modelos coletivos, das opiniões, das atitudes, dos valores e dos sistemas simbólicos. Os dados disponibilizados por cada uma dessas possibilidades permitem descrever e compreender o fenômeno alimentar percorrendo aspectos dos mais objetivos aos mais subjetivos. Sua importância sociológica reside nas deformações submetidas aos dados comportamentais no curso da sua reconstituição, assim como na defasagem eventual entre as práticas declaradas, as normas ou os valores em relação àquilo que realmente é posto em prática.

As práticas observadas referem-se aos comportamentos alimentares realmente utilizados por um indivíduo ou um dado grupo de indivíduos. Já as práticas objetivadas são os comportamentos reais, observados de maneira indireta, através dos traços como disponibilidade de produtos alimentares. As

práticas reconstituídas são acessadas por rememoração, em uma escala de tempo variada, interessando-se pelas freqüências de consumo, pelas práticas alimentares ou pelas rotinas de compra. As práticas declaradas correspondem ao que os sujeitos pretendem fazer ou já fizeram quando respondem de maneira espontânea a um questionamento, sendo deliberadamente menos precisas, pois conduzem aos paradoxos que sustentam as práticas alimentares (Poulain & Proença, 2003).

As normas são representadas pelas regras, pelos modelos de conduta amplamente seguidos em uma dada sociedade ou em um dado grupo social. Correspondem às práticas consideradas como "convenientes", submetidas a uma série de influências de princípios gastronômicos, culinários, dietéticos, simbólicos, etc. A "norma social" encaminha para um conjunto de convenções relativas à composição estrutural das tomadas alimentares – durante e fora das refeições – bem como às condições e contextos do seu consumo. A "norma dietética" é constituída por um conjunto de prescrições sustentadas em conhecimentos científico-nutricionais e difundidos por profissionais da área da saúde. Portanto, norma social e norma dietética influenciam-se mutuamente (Poulain & Proença, 2003).

Giddens (2009) revela que o conjunto de regras e recursos implicados na reprodução social, de modo recursivo, na reprodução social, se expressa na noção de "estrutura". As propriedades estruturais, que se configuram por sua estabilidade no tempo e no espaço, envolvem elementos normativos e elementos de significação presentes nas regras, assim como recursos impositivos, derivados da coordenação por agentes humanos, e recursos alocativos, que procedem de

aspectos do mundo material Considerando que o domínio básico das ciências sociais, *“não é a experiência do ator individual nem a existência de qualquer forma de totalidade social, mas as práticas sociais ordenadas no espaço e no tempo”* (Giddens, 2009, p: 2), O autor destaca que as atividades humanas *“não são criadas por atores sociais, mas continuamente recriadas por eles através dos próprios meios pelos quais eles se expressam como atores”* (Giddens, 2009, p:3). Os agentes reproduzem as condições que tornam possíveis tais práticas, a partir de sua familiaridade com as formas de vida que expressam. Na ação cotidiana, desenvolve um monitoramento reflexivo de si em sua relação com os outros, assim como das práticas e dos aspectos sociais, físicos e dos contextos em que se movem. Um ato se caracteriza por um determinado conhecimento que o agente utiliza para obter uma determinada qualidade ou desfecho, cujos motivos referem-se às necessidades que o instigam. Os agentes elaboram um contínuo *“entendimento teórico”* (Giddens, 2009, p:6) de suas bases a partir da noção de consciência prática, que os leva a fazer algo de forma intencional e, como tal, passível de entendimento. As relações estruturais também apresentam *“pontos de transformação”*, cujo estudo é essencialmente útil para a orientação de pesquisas.

As estruturas que permeiam as práticas alimentares às quais estão sujeitos os filhos de mulheres/mães/adolescentes erguem-se como **objeto** investigado.

Através deste, a questão da gravidez na adolescência inevitavelmente ganha relevo, trazendo-a sob uma perspectiva pouco investigada: a maternidade na adolescência. Um fenômeno em expansão na década de 90, porém com um aparente declínio a partir de 2000, é entendida como um problema social decorrente ou que reforça a pobreza e a marginalidade (Souza, 1998). Sua

compreensão enquanto *risco psicossocial* associa-se à visão de *imaturidade psicológica dos jovens* diagnosticada por médicos e psicólogos, psiquiatras e psicanalistas (Heilborn, 2006).

O interesse por desenvolver o estudo no município de Volta Redonda, RJ, se manifestou em função deste ter sido o lócus de minha prática como nutricionista do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, Criança e Adolescente, com inserção no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional e no trabalho com Aleitamento Materno. A isso, soma-se o fato de existirem, no município, sítios com elevadas frequências de gestação na adolescência, superiores às médias nacionais. Tal constatação remete a Szwarcwald *et al* (2002), que apontam que, em comunidades segregadas socialmente, suas características comprometeriam, além da sobrevivência, o crescimento dos filhos de adolescentes nos primeiros anos de vida (Szwarcwald *et al*, 2002). Vale salientar ainda que Monteiro (2006) recomenda que as investigações sobre segurança alimentar e nutricional busquem ultrapassar a sua relação com a renda familiar. Para tal, identificam-se as preferências alimentares, os conhecimentos e as informações sobre alimentação, nutrição e saúde, assim como os padrões de consumo alimentar da população.

As questões de estudo, abaixo listadas, emergiram para dar respostas aos objetivos investigados:

- I. Quais são as práticas alimentares de lactentes, filhos de mulheres/mães/adolescentes, no primeiro ano de vida?
- II. Quem são os agentes das práticas alimentares dos filhos de adolescentes, no primeiro ano de vida?

- III. Quem são os agentes envolvidos na definição das práticas alimentares de filhos de adolescentes, no primeiro ano de vida?
- IV. Que cenários e contextos familiares convergem na reprodução do sistema e práticas institucionalizadas, conectando a integração social e a integração do sistema?
- V. Qual é o “entendimento teórico” que sustenta a consciência prática do(s) agente(s) da alimentação de filhos de adolescentes?
- VI. Quais são os recursos impositivos e alocativos implicados nas práticas alimentares de filhos de adolescentes?
- VII. Quais as questões submetidas ao monitoramento reflexivo dos agentes das práticas alimentares da criança sobre as práticas alimentares dos lactentes, filhos de adolescentes, no primeiro ano de vida?
- VIII. Quais são os códigos de significação advindos das recomendações oficiais do Ministério da Saúde do Brasil (elementos normativos) sobre práticas alimentares de lactentes no primeiro ano de vida, apropriados pelos agentes das práticas alimentares de filhos de adolescentes?
- IX. Quais são os pontos de transformação e de conexão, presentes nas relações estruturais, identificados no estudo?

Partindo-se dos preceitos de Breilh (2006) de que a construção do conhecimento deve partir da prática social de seres concretos, pode-se traçar, como **pressuposto teórico** do estudo, a noção de que a prática alimentar dos filhos de adolescentes, no primeiro ano de vida, se define no cotidiano, pelas adolescentes e pelas famílias às quais passam a conviver ou a constituir. Compõe-se por movimentos e relações de sociabilidade que se propõem a serem

cooperativos, solidários e benéficos, porém condicionados econômica, cultural e politicamente. Constrói-se a partir de escolhas, em que se confrontam os referenciais do discurso oficial, emanado das políticas públicas, as possibilidades advindas das condições materiais e incorporadas, historicamente, na cultura, e o posicionamento materno, como protagonista do cuidado instituída socialmente. Resulta, portanto, de opções individuais, em meio ao movimento do coletivo, estruturante.

Ao ser entendido como um sistema de estruturas duráveis, cognitivas e motivadoras, inculcadas desde a infância, pré-moldando possibilidades e proibições, liberdades e limites, segundo condições objetivas (Souza, 2006), o conceito de *habitus*, que marca do pensamento bourdieiano, vale ser considerado ao pressuposto do presente estudo. Bourdieu (1979) associa hierarquia social, conservadorismo nas práticas, representações e *habitus* alimentares. As mudanças nos gostos se explicam pela mobilidade social dos indivíduos através da mudança na composição social. Enquanto as classes populares definem seu gosto pela satisfação das necessidades da saciedade e de reprodução da força de trabalho, com menor custo, o distanciamento das questões básicas, por outro lado, caracteriza as escolhas das demais classes.

Na investigação em pauta, o enfoque dado à categoria *habitus* é destacado pela ausência de homogeneidade estruturante, de acordo com a inserção social dos grupos humanos implicados, conforme verificado por Souza (2006). O autor denomina como *habitus primário* aquele que incorpora ao *habitus* a noção tayloriana de *dignidade*, permitindo a eficácia social da igualdade (e de direito), desde que internalizada no cotidiano. Com o termo *habitus secundário*, introduz a

noção de critérios classificatórios de distinção social a partir do que Bourdieu chama de *gosto*. Através do conceito de *habitus precário*, destaca a existência de estruturas próprias ao indivíduo ou grupo considerado improdutivo ou inútil em uma sociedade competitiva, que, não podendo gozar de reconhecimento social, sofre conseqüências existenciais e políticas. A relação observada entre maternidade adolescente e pobreza aproxima-se ao universo do *habitus precário*, inserindo as práticas alimentares infantis deste grupo em um universo estruturante distinto, com elementos normativos, códigos de significação e recursos próprios.

Para melhor apreensão e apropriação do objeto de estudo, **objetivos específicos** foram estabelecidos como balizadores do processo de investigação das questões de estudo:

1. Descrever as práticas alimentares de lactentes, filhos de mulheres/mães/adolescentes, no primeiro ano de vida.
2. Reconhecer os agentes das práticas alimentares dos filhos de adolescentes, no primeiro ano de vida.
3. Identificar os agentes envolvidos na definição das práticas alimentares de filhos de adolescentes, no primeiro ano de vida.
4. Descrever os cenários e os contextos familiares que convergem na reprodução do sistema e suas práticas institucionalizadas, conectando a integração social e a integração do sistema.
5. Identificar as bases do “entendimento teórico” que sustenta a consciência prática do(s) cuidador (es) na condução da alimentação de filhos de adolescentes.

6. Apontar os recursos impositivos e alocativos implicados nas práticas alimentares de filhos de adolescentes.
7. Verificar que questões são submetidas ao monitoramento reflexivo dos cuidadores da criança sobre as práticas alimentares dos lactentes, filhos de adolescentes, no primeiro ano de vida.
8. Identificar os códigos de significação advindos das recomendações oficiais do Ministério da Saúde do Brasil (elementos normativos) sobre práticas alimentares de lactentes no primeiro ano de vida, apropriados pelos agentes das práticas alimentares de filhos de adolescentes.
9. Apontar os pontos de transformação e de conexão, presentes nas relações estruturais das práticas alimentares de filhos de adolescentes, identificados no estudo?

Sucintamente, o trabalho em pauta compõe-se pela apresentação dos estudos que formam suas bases teóricas e conceituais, presentes no **Capítulo 1**. Neste, são discutidas questões em torno das preocupações atuais em torno da gestação na adolescência. A temática em torno da família e da maternidade é explorada como cenários que situam, historicamente, o papel da mulher na sociedade, assim como as orientações e normas para a alimentação de lactentes, no primeiro ano de vida. No **Capítulo 2**, o caminho do estudo é apresentado, descrevendo-se os materiais e métodos aplicados. No **Capítulo 3**, as estruturas que compõem as práticas alimentares de filhos de adolescentes, no primeiro ano de vida, são descritas. O contexto das práticas alimentares é explorado a partir da observação do território como *cenário* das práticas alimentares. As práticas alimentares vivenciadas, os agentes das práticas alimentares e os recursos

implicados são apresentados. No **Capítulo 4**, são identificadas as questões monitoradas reflexivamente pelos agentes das práticas, o “entendimento teórico”, a significação dos elementos normativos, os pontos de transformação e de conexão das estruturas das práticas alimentares às demais estruturas sociais. As considerações finais encontram-se no **Capítulo 5**.

Capítulo 1 – BASES TEÓRICAS E CONCEITUAIS

A fim de ampliar o entendimento da pesquisa em pauta, foi feita uma extensa revisão de literatura, buscando abranger os componentes transversais ao objeto investigado.

O primeiro diz respeito aos conceitos que regem as noções de adolescência, gestação e maternidade, uma vez que destas emergem especificidades e distinções ao objeto estudado. Aborda questões ligadas às mudanças no perfil de fecundidade no Brasil, que permitem maior visibilidade à gestação em idades menores. Chama a atenção sobre como os aspectos que associam a gestação na adolescência a condições de risco biológico são utilizados para encobrir os *incômodos* causados pela gestação *precoce*. Aponta a sexualidade com o parceiro no universo da cultura, sinalizando-a como condição de ingresso na vida adulta e problematiza a maternidade adolescente no universo das possibilidades de concretização de projetos de vida.

O segundo componente resgata a historicidade em torno da família e do papel da maternidade no Brasil, do descobrimento à atualidade. Busca distinguir os cenários familiares elaborados a partir de diferentes realidades sociais, assim como identificar o papel da mulher que se apresenta.

O terceiro aborda as práticas alimentares de lactentes prescritas na literatura científica da pediatria brasileira e as recomendações oficiais sobre amamentação e a introdução dos demais alimentos na dieta infantil.

1.1 - Adolescência, gestação e maternidade

O conceito de classe de idades surge ao mesmo tempo em que se desenvolve a noção de classe social, no final do século XVIII, com o nascimento da burguesia (Ariès, 1981). Portanto, as ideias atuais sobre adolescente e adolescência resultam de uma construção histórica. O reconhecimento da importância dos jovens para as estratégias de desenvolvimento provoca polêmicos debates sobre a delimitação temporal que conceitua e classifica a juventude. Como resultado, evidenciam-se características marcantes de cada geração, com sentidos próprios das vontades dos indivíduos e das tendências política, econômica e cultural (Chaves Júnior, 1999).

A adolescência é uma fase da vida situada entre a infância e a idade adulta, na qual ocorre um complexo processo de crescimento e desenvolvimento biopsicossocial. A adoção de critérios cronológicos para defini-la objetiva a identificação de requisitos que orientem as investigações epidemiológicas e a elaboração de políticas públicas. A Organização Mundial de Saúde estabelece o período de 10 a 19 anos como marcador dessa etapa, que enquadra parte da juventude (de 15 a 24 anos) e que se desdobra em adolescentes jovens (de 15 a 19 anos) e adultos jovens (de 20 a 24 anos). Segundo o Código Civil brasileiro, a idade do adolescente compreende os 12 aos 18 anos, quando se atingem direitos e deveres de adulto, como casamento e autonomia jurídica. Esses limites são adotados no Estatuto da Criança e do Adolescente, que admite, excepcionalmente, a inclusão de pessoas entre 18 e 21 anos. O Ministério da Saúde adota os limites etários propostos pela OMS e pela legislação brasileira (MS, 2005). Já o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística identifica a

juventude como pertencente à faixa compreendida entre 16 e 24 anos. Esse prolongamento é advindo das exigências de qualificação impostas pelo mundo do trabalho (Losacco, 2007).

Simões (2006), abordando o tema gestação na adolescência, destaca que esta não deveria ser analisada de forma homogênea quanto à cronologia. Discutindo-a detalhadamente em faixas de idades, classifica que, entre 10 a 14 anos, estariam situadas as crianças; entre 15 a 17 seria a adolescência propriamente dita e entre 18 a 19 anos enquadrar-se-ia a juventude. Para o autor, esse último não faria mais parte do grupo de adolescentes, pois, *teoricamente*, teria maior poder de tomada de decisões.

A convicção de que adultos e jovens estariam uns contra os outros tem criado estereótipos e uma imagem pública hostil do adolescente. Uma vez que os processos básicos da adolescência envolvem as relações entre indivíduos e seu contexto, a pobreza (Günther, 1999), assim como a raça/etnia (Medrado & Lyra, 1999), poderia exacerbar a hostilidade contra os jovens. À noção de risco da adolescência, incrementam-se questões de gênero: ao masculino, somam-se atributos como naturalmente violento, agressivo, aventureiro e promíscuo; ao feminino, o risco focaliza-se na gravidez precoce. Consequentemente, a associação da adolescência às ideias de crise, desordem, irresponsabilidade e *problema social*, resultaria na construção de expressões como '*prevenção da adolescência*' (Medrado & Lyra, 1999).

Atentando que não se podem separar os indivíduos de sua cultura, Caridade (1999) sinaliza que o adolescente precisa ser entendido especialmente sob a perspectiva da sexualidade, afirmando que não seria a questão biológica

que determinaria a sexual. O autor questiona as teorias que descrevem a adolescência como uma etapa repleta de crises de identidade, relacional, familiar, de auto-estima e de falta de sentido para a vida.

Brandão (2006), analisando a bibliografia sobre o tema, identifica que os argumentos biológicos e psicológicos têm cedido lugar à leitura social do fenômeno. Observa que, diante do desconhecimento do sistema de representações, crenças e práticas juvenis na atualidade, sobressai o negativismo. Aponta que o exame dos traços socioculturais que marcam as experiências dos adolescentes e jovens contemporâneos merece ser realizado. Destaca a existência de marcas geracionais que moldam vivências de sexualidade, relações de gênero, convivência familiar e os grupos de pares, que se atualizam em cada grupo social.

1.1.1 - As mudanças no padrão de fecundidade brasileira

Até a década de 1970, o padrão de fecundidade das brasileiras, que era tardio, com maior participação das mulheres de 25 a 29 anos, passa a ser jovem nos anos de 1980, sendo maior a proporção de nascimentos oriundos de mulheres de 20 a 24 anos. A redução da fecundidade ocorrida nas últimas décadas afetou, com maior ênfase, grupos de mulheres com idade entre 30 e 49 anos. Logo, o aumento que se observou na proporção de nascimentos em adolescentes e jovens menores de 20 anos decorreu também dessa alteração no padrão relativo da distribuição do total de nascimentos por grupos etários de mulheres. Porém, de 2001 a 2004, observa-se, em todo o país, uma estabilização da proporção de registros de nascidos cujas mães são adolescentes, num patamar em torno dos

20% (IBGE, 2004). Entretanto, o aumento na fecundidade entre 15 e 19 anos, na população mais pobre, de menor escolaridade (com até três anos de estudo) e residente em áreas rurais, foi evidenciado pela PNDS (BEMFAM, 1997) e pelo Censo de 2000, a despeito da redução da taxa de fecundidade total (MS, 2004). O rejuvenescimento do padrão reprodutivo brasileiro foi evidenciado na PNDS de 2006, sendo maior no meio urbano que rural, com maiores percentuais entre jovens de menor escolaridade e negras (MS, 2008). A proporção de nascimentos entre adolescentes com menos de três anos de escolaridade, segundo o Censo de 2000, foi cinco vezes maior que entre aquelas com oito anos ou mais de estudo, ao passo que a faixa de 18 e 19 anos, responsável por 60% do total de nascimentos (Simões, 2006).

A diminuição da idade da menarca, associada ao aumento e à precocidade da atividade sexual entre adolescentes, à falta de informações sobre contracepção e de acesso a métodos contraceptivos são alguns dos motivos atribuídos à gestação na adolescência (Santos Júnior, 1999). A esses fatores, somar-se-iam o retardo da idade ao casamento, a fragilidade da tutela familiar e o processo acelerado de urbanização, associados às mudanças significativas no estilo de vida (FEBRASGO, 2001). Para Simões (2006), no entanto, a gravidez na adolescência pode também ser um indicativo da precariedade de serviços de saúde, nem sempre universais e de boa qualidade.

1.1.2 – Os *riscos* da gestação na adolescência

A gravidez na adolescência é descrita, na literatura biomédica, como um fator de risco materno-infantil importante, relacionada a questões como

prematuridade, baixo peso ao nascer e retardo de crescimento uterino. A insuficiência de cuidados pré-natais e a repetição da gravidez em curto intervalo intergestacional são ressaltadas (FEBRASGO, 2001). Na perspectiva nutricional, tal risco se justificaria pelas necessidades aumentadas da adolescente, às quais se somam as demandas especiais da gestação (Accioly & Saunders, 2003), embora não haja consenso a respeito (FEBRASGO, 2001). Esses riscos, no entanto, poderiam estar associados a características sociais (FEBRASGO, 2001; Medrado & Lyra, 1999). Complicações do parto têm sido relacionadas à gestação na adolescência, visão que se contrapõe à necessidade de atenção de qualidade, tanto no pré-natal, quanto ao parto (FEBRASGO, 2001).

Almeida (2002) verifica que as variações na assistência recebida pela adolescente têm revelado influências também nas condições de saúde da criança e na mortalidade infantil, dissociando os riscos da biologia ligada à idade materna. Simões (2006) ressalta que a gravidez, entre aquelas que o autor considera adolescentes de fato (15 a 17 anos), afeta as famílias de mais baixo poder aquisitivo e educacional e que residem, na maioria, em áreas mais atrasadas econômica e socialmente.

A gestação potencializa as noções de adolescência e de vulnerabilidade, às quais se agregam, segundo Luz e Silva (1999), necessidades de proteção social específica e de reconhecimento de diversidade na própria adolescência. Castro *et al* (2004) observam que, ao se salientar a gravidez na adolescência como indesejada, perde-se de vista seu caráter simbólico para algumas jovens, tais como idealizações sobre maternidade e relações entre os sexos e buscas de comunicação e socialização “*com e entre os corpos*” (Castro *et al*, 2004:134).

Destacam que a gravidez relacionada a medos, assimetrias de gênero nas relações sexuais, baixa auto-estima, entre outras, se verificam também entre mulheres com idades superiores. Criticando as análises que empobrecem a compreensão dos múltiplos significados da gestação entre as jovens, recomendam, entretanto, que não se perca a relevância epidemiológica da questão.

1.1.3 – A sexualidade com parceiro

No conjunto de transições da adolescência, a passagem à sexualidade com parceiro é a de maior repercussão. Ocorrem em um processo de experimentação pessoal e de aculturação em grupo, em uma *“familiarização de representações, valores, papéis de gênero, rituais de interação e de práticas, presentes na noção de cultura sexual”* (Heilborn, 2006:35). O sexo pode ser um elemento importante de negociação entre os gêneros. Nesse cenário, a representação feminina do sexo compõe uma engrenagem relacional e o jogo de sedução tem como principal alvo a aliança (Heilborn, 2006).

Observando as dimensões culturais da gravidez na adolescência, Heilborn (1998) chama a atenção para as mudanças nas mentalidades ocorridas no Brasil a partir dos anos 1960. A nuclearização da família é acentuada, a difusão de novos estilos de vida, entre outras mudanças, alteraram as relações entre as classes, os gêneros e a expressão da sexualidade de forma privilegiada entre as camadas médias e altas da população. Instalam-se duas matrizes culturais, uma hegemônica, marcada pelo individualismo moderno, e outra holística, ou tradicional, que se modulam na construção da subjetividade. O estilo e a demanda

por um maior padrão de consumo estariam provocando mudanças na matriz cultural holística, com um *“atravessamento parcial da cultura individualista no contexto cultural dos subordinados”* (Heilborn, 1998:28).

Os costumes sexuais passaram a acatar a sexualidade feminina pré-conjugal, embora mantenham a interdição do tema nas conversas em família, na escola e no ambiente social. As mulheres continuam culpabilizadas pela gravidez, os homens absolvidos de suas responsabilidades e o poder público cobrado quanto ao planejamento familiar, desconsiderando-se a importância da educação sexual (Heilborn, 2006).

A família, instituição responsável pela introjeção de valores, é chamada a cumprir exigências compostas por estereótipos sociais, interrompendo possibilidades de diálogo e de construções (Losacco, 2007). Esta, calcada nas dificuldades de muitos pais em lidar com sua própria sexualidade, reproduz a desinformação por gerações (Castro *et al* (2004). No cenário escolar, as atividades de educação sexual, conduzidas mediante capacitação de professores por especialistas, sofrem críticas pela falta de continuidade, monotonia e distanciamento das emoções dos alunos (Castro *et al*, 2004). A homogeneização é o tratamento dado à questão, com concepções generalizantes e dramatizadas (Heilborn, 2006).

1.1.4 – Maternidade: um projeto de vida?

Heilborn (2006) destaca que as referências encontradas a respeito da gravidez na adolescência situam-na em um cenário de *“evolução negativa dos costumes”* (Heilborn, 2006:31), de erotização indesejável, de irresponsabilidade,

de ignorância, de falta de diálogo e de autoridade dos pais, cuja construção a apresenta sob a *égide da vitimização*.

A gravidez adolescente, quando levada a termo, pode significar um processo de negociação, bem sucedido ou não, para a realização de um status conjugal ou para a conquista de maioridade social (Heilborn, 1998). No entanto, no contexto da redução global da fecundidade, a gravidez na adolescência sobressai pela *ilegitimidade* e pelas novas expectativas em relação à escolarização dos jovens (Sabóia, 1998).

O estatuto da maioridade, tanto ao homem como à mulher, seria conferido pela existência de filhos. Assumir o próprio destino e desvincular-se da família de origem seriam conquistas do movimento de busca de independência. Entre pessoas pobres, à estratégia do casamento está implícito também o projeto de *melhorar de vida*, trazendo em si a noção de *estabilização* (Sarti, 2007b).

A investigação *Gravidez na adolescência: estudo multicêntrico sobre jovens, sexualidade e reprodução no Brasil - Pesquisa GRAVAD* - confirma, no conjunto dos determinantes sociais da gravidez na adolescência, a relação inversa entre gestação na adolescência, escolaridade materna (variável usada como próxis do acesso ao direito à educação) e renda familiar. As desigualdades sociais articulam-se às de gênero nas experiências de maternidade e paternidade juvenis. Após o nascimento da criança, maior proporção de mães adolescentes permaneceu com a família de origem, sem que houvesse casamento com o pai da criança. No primeiro ano, 72,1% das mães adolescentes relataram a ocorrência de diminuição no convívio com amigos, enquanto que 27,6% interromperam temporariamente e 18,4% definitivamente os estudos, embora 40,2% já

estivessem fora da escola antes da gravidez. O pai da criança é apontado como o principal responsável pelo sustento da criança, embora aumente a participação da mãe e dos avós quando este é adolescente. O impacto na sociabilidade entre pais adolescentes foi menor, da mesma forma que a situação escolar e de trabalho (Aquino *et al* , 2006).

Reverendo a legislação brasileira voltada ao adolescente, Pirotta & Pirotta (1999) destacam a Constituição Federal de 1988, que estabelece como prioridade absoluta, o atendimento às suas necessidades básicas, assim como as das crianças. O acesso à escolarização é entendido como um importante avanço para a melhoria das expectativas para o futuro, assim como para a prevenção da morbimortalidade por causas externas e para a promoção da saúde reprodutiva e sexual.

Entre o conjunto de documentos da legislação infraconstitucional, destaca-se o Estatuto da Criança e Adolescente (ECA - Lei nº. 8069, de 13 de julho de 1990), que estabelece:

“A criança e o adolescente têm direito à proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência” (ECA, art. 7º.)

Contudo, Pirotta & Pirotta (1999) sinalizam que o ECA seria insuficiente no que diz respeito às questões dos direitos sexuais e reprodutivos dos adolescentes, especialmente pelo grau de importância em que se colocam no contexto atual.

No contexto reprodutivo geral, o documento *Pré-Natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada* (MS, 2006) aponta a gestação na adolescência como uma *condição especial*. A gestação entre mulheres com idade inferior a 15 anos

faz parte do conjunto de fatores de risco reprodutivo, classificada no grupo das “*características individuais e condições sócio-demográficas desfavoráveis*” (MS, 2006:22). Esse grupo engloba condições como situação conjugal ou familiar insegura, não aceitação da gravidez, baixa escolaridade, entre outras, para o qual é indicado o encaminhamento ao pré-natal de alto risco ou atendimento por especialista. Ressalta premissas do ECA e inclui a informação dos direitos da adolescente grávida como parte do conjunto de demandas da assistência. Descreve indicadores sentinela para situações de abuso e violência, além de ressaltar que o atendimento deva ser humanizado e com a “*inclusão de medidas de prevenção e promoção da saúde, em vez da assistência estritamente biológica e curativa*” (MS, 2006: 129).

Santos & Schor (2003) observam que a maternidade na adolescência pode representar uma experiência repleta de significados positivos, quando proporciona autonomia e estabilidade. Katz (1999) corrobora com a noção de que a maternidade pode fazer parte do contexto dos desejos de vida da adolescente, em busca de reconhecimento e respeito social. Castro *et al* (2004) reconhecem que as jovens, de acordo com a ideologia dominante, defendem que “*ter um filho é uma felicidade*” (Castro *et al*, 2004:168) e que a maternidade é uma *obrigação* e uma “*bênção para a mulher*” (Castro *et al*, 2004:168).

O enfoque de risco atribuído à gestação na adolescência, segundo Katz (1999), provocaria um afastamento da preocupação real com a saúde da adolescente. Evidenciando que “*há tantas adolescências quanto adolescentes e tantas maternidades quanto mães*” (Katz, 1999:133), a autora aponta para a necessidade de entendimento das lógicas dos processos em que se desenvolvem

as vivências e transformações da adolescência. Sugere ainda a utilização de leituras sobre adolescência que extrapolem os conceitos pré-determinados por uma cronologia.

Nuances diferentes da gestação na adolescência são verificadas entre distintos setores sociais. A gravidez e uniões precoces seriam aceitos, podendo significar o início da formação da família em áreas com perfil rural-tradicional. A busca por um companheiro para a saída da casa dos pais, com ou sem união oficial, seria percebida no setor urbano-marginal, onde existem conflitos como instabilidade, violência familiar, entre outros. Junto ao setor urbano-popular, ou classe média baixa, com nível de instrução médio, entretanto, a gravidez inesperada poderia impedir sua ascensão social. Nas classes sociais média-alta e média-média, ocorreria a extensão da dependência econômica dos pais e a gravidez precoce ocorre acidentalmente, por desejo ou por decisão própria (Stern, 1995). A busca de gratificação e reconhecimento no exercício dos papéis de esposa e mãe, entre as classes populares, estaria associada à restrição do acesso ao sistema educacional e a menores perspectivas frente ao mercado de trabalho (Pinheiro, 2000).

A inscrição no grupo familiar de origem consistiria, portanto, em uma dimensão fundamental dos determinantes sociais, fornecendo o universo normativo que rege as concepções de maternidade e paternidade e de divisão de papéis entre homens e mulheres no âmbito doméstico (Aquino *et al* , 2006). Torna-se, portanto, necessário compreender as concepções de família e maternidade em sua historicidade e pluralidade.

1.2 – Família e maternidade: a historicidade brasileira

A valorização da criança, o conceito de família e a responsabilização da mulher sobre o cuidado de seus filhos há muito são reconhecidas como concepções construídas historicamente (Ariès, 1981). O conceito de família aparece e desaparece das teorias sociais e humanas, ora de forma enaltecida, ora demonizada. Ao longo da história, muitas tentativas foram feitas para combater sua força, buscando-se novos espaços de ajuda mútua fora do grupo doméstico (Sawaia, 2007).

Modelos culturais para boa criação dos filhos são forjados a cada período histórico, em qualquer região geográfica, em dados contextos. Nem todos os modelos possíveis, a qualquer tempo, estão disponíveis à imaginação pública, embora determinado modelo seja preterido a outros. As ideias vigentes na classe média formam o modelo mais forte, mais visível e mais articulado, embora a construção sobre uma boa maternidade, no mundo ocidental, não tenha sofrido um processo uniforme (Hays, 1998).

Um marco histórico para a família brasileira é a chegada de mulheres e crianças brancas, vindas de Portugal na segunda metade do século XVI, com o início da exploração econômica do açúcar e do tráfico negreiro. A maternidade, precoce, era acompanhada por muitos filhos. A população negra, escrava, era predominantemente masculina. Sua família era dissolvida. As mulheres, também escravas, eram afastadas de seus filhos, passando a desenvolver, entre tantas tarefas, o papel de amas-de-leite. Esta foi a maneira de se adaptar o costume importado da Europa, ajustando-o, no Brasil, ao ambiente doméstico. A

reprodução de escravos, pouco valorizada ou necessária, não aliviava a escrava do trabalho produtivo (Silva, 1990).

A família patriarcal escravista dominou a constituição social e política do Estado colonial brasileiro. Seus membros controlavam os recursos de poder da sociedade, de acordo com as condições estipuladas pelos *donos* das fazendas. O formato de família dos distintos grupos sociais (escravos, criados, agregados, filhos de criação, etc.) era definida pelo patriarca. Na *casa-grande* conviviam todas as formas de organização doméstica do grupo dominante (Da Matta, 1987). A necessidade de povoamento de um enorme país, distante do Estado português, foi solucionada pela delegação de autoridade, sem os limites da justiça ou da Igreja, a particulares. O hibridismo racial foi uma estratégia de povoamento e domínio pessoal. Os filhos dos senhores e escravas, desde que se identificassem com o *pai*, tinham a possibilidade de ocupar posições intermediárias na sociedade, garantindo-lhes proteção. A poligamia, característica árabe da sociedade colonial brasileira, promovia concorrência entre filhos ilegítimos e candidatas a concubinas pelos favores e proteção do senhor e de sua família. Desta forma, matava-se, *“no nascedouro, a própria auto-representação do dominado como ser independente e autônomo, que o conceito de sadomasoquismo quer significar”* (Souza, 2006:121). O sadismo prevaleceu nas relações do senhor com mulheres, negras, índias ou brancas, assim como com seus filhos, que apanhavam e sofriam mais, depois dos escravos (Souza, 2006).

O regime de casamento, prevalente na colônia e em parte do século XIX, estava conduzido por interesses econômicos e sociais da família. As práticas reprodutivas deveriam estar restritas ao casamento, para o qual as mulheres

pertencentes às camadas médias e altas da população deveriam preservar sua honra. O afastamento do convívio social era imposto quando tinham filhos de uniões ilegítimas: as mulheres dedicar-se-iam a ordens religiosas, enquanto seus filhos eram entregues a instituições asilares (Gonçalves, 1987).

As hierarquias próprias das sociedades escravistas e dominantes eram muitas vezes inatingíveis para as outras categorias sociais, gerando múltiplos modelos familiares e de comportamento. Pesquisas recentes evidenciam que as famílias do tipo patriarcal não foram as únicas existentes, sendo mais comuns aquelas com estruturas mais simples. Desde o primeiro censo geral, em 1872, observam-se aumento na população feminina em relação ao total de habitantes e maior expectativa de vida de mulheres. Dos séculos XVI a XVIII, predominava a população masculina, e, a partir dessa época, maioria de mulheres vivia em áreas urbanas da Região Sudeste. (Samara, 2002).

A migração da população das regiões canavieiras para áreas de mineração provocou o surgimento de distintos arranjos sociais, com mesclas raciais, elevado número de celibatários, proliferação de concubinato e de ilegitimidade. Mulheres exerciam trabalho fora do domicílio; solteiras, com filhos, chefiavam famílias. Essa situação, no século XVII, era comum nas áreas mais pobres que gravitavam em torno das minas. A vida rural aceitava a incorporação de lavradores empobrecidos e membros subsidiários, enquanto o meio urbano começava a se organizar, com as trabalhadoras ocupando os novos espaços (Samara, 2002).

No século XIX, inicia-se, no Brasil, a “*revolução burguesa, lenta e molecular*” (Souza, 2006:134). O amor romântico, independente da classe ou condição econômica, marcou a entrada de ideais individualistas no cotidiano

(Souza, 2006) e, com este, o modelo da família nuclear e a noção da existência, na natureza feminina, do instinto materno (Silva, 1990; Almeida, 1987). Essa ideia, a condicionar as atividades da mulher a imposições morais e religiosas, demarca o conceito de maternidade (Badinter, 1985). Formuladas na Europa entre os séculos XVIII e XIX, essas ideias consolidaram-se, no Brasil, nas críticas aos costumes de delegar a alimentação infantil às amas de leite (Silva, 1990).

Tais concepções, que compõem o modelo britânico de sociedade a partir da industrialização, fundamentam a diferenciação de papéis sociais entre os gêneros: à mulher, a responsabilidade pela educação dos filhos, e ao homem, os interesses comerciais e profissionais (Pacheco, 2004). As resistências a este modelo de organização familiar foram moldadas por higienistas e médicos (Silva, 1990; Almeida, 1987). Voltados exclusivamente às famílias da elite, tinham como missão assegurar a saúde em um país que reconhecia o baixo povoamento de pessoas da raça branca era visto como principal obstáculo ao desenvolvimento econômico (Souza & Almeida, 2005).

A falência do modelo econômico agro-exportador e escravocrata e o início do modelo industrial e urbano, despertaram a atenção para a necessidade de um novo tipo de mão de obra, preferencialmente branca. Coube à família o papel reprodutivo desse tipo de mão de obra, devendo assumir os cuidados de todas as suas necessidades (Silva, 1990). Os pais deveriam deixar seus lares diariamente, confiando a criação dos filhos às esposas. Segundo a nova ideologia da domesticidade, símbolo de identidade distintiva de classe média, a importância feminina no âmbito doméstico favorecia a posição social da mulher (Hays, 1998). No entanto, o intenso crescimento da população urbana, provocado pela forte

imigração, proporcionou diversas formas de trabalho temporário e ser executado no domicílio, em especial o feminino. Para as mulheres casadas, o trabalho era uma maneira de contribuir para renda familiar, com exercício das funções de mãe e dona de casa. Porém, até o século XIX, ao gênero masculino cabia influência nas relações jurídicas como chefe de família (Samara, 2002).

No século XX, a divisão de papéis por gênero sofre rearranjos com movimentos de ruptura marcados pelas ideias feministas. Na classe média, o caráter familiar das empresas comerciais ou industriais permitiu às mulheres se ocuparem, ao mesmo tempo, da casa, do trabalho de criação de filhos e dos rendimentos familiares. A partir da segunda metade do século XX, os eletrodomésticos e os alimentos industrializados prometem ajudá-las na manutenção da casa e na preparação das refeições (Flandrin & Montanari, 1996). No cenário familiar, surgem as redes de apoio, entre avós, tias, irmãs, coletivizando o exercício da maternidade, respondendo por regras e pelo controle social da gravidez e da maternidade, tendo o médico como orientador dos cuidados com a criança (Pacheco, 2004).

Os anos 1960, segundo as teorias e nas práticas sociais críticas, a família é menosprezada como lugar de intimidade, emoções e irracionalidade. Passa a ser tratada como espaço de reprodução do capital e da alienação através da ação da mãe – *“boa gestora da pobreza”* (Sawaia, 2007:41). Instala-se a cisão entre a intimidade, ambiente do labor, do feminino, da servidão às necessidades de sobrevivência, e o espaço público, locus das relações livres e da persuasão (Sawaia, 2007).

A partir da década de 1980, inicia-se, nas classes sociais mais elevadas, um distanciamento da família ampliada, uma procura pelo conhecimento do corpo e aproximação antecipada do filho, através do uso de recursos tecnológicos (Pacheco, 2004). As orientações psicológicas provocam cada vez mais influências na família, re-elaborando os papéis de gênero, criando uma nova visão de paternidade e a construção da “*maternidade intensificada*” (Hays, 1998). Este modelo orienta as mães devem despende enorme quantidade de tempo, energia e dinheiro na criação de seus filhos, surgindo em um mundo em que trabalho, competitividade, especialização e recursos escassos constituem a base, repleta de contradições, para a sociedade, segundo a ideologia dominante (Hays, 1998).

O racismo, instalado na sociedade brasileira, traçou o perfil do trabalhador entre a população (Silva, 1990). As dificuldades de negros e mulatos à nova ordem competitiva e a inadaptação para o trabalho livre aproximam-nos ao *habitus precário*, uma das categorias de estrutura social do *habitus* bourdieusiano propostas por Souza (2006):

“(...) é precisamente o abandono secular do negro e do dependente de qualquer cor à própria sorte a ‘causa’ óbvia de sua inadaptação. Foi este abandono que criou condições perversas de eternização de um ‘habitus precário’, que constrange esses grupos a uma vida marginal e humilhante, à margem da sociedade incluída” (Souza, 2006:160).

Entre as classes populares urbanas, a maternidade se desenvolve através de redes sociais, em uma *unidade doméstica aberta* (Fonseca, 1997), contrariando a ideia de núcleo (Sarti, 2007). Em diversas situações, muitas casas ocupam o mesmo terreno e os cuidados, que cabem incondicionalmente à mulher, nem sempre são desempenhados pela mãe biológica (Sarti, 2007; Fonseca, 1997). Essa condição, antes de representar uma opção por uma convivência coletiva,

retrata as dificuldades no estabelecimento do modelo nuclear entre as famílias pobres (Sarti, 2007).

A despeito da ruptura nos valores tradicionais e dos padrões patriarcais diante da urbanização e modernização, Sarti (2007b) constata, entre pobres residentes em áreas urbanas de São Paulo, a força simbólica da presença de companheiro no domicílio. A fragilidade social da família onde não há um homem, provedor de teto, alimento e respeito, é destacada pela autora. Essa realidade é também percebida por Carvalhaes & Benício (2002), que identificaram, na ausência de companheiro no domicílio, maiores riscos de desnutrição, no segundo ano de vida.

Padrões difusos de relacionamentos marcam a família brasileira no começo do século XXI. Contudo, a despeito do aumento contínuo na proporção de mulheres como pessoa de referência da família, desde a década de 1980, predomina, no Brasil, o modelo histórico de família tipo casal com filhos (IBGE, 2008). No contexto do neoliberalismo, Sarti (2007) relata que o desemprego afeta a homens e mulheres de forma diferenciada. Para o homem, significa uma perda moral, um *fracasso* que atinge a todo o grupo familiar, enquanto que, para a mulher desempregada, a identidade familiar garante sua sustentação moral. Para a mãe solteira ou para a mulher *abandonada* pelo marido, no entanto, o sentido do desemprego a atinge da mesma forma que ao homem.

O papel da família é sobrecarregado no contexto em que o Estado isenta-se de prover o cuidado: a subjetividade emerge como “*uma obsessão*” (Sawaia, 2007:42) e o valor do afeto adquire tanta importância quanto o do trabalho (Sawaia, 2007). A dimensão privada da família coloca-a como passível de

intervenções tecnológicas sobre a reprodução humana, introduzindo a noção de escolha, da indagação e da negociação para o centro dos eventos familiares cotidianos. O acesso ao exame de DNA, cada vez mais difundido, rompe com a situação de dúvida quanto à paternidade, introduzindo tensões às bases patriarcais que protegiam a irresponsabilidade masculina em relação aos filhos.

Mudanças legais importantes também imputam profundas alterações no que diz respeito à família, com destaque à Constituição Federal de 1988, que quebra a chefia conjugal masculina e extingue a distinção entre filhos legítimos e ilegítimos. A proteção de qualquer criança contra seus próprios familiares e a noção de que a convivência familiar é um direito da criança, instituídas pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (1990), conferem uma nova significação ao pátrio poder, protegendo a família de seus próprios familiares (Sarti, 2007b). Entretanto, a família continua sendo um grupo autoritário, geralmente machista, que exerce autoridade sobre filhos e outros componentes, com relações marcadas por envolvimento e distanciamentos (Demo, 2002).

Nesse universo está a mulher, adolescente, que se torna mãe. A maternidade emerge como uma demanda social, cujo exercício se recria historicamente, em função das necessidades que se articulam à base material da sociedade (Badinter, 1985).

1.3 – Orientações e normas para a alimentação de lactentes, no primeiro ano de vida

As práticas alimentares são construídas socialmente a partir de dimensões temporais, de saúde e de doença, de cuidado, afetivas, econômicas e de ritual de

socialização, entrelaçados em rede (Rotenberg & De Vargas, 2004; Rotenberg, 1999). Um mesmo elemento pode ser aceito como alimento em uma cultura e repudiado em outra, ao passo que o preparo de alimentos é um critério chave e universal para distinção entre o que é natural e o que é construído socialmente.

Segundo Souza (2006):

“A ‘prática’ pode ser articulável, ou seja, ela pode explicitar razões e explicações para o seu ‘ser deste modo e não de qualquer outro’ quando desafiada a isto, mas, na maior parte das vezes, esse pano de fundo inarticulado permanece implícito, comandando silenciosamente nossa atividade prática e abrangendo muito mais que a moldura das nossas representações conscientes (Souza, 2006:64)”

As variações culturais estão presentes nas determinações quanto ao número e horário de refeições, na ordem em que são servidas as preparações, no comportamento das pessoas, entre outros aspectos (Tonial, 2001). A maior preocupação das ciências biológicas com os *“modelos de racionalidade dietética”* (Pons, 2005:110) do que com o alimento e os indivíduos (Pons, 2005) segue essa mesma lógica, reforçando a natureza sócio-cultural das recomendações quanto aos comportamentos alimentares.

1.3.1 – Relativas à amamentação

As orientações atuais sobre alimentação infantil resultam de um processo histórico, cujo eixo é a amamentação. Anteriormente considerada imprópria à vida social, sua prática, a partir do século XIX, alicerça grandes transformações sociais ocorridas na Europa. A mulher, no século seguinte, é responsabilizada pela saúde infantil, em um processo acompanhado por forte apelo moral e psicológico, fundamentado na biologia do corpo feminino. A amamentação passa a compor, de

forma central, um elenco de recomendações direcionadas a reordenar a sociedade, cujo foco é a redução da mortalidade infantil, foco de um projeto maior de proteção de mão de obra (Almeida, 1999; Silva, 1990). O status de mãe adquire um maior valor, ao passo que uma *boa mãe*, deveria manter-se informada sobre as orientações quanto às necessidades e os cuidados com seus filhos (Hays, 1998).

Nas classes pobres, a discriminação sexual contra a mulher refletia-se no processo de distribuição intrafamiliar de alimentos. Estudos realizados na Europa, no final do Século XIX, revelam que as mulheres trabalhavam com a mesma intensidade que os homens, mesmo durante a gestação ou a amamentação. Contudo, seu trabalho não era reconhecido como tal, não lhe conferindo o direito ao acesso à alimentação satisfatória, uma vez que a função primordial da mulher era a reprodução. A alimentação materna pobre e o estresse seriam responsáveis, segundo médicos e a cultura popular, “*por um leite fisiologicamente ruim... ou, inclusive, de uma secreção de colostro desprovida de todas essas substâncias biologicamente ativas*” (Flandrin & Montanari, 1996).

Especialmente no Brasil, as causas da mortalidade infantil, na ótica higienista, eram o sistema escravista e seus costumes sociais, como a ilegitimidade, a falta de educação moral, física e intelectual das mães e a infração às leis da higiene. A mulher era responsabilizada pelos “*desastres à geração da raça*” (Machado, 1911 *appud* Silva, 1990) e por todos os insucessos familiares.

A tese de Camarano (1884) ilustra as orientações da época. Segundo o autor, “*um bom leite depende, antes de tudo, da natureza especial da mulher*” (Camarano, 1884:9). Comentando estudos de Becquerel e Vernois sobre

“diferentes leites mórbidos” (Camarano, 1884:9), considerava que *“não se poderia, por certo, tranquilamente, confiar o aleitamento a uma mulher sujeita a constantes insultos de histerismo... ou a uma epilética, ou a uma choreica...”* (Camarano, 1884:12). O autor observava que o leite poderia variar, de mulher para mulher, segundo sua composição e abundância de secreção, sinalizando que, para algumas, a quantidade seria *“tão escassa que não dá para amamentar”* (Camarano, 1884:8).

O abuso da atividade sexual era contra-indicado, *“pois representa o papel de uma impressão moral viva e, como tal, poderá ser prejudicial à secreção mamária”* (Camarano, 1884: 17). O forte apelo simbólico do leite materno enquanto secreção corporal detinha importante papel nas representações do corpo, dando origem, em diferentes sociedades, a relações de parentesco e a interdições sexuais. Em diversas culturas, o leite e o esperma estão relacionados como homólogos ou opostos, gerando proibições à prática sexual feminina (e não à masculina) durante a lactação. Para Aristóteles, cujo pensamento predominou no Ocidente até o Século XIX, o corpo da mulher não era suficientemente quente para operar o sangue em esperma. O leite, líquido que a mulher é capaz de processar, era considerado, por ele, como menos perfeito que o esperma. Outra interdição relaciona o calor corporal resultante do ato sexual, que poderia transformá-lo em um leite impróprio. Os caminhos percorridos pelas representações sobre amamentação, favoráveis ou não, poderiam explicar a dicotomia atual entre o seio maternal e o seio erótico, levando a percepção de homens e mulheres de que mãe e mulher não ocupam o mesmo corpo (Sandre-Pereira, 2003).

As mães, apontadas como o sustentáculo moral da sociedade, deviam ser sensíveis e emotivas, enquanto que “*as crianças prometiam fazer desse mundo um lugar cada vez mais cheio de bondade e delicadeza*” (Hays, 1998:40). Porém, no final do século XIX, a criança perdia o status de inocente, sendo as propensões infantis consideradas “*impulsos muito perigosos*” (Hays, 1998:49). As afirmações de Barata (1921) de que “*não se pode responsabilizar qualquer componente do leite como causador de distúrbios à vida do lactente... a constituição individual da criança... seria responsável por tais transtornos*” (Barata, 1921:58) exemplificam essa noção.

Dessa época até o início da década de 1930, vigorou a ideia da regularidade e do planejamento rigoroso. A administração científica de Frederick Taylor, simbólica dessa fase, liga-se à estruturação eficiente da vida doméstica e da educação infantil, ambas voltadas à disciplina “*a serviço da grandeza da nação*” (Hays, 1998:53) e à “*fé na importância de mães e filhos*” (Hays, 1998:55).

As preocupações com a regularização se manifestavam em Camarano (1884), que recomendava as primeiras mamadas somente após 10 a 12 horas de vida. Estabelecia também a amamentação com intervalos de duas em duas horas durante o dia e de quatro em quatro horas durante a noite; o hábito de apresentar o seio sempre que a criança chorasse deveria ser banido. Seguindo o pensamento normatizador da alimentação infantil, Barata (1921) recomendava que a criança devesse receber somente água fervida no primeiro dia de vida; até os dois meses, a criança deveria ser amamentada de duas em duas horas, sendo recomendando uma mamada à noite. Do terceiro ao oitavo mês, o intervalo entre mamadas passaria a ser de três em três horas, sem a mamada noturna. Vale destacar que o

conhecimento da época sobre as diferenças na composição do leite materno foi utilizado para justificar o intervalo entre mamadas, apontado como interessante às crianças e suas mães:

“O resultado do aleitamento em um tempo determinado só é lucrativo para o lactente e sua genitora: dá prazo para a digestão do anterior leite sugado, provocando apetite – aumentando o desejo de sugar – mamando o leite do princípio da mamada (mais aguado), no meio (mais açucarado e no fim (mais gorduroso) – o aleitamento sendo racional, para o aproveitamento das substâncias constitutivas do leite”. (Barata, 1921:60)

Na época, não amamentar seria um caminho para a depravação moral e desagregação da família (Silva, 1990). Críticas ao costume *“que têm quase todas as mães”* (Camarano, 1884:23) quanto à oferta de mingaus *“feitos com fécula de farinha e um corpo gorduroso”* (Camarano, 1884) e ao uso de leite de vaca como substitutos do leite materno (Barata, 1921) eram ressaltadas. O uso de leite condensado (já industrializado, na época) era condenado por Camarano (1884), alegando possuir poucos elementos nutritivos e muito açúcar. A mesma restrição era adotada quanto à adoção de farinha láctea, considerada *perigosa e inconveniente*, assim como o consumo de *leite cremado* (leite de vaca acrescido de creme, açúcar de leite, caseína, manteiga e açúcar), tido como sem valor (Camarano, 1884).

Em 1872, inicia-se a adoção de formulações individuais calculadas para cada idade da criança. A possibilidade de evaporar o leite de cabra, considerado adequado, por muitas mães, no ano de 1883, foi mais um passo na direção da alimentação artificial, embora a defesa do aleitamento materno predominasse no discurso médico. Contudo, a descoberta do menor teor de proteínas no leite

materno em relação ao leite de vaca ocorreu em 1885, em uma fase de supervalorização das proteínas (Rea, 1990).

Até o final da década de 1930, verificou-se a falta de padronização das condutas: cita-se a superioridade da amamentação, mas apontava-se a necessidade de complementação. A década de 1940 foi marcada pela implantação de indústrias produtoras de alimentos infantis e a ascensão das escolas de pediatria norte-americanas sobre a brasileira (Souza & Almeida, 2005). O desenvolvimento de fórmulas destinadas à alimentação infantil acompanhou a ocorrência de excedentes na produção de leite. Faltava um mercado consumidor para esses novos produtos, disponíveis agora em larga escala. Neste momento, entram em cena diversas estratégias de marketing através dos meios de comunicação em massa, distribuição de amostras grátis, entre outras (Souza & Almeida, 2005; Rea, 1990). Os médicos amparavam-se no discurso científico da propaganda dos produtos industrializados, calcado na pureza bacteriológica e na noção de leite *maternizado*. Buscavam dar respostas às famílias com dificuldades em amamentar e oferecer proteção contra as mais graves doenças da época: a diarreia e a desnutrição (Souza & Almeida, 2005). O uso de programas governamentais assistenciais e a sedução dos profissionais de saúde foram estratégias desenvolvidas para o estabelecimento de um *mercado cativo* (Souza & Almeida, 2005; Rea, 1990).

A biologia materna ou da criança predominam nas justificativas para as dificuldades em amamentar que, para serem contornadas, restava a complementação. A vanguarda científica, presente no discurso médico americano, amplia o conjunto de exceções ao uso do leite humano (Souza & Almeida, 2005).

Pensamentos semelhantes também são encontrados em referências produzidas em outros países e disponibilizadas no Brasil. A noção da necessidade do domínio científico e da intervenção profissional na prática da amamentação foi reafirmada por Freudenberg (1958a), que definia que *“la tarea de controlar el resultado de la lactancia materna pertenece, integralmente, al médico.”* (Freudenberg, 1958a:101). Em cumprimento a essa responsabilidade, apontava impedimentos e dificuldades à lactância materna. Identificando a ocorrência de transtornos da lactância em função do atraso em seu estabelecimento em abundância, Freudenberg (1958) indicava que *“... dando té azucarado, se puede esperar, sin peligro, hasta el final de la primera semana, la presentación de la ‘subida’ tardía de la leche”* (Freudenberg, 1958:99). Reconhecia a sucção como o maior ativador da secreção láctea, associando o fim da produção de leite à oferta de uma a duas mamadas ao dia. Entre as dificuldades dependentes da mãe, ressaltava a hipogalactia, mamilo plano ou côncavo (displasias congênitas, segundo o autor), rachaduras nos seios, mastite, enfermidades caquetizantes e doenças infecciosas transmissíveis. Entre as dependentes da criança, citava as deformações das vias respiratórias ou digestivas, resfriados, pneumonia, neuropatias (aerofagia) e debilidades no reflexo de sucção. Entre os portadores de *“vómitos benignos habituales”* destacava que *“una parte de estos niños son neurópatas, inquietos y se chupan constantemente los dedos, que se introducen hasta el fondo de la boca”* (Freudenberg, 1958a:103). O comportamento da criança, explicável pela fome surgida antes do horário de mamada pré-estabelecido, era interpretado de forma patológica, fosse como neuropatia da criança, fosse como hipogalactia materna.

Freudenberg (1958a) ressaltava que a duração da amamentação dependeria muito dos países e seus costumes, sendo seis meses o suficiente. O autor justificava suas recomendações diante do “*kwashiorkor*”, que aparece em *muchos países tropicales, especialmente en niños no muy pequeños sometidos a lactancia exclusiva durante un tiempo demasiado largo*” (Freudenberg, 1958b:140). No entanto, desconhecia a relação da lactância exclusiva prolongada com problemas na oferta de alimentos. A relação entre desnutrição e infecção, causada pelo abandono da amamentação, já era, entretanto, descrita nessa época.

A Pediatria brasileira começava a manifestar, na década de 1950, a preocupação com a diarreia e a desnutrição (relacionada, na época, à deficiência de proteínas), sinalizando a amamentação como uma prática protetora contra ambas. Apesar dessa constatação, a elevada mortalidade infantil justificou a instalação de uma política nacional voltada à distribuição de leites artificiais. Essa prática foi arraigada, posteriormente, à assistência de entidades filantrópicas.

Nos anos de 1960, as publicações pediátricas propunham o uso de leites industrializados, com características especiais e ‘*pureza bacteriológica*’, para as alergias alimentares e os distúrbios da nutrição. A Imunologia começa a desenvolver-se, sinalizando o papel protetor do colostro. O leite humano, entretanto, permanece considerado como substituível, conceito transportado facilmente ao imaginário popular.

Na década seguinte, no Brasil, diversos autores introduzem a análise de questões que extrapolam a visão biológica na prática da amamentação, tais como

pressões econômicas e políticas dos fabricantes de leite em pó, necessidade de programas universitários sobre o tema, entre outros (Souza & Almeida, 2005).

Rego *et al* (1973) sinalizavam para os riscos do desmame, destacando o papel das práticas hospitalares na interrupção precoce da amamentação, identificando questões importantes 20 anos antes da criação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (Souza & Almeida, 2005). Marcondes (1973) mantinha o posicionamento de que o aleitamento natural deveria ser promovido e prestigiado, recomendando que as crianças fossem amamentadas até os 10 meses. Entretanto, seguindo o percurso do conhecimento científico vigente, ressaltava a preocupação em aferir e regular cada vez mais a ingestão de alimentos (e de leite materno) pela criança. Como exemplo, podem ser destacadas as orientações do autor:

“Não se regula a quantidade de alimentos por tabelas ou fórmulas, exceto nos primeiros 10 dias de vida, nos quais, ao se desconhecer a real capacidade digestiva do recém-nascido, convém iniciar a alimentação com 1 minuto de sucção ao seio materno, aumentando 1 minuto por dia, até o 10º. dia (10 minutos), quando a norma passa a ser geral: se for de mamadeira, 10 gramas no 1º dia, aumentar 10 gramas por dia, até 100 g por dia e daí em diante vale a norma geral. Intervalo: 2 a 5 horas.”
(Marcondes 1973:142)

As indicações para o uso de água e chás, nos intervalos, acompanhavam aquelas voltadas à regulação de número e horários de mamadas logo após o nascimento (Marcondes, 1973; Pereira, 1979). Em publicação que oferecia aos profissionais de saúde esquemas básicos, mês a mês, para a alimentação infantil, Pereira (1979) recomendava a oferta de solução glicosada seis horas após o parto. Além de chá e água, o autor prescrevia sucos nos intervalos das mamadas, a ocorrerem de três em três horas. Ressaltava que não se atingiria a hidratação

necessária através do aleitamento natural ou artificial e que, no verão as necessidades hídricas seriam maiores. Pereira (1979) propunha o uso de chá como suporte para a supressão de mamadas noturnas, uma vez que *“a pausa alimentar noturna, útil e necessária, não só para as crianças, como também para as mães”* (Pereira, 1979:14). Nessa época, prevalecia o consenso de que, a partir do quinto ou sexto mês de vida, o leite de vaca ou de soja seriam substitutos naturais do leite materno (Souza & Almeida, 2005).

Mitchell *et al* (1978), em publicação americana amplamente adotada pelas escolas de Nutrição na época, davam relevo a *algumas* vantagens psicológicas à alimentação ao seio, defendendo que a reação às emoções maternas *“é mais importante do que ser alimentada ao seio ou artificialmente”* (Mitchell *et al*, 1978:247). Salientavam que as vantagens do aleitamento materno se evidenciariam em áreas pobres e com assistência médica inadequada. Entretanto, chamavam a atenção para os custos da alimentação da nutriz, em função das necessidades diferenciadas, assim como para as restrições ao uso de medicamentos específicos durante a lactação. Observavam que *“a amamentação do bebê irá, por si, aumentar a produção de leite da mãe, que estará apta a satisfazer as necessidades dele com o aumento de fornecimento, à medida que ele cresce”* (Mitchell *et al*, 1978:248). Contudo, indicavam a suplementação caso a criança não esteja *“retirando leite suficiente para satisfazer sua fome”* (Mitchell *et al*, 1978:248). Chamavam a atenção para mudanças nos conceitos sobre a alimentação ao seio, assim como pela introdução de semi-sólidos, resultante do fato de que *“poucas crianças recebem apenas o leite materno, mesmo nos primeiros dois meses de vida”* (Mitchell *et al*, 1978:249). Apontavam a

suplementação por fórmula como uma tendência, como um comportamento da atualidade, em um momento em que se fazia, livremente, distribuição de leites artificiais em ambulatórios de pediatria brasileiros.

Constata-se, portanto, que a partir da segunda metade do século XX, a amamentação foi novamente relegada a uma posição secundária. A crença na capacidade de serem produzidos substitutos do leite materno, em escala industrial, foi acompanhada pela inserção da mulher no mercado de trabalho, pela intensificação dos processos de urbanização e pelo acirramento das contradições entre vida reprodutiva, trabalho e emancipação feminina. Compunha-se, portanto, um conjunto de condições que, associadas, se mostravam favoráveis ao desmame precoce.

A difusão do aleitamento artificial nas práticas alimentares infantis chegou a comprometer a credibilidade nos padrões de crescimento adotados, na época, pela Organização Mundial de Saúde. As curvas de crescimento de crianças alimentadas ao seio e artificialmente, quando comparadas, revelariam perfis semelhantes até o terceiro ou quarto mês e, a partir daí, crianças alimentadas com mamadeira teriam maior aumento de peso. Questionamentos quanto à adoção dos padrões do National Center Health of Statistics, baseada no crescimento de uma amostra de crianças americanas, alimentadas artificialmente, acompanhavam as polêmicas quanto aos padrões de crescimento ideal (Worthington-Roberts & Vermeersch, 1988). Essa constatação serviria por base para a recomendação de aleitamento materno exclusivo por 4-6 meses (OMS, 2001).

Graves prejuízos à saúde infantil, manifestados por elevados índices de mortalidade infantil, resultaram em um movimento de denúncia dos efeitos do

desmame precoce e de busca da retomada de sua prática. Em 1979, a Reunião Conjunta da OMS/UNICEF sobre alimentação de lactentes e crianças na primeira infância apontava para a necessidade de se incorporar questões de alimentação e nutrição às políticas públicas. No encontro, foi recomendada a criação de um código internacional e a vigilância das práticas mercadológicas, além da necessidade da participação das mulheres nos processos decisórios (OMS/UNICEF, 1979). Foi afirmado que:

“O governo de cada país tem a responsabilidade de promover políticas coerentes de alimentação e nutrição, as quais devem dar atenção especial às mães, lactentes e crianças. Essas políticas devem enfatizar a preservação da amamentação e implementação de uma orientação nutricional adequada (calendário nutricional)”. (OMS/UNICEF 1979:20)

A estratégia, conhecida como ‘cuidados de saúde primários seletivos’, foi introduzida um ano após a Conferência Internacional sobre Cuidados Básicos de Saúde, realizada em Alma-Ata em 1978. Integrando elementos fundamentais de abordagens verticais, visava às doenças identificadas como as causas mais importantes das altas taxas de mortalidade de bebês e de crianças. A *revolução pela sobrevivência infantil*, liderada pelo UNICEF e lançada em 1982, enfocava quatro intervenções de baixo custo, referidas coletivamente como o Programa Gobi – acompanhamento do crescimento, para a subnutrição; terapia de reidratação oral, para tratar a diarreia infantil; aleitamento materno, para garantir a saúde de crianças pequenas; e imunização contra seis doenças infantis fatais (UNICEF, 2008).

A despeito das constatações sobre os graves prejuízos da alimentação artificial na infância, Burton (1979), outra referência utilizada nos cursos de Nutrição no início dos anos 80, persistia em determinar horários e tempo de

duração das mamadas. Induzia à ansiedade e dúvidas quanto à capacidade materna em amamentar, ao indicar que a *“futura mãe deva estar mentalmente preparada para a sua tarefa de amamentação”* (Burton, 1979:216).

Vale resgatar as observações de Cameron & Hofvander (1980), que atribuíram a interrupção precoce do aleitamento materno aos seguintes fatores: (i) perda de confiança ou sensação de que o bebê não recebia alimento suficiente, com o emprego de alimentação com mamadeira, particularmente à noite; (ii) publicidade intensa, associando robustez ao consumo de fórmulas; (iii) fatores econômicos, associados à necessidade de trabalho materno; (iv) educação dos profissionais, com formação ocidental, sem interesse no aleitamento materno como método de alimentação; (v) símbolo de prestígio, ao qual foi associado o consumo de produtos lácteos; (vi) fatores sociais, relacionados à preocupação com a amamentação em público.

No Brasil dos anos 1980, a amamentação voltava a ser associada à redução da morbimortalidade infantil, trazendo as rotinas hospitalares e de unidades básicas de saúde para a pauta das discussões. É nessa época, entretanto, que os discursos, baseados na excepcionalidade, são formulados no sentido de reintroduzir a alimentação artificial. A prematuridade e as alergias alimentares e, a partir da década de 1990, o refluxo gastroesofágico inauguram o elenco de condições patológicas a serem adotadas para a oferta de leites artificiais (Souza & Almeida, 2005).

O reconhecimento de que ações hospitalares poderiam contribuir para o desmame precoce levou profissionais de saúde, mobilizados no encontro *Aleitamento Materno na Década de 90: uma Iniciativa Global* e inspirados nas

metas apontadas na *Declaração de Innocenti*, a criarem a *Iniciativa Hospital Amigo da Criança* (IHAC). Hospitais que cumprem os *Dez passos para o Sucesso do Aleitamento Materno* são credenciados como *Hospitais Amigos da Criança*. A iniciativa consiste na adoção de medidas centradas na informação a gestantes e mães sobre os benefícios da amamentação, no manejo do aleitamento materno, as desvantagens do uso dos substitutos do leite humano, em noções sobre lactação, nos estímulos para a produção do leite materno e nas dificuldades e soluções para os problemas da amamentação. Através da IHAC, busca-se formar conexões performativas em torno de uma nova prática assistencial que se forma diante da redefinição de valores. Maternidades brasileiras, a partir de 1992, passam a ser avaliadas e credenciadas na IHAC (Lamounier, 1998). A Portaria SAS / MS Nº 756, de 16 de dezembro de 2004, trata dos tramites legais para o credenciamento de hospitais maternidades junto ao SUS, transformando a IHAC em uma iniciativa de promoção do aleitamento materno e de cidadania.¹ Aos Dez Passos, mais quesitos foram incorporados, ampliando a dimensão dos interesses e da expectativa de mudanças diante de sua implantação.

No Estado do Rio de Janeiro, a *Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação* (IUBAAM) foi lançada, em 1999, pelo Grupo Técnico Interinstitucional de Aleitamento Materno, e oficializada em 2005, por meio da Resolução SES nº 2673 de 02 de março. Consiste em uma estratégia voltada à organização das ações da atenção primária de saúde, qualificando o trabalho de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. Os *Dez Passos para o*

¹ http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=24229

Sucesso da Amamentação da IUBAAM foram criados para a partir de revisão sistemática de literatura, sendo sua efetividade testada em seu processo de formulação (Oliveira, 2005).

Na Portaria nº 2799, de 18 de novembro de 2008, o Ministério da Saúde instituiu a Rede Amamenta Brasil, cujo objetivo consiste em contribuir para a redução da mortalidade materna e infantil com base no aumento dos índices de aleitamento materno no Brasil. Constitui-se em uma estratégia de promoção, proteção e apoio à prática do aleitamento materno na Atenção Básica, por meio de revisão e supervisão do processo de trabalho interdisciplinar nas unidades básicas de saúde (MS, 2008).

1.3.2 – Relativas à introdução de novos alimentos

Atualmente, define-se que alimentos complementares são quaisquer alimentos oferecidos à criança amamentada, que não o leite humano (Giugliani & Victora, 1997). À introdução dos novos alimentos, mesmo os não lácteos, já se atribuiu, contudo, o papel de suporte à regulação de número e horários de mamadas (Marcondes, 1973; Pereira, 1979) ou à cessação do aleitamento materno, caracterizando-os como *alimentos de desmame*. A historicidade das orientações sobre a oferta de alimentos a lactentes reflete os interesses da sociedade em cada época, assim como a trajetória da construção do conhecimento sobre dietética infantil. No intuito de ampliar a compreensão das dinâmicas que permeiam a prática da alimentação infantil, um panorama da construção das concepções da dietética pediátrica é apresentado a seguir.

1.3.2.1 – Prescritas na literatura pediátrica

Ao final do século XIX, a preocupação com a formação moral foi substituída pela necessidade de aplicação dos preceitos científicos da educação comportamental, que instituíram a era da regularidade e do planejamento rigoroso. O instinto, a virtude e o afeto maternos já não eram suficientes para a garantia de uma boa educação. Normas rígidas em relação à alimentação, roupas, brincadeiras e até para o funcionamento intestinal eram determinadas (Hays, 1998).

Camarano (1884) indicou seis meses para início da introdução de novos alimentos, justificando o período pelo início da dentição e pelo aumento da salivação. A *aptidão ao aleitamento* deveria ser avaliada, em relação às mães, por seu regime dietético e pelo estado das mamas, e, em relação à criança, através da pesagem e da frequência nas evacuações.

“Quando se passa um dia inteiro sem evacuar, é sinal de que a alimentação é escassa. A diarreia, ao contrário, demonstra que o alimento é abundante, porém muito fluido e, por conseqüência, mau.(...) Em ambos os casos, é necessário que o alimento seja substituído.” (Camarano, 1884:30).

Para as crianças *franzinas, fracas*, Camarano (1884) orientava, a partir dos seis meses, a oferta de *“água panada, que se faz fervendo a água com pequenos pedaços de codea de pão tostado, deixando-se arrefecer e adicionando-se-lhe açúcar”* (Camarano, 1884:24), seguida de mingau, uma vez ao dia, feito com leite ou caldo de galinha e uma substância feculenta. Do oitavo mês em diante, a frequência da oferta desse mingau aumentaria, acrescido de gema de ovo passado em água morna. Segundo o autor, à medida que a criança se habituassem

aos novos alimentos, procuraria o seio com menos vontade e deixando de fazê-lo à noite. O termo *desmame* referia-se ao fim completo da amamentação, a ocorrer o mais tarde possível, no mínimo de 12 e no máximo de 20 meses. O leite seria a base da alimentação até os três anos, acompanhado dos mingaus já iniciados, do ovo, do leite de vaca, dos caldos, especialmente de galinha e das sopas *leves* feitas com feculentos. Dos três anos em diante, a criança deveria procurar os alimentos por si própria, comendo quando, o quanto e o que quisesse, regida por seu apetite, vedando o uso de *excitantes*.

Barata (1921) sinalizou que a introdução de novos alimentos ocorreria entre oito e 12 meses. Utilizou-se de cálculos de necessidades energéticas (100 kcal por kg de peso) para a definição dos cardápios a serem oferecidos às crianças, orientando que os sólidos deveriam ser apresentados na consistência de mingaus e purês.

Preocupações com supostas deficiências vitamínicas foram evidenciados em Isaac & Arthur (1945), que indicaram, aos três meses, suco de laranja diluído a ½ com água, duas vezes ao dia, que, depois dos 10 meses, não seria mais diluído. Orientaram a oferta de suplementos de vitaminas C e D com duas a quatro semanas e o uso de óleo de fígado de peixe para melhorar o aproveitamento de vitamina D nos meses de frio.

Freudenberg (1958a) propôs a *lactância mista*, “antes de proceder al destete, y el se simultânea la administración de leche de vaca con la lactância materna” (Freudenberg 1958a:102). A indicação de *lactância mista* deveria ser feita por três motivos: como processo de desmame (aqui presente como retirada da criança do seio materno), como *indicação social*, relacionado ao trabalho

materno, e como suporte para a hipogalactia materna. As regras para as prescrições de misturas lácteas de composição diversa, definidas pelo autor, eram referentes aos líquidos, ao leite, aos carboidratos e às farinhas. Preparações a base de farináceos, água e açúcar eram indicadas “*en los casos de eczema, asma, idiosincrasia para la leche de vaca*” (Freudenberg, 1958:112). Destacam-se as observações do autor quando aborda a denominada *distrofia feculenta*, provocada pelo uso de mucilagens e farinhas sem a adição de leite. Vale ressaltar que o manejo das diarreias de forma a evitar sua cronificação, seguida de desnutrição e intolerância à lactose (entre outras) foi desenvolvido somente décadas adiante.

“Aún hoy día los médicos participan en la producción de alteraciones por alimentación con harinas, prescribiendo equivocadamente ua administración exclusiva de mucílagos, un régimen de hambre, tomando las deposiciones sueltas ocasionadas por la escasez de alimentos como diarreicas y, por ello, perseverando en la alimentación con mucilagos. En ocasiones, los fracasos observados al añadir leche inducen a proseguir la alimentación a base de harinas o mucilago os.”(Freudenberg 1958b:140)

Para o autor, o fim da amamentação seria precedido da introdução de uma alimentação adicional a base de vegetais. Freudenberg (1958) indicava a oferta de cenouras como vegetais próprios para lactentes, a serem servidas em sucos (a todas as crianças, a partir dos quatro meses) ou sopas (para dieta na *colite* e nas *dispepsias*, a partir de dois meses). A introdução de alimentos não lácteos, independente do tipo de leite consumido, foi recomendada a partir do terceiro mês. Frutas e legumes, ricos em vitaminas, eram considerados *hipoalergênicos*. Em 1962, a oferta de alimentos infantis industrializados, os chamados *baby foods*, foi legitimada pelo Jornal de Pediatria, que lhes atribuiu vantagens sanitárias e nutricionais (Souza & Almeida, 2005).

Apesar do surgimento de casos de sensibilidade ao leite de vaca, Marcondes (1973) recomendou, desde o nascimento, a oferta de outros leites, especialmente o leite de vaca integral, diluído ou não, adoçado e espessado. Caldo fresco de frutas ou cenoura seria oferecido no segundo mês; refeição de sal, gema de ovo, e sobremesa seriam oferecidos ao 4º mês. Duas refeições deveriam ser servidas entre sete e oito meses; carnes e vísceras, queijo e clara de ovo seriam introduzidos entre nove e 10 meses. A aceitação dos alimentos e a preservação do apetite da criança foram preocupações presentes em Marcondes (1973), que orientava que a recusa por alimentos jamais fosse desrespeitada, sendo esta uma atitude profilática da denominada *anorexia neuropática*. Tal transtorno seria caracterizado como uma *“atitude negativa da criança em relação ao ato de se alimentar, como resultado de uma agressão psicológica do ambiente em que vive”* (Marcondes, 1973:313). Para recuperar o prazer em comer, o autor propunha que o cardápio fosse organizado, em todas as refeições, com os alimentos que a criança costumasse comer fora de hora (bolo, barra de chocolate, sorvete, refrigerantes, doces, etc.). Tais constatações e orientações baseavam-se na *“ideologia da educação permissiva”* (Hays, 1998:57), surgida no início da década de 1930, contrariamente às ideias de rigor de horários e de maneiras de comer e dormir. A satisfação dos desejos *naturais* da criança seria o fundamento da educação, centrada e orientada pelas crianças, enquanto o domínio do entendimento desses desejos e necessidades estaria a cargo de especialistas (Hays, 1998).

Os alimentos distintos ao leite ou fórmula foram denominados *beikost* por Anderson & Fomon (1976). Os autores constataram, nos Estados Unidos, que

lactentes recebiam alimentos comercializados já ao final do primeiro mês de vida. Descreveram as diferenças nas composições de alimentos infantis industrializados, enriquecidos ou não, destacando a existência e a importância das especificações nas caixas dos produtos. Revelaram, no entanto, a pouca disponibilidade de informações sobre a composição dos cereais desidratados após sua diluição com leite ou água. A existência de grande variedade de alimentos peneirados e picados, pelas diferenças nas densidades calóricas e de nutrientes, era vista como uma possibilidade de serem encontrados “*alimentos apropriados para casi cualquier requerimiento dietético específico*” (Anderson & Fomon, 1976:389). No entanto, manifestaram preocupações com a sobrealimentação e o estabelecimento de hábitos alimentares indesejáveis com a introdução cada vez mais precoce de novos alimentos.

Mitchell *et al* (1978) ressaltaram que “*antigamente os alimentos sólidos não eram introduzidos antes do primeiro ano*” (Mitchell, 1978:252). Ao contrário da prática *antiga*, os autores relataram que a adição de cereais à dieta infantil antes dos dois meses já estava presente no cotidiano da época, nos Estados Unidos. Indicavam o uso de cereais pré-cozidos misturados à fórmula morna ou ao leite integral. As preparações seriam “*ralas o suficiente para escorrer da colher*” (Mitchell, 1978:252). O consumo de frutas – “*cozidas, amassadas e banana prata bem madura*” (Mitchell, 1978:252) - entre dois e três meses, seriam “*compradas em latas ou potes, todas prontas para o uso infantil, ou ser preparadas em casa*” (Mitchell, 1978:252). Vegetais (frescos, congelados ou enlatados), devidamente discriminados (chuchu, espinafre, cenoura, beterraba e abóbora) seriam oferecidos pelo terceiro ou quarto mês, ou mesmo antes. Preparações caseiras

passariam na peneira ou espremedor. Carnes grelhadas ou cozidas lentamente seriam oferecidas liquidificadas aos três ou quatro meses, enquanto que alimentos amassados seriam dados aos nove meses, em substituição aos peneirados. O desmame total era recomendado tão logo se iniciasse a introdução de alimentos complementares.

Pereira (1979) também orientou a introdução de suco de frutas ricas em vitamina C, no segundo mês. O teor dessa vitamina no leite humano, reconhecidamente variável de acordo com a dieta materna, é tido como insuficiente à satisfação das necessidades de lactentes alimentados ou não ao seio. No terceiro mês, as refeições, em número de cinco, seriam oferecidas com intervalos de quatro horas, a base de papas de frutas especificadas – banana-prata, banana-maçã, d'água, ou nanica, maçã, pêra, mamão – com açúcar ou mel, oferecidas com colher. Sopa ou papa de hortaliças incorporariam o cardápio, além da gema de ovo, como fonte de ferro. Ao caldo de carne, a ser retirada da preparação após o cozimento, juntar-se-iam os legumes, formando sopas, preferenciais, pelo autor, às papas. Sugeriu a adição de açúcar à sopa para facilitar sua aceitação. No 6º ou 7º mês, seria introduzido o mingau de prato, preparados com *espessantes* pré-definidos: creme de arroz, maisena, aveia, semolina, araruta, fubá de milho ou cereais pré-cozidos. No 8º, 9º e 10º meses, incorporar-se-ia uma refeição branda, na forma de purês. No 11º e 12º meses, as papas ou sopas seriam substituídas por refeições brandas (almoço e jantar). Os óleos seriam adicionados à dieta somente no final do primeiro ano. O desmame estaria completo neste período.

Burton (1979) salientou que a adaptabilidade da criança em aceitar sólidos já aos dois meses a colocaria em condições de maleabilidade diante dos *desejos* de seu cuidador, cujos interesses submeter-se-iam somente ao parecer médico, conhecedor das necessidades nutricionais. Baseia-se na seguinte conclusão:

“O fato de que os bebês parecem aceitar os sólidos bem, sejam eles introduzidos imediatamente ou depois de dois ou três meses, demonstra a grande capacidade de adaptação de que o bebê é capaz, diante dos desejos de quem dele cuide, desde que seus requisitos nutricionais sejam satisfeitos.” (Burton, 1979:222)

Utilizando-se de argumentos ligados à nutrição infantil, Pernetta (1980) observou vantagens na introdução, desde cedo, de novos alimentos, relacionando-a à sua melhor aceitação futura. Em relação à idade preferencial para a introdução de novos alimentos, o autor indicava a adaptação às condições de cada caso: em aleitamento materno, a partir do segundo semestre de vida e, em aleitamento artificial, aos três meses. O número e o intervalo entre refeições também mereceram atenção (cinco, de quatro em quatro horas). Vale destacar a orientação de oferta de arroz, bem cozido, e de preparações mais consistentes somente ao final do terceiro trimestre. O leite, sem ser diluído a partir do sexto mês, era recomendado para crianças em aleitamento materno, sendo que o desmame deveria ser completo ao final do primeiro ano.

Woiski (1981) indicou a introdução de suco de frutas no final do segundo mês para crianças em aleitamento materno, papas de cereais por volta do 3º mês de vida e, até o 4º mês, duas refeições, uma a base de cereais e outra a base de frutas, compondo um conjunto de cinco refeições. Os alimentos dos adultos seriam recomendados a partir do segundo ano de vida.

Vaughan *et al* (1983) destacaram a praticidade da adição de cereais enriquecidos pré-cozidos ao leite fervido ou fórmula láctea. Para os autores, sopas, misturas de carne e legumes comerciais teriam alto teor de carboidratos, não sendo boas fontes de ferro ou proteínas; no entanto, sopas preparadas em casa teriam grande perda vitamínica por cocção. Entretanto, manifestavam preocupação com a hipertensão devido à adição de sal pela indústria, atribuída à melhor aceitação do paladar materno, e com o uso de aditivos, associado a reações alérgicas.

A introdução de novos alimentos compõe o conjunto de prescrições de profissionais de saúde, autodenominados detentores de conhecimentos sobre o que, quando e como alimentar a criança. A cada mês, indicam-se alimentos específicos, cuja orientação segue a lógica prescrição medicamentosa. A dietética pediátrica brasileira construiu-se a partir de padrões alimentares norte-americanos, direcionada ao uso de produtos industrializados. As orientações eram detalhadas e muitas vezes divergentes entre os autores. Geravam dependência do uso de eletrodomésticos e direcionavam o consumo para alimentos específicos. Nota-se que, entre os vegetais e frutas, a disponibilidade regional e a sazonalidade não eram consideradas, o que reforçava o direcionamento para a adoção de alimentos industrializados. A alimentação infantil tornava-se misteriosa às mães e famílias, enquanto se fortalecia a proposta assistencial da puericultura, com consultas mensais até o final do primeiro ano. As prescrições médicas, ao longo das décadas, foram, paulatinamente, incorporadas (e adaptadas) à cultura (e à realidade) da alimentação de crianças brasileiras.

1.3.2.2 – Prescritas no discurso oficial

Tais preceitos, quando colocados em prática, revelam contradições que comprometem a sobrevivência e as condições de vida da criança, provocando sua revisão e posicionamentos de órgãos normativos internacionais.

A OMS/UNICEF (1979) alertava que o desmame depende de conhecimentos, tempo, energia física e recursos da mulher, importante na produção, preparo e modo de servir os alimentos na família. Cameron & Hofvander (1980) conceituavam desmame como o período em que um lactente se acostuma a outros alimentos, além do leite materno. Os autores identificavam a existência de riscos no desmame precoce, como a ruptura da relação íntima mãe-filho e a oferta de alimentos contaminados. Recomendavam que seu início ocorresse no segundo semestre de vida e que a amamentação poderia se estender até os dois anos ou mais. Alegavam que o desmame não seria difícil em países industrializados, uma vez que, segundo os autores, os alimentos são envasados convenientemente em latas ou vidros. Nesses países, o entendimento dos esquemas alimentares complexos seria facilitado pelo acesso aos profissionais de saúde. Nos países em desenvolvimento, no entanto, haveria pouca disponibilidade de alimentos para crianças pequenas, apesar da variedade existente. Os autores sinalizaram para a necessidade de ensinar às mães quando ao tipo e a quantidade de alimentos, baseados na seguinte constatação:

“En muchos países tropicales el lactante mordisquea, por decirlo así, y mama el pecho, o se lê da el biberón frecuentemente, tal vez 10 a 20 veces en el día, en respuesta a su inquietud. Lo mismo frecuentemente se aplica a los alimentos adicionados, porque se le pueden dar al niño en pequeñas porciones más o menos continuamente durante el día.”(Cameron Y Hofvander, 1980:23)

A competição intrafamiliar por alimentos foi destacada pela Organização Pan Americana de Saúde (1983), chamando a atenção para a necessidade de dar de comer primeiro às crianças pequenas e que a mesma quantidade de alimentos seja oferecida a meninos e meninas.

Em 1991, a OMS lançou os “*Indicadores para evaluar las practicas de lactancia materna*”. Neste documento, introduziram a expressão *alimentação complementar oportuna* entre o conjunto dos indicadores definidos para medir os elementos da amamentação. Esse indicador, medido entre lactentes maiores de seis meses e menores de 10 meses, ou seja, 180 a 299 dias (OMS, 1991), demarcou a noção de complementaridade na oferta de novos alimentos como um elemento presente na amamentação e não como uma estratégia para seu encerramento, contida na expressão ‘alimentos de desmame’.

Em 2002, a Organização Mundial de Saúde divulga os princípios para alimentação complementar de crianças amamentadas, reconhecendo as dificuldades em defini-la operacionalmente (WHO, 2002). A alimentação complementar é oportuna quando vem atender às necessidades de energia e de nutrientes, não mais satisfeitas através do aleitamento materno exclusivo. É adequada, ao prover, adequadamente, energia e nutrientes e segura, na perspectiva sanitária. Deve ser apropriadamente oferecida, respeitando sinais de apetite e saciedade, frequência de refeições e com métodos adequados, mediante encorajamento ao consumo de alimentos com as próprias mãos ou talheres, conforme a idade da criança. Não existe determinação se os alimentos seriam oferecidos antes ou após as mamadas, mas indica a manutenção da amamentação. Destaca que o aumento na frequência na oferta de alimentos

complementares atrapalharia o aleitamento materno, com riscos de redução na energia total ingerida. Recomenda duas a três refeições por dia para crianças de seis a oito meses, três a quatro refeições entre nove e onze meses e no segundo ano de vida, assim como a oferta de um a dois lanches nutritivos ao dia, se desejável. A densidade energética das preparações, de 0,8 kcal por grama ou mais, aumentaria para a oferta de sólidos, segundo o crescimento da criança. Aos oito meses, oferecer-se-iam preparações com consistência que permita com que a criança possa pegar com a mão. Com um ano, a criança pode comer os mesmos tipos de alimentos do resto da família. O enriquecimento com nutrientes cujos requerimentos são mais difíceis de serem atingidos (ferro, zinco, vitamina A) é indicado, seja através da fortificação industrial de alimentos, seja por suplementação oral ou por adição a preparações elaboradas no domicílio.

A Organização Mundial de Saúde chama a atenção para o comportamento dos agentes das práticas alimentares em relação à alimentação, a ser ajustado à idade e às necessidades de desenvolvimento da criança, através da expressão *responsive feeding* (WHO, 2002:5). Entre estas, promove o equilíbrio entre a assistência e o encorajamento à auto-alimentação, de forma apropriada à idade da criança, a adaptação dos utensílios tanto à idade, quanto à cultura. A atenção aos sinais precoces de fome, assim como a relação emocional que cerca o momento da alimentação, também é salientada. Afirma que o comportamento alimentar ancora-se em um sistema influenciado pelo que, quando, onde e como as pessoas alimentam suas crianças. Nesse sentido, sinaliza que as intervenções sejam desenhadas focalizando a família e não apenas o cuidador da criança. Desperta a atenção para a disponibilidade de tempo para o preparo e para a oferta de

alimentos como uma questão fundamental. Adverte sobre a atenção insuficiente dada à Estratégia Global sobre Alimentação de Lactentes e Crianças na Primeira Infância (*Global Strategy for Infant and Young Child Feeding*), assim como da necessidade de uma visão multidimensional sobre práticas alimentares, controle de doenças na infância e nutrição materna (WHO, 2002).

No documento intitulado *Guiding Principles for Complementary Feeding for Breastfeed Child*, (WHO/PAHO, 2004), as orientações apresentadas são reiteradas. Aponta a mamadeira como um importante veículo de transmissão de patógenos, sinalizando que o pico de diarreia ocorre no segundo semestre de vida. A importância da consistência das refeições é ressaltada: esta, quando inapropriada, pode levar a criança a consumir poucas porções ou a fazer refeições demoradas, com comprometimento na ingestão alimentar. Desaconselha à oferta de bebidas açucaradas em função do comprometimento do apetite da criança para o consumo de alimentos mais nutritivos.

No Brasil, as preocupações com a desnutrição infantil resultaram na iniciativa de produção, pelo Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança, de um manual (MS/INAMPS, 1986) destinado aos profissionais atuantes nos serviços. Seu enfoque principal centrava-se “*no aleitamento materno, orientação sobre dietas do desmame e recuperação nutricional da criança desnutrida*” (MS/INAMPS, 1986:5). Neste manual, verificam-se orientações diferenciadas às encontradas na literatura voltada à dietética pediátrica da época. Para crianças amamentadas, recomendava-se, a partir do sexto mês, a introdução de refeição de sal (um alimento de cada vez, passado na peneira, depois amassado no garfo e depois em grãos ou pedaços), respeitando-se os hábitos da família, ou mingau

de prato, mais fruta da estação. Combinações de alimentos são propostas de forma a poderem ser adaptadas à disponibilidade de alimentos regionais. Chama-se a atenção para a contribuição energética de óleos vegetais indicados em especial para desnutridos. Segundo o referido manual, a oferta de novos alimentos deveria ser feita com colher, nunca em mamadeiras.

No documento *Normas Alimentares para Crianças Brasileiras menores de dois anos: bases científicas*, Giugliani & Victora (1997) expuseram o resultado de ampla revisão de literatura internacional sobre o tema, gerando a base teórica para a elaboração de Guias Alimentares para Crianças Brasileiras.

Segundo os autores:

“Avanços recentes em nosso conhecimentos sobre a dieta ideal para crianças menores de dois anos tornaram obsoletas muitas recomendações que, ainda hoje, constam na prática pediátrica, ou mesmo em livros de texto de Pediatria.” (Giugliani & Victora 1997:5)

As conclusões deste estudo revelam a preocupação com a densidade energética dos alimentos complementares. Preparações de baixa densidade energética (menor que 0,7 kcal/g) seriam insuficientes para a satisfação das necessidades de crescimento e desenvolvimento infantil. Contra indicam a oferta de sopas e sucos de frutas como refeições. Evidenciam que frequência na oferta de refeições é diretamente relacionada à densidade energética dos alimentos e preparações e que quanto maior a densidade energética dos alimentos, menor o número de refeições aceitas. Concluem que, em geral, o consumo de proteínas entre crianças pequenas, nos países em desenvolvimento, é adequado, embora os alimentos ricos em ferro (fígado, carnes e peixes) não sejam consumidos em quantidades suficientes por crianças abaixo de dois anos, o mesmo se verificando

em relação ao zinco. Em relação à vitamina A, sinalizam que o consumo do alimento complementar junto com o leite materno aumentaria a absorção de caroteno e retinol. A necessidade de enriquecimento de alimentos com ferro e zinco é apontada, assim como a suplementação com vitamina A direcionada às mães residentes em áreas endêmicas de hipovitaminose. A falta de apetite é um problema atribuível a dietas monótonas, deficiência de micronutrientes, em especial ferro e zinco, infestação parasitária, entre outros. A oferta precoce e frequente de diferentes alimentos pode facilitar a aceitação de uma dieta variada. Os autores valorizam o sabor e o aroma dos alimentos complementares em função de sua aceitação, assim como para a formação de hábitos alimentares, importante para a prevenção futura de doenças crônicas não transmissíveis. Indicam a amamentação por, no mínimo, um ano, devendo ser estimulada no segundo ano de vida.

Os Dez Passos para a Alimentação Saudável para crianças menores de dois anos (MS, 2002) sintetizam, de forma prática, as orientações oficiais sobre alimentação infantil para crianças brasileiras. A utilização de alimentos variados, segundo a classificação em grupos, a consistência das preparações, o número de refeições e a indicação do uso de alimentos regionais, estão estruturados neste documento. Recomenda-se: (1) dar somente leite materno até os seis meses, sem oferecer água, chás ou qualquer outro alimento; (2) a partir dos seis meses, introduzir, de forma lenta e gradual, outros alimentos, mantendo o leite materno até os dois anos ou mais de idade; (3) após seis meses, dar alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas e legumes) três vezes ao dia, se a criança receber leite materno; (4) a alimentação complementar

deve ser oferecida de acordo com os horários de refeição da família, em intervalos regulares e de forma a respeitar o apetite da criança; (5) a alimentação complementar deve ser espessa desde o início e oferecida de colher; começar com consistência pastosa (papas/purês) e, gradativamente, aumentar a consistência até chegar à alimentação da família; (6) oferecer à criança diferentes alimentos por dia (uma alimentação variada é uma alimentação colorida); (7) estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições; (8) evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas nos primeiros anos de vida e usar sal com moderação; (9) cuidar da higiene no preparo e manuseio dos alimentos, garantindo o armazenamento e a conservação adequados; (10) estimular a criança doente e convalescente a alimentar-se, oferecendo seus alimentos preferidos, respeitando a sua aceitação. Essas orientações têm se mostrado como capazes de proporcionar mudanças positivas nas práticas alimentares infantis e condições de saúde infantil, exceto na prevenção de anemia (Vitolo *et al* 2005).

Em 2009, o Ministério da Saúde, por meio da Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGPAN), em parceria com a Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar (IBFAN Brasil), a Organização Pan-Americana de Saúde, a Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno e o Departamento de Atenção Básica, propõe a Estratégia Nacional da promoção da Alimentação complementar Saudável, a fim de fortalecer as ações de apoio e promoção à alimentação complementar saudável. Baseia-se nos *Dez Passos para uma Alimentação Saudável – Guia Alimentar para Crianças Menores de Dois Anos* (MS, 2002), tendo como objetivo:

“(...) implusionar a orientação da alimentação complementar como atividade de rotina nos serviços de saúde, contemplando a formação de hábitos alimentares saudáveis desde a infância, com a introdução de alimentação complementar em tempo oportuno e de qualidade, respeitando a identidade cultural e alimentar das diversas regiões brasileiras.” (OPAS/MS/IBFAN, 2009, p.7).

A breve revisão de literatura sobre a alimentação complementar, outrora associada ao desmame, revela mudanças importantes nas concepções e, conseqüentemente, nas práticas sobre alimentação infantil.

Capítulo 2 – O CAMINHO DO ESTUDO

A ciência, reconhecida como capaz de proporcionar caminhos *seguros* à construção do conhecimento pela sociedade moderna, apesar de assumir-se como neutra, resulta de escolhas. A pesquisa é a atividade básica das ciências em seu processo de indagação e construção, sempre aproximada, nunca esgotada, da realidade (Minayo, 2006).

Premissas de base positivista identificam na estrutura metodológica das ciências naturais a única base para a análise dos fatos, representadas, no campo da saúde, nos métodos epidemiológicos e suas abordagens quantitativas. Visam gerar medidas confiáveis, sem vieses e generalizáveis, a partir de hipóteses definidas previamente, a serem testadas através da aplicação de métodos estatísticos adequados (Deslandes & Assis. 2002).

As ciências sociais se propõem a investigar as expressões humanas presentes nas estruturas, nos processos, nas relações, nos sujeitos, nos significados e representações. Seu objeto é histórico e qualitativo. A dinâmica da realidade social é entendida como inerente à vida individual e coletiva, enriquecendo-a. Lidam com as visões de mundo, registradas e interpretadas como formas de em que este se constrói. Assumem a existência de identidade entre o sujeito, o objeto e os objetivos da investigação. Reconhecem a existência de subjetividade e de interesses em todo o processo de investigação social. A pesquisa social incorpora vários tipos de investigação, estudando o ser humano em sociedade, sua história, suas relações, instituições e produção simbólica.

Busca-se a interpretação da ação social; seu objeto de estudo é construído mediante o uso de métodos e técnicas próprios (Deslandes & Assis. 2002; Minayo, 2006).

De acordo com Poulain & Proença (2003), o estudo das práticas alimentares expõe três tipos de problemas metodológicos. O primeiro refere-se à natureza dos dados, levando em conta que diferentes dados não dão conta do mesmo nível da realidade do fato social alimentar: tipo de dados e o quanto se referem àquilo que os indivíduos fazem, a suas opiniões, suas atitudes, seus valores em relação à alimentação em geral ou a certos produtos alimentares. O segundo problema refere-se à *diversidade dos métodos de coleta de dados* que não permite a obtenção de dados da mesma qualidade. A terceira questão diz respeito às *vias de entrada* no espaço social alimentar: as disponibilidades de alimento, as aquisições de alimentos analisadas por categorias sociais, as práticas domésticas de compra, de preparação e de consumo de alimentos e as diferentes modalidades de consumo individual. Esses níveis correspondem a escalas de leituras complementares de o fenômeno alimentar.

A estruturação das práticas alimentares utilizadas por adolescentes para a alimentação de seus filhos, no primeiro ano de vida, foi investigada retrospectivamente. A coleta das informações, por recordatório, foi feita através da técnica da conversa com finalidade, guiada por roteiro temático emergente do quadro teórico apresentado (Anexo 3). A amostragem foi constituída pela saturação das respostas aos temas definidos como unidades de registro presentes no referido roteiro, a saber: (i) maternidade, maternidade na adolescência, casamento, família, gestação, parto e puerpério; (ii) cuidado infantil; (iii)

amamentação; (iv) novos alimentos; (v) nutrição; (vi) atividades do cotidiano; (vii) relação com os serviços de saúde.

Utilizou-se a técnica de análise de conteúdo, proposta por Bardin (2007), definida como:

“Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens” (Bardin, 2007:37)

O material foi decomposto e distribuído segundo as unidades temáticas e de contexto, descrevendo os resultados em categorias e realizando inferências e interpretações teoricamente fundamentada dos resultados (Gomes, 2007). Através deste percurso, buscou-se realçar o sentido que se encontra no segundo plano das falas, seus significantes e significados, identificando outras realidades advindas das mensagens. Foi desenvolvida na modalidade temática, a fim de que fossem sistematizados sistemas de valores, ideologias, modelos de conduta e normas de integração a um grupo social (Bardin, 2007).

A noção de “estrutura” traduz conjunto de regras e recursos implicados na reprodução social, de modo recursivo, na reprodução social. Como propriedades estruturais, destacam-se a estabilidade no tempo e no espaço, os elementos normativos e de significação das regras, os recursos impositivos, derivados da coordenação por agentes humanos, e recursos alocativos, que procedem de aspectos do mundo material. Os agentes reproduzem as condições que tornam possíveis tais práticas, desenvolvem monitoramento reflexivo de si em sua relação com os outros, das práticas e dos aspectos sociais, físicos e dos contextos em que se movem. Elaboram um “*entendimento teórico*” (Giddens, 2009, p:6) de suas

bases por meio da consciência prática. Apesar do caráter conservador, as relações estruturais apresentam pontos de transformação (Giddens, 2009).

Tem-se como objeto o conhecimento mútuo sobre as práticas alimentares. Nos relatos das mulheres/mães/adolescentes, segundo a teoria da estruturação, este emergiu nas seguintes unidades temáticas: a vivência das práticas alimentares de lactentes, filhos de mães adolescentes, no primeiro ano de vida; os agentes das práticas alimentares; os recursos impositivos e alocativos implicados; as questões monitoradas reflexivamente pelo(s) agente(s) das práticas alimentares da criança; o “entendimento teórico” de sustentação à consciência prática dos agentes; os códigos de significação sobre as recomendações oficiais do Ministério da Saúde do Brasil (elementos normativos) sobre práticas alimentares de lactentes no primeiro ano de vida, apropriados por seus agentes; os pontos de transformação e de conexão das estruturas das práticas alimentares às demais estruturas da sociedade.

Como unidades de contexto, emergiram as características dos territórios e das famílias, convergindo na reprodução do sistema e das práticas institucionalizadas. Um território pode ser identificado *no movimento* ou *pelo movimento*, posto que controlar o espaço indispensável à reprodução social não significa apenas controlar áreas ou definir fronteiras, mas viver em redes, com identificações e referências espaço-simbólicas (Haesbaert, 2006). Os locais não são apenas lugares, mas cenários de interação, confirmando o significado de atos comunicativos, influenciando e sendo influenciados pelo caráter serial dos encontros (Giddens, 2009).

O *lócus* do estudo foi o município de Volta Redonda, conhecido como Cidade do Aço, situa-se na Região Médio Paraíba do Estado do Rio de Janeiro, com população estimada, em 2007, de 260.573 habitantes (MS/DATASUS, 2008). Sua importância para a economia brasileira se coloca em função de nele ter sido instalada a Companhia Siderúrgica Nacional (CSN), em 1941, no governo Getúlio Vargas, industrializando a região e transformando sua vocação agrícola (Moreira, 2003). O município apresenta prevalência de gestação na adolescência em valores médios relativamente menores que os verificados no país e no Estado do Rio de Janeiro. Contudo, um olhar detalhado sobre o perfil de nascimentos revela a existência de áreas com maiores concentrações deste evento em relação ao restante do município, ao Estado e ao país. Essa realidade instiga a ideia de que, nesses locais, características específicas podem contribuir pela maior ocorrência de nascimentos de filhos de adolescentes. Sendo assim, a despeito de ser reconhecida a necessidade de estudos mais aprofundados sobre tais características, essas áreas foram privilegiadas no processo de seleção aleatória das entrevistadas.

As mães entrevistadas foram selecionadas entre aquelas cujos partos ocorreram quando as mesmas eram menores de 19 anos e seus filhos estavam no segundo ano de vida, fossem elas adolescentes ou não no momento da entrevista. Estas mães foram identificadas, pela pesquisadora, a partir do arquivo de Declarações de Nascidos Vivos, através do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC), da Secretaria Municipal de Saúde de Volta Redonda. A seleção da amostra considerou, além da idade materna, o município e o bairro de residência, as condições de nascimento da criança, a partir de características

como peso ao nascer (> 2.500g), idade gestacional (igual ou maior que 37 semanas), ausência de anomalia congênita e Apgar no 1º e 5º minuto (> 6). Ao optar-se por selecionar mães residentes em bairros com proporção de gravidez na adolescência superiores a 15,49%, valor médio da base amostral, foram considerados os bairros do Retiro, Três Poços, Conforto e Vila Rica. A distribuição dos nascimentos, por bairro de residência e idade materna, encontra-se na Tabela 1, ao final do presente estudo. Uma vez que as crianças selecionadas concluíram o primeiro ano no momento da entrevista, o período de nascimentos selecionado foi de 01/06/2007 a 30/05/2008. As entrevistas ocorreram entre outubro de 2008 e fevereiro de 2009. Não houve participação direta de profissionais de saúde no processo de localização de entrevistadas, a fim de preservar-lhes a identidade e a liberdade de expressão.

Destacam-se algumas situações vivenciadas no processo de busca das entrevistadas: duas selecionadas não residiam mais no endereço informado e seus novos endereços eram desconhecidos pelos novos moradores; três, além de não morarem nos endereços informados, eram desconhecidas pelos moradores da vizinhança; uma delas referiu, na maternidade, residir em um bairro de classe alta, quando sua rua localiza-se em uma área comercial da cidade, limítrofe ao citado e, na abordagem feita no domicílio, uma jovem informou que a adolescente procurada não residia naquele local. Houve recusa de uma jovem moradora com o companheiro e sua sogra, mas que passava a maior parte do dia com sua mãe, retornando somente à noite, quando este chegava a casa.

Todas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo I), sendo que, para a entrevista de mulheres com idade inferior a 18 anos, o

consentimento foi oficializado, mediante a concordância da realização da entrevista por seu (sua) responsável. A existência de outros agentes das práticas alimentares que não a mãe da criança foi considerada. Nesse caso, também foram entrevistados, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Das sete crianças incluídas na amostra, cinco nasceram na maternidade pública municipal, credenciada como Hospital Amigo da Criança e duas em hospitais privados. Para responder às questões de estudo, 07(sete) mães foram entrevistadas.

Capítulo 3 – AS ESTRUTURAS DAS PRÁTICAS ALIMENTARES DE FILHOS DE ADOLESCENTES, NO PRIMEIRO ANO DE VIDA.

A pesquisa em questão foi conduzida com o propósito de estudar como são estruturadas as práticas alimentares de filhos de adolescentes, em seu primeiro ano de vida. Nesse sentido, foram identificadas as unidades que definem o contexto das práticas alimentares, assim como sua configuração em unidades temáticas.

3.1 – O contexto das práticas alimentares

Como unidades de contexto das práticas alimentares, emergem as características do território, dos domicílios estudados e do núcleo familiar das adolescentes.

3.1.1 - O território como *cenário* de realização das práticas alimentares

Vale situar o cenário em que ocorreram as entrevistas e se desenvolviam as práticas alimentares de seus filhos. Volta Redonda detém sua importância no cenário brasileiro em função de nele ter sido instalada a Companhia Siderúrgica Nacional (CSN), em 1941. Moreira (2003) define da seguinte forma o complexo formado pela Usina Presidente Vargas e a cidade:

“A cidade foi construída pelo Estado à imagem e semelhança da usina, que traçou para o complexo a função de espaço disciplinar da massa trabalhadora nele empregada, extensiva como exemplo a toda a classe trabalhadora brasileira. De certa forma, o complexo vem para atuar como um grande laboratório de experiências necessárias à constituição moderna da sociedade brasileira como uma sociedade do trabalho avançada.” (Moreira, 2003:139).

A cidade foi planejada de forma a reproduzir o arranjo disciplinar da fábrica. O trabalho regeria a vida das pessoas e a ocupação espacial da cidade deveria atender à necessidade de vigilância, segundo posições de hierarquia, reproduzindo o arranjo disciplinar da fábrica. Transformaram-se “*jecas tatus em operários*” (Moreira:2003:140). Formava-se a ideologia do complexo como espaço de uma só ‘*família siderúrgica*’ (Moreira, 2003:144). Resgatando a importância história do complexo, esclarece que:

“Nos canteiros erguidos sobre as ruínas das fazendas cafeeiras do Paraíba do Sul, o arigó (nome de um pássaro migrante do meio rural brasileiro) se reeduca no simbolismo da empresa mãe, criadora do Brasil novo e gestora do país tornado soberano, e se disciplinariza no trabalho regulado na impessoalidade do cronômetro, no tempo-espaço do relógio que transfigura o Brasil rural no Brasil urbano, via o ritual de passagem dos peões de obra. Metamorfose que marca o nascimento de uma nova nação” (Moreira, 2003: 145).

Criou-se, portanto uma sociedade cuja ideologia é centrada na representação disciplinar do trabalho, em um processo afetado pelas contradições e problemas da sociedade brasileira, concentradora e excludente. Desemprego e falta de moradia combinam-se ao aumento populacional e à execução/conclusão de planos de expansão da empresa.

Em 1993, a privatização foi acompanhada pela transferência do comando da empresa para São Paulo. A CSN transformou-se em um grande complexo de empresas ligadas à produção de aço, ampliando sua base geográfica, extrapolando o vínculo histórico com a cidade. Foram 12.700 trabalhadores demitidos entre 1989 a 1997 (Moreira, 2003). O desemprego e as mudanças empresariais decorrentes resultaram em uma grande reorganização no modo de viver da população do município. É nesse cenário, resultante dos diversos

movimentos pelo qual passou a população do município, que se apresentam os bairros em que residem as cuidadoras entrevistadas.

O Retiro, bairro mais populoso, possui serviços bancários, escolas públicas de ensino fundamental e médio, uma unidade básica de saúde (posteriormente enquadrada nos moldes da Estratégia Saúde da Família), um hospital público (Hospital Municipal Dr. Munir Rafful, sem maternidade na época dos partos das entrevistadas) e um hospital privado (Casa de Saúde São José). Sua ocupação é socialmente heterogênea. Uma parte extrema do bairro, com características rurais, não era abastecida com água tratada e saneamento básico, possuindo transporte público precário. Nessa área, os horários limitam o acesso à escolarização em alguns turnos, conforme relatado por Rosana, uma das mães entrevistadas. Segundo dados do Censo Demográfico do IBGE (2000), 39,3% dos domicílios do bairro possuem renda inferior a 2 salários mínimos e 33,3% estão na faixa entre 2 a 5 salários mínimos. Para o estudo, foram selecionadas, aleatoriamente, três mães residentes neste bairro, duas moradoras em áreas urbanizadas e uma em área rural.

Três Poços destaca-se por ser a área em que se localiza o Centro Universitário de Volta Redonda – UniFOA. O bairro, limítrofe à Pinheiral, é cortado por uma das principais vias de acesso a este município. Possui uma unidade da Estratégia Saúde da Família e uma Policlínica municipal, ambas inseridas no Campus do UniFOA, que oferece outros serviços à comunidade (clínica de fisioterapia, atendimento odontológico, atendimento nutricional, universidade da terceira idade, etc.). Divide, com Vila Rica, as escolas da região. Possui áreas públicas de lazer, como praças e quadras de futebol, áreas favoráveis à

aglomeração de vizinhos e crianças. É comum a circulação, pelo bairro, de pessoas sem ocupação. Segundo o IBGE, 68,6% das famílias vivem com rendimentos inferiores a 2 salários mínimos e 26,3% entre 2 a 5 salários mínimos. Deste bairro, foram selecionadas, aleatoriamente, duas mães, residentes nas áreas de Parque Vitória e Colorado.

Vila Rica é um bairro residencial de grande extensão, vizinho a Três Poços. Localiza-se em uma área em que funciona uma empresa de extração de pedras; daí ser conhecido como Vila Rica/Pedreira. Possui uma Unidade da Estratégia Saúde da Família. Dispõe de duas escolas públicas de ensino fundamental e médio (noturno), além de quadras e áreas de lazer. Pelo Censo, 64,33% das famílias vivem com renda inferior a 2 salários mínimos e 29,2% na faixa entre 2 a 5 salários mínimos. Uma entrevistada foi selecionada entre os nascimentos dessa área.

O bairro do Conforto localiza-se em outro extremo da cidade, ao longo da Avenida Getúlio Vargas e paralelo à Usina Siderúrgica de Volta Redonda. É um bairro basicamente residencial, mas que possui algumas atividades comerciais importantes (salões de festas, lojas de informática, escolas particulares, etc.). Possui uma unidade básica de (Unidade de Saúde da Família Eucaliptal I) e um Centro de Assistência Intermediária de Saúde do Conforto (CAIS Conforto), com atendimento de urgência. O perfil de renda do bairro, segundo o IBGE, revela que 24,4% das famílias vivem com renda inferior a 2 salários mínimos e 34,6% entre 2 e 5 salários mínimos. Do bairro, foi selecionada uma mãe adolescente.

Em síntese, foi observado que os bairros visitados têm um perfil sócio-econômico de médio a baixo. Todos possuem boa estrutura de urbanização e

saneamento básico, acesso a meios públicos de transporte e à escolarização de nível fundamental e médio, exceto na área com características rurais.

3.1.2 – Os domicílios dos filhos das adolescentes

Os locais referem-se ao uso do espaço, que asseguram boa parte da *fixidez* dos cenários de interação, sendo *regionalizados* enquanto contextos de interação. “*Uma casa é apreendida como tal somente se o observador reconhecer que é um domicílio, com uma série de outras propriedades especificadas de sua utilização na atividade humana*” (Giddens, 2009: 139). Buscou-se, desta forma, apreender minimamente o ambiente em que ocorreram a maternidade na adolescência e as práticas alimentares no primeiro ano de vida.

Nas visitas domiciliares, foi observado que, mesmo nos bairros de melhor perfil sócio-econômico, os domicílios em que residiam as entrevistadas sugeriram maiores dificuldades de suas famílias em relação às demais. Somente um domicílio, o de Tânia, mostrou um perfil inverso ao observado não só em relação aos demais existentes na mesma rua, como também entre as entrevistadas que viviam com seus companheiros: todas (exceto Tânia) compartilhavam o domicílio ou o terreno com outros familiares. Camila residia em uma casa independente, em cujo terreno havia outras casas de parentes do companheiro. Cláudia ocupava um quarto com banheiro, que se constituiu pela divisão, em alvenaria, de uma das casas do terreno ocupado por vários núcleos, todos ligados à sua família. Rosana morava em uma separação no barraco de seus pais, construído em terreno compartilhado por familiares. Rita, Jussara e Iara, que não viviam com os pais de seus

filhos ou outros companheiros, residiam com as respectivas famílias maternas. Uma descrição sucinta dos domicílios é mostrada a seguir.

Moradora do Retiro, **Rosana**, seu companheiro e as duas filhas residiam em um barraco de madeira, junto a seus pais e um irmão excepcional. A água consumida pela família, sem tratamento público, era coletada no terreno da família e armazenada em galão plástico, tampado. O casal e as filhas ocupavam dois cômodos, quarto e cozinha, separados por tábuas e lençóis. Na época da entrevista, as várias famílias que moravam no pequeno sítio brigavam por sua divisão.

No mesmo bairro, **Camila** vivia com seu companheiro em uma das casas da família, cedida por sua tia e reformada por seu companheiro. O domicílio ficava em uma encosta, onde várias casas da família foram construídas. No início, porém, o casal morou na casa de seu sogro.

Também no Retiro, **Jussara** e seu filho moravam com a avó materna, em casa própria, pertencente à família há 30 anos, composta por sala, quarto, cozinha, banheiro e área de serviço. Este cômodo foi referido como uma segunda cozinha que, com abertura para a parte externa da casa, era usado como um espaço para venda de bebidas alcoólicas, biscoitos, ovos, etc.

Cláudia morava em uma área do bairro Três Poços, denominado Colorado. Sua casa aglomerada a outras, no mesmo terreno, constitui-se por uma divisão feita em uma das casas construídas no terreno ocupado por várias famílias. Todas de alvenaria, não eram rebocadas. Para se chegar a qualquer uma das casas, foi necessário descer uma escada escavada no terreno. No momento da entrevista,

um grupo de rapazes deixava o local. Um grupo, menos numeroso, de moças, agrupava-se no quintal e cuidava dos cabelos.

Rita também era moradora no bairro Três Poços, com duas filhas, sua mãe e três irmãs, em casa de alvenaria, não rebocada.

Iara residia no bairro do Conforto, na casa de seus pais, que se destacava pela simplicidade em relação às demais de sua rua e do bairro.

A casa de **Tânia**, no bairro de Vila Rica/Pedreira, foi construída por ela e seu companheiro, em alvenaria, com boa estrutura física (rebocada interna e externamente, pintada, revestida com piso e azulejos, etc.). Lá, o casal morava apenas com o filho e, apesar de a entrevistada residir em uma área de baixo nível sócio-econômico, sua casa, mesmo pequena e de difícil acesso, era uma construção independente e sem a precariedade observada nas demais do local.

Nos ambientes brevemente descritos, constituíram-se os núcleos familiares e os cotidianos das entrevistadas. Suas vidas restringiam-se ao espaço de moradia e a seu entorno. Nenhuma das mães estudava ou trabalhava na época da entrevista, embora, sem exceções, todas tivessem manifestado o desejo em retomar os estudos. Os compromissos no cuidado da criança e as dificuldades financeiras, em especial para o custeio do transporte público, foram apontados como principais barreiras à mobilidade das entrevistadas.

3.2 – As práticas alimentares vivenciadas

As práticas alimentares, no primeiro ano de vida, como uma realidade já experimentada, foram descritas pelas entrevistadas. Para análise dos relatos,

tomou-se por base as fases de amamentação e de introdução de novos alimentos na dieta infantil

3.2.1 – A amamentação *sentida na pele*

Nos primeiros seis meses de vida de seus filhos, quatro mães revelaram ter amamentado de maneira muito próxima ao aleitamento materno exclusivo, preconizado pelo discurso oficial. As vivências de cada uma dessas mulheres, desde o momento do parto até o momento da entrevista, são apresentadas a seguir.

Camila, cuja filha foi-lhe entregue somente três horas após o parto (cesáreo), teve dificuldades em amamentar no hospital; embora, outro leite não tenha sido oferecido à criança. Camila produzia leite em quantidade suficiente para tornar-se doadora de leite materno.

“Não. Apesar dela não conseguir mamar, o meu conseguia sustentar ela, porque eu conseguia apertar. Meu peito empedrou lá, porque ela não mamava. Eu tive que tirar e aproveitei e já deixei lá, doei pro Banco de Leite...” Camila

Em casa, porém, deu chá quando sua filha sentiu cólicas. Não o fazia com frequência, como sugeria sua mãe. Fazia-o com receio, pois procurava seguir os conselhos médicos.

Rita gostava de amamentar. Ao fazê-lo, vivenciava um momento de intimidade, de reconhecimento, de aproximação com sua filha.

“Eu gosto de dar mamar prá minha filha, eu acho que é a hora que ela tá mais próxima de mim, e eu acho que a criança reconhece a mãe eu acho que é pela amamentação, sei lá, ela começa a gostar, ter carinho pela mãe, através da amamentação. A gente... é a hora que a gente tem prá ficar com nosso filho no colo, sentada, e, se você tem muita coisa prá fazer, você sentar prá amamentar é um tempo que a gente tem prá ficar com a criança.” Rita

Superando obstáculos, Rita aprendeu a gostar de amamentar, a perceber o vínculo que desenvolveu com sua filha e a reconhecer as vantagens do aleitamento para a saúde da criança.

Para **Jussara**, dar o peito era a melhor maneira para alimentar seu filho, uma vez que esse era o discurso dos profissionais de saúde, tanto no hospital, quanto na unidade de atenção básica. Sentia-se *normal* amamentando. Porém, não gostava de fazê-lo, sem conseguir explicar o porquê, manifestando, explicitamente, o desejo de parar *já*. Não sentia nenhum desconforto ao amamentar, embora mantivesse o aleitamento regular, inclusive à noite. Seu filho não aceitava leites oferecidos na mamadeira, argumento usado para continuar dando o seio.

Tânia fazia questão de declarar domínio das situações, mesmo em momentos em que recebeu ajuda. Afirmou ter sido fácil amamentar, a despeito de ter apresentado rachaduras nos mamilos, solucionando o problema, segundo ela, com o uso de bico de silicone, utilizado até o momento da entrevista. Sem o protetor, seu filho não aceitava seu seio, mordendo-o e fazendo ânsia de vômito. Ao retornar ao trabalho, novos alimentos foram introduzidos pela avó materna da criança. Tânia não teve certeza do que sua mãe ofereceu a seu filho, mas lembrou que deixava sempre leite ordenhado para ser oferecido em mamadeira depois de aquecido em banho-maria. Iniciou a oferta de água aos quatro, cinco meses, por solicitação da criança. Deu chá somente uma vez, por causa de um episódio de febre. Ao perceber muitas dificuldades ao continuar trabalhando e custear as

despesas por delegar a outra pessoa os cuidados de seu filho, decidiu deixar o serviço, retomando a amamentação exclusiva até o final do sexto mês.

“(...) pagava minha mãe prá ficar com ele, fora gasto que eu tinha que comprar fralda aqui prá casa lá e fralda prá ela lá, leite prá ele lá e leite prá mim aqui, porque tinha que ficar de noite, tinha que dar... aí já era mais apertado.” Tânia

Para ela, especialmente nos momentos de intimidade, a amamentação prevalecia de forma satisfatória, agradável e prazerosa.

Cláudia, Rosana e Lara sentiram a amamentação de forma distinta.

No hospital, **Cláudia** apresentou fissuras nos mamilos. Não sabia por que não estava mais sabendo amamentar, embora reconhecesse que o problema se deu por causa da pega incorreta.

“Eles me ensinaram a fazer a pega, assim, pegar a rodela do peito, fazer assim, prá criança pegar em cima da rodela. Ah, eu comecei a dar mamar no peito prá ele, aí vim embora prá casa, no terceiro dia... Aí, chegou aqui eu amamentei ele no peito. Só que como cortou meus dois peitos, feriu, que, quando chegou em casa, eu não sei o que aconteceu, mas eu não tava sabendo mais como dar de mamar. Só que a gente fica nervosa, primeiro filho, aí ele pegava errado, pegava só no biquinho, não pegava nas rodinhas, entendeu? Pegava só no bico. Aí, como ele pegava só no bico, cortou, entendeu? [No hospital, a equipe] via, via sim, mas é porque lá, você tá perto da pessoa, a pessoa fica te explicando... Agora, em casa já é diferente. Minha mãe explicou também, mas é diferente. Nem toda hora ela vai ficar alí perto prá olhar eu dar de mamar.” Cláudia

A surpresa diante da produção de leite, assim como a intensidade da dor ao amamentar foi destacada por **Rosana**.

“Falavam assim: mãe, quando o bebê quiser mamar, você vê como é que é; seu peito vai começar a sair leite, vai vazar sozinho. Eu não acreditava. Mas meu peito começou a vazar e doendo... O médico falou assim: mãezinha, olha o que acontece, é a primeira vez que ela vai estar sugando o leite do teu peito. Então, o que que acontece: você nunca teve essa sensação. Quer dizer, conforme ela for puxando, o leite vai... ele falou que essa dorzinha é normal mesmo. Mas era dor mesmo. Portanto, depois de uma semana meu peito começou a parar de doer. Então não foi aquela dor sensível que ficou. Aí depois ela parou de mamar também....” Rosana

As práticas alimentares desenvolvidas em moldes distintos aos preconizados oficialmente foram analisadas a partir das situações que transcorreram na amamentação dos filhos de Cláudia, Rosana e Iara. A oferta de outros leites e de alimentos não lácteos foi destacada. A saúde das crianças estudadas, na perspectiva de suas mães, mereceu também atenção no presente estudo.

3.2.2 – Buscando alternativas à amamentação

As vivências diante da amamentação, apresentadas por Cláudia, Rosana e Iara, cujos filhos foram alimentados de forma distinta ao preconizado oficialmente, são apresentadas a seguir.

No puerpério, um anticoncepcional oral a base de estrogênio foi prescrito para **Cláudia**. Seu filho mamava frequentemente e, apesar de ter tido muito leite no começo, o volume de leite ordenhado, para ser oferecido na ausência materna, não era o esperado. Seu filho, após mamar nos dois seios, aceitava o conteúdo de uma mamadeira cheia de leite.

Sentia-se muito magra e abatida. Referindo não ter aguentado manter a amamentação, deixou de praticá-la, definitivamente, aos dois meses da criança. Embora não tivesse se fechado à possibilidade de amamentar, alegou que a redução na produção de leite e o medo de engravidar foram determinantes para o desmame precoce.

O leite oferecido como complemento ao leite materno, antes dos dois meses e exclusivamente a partir desse período, foi do tipo integral, engrossado com um produto que acreditava ser indicado para criança menor de seis meses

(Nutrilon®). A informação presente no rótulo, a fez reconhecer que o Mucilon® deveria ser dado apenas a partir do sexto mês. Uma vez que a mesma informação não foi identificada no rótulo de Nutrilon®, produto industrializado similar e mais barato, acreditava que este poderia ser dado a crianças mais novas. Com os procedimentos adotados, avaliou que seu filho, além de saciado, não teve nenhuma *caloria intestinal* e evacuava regularmente. Aos três, quatro meses, consumia quatro a cinco mamadeiras ao dia.

Rosana referiu sentir-se pressionada, especialmente por sua sogra, com quem foi morar após o nascimento da filha, para que amamentasse. Provocou a diminuição na produção de leite, através da troca, em uma farmácia comercial, da minipílula, entregue na unidade de saúde, no puerpério, por outro anticoncepcional oral capaz de diminuir sua produção de leite.

“Ela estava com sete dias. Aí depois eu mesma fui na farmácia e troquei e comecei a usar o Microvlar e comecei a tomar.” Rosana

Como consequência ao uso do anticoncepcional contra-indicado, houve redução no volume de leite produzido. As mamadas e o choro freqüente da criança foram usados por Rosana como sinais de que seu leite era fraco. Deixou de amamentar aos 15 dias de vida de seu filho.

Quanto à forma de preparar o *complemento*, descreveu a adoção do volume que ouviu ser prescrito no hospital, assim como a utilização de medidas dificilmente manipuláveis no ambiente doméstico. Buscava obter um leite com aspecto semelhante ao do leite materno, mas que não poderia ficar *fraco*, ou seja, deveria satisfazer a suas expectativas quanto à saciedade da criança.

Argumentos desfavoráveis ao uso da fórmula infantil, com base no funcionamento gastrointestinal da criança, foram usados, segundo Rosana, por sua mãe, provedora da alimentação da neta, para justificar a adoção de produtos mais baratos, em substituição ao leite *prescrito*. O leite da vaca, criada no terreno da família, foi sua escolha para garantir a alimentação da neta.

Para oferecer o leite, a avó da criança desenvolveu uma forma de preparo de mingau que, ao mesmo tempo, atendesse à praticidade (preparava, de uma só vez, duas mamadeiras) e ao que acreditava ser higienicamente seguro (não dar mingau velho) e necessário à criança.

A oferta do leite da vaca criada no quintal de sua casa foi contra indicada em uma das internações da criança. Em um episódio de hospitalização, a criança desacostumou-se ao uso da mamadeira. O abandono do uso da mamadeira tornou-se um problema para a oferta do leite disponível pela família. Defendendo ser cuidadosa no preparo do leite de sua neta, a avó esperava que a médica voltasse a permitir o uso do leite da vaca para alimentar a criança.

Iara voltou a estudar após o nascimento da criança. A introdução de fórmula infantil em sua alimentação se deu por prescrição médica. Porém, a amamentação foi mantida, uma vez que a criança teve dificuldades em aceitar a mamadeira. Três meses após o nascimento da criança, Iara consegue um trabalho temporário, deixando os estudos. No entanto, manteve o aleitamento materno, água, chá, suco, além do uso de fórmula infantil, até seis meses e meio, substituído-a, a partir daí, por leite integral engrossado.

Seu filho foi amamentado até os nove meses, a despeito da oferta de outros leites e alimentos não lácteos. O fim da amamentação, premeditado pela

entrevistada, foi simultâneo ao período em que seu companheiro deixa de viver com ela e seu filho. Não desejando interromper o aleitamento de forma brusca e recusando-se a tomar remédio para secar seu leite, lara fez uso de *losna*, a fim de que seu filho passasse a rejeitar seu seio, sentindo o sabor amargo da erva: segundo ela, não aguentava mais as dores que sentia com as mordidas em seus mamilos.

“Aí é que... eu tava passando losna. Um dia eu tava passando losna, prá ele sentir o gostinho ruim. Aí foi assim: passava um dia, ficava dois sem passar, aí ele mamava. E foi assim que eu consegui tirar.” lara

3.2.3 – Começando a dar comida

A introdução de novos alimentos, na infância, cumpre um ritual prescritivo construído socialmente, em que orientações *científicas* confundem-se ao apreendido/elaborado pela cultura. Nesse processo, estão implicadas as relações humanas entre os alimentos, o corpo e os sentidos humanos (olfato, nariz, boca, tato, gosto, visão, audição), como meios de apreensão do mundo. O gosto pelos alimentos não é natural, e sim apreendido, combinando sensações olfativas, térmicas, auditivas se entrelaça, tanto no comer, quanto no ato de fazer comida, transformado em arte culinária (Nascimento, 2007).

A fim de conduzir a análise do processo de introdução de alimentos não lácteos na dieta das crianças estudadas, tomou-se por base nas orientações oficiais, que definem a oferta de novos alimentos às crianças amamentadas *exclusivamente* até os seis meses como *alimentação complementar*. Por ser introduzida no momento *adequado*, é considerada *oportuna*. A amamentação é tida como *continuada*, por manter-se paralelamente à oferta de alimentos. As

práticas alimentares dos filhos de Camila, Rita, Jussara e Tânia foram analisadas segundo esta categoria. A introdução de outros alimentos, antes do sexto mês é considerada precoce. Nesse grupo se enquadram as práticas aplicadas aos filhos de Cláudia, Rosana e Iara.

3.2.3.1 - Em momento oportuno

O processo de introdução de alimentos complementares em tempo oportuno, praticado por Camila, Rita, Jussara e Tânia, é exposto a seguir.

Camila introduziu novos alimentos, no sétimo mês, com frutas. O almoço foi iniciado no oitavo, enquanto o jantar no nono mês, momento em que passa a dar quatro refeições complementares. As preparações, pastosas e com pouco sal, eram feitas especificamente para a criança. Não temperava a comida da criança da mesma forma que o restante do alimento da família. Avaliou que as preparações, feitas por ela, foram bem aceitas pela criança.

Completar um ano de vida foi um marco para a alimentação de sua filha. Camila associou a informação, dada na unidade básica de saúde, de que não precisava mais levar a criança no pediatra, como indicativo de que sua filha não precisava mais ser tratada como um bebê. Logo, parou de separar sua comida dos demais membros da família. Nessa fase, deixou de usar condimentos industrializados nas preparações consumidas pelos adultos, adequando-a ao que considerava ideal para crianças. O leite, integral, era oferecido na forma de mingau de prato. A não aceitação da mamadeira era um problema para a mãe, pois, segundo ela, dificultava o desmame.

A inclusão de refeições como almoço e jantar se deu tardiamente, da mesma forma que a oferta de preparações com maior densidade energética. Camila preocupava-se em atender ao que acreditava ser ideal à alimentação da criança, além da amamentação. Ofereceu frutas, ao invés de queijo *petit-swiss* (embora faça questão de dizer que o tinha na geladeira). Proporcionou o feijão com arroz, igual ao restante da família, atenta para não utilizar condimentos industrializados e com pouco sal. Procurou também dar legumes à sua filha.

Os alimentos introduzidos por **Rita** na alimentação de sua filha foram caldo de feijão com batata. Eventualmente usava angu. Os legumes foram oferecidos quando os tinha em casa. Os alimentos eram cozidos com óleo e água, sem a adição de temperos.

“Eu dei caldo de feijão com batata cozida, mas sem alho. Só cozinhava com óleo e água. Amassava batata, dava prá ela, às vezes eu fazia angu, dava prá ela, às vezes tinha um chuchu, uma cenoura, eu amassava e dava prá ela junto... Depois fui acrescentando arroz, fui acrescentando macarrão, aos poucos ela foi pegando.” Camila

Avaliava que, no período de introdução de novos alimentos, sua filha comia pouco, cuspiendo os alimentos. Rita os colocava novamente na boca da criança.

“Ela comia pouco, bem pouquinho. Ela comia assim: ela aceitava, fazia cara feia, cuspiu fora, eu ia, colocava na boca dela de novo, ela cuspiu fora de novo, aí depois que ela foi aceitando a comida.” Rita

Arroz e macarrão foram introduzidos aos sete, oito meses. Tinha medo que a criança engasgasse caso os oferecesse mais cedo. Não fez uso de liquidificador para triturar os alimentos, preferindo amassá-los.

“Eu acho que fica muito... sei lá, muito papa. Eu amassava, só picava o macarrão assim, misturava com arroz e dava prá ela. Bater, eu nunca bati não.” Rita

Reconhecendo que sua filha era pequena para sua idade no momento da entrevista, identificou o período de introdução de novos alimentos com o início do problema. Percebia que sua filha gostava mais de ser alimentada ao seio do que de comida. No entanto, observava que a aceitação de outros alimentos era melhor quando oferecidos por outra pessoa. Destacou que seu companheiro atual tinha mais paciência em alimentar sua filha do que ela mesma.

Durante a conversa, sua filha apareceu e Rita ofereceu-lhe o seio. Alegou estar amamentando sua filha para evitar o seu choro. Perguntada se não seria possível adiantar a mamada para facilitar a aceitação do almoço, Rita alegou que suas filhas acordavam tarde. E, ao acordar, sua filha queria peito.

“Ah, não, ela mama toda hora. Se ela acordar assim ... ela acordou agorinha mesmo, ela acordou umas dez e meia. Ela quis peito. Ela acorda tarde. As minhas filhas, nenhuma acorda cedo, tudo acorda tarde. Aí, sempre que ela acorda ela quer peito. Dá horário assim, ela quer peito.”
Rita

Sua primeira filha almoçava ao meio dia. Rita comia mais tarde e era nesse momento que a segunda filha manifestava interesse por comida. Mesmo assim, comia pouco e buscava o seio enquanto sua mãe se alimentava.

“Eu almoço mais tarde. Quem almoça meio dia é ela e a outra, a minha outra filha. Mas eu almoço mais tarde. Aí, quando eu almoço, ela quer comer. Aí eu dou comida prá ela, mas ela não come muito não, ela come pouco, nem deixa comer também, porque quer mamar.” Rita

Outros leites não eram oferecidos à criança, assim como mamadeiras não foram utilizadas. As dificuldades econômicas da família pareciam contribuir para essa prática. E, apesar das orientações fornecidas na unidade básica de saúde, não persistia na oferta de outros alimentos. Além das *dificuldades* que algumas crianças apresentam nessa fase, vale ressaltar as situações específicas atravessadas por Rita, como o afastamento do pai de sua filha e o desligamento

do programa municipal de distribuição de alimentos. Conforme destacado pela avó da criança, segundo relatos da entrevistada, a ausência de uma rotina de horários, inclusive para refeições, também contribuía para que a criança buscasse sempre o seio quando tinha fome.

Os novos alimentos foram introduzidos, na dieta do filho de **Jussara**, aos seis meses, oferecidos pela mãe e pela avó, momento justificado porque Jussara achou *“melhor prá ele”*. As primeiras refeições consistiram basicamente por batata e cenoura amassadas. A comida da família passou a ser dada aos dez meses. As refeições eram preparadas pela avó da criança e, eventualmente, pela adolescente, que avaliou positivamente as refeições que preparava para seu filho.

A despeito de não aceitar leite na mamadeira, a criança recebia os demais líquidos desta forma. Mãe e avó acreditavam ser esta a melhor maneira de oferecê-los. Para Jussara, comida saudável consistia em feijão, arroz, legumes (todos) e frango. Embora afirmasse que verduras seriam alimentos saudáveis, fez expressão de desagrado ao citá-los. As verduras não foram ainda oferecidas à criança, pois *“não sei, quer dizer, eu não sei se ele vai gostar...”* Questionada sobre o porquê acha que seu filho não gostaria desse tipo de alimento, alega que estes não são aceitos por ela mesma.

Quanto à rotina de alimentação da criança, relata que seu filho, ao acordar, consumia outros alimentos que não o leite materno. No meio da manhã, era amamentado. Almoçava e jantava as mesmas preparações do restante da família, enquanto que, no meio da tarde, consumia *Danoninho®*. Após o jantar, comia biscoitos.

A oferta de novos alimentos, fornecidos *oportunamente*, preparados pela avó da criança ou por sua mãe, seguia a preferência do paladar materno. Mesmo quando o alimento era considerado saudável, sua oferta, no entanto, não era feita, nem mesmo pela avó, quando este não era do agrado de Jussara.

A oferta de novos alimentos, segundo considerações de **Tânia**, se deu aos seis meses, uma vez que, nesse período, aumentou a quantidade e a regularidade na oferta de alimentos. Os primeiros a serem dados foram “*caldinho de feijão, coisa mais amassadinha.*” Não fez uso de liquidificador, seguindo recomendações médicas. O arroz, no entanto foi introduzido ao final do primeiro ano, pois tinha medo de a criança engasgar. Temperava as preparações com alho e sal. Fazia uso de margarina no lugar de óleo vegetal, preocupada em fazer preparações mais saborosas. O leite usado, diferente do materno, foi o leite de vaca integral (de caixinha), engrossado, a partir do quarto mês, utilizado brevemente, somente no período de retorno ao trabalho. Suspendeu seu uso quando deixou de trabalhar, retomando seu uso esporadicamente, na mamadeira.

A introdução de alimentos complementares se deu de maneira oportuna, com alimentos variados, preparados especialmente para a criança e com cuidado de apresentar sabor agradável. Contudo, o fato de oferecer os alimentos com a criança no colo, a fim de distraí-lo, ao invés de levá-lo a participar das refeições com seus pais, mostrou ser cansativo para a mãe. Além disso, a oferta de preparações menos consistentes, a fim de que a criança se alimente mais depressa, poderia comprometer a densidade energética das refeições, prejudicando seu ganho ponderal e o desenvolvimento da mastigação.

3.2.3.2 – Não lácteos introduzidos *precocemente*

A oferta de alimentos não lácteos, antes dos seis meses de vida, é reconhecida, a partir do discurso oficial, como precoce. A fim de conhecer como esse processo ocorreu entre as entrevistadas, a análise dos relatos de Carla, Rosana e Iara é apresentada a seguir.

A introdução de alimentos diversificados, não lácteos, à dieta do filho de **Cláudia**, foi em pequenas quantidades, aos três meses, no horário do almoço da família. Esta referiu, positivamente, o consumo, mesmo que eventual, de alimentos industrializados e de frutas.

“... tudo o que der, ele come, toda hora: biscoito, fruta, o que você dá pra ele, ele come... danoninho, entendeu? E eu faço isso. Todo dia, quando pode, eu dou uma fruta, dou um danone, dou uma coisa assim, entendeu?”
Cláudia

Rosana, para facilitar a aceitação de comida, adicionava sal às preparações lácteas, utilizando-se de um recurso adotado por sua mãe.

“Porque minha mãe que falava pra mim. Meu irmão, quando era pequeno, foi um custo pra ele comer comida de sal. Só queria mamar, não comia nada. Ela falou pra colocar um pouquinho de sal também, no mamá.”
Rosana

Refeições mais consistentes foram introduzidas aos dez meses, ao passo que o arroz foi oferecido ao final do primeiro ano. O folhoso oferecido era couve, em sopas liquidificadas. O óleo foi introduzido apenas aos dez, onze meses. A criança aceitava bem os alimentos cultivados pela família, reconhecidos como importantes na alimentação infantil. Porém, a avó da criança achava necessário disponibilizar produtos obtidos somente através da compra, como maçã e pêra e queijo *petit-swiss*.

O filho de **Iara** foi apresentado a alimentos não lácteos aos cinco a seis meses, seguindo a prescrição pediátrica feita em função da perda de peso da criança. Sopas liquidificadas foram introduzidas. A quantidade de alimentos aceita por seu filho não seguia uma regularidade. Porém, quando avaliava que a criança não havia se alimentado bem, oferecia geléia ou queijo *petit swiss* como sobremesa (sempre aceitos) e, mais tarde, leite enriquecido com frutas e *multimistura* (produto elaborado pela Pastoral da Criança, destinado a crianças com baixo peso). Introduziu arroz quando completou um ano, não oferecendo o cereal diariamente, alternando-o com legumes. No momento da entrevista, com um ano e quatro meses, seu filho consumia o mesmo tipo de refeição do restante da família, porém com menos sal.

3.2.3.3 - Transgredindo o *saudável*

As entrevistadas, a despeito de elencarem alguns alimentos como não saudáveis, administravam-nos ou permitiam a sua oferta às crianças, conforme descrito a seguir.

Camila evitava oferecer guloseimas (refrigerante, salgadinhos, etc.) à criança, permitindo-as apenas quando dadas pelos avós, associando esse comportamento à manifestação de afetividade. O gostar de refrigerante, manifestado por sua filha, era observado como um comportamento estranho ao esperado pela entrevistada, uma vez que era *desviante* às suas preferências e às de seu companheiro.

Jussara apontou a oferta de guloseimas como não adequada. Porém, admitiu ser ela própria a comprá-los e oferecê-los a seu filho, embora não regularmente, para proporcionar *“uma coisa diferente prá ele.”*

Tânia também indicou o consumo de refrigerantes como não saudável. Porém, o pai da criança o consumia frequentemente e a avó vendia o produto. Quando a criança via a bebida, pedia. A mãe comprava para a criança, preservando a satisfação de sua vontade como uma necessidade.

Cláudia salientou que alimentos como chocolate, balas, doces, frituras, alimentos gordurosos e refrigerantes não deveriam ser dados em muita quantidade. Não via problemas, no entanto, se frutas ou sucos fossem dados ao seu filho.

“Uma porção de coisas... porcaria, muito chocolate, não gosto de dar, muito doce, muita bala, também não gosto de dar... Se der uma fruta, eu nem esquento, se der um suco, eu não ligo. Muito refrigerante também eu não gosto, muita gordura, muita fritura...” Cláudia

Seu filho consumia macarrão instantâneo, embora Cláudia não o reconhecesse como um bom alimento para crianças. Para ela, além de ser nutricionalmente pobre e engordar seu tempero *“é um veneno”*, sendo utilizado somente em situações especiais. Destacou que esse alimento foi fornecido quando faltou água em seu bairro, quando seu filho tinha quatro meses de vida.

“Ah, eu não acho um bom alimento prá dar prá criança não, é só em último caso mesmo. É porque não tem ferro, não tem nada... massa, entendeu? Aquilo ali é um veneno, né? Só que pensar que miojo engorda também.”
Cláudia

A despeito de apontarem alimentos como *não saudáveis*, todas as entrevistadas informaram que permitiam que seus filhos tivessem acesso aos mesmos. A transgressão ao saudável, portanto, era uma iniciativa do domínio

materno, reforçando a postura proativa das adolescentes no controle do consumo alimentar de seus filhos.

3.3 - Os agentes das práticas alimentares

A abordagem inicial da investigação foi focalizada nas mães das crianças. Todos os agentes das práticas alimentares identificados eram mulheres, em conformidade à regra de circunscrever o cuidado infantil ao universo do gênero feminino. A maternidade, em seu dia-a-dia, revelou a imagem que mesclava a adolescente, a mulher e a mãe, como em um caleidoscópio. Singularidades foram evidenciadas nos relatos: como viviam e lidavam com a adolescência (e a possibilidade de engravidar); como assumiram a gravidez; como cuidavam dos filhos e como percebiam sua própria vida daí por diante. A história de vida das entrevistadas encontra-se no Anexo 4.

A gravidez pode ser antecedida de um desejo intenso, conforme relatado por Danila.

“Ah, foi assim: eu sempre quis ter filhos. Eu tive um namoro de quatro anos. Eu só não tive filho... foi dos catorze ... não, foi dos treze aos dezessete. Eu só não tive filho porque meu namorado não quis. Porque, por mim, eu teria filho muito cedo. Hoje eu agradeço... eu vejo ele na rua, eu agradeço muito ele, sabe, porque a gente virou amigo e tal. Porque, se fosse por mim, eu teria sido mãe com quinze, dezesseis anos, porque eu tinha muita vontade de ter filho, sabe? Prá mim era um sonho de vida. Eu não ia ficar feliz enquanto não tivesse um filho.” Danila

O desejo de casamento e de maternidade pode advir de uma prescrição social, manifestada em seu meio, acompanhado pelo receio de *nunca ter filho*, fato encarado como uma condenação divina.

*“Teve vez de eu chorar, porque eu via minha prima ser mãe, casar, e eu pensava: ah, meu Deus, eu nunca vou casar, nunca vou ter filho...”
Rosana*

Dificuldades em exercer o auto cuidado durante a gravidez foram evidenciadas, que podem ser associadas à imaturidade, mas também à precariedade nas condições de vida.

“Eu tive anemia porque eu comia muita bobeirinha e eu não comia comida. Ia muito em padaria, ficava na padaria comendo coisas, esquecia de comer comida. Aí a médica falou que eu tava com anemia (...) fiquei internada oito dias também, por causa da anemia e da infecção urinária que eu tive.(...) Tomei duas bolsas de sangue.” Rita

A emoção do nascimento, contudo, foi salientada por sua intensidade, sendo percebida com grande surpresa pelas entrevistadas.

“Aí foi rápido, eles... eu só senti um negócio entrar assim e o neném saiu, entendeu? É uma emoção que a gente chora, que a gente não sabe por que que chora, né? Eu achava que nesses filmes assim, nesses negócios, a pessoa chora de fingimento, mas não, é de verdade mesmo, né? É muita emoção.” Cláudia

E, por mais que a legislação busque garantir o amparo afetivo à adolescente como um direito, instituições ainda resistem em reconhecer suas particularidades e proporcionar o acolhimento às emoções que emergem na hora do parto.

“Chorei muito na hora dele nascer, que eu tava tensa, não deixaram ninguém entrar comigo. (...) só podia ser minha mãe, mas minha mãe não quis ir. Foi até minha prima que tirou a foto e quem ficou segurando a minha mão foi meu obstetra ...” Iara

As mudanças sociais advindas da maternidade foram declaradas durante as conversas, especialmente no que tangem às restrições ao lazer e à diversão.

“Tudo [mudou]. Eu era muito de sair. Eu e o [cita o nome de seu companheiro], a gente saía sexta, sábado e domingo. A gente adora dançar forró, sabe? Tudo quanto era forró a gente ia. (...) A última vez que eu saí (...), cheguei duas horas da manhã, ela tava chorando, com o olho inchado. Eu nunca mais fui (...). Aí... mudou nisso... eu gostava muito de ir prá casa de colegas, sabe, e gostava muito de dormir. (...) Mas, o que eu mais senti mesmo foi parar de sair. Eu saía muito com ele, a gente era... só dava a gente em Volta Redonda.” Camila

Porém, apesar do sentimento de falta da vida anterior, as adolescentes expressaram aceitação dos novos rumos. O relacionamento com mulheres também casadas, cuja condição de vida assemelhava-se às delas, foi o caminho para socialização adotado.

A maternidade foi destacada como um peso para as adolescentes, tanto entre as que contavam ou não com apoio dos pais da criança. Para Rita, a responsabilidade, restrita a ela, sobrecarregava-a não só no campo financeiro, mas também na falta de suporte de atenção e cuidado às crianças.

“Tá sendo difícil, prá mim tá sendo difícil. Muita responsabilidade, prá mim por causa do pai delas que se afastou, ficou muita responsabilidade. Eu acho que, se ele dividisse a responsabilidade das meninas comigo, pelo menos viesse e falasse ah, tá precisando disso, tá precisando de alguma coisa, um final de semana falasse ah, eu vou levar as meninas prá lá, prá você descansar um pouco, porque criança cansa, (...) Eu é que tenho que correr atrás de fralda, de fruta, de alguma coisa, quando fica doente eu é que tenho que correr atrás.” Rita

O cansaço resultante das tarefas maternas foi destacado entre as entrevistadas.

“Olha é difícil... vou te falar a verdade. Ah, se fosse outra, ia falar assim: ah, é ótimo. É ótimo, é muito bom. Mas, nossa, dá uma canseira! Eu canso mais com ele do que quando eu trabalhava fora. Nossa Deus!” Tânia

Contudo, a despeito das dificuldades, a maternidade foi destacada positivamente pela relação afetiva que as envolve com seus filhos.

“Mas ser mãe é bom. É bom você ter seu filho, é bom, mas prá mim tinha que ser mais tarde. Minha gravidez foi muito cedo. Foi muito cedo, mas é bom. Eu gosto de minhas duas filhas.” Rita

3.4 – Os recursos implicados

Os recursos, junto com as regras, dão consistência ao que garante a reprodução social de uma *estrutura*. São considerados *impositivos* aqueles que

derivam da coordenação de atividades de agentes humanos, que se apóiam em modalidades de estruturação e reprodução do sistema, aqui expressas pelo núcleo familiar e pelas instituições de saúde. A análise dos recursos que procedem de aspectos do mundo material, denominados *recursos alocativos* (Giddens, 2009), desloca a discussão para o âmbito do acesso ao alimento.

3.4.1 - O núcleo familiar

O núcleo familiar das entrevistadas revelou-se como um recurso fundamental na estruturação das práticas alimentares de filhos de adolescentes. A força da família pode ser evidenciada na maneira com que provoca a conformação da adolescente à nova situação, evidente no depoimento de Rosana.

“Você tem que entender que sua vida mudou, que você vai ter uma filha, e pronto, acabou. Foi aí que eu coloquei aquilo na minha cabeça. Aí aquilo começou a fluir bem, eu comecei a viver minha vida, aceitei aquela gravidez, que era tudo o que eu queria, né?” Rosana

A despeito do receio inicial diante da revelação da nova condição, mães e seus filhos foram acolhidos por seus familiares. As adolescentes, diante do núcleo familiar que se forma, são incorporadas ao cotidiano da família que passam a compor, ampliando seus compromissos.

“Eu tinha ido prá casa da minha sogra, a minha casa não tava pronta ainda, a casa da minha sogra é maior, aí lá eu fiquei. Aí, como a minha mãe não tava perto de mim, eu tive que fazer as coisas tudo sozinha, lavar roupa... Minha cunhada trabalhava, minha sogra também...” Cláudia

Os novos papéis que se apresentam com da maternidade lhes são mostrados pela família, movimento acompanhado também pela oferta de apoio.

“A minha sogra se preocupou muito, ela se preocupou muito. Ela falou: você não pode fazer nada, ela não me deixava fazer nada. Ela falou assim: você vai ficar por conta de sua filha. Eu fiquei por conta dela o dia inteiro.” Rosana

As famílias elaboram seus próprios padrões de prática alimentar para a infância e apresentam-no para a adolescente indicando referências entre seus membros a serem seguidas como modelo.

“Minha sogra falou assim: você tem que estar amamentando ela. A minha cunhada falou prá mim também. Meu sobrinho mamou até dois anos.”
Rosana

O apoio proporcionado foi também acompanhado por cobranças em torno dos cuidados com a criança.

“Não, ela falava prá mim continuar amamentando no peito. Quando eu dei mamadeira prá outra neném, ela não gostou.” Rita

A família, diante da constatação de suas limitações, aponta maneiras que lhe pareçam seguras para superá-las.

“(...) eu já esqueci disso um pouco. Ela falava assim: alguma coisa você deve estar fazendo errado, vai no médico e pergunta. Ela só falava: você não pode passar nada, você não pode lavar, você não pode passar nada, porque você tá dando mamá no peito prá ela. Não passa sabonete no peito não, só lava com água. Não passa não, senão vai ficar com gosto, não vai querer pegar. Aí eu ia lá, só lavava com água... Vai doer mesmo, vai lá, pergunta pro médico o que você tá fazendo de errado e ele vai te orientar. Porque eu já esqueci um pouco, minha mãe falou: eu já esqueci um pouco. A caçula já tem sete anos, minha irmã.” Rita

A despeito da falta de vivência da adolescente, em especial no tocante à amamentação, a família pode conferir segurança à adolescente.

“Foi fácil. Foi fácil, porque eu já tinha uma experiência. Minha mãe me ensinou, e eu já tinha minhas irmãs... somos quatro irmãs... duas já têm filho, a outra também ganhou neném agora, tem pouco tempo, também é nova, tem dezenove anos e ganhou neném... E assim, ela foi ensinando, eu já sabia, enfiei o bico do peito na boquinha dele direitinho, rapidinho.”
Tânia

O núcleo familiar não só orienta, mas também se mobiliza no sentido de garantir o apoio às adolescentes.

“Continuei estudando, fui até o último dia de eu ganhar ele, aí, e foi. Aí depois que ele começou... ele foi no médico, não pegou bico, ele só pegou a mamadeira mesmo porque precisava, mas demorou um pouquinho. E minha avó dava na colher prá ele.(...) Aí minha avó, quando ele não queria pegar mamadeira, corria lá no colégio, que era do lado, lá mesmo, prá ele mamar.” lara

Segundo as entrevistadas, os pais das crianças possuíam seus próprios conceitos sobre alimentação infantil. Para fazê-los valer, porém, encontraram limitações quando não foi possível financiar suas escolhas.

“(...) ele brigava, (...) brigava prá caramba, não deixava. Quando ele descobriu que a gente tava dando leite de vaca prá ela, não quis não, ele não quis deixar. Então, ele não vai saber. Ele vai achar que a gente tá dando leite Ninho® e a gente tá dando leite de vaca. Bobo, esse negócio de estar comprando leite Ninho, se a gente tem o próprio leite dentro de casa, tirado do curral, meu pai mesmo que tira, vai ficar coisa... Ah, sua mãe fica dando esse negócio prá menina, vai fazer mal prá ela, só que nunca fez, nunca fez.” Rosana

3.4.2 - Os serviços de saúde

Os serviços de saúde são instrumentos de exercício de poder (Foucault, 1981) que, para Giddens (2009), “é o meio de conseguir que as coisas sejam feitas e, como tal, está diretamente implícito na ação humana” (Giddens, 2009; p. 334). Como instituições, mantêm suas próprias identidades sociais, com relações de posição-prática associadas que lhes conferem “*marcos no tempo-espaço virtual da estrutura*” (Giddens, 2009; p. 333). Associam-se a direitos normativos, obrigações e sanções, constituindo papéis dentro de coletividades específicas, utilizando-se de marcos padronizados relacionados a atributos corporais de idade e de gênero (Giddens, 2009). Como elementos de estruturação das práticas alimentares segundo padrões normativos de políticas públicas, as rotinas das unidades hospitalares e dos serviços de atenção básica, na perspectiva das entrevistadas, são apresentadas a seguir.

3.4.2.1 – Hospital: lugar onde as práticas alimentares se iniciam

Os primeiros hospitais do século XVIII, como depósitos de doentes, vão se transformando em instituições de assistência à saúde. Os processos de trabalho mantêm-se ancorados na disciplina, implicando na distribuição espacial dos indivíduos, no controle sobre o desenvolvimento das ações e na vigilância constante dos indivíduos organizados hierarquicamente. Tudo isso é acompanhado por registro individualizado e contínuo (Foucault, 1981). O trabalho é organizado mediante um conjunto de normas e regras que estabelecem como deve ser executado. A reprodução componente rotineiro do trabalho ocorre nos períodos de formação profissional, considerando o adoecimento como um fenômeno biológico individual (Machado e Correa, 2002).

É nesse ambiente em que ocorre o parto e se dão as primeiras práticas alimentares. O nascimento, como um momento complexo e intenso, envolve emoções e mudanças nos organismos maternos e da criança. O contato pele a pele, com trocas de sensações táteis, calor, cheiro e amor, pode ser propiciado com a sucção, nesse momento não nutritiva, mas fundamental ao estabelecimento da amamentação. No parto normal, esse contato pode ser proporcionado o quanto antes, não implicando em barreiras à realização dos cuidados básicos à mulher ou à criança. No parto cesáreo, deve-se respeitar as condições maternas para receber seu filho, desde que esteja bem, sem nenhuma outra restrição (Rego, 2008). O início das práticas alimentares das entrevistadas é relatado a seguir.

Camila acreditava não ter o bico do seio adequado à amamentação, ressentindo-se por achar que a obstetra esquecer-se ou não quis prescrever

“*pomada prá fazer bico*” durante o pré-natal. No hospital, não podia se levantar, em função do tipo de parto. A equipe chamava-lhe a atenção de que precisava amamentar, a fim de que a criança não tivesse hipoglicemia. Camila, que assistiu uma criança desmaiar e receber glicose injetável insistia na amamentação, levando o seio à boca de sua filha.

“Ela não pegava. Tinha que ficar apertando na boca dela, eu tinha que enfiar o peito e apertar a cabeça dela no meu peito prá ela mamar. As primeiras horas foram muito difíceis, porque eu não podia levanta (...) Falavam que se ela não mamar ela poderia ter queda de glicose, né, podia desmaiar, e eu vi uma criança desmaiando na minha frente, tiveram que aplicar glicose nela ... foi difícil.” Camila

Foi apontada, no hospital, como uma das que apresentavam dificuldades para amamentar, recebendo, então, atenção diferenciada. A abordagem da equipe baseou-se em ensinar como a mãe tinha que apertar seu seio para sair o leite. A criança tinha que engolir o leite, mesmo não sugando.

“Porque eu era uma das meninas que tavam com dificuldade, ficavam sempre alí em cima de mim ali – Você já deu mamar, mãe? Vamos dar mamar? Alí ficava uma segurando, a outra me ensinava como eu tinha que apertar, que ela tinha que engolir o leite, mesmo ela não sugando, porque o certo é sugar, né? Mas como ela não sugava, eu tinha que ficar apertando prá ela mamar aquele fininho, né, o colostro, o primeiro leite, mas me ensinaram sim” Camila

A filha de **Rita**, nascida de parto natural, foi levada ao seio ainda na sala de parto, conforme as recomendações da boa prática hospitalar e das normas da IHAC. Descrevendo o apoio recebido no hospital, relatou que a equipe de saúde manteve uma postura de intervenção direta e de monitoramento rígido, deixando claro o interesse em que a criança fosse amamentada. Rita elogiou o atendimento recebido no hospital, destacando que seus partos foram bem feitos e a atenção recebida pela equipe de enfermagem.

“Lá, quanto à amamentação, eles são rígidos. Eles querem que a gente amamente o bebê, que precisa. Acabou de nascer, a criança é frágil... se a gente estiver dormindo, de madrugada, eles acordam a gente. Se vê que o bebê tá muito tempo de mamar, eles acordam...oh, tá na hora de dar mamar prá sua filha, sua filha tá precisando mamar, ela é recém nascida. Lá eles são bem rígidos (...) Lá eles pegam no pé mesmo prá amamentar.(...) Eles vinham e arrumavam o neném. Arrumavam e falavam: é assim, você tem que ficar assim com a criança. Aí, se estivesse com a posição errada de novo, eles vinham de novo: é assim que você tem que ficar se não vai te dar dor no corpo, vai rachar o bico do teu peito, você tem que deixar o neném pegar tudo... E eles ficavam mesmo de olho, olhavam, então eles corrigiam a gente.” Rita

No parto, cesáreo, ocorrido no hospital municipal credenciado na IHAC, **Jussara** foi acompanhada por sua mãe. Seu filho Ihe foi apresentado ao nascimento, mas não para ser amamentado na sala de parto.

“Colocou o rosto dele no meu.(...) Não, na hora em que ele nasceu, assim não, que ele ainda não pegou, não tinha pego o peito.” Jussara

Nas primeiras mamadas, seu filho teve dificuldades em pegar o seio. Foi-Ihe então oferecido outro leite, que não soube especificar. Contudo, a amamentação foi estabelecida ainda no hospital.

Na sala de parto, o filho de **Cláudia** também foi colocado em contato com seu corpo, mas não para ser amamentado. Embora tenha se sentido assistida com as orientações recebidas no hospital, chegando a casa, teve fissuras mamilares. Estranhou o ocorrido, uma vez que *aprendeu* no hospital que tal intercorrência ocorre por pega e posição incorretas. Acreditou então que *“não tava sabendo mais como dar de mamar”*

“Aí, chegou aqui eu amamentei ele no peito. Só que como cortou meus dois peitos, feriu, que, quando chegou em casa, eu não sei o que aconteceu, mas eu não tava sabendo mais como dar de mamar.” Cláudia

Durante a cesariana, enquanto o médico realizava a sutura em **Rosana**, sua filha ficou ao seu lado. Ficou surpresa com o fato de sair leite de seu seio,

mesmo sem o contato direto com sua filha. As primeiras mamadas foram acompanhadas por dor intensa, interpretada, pela equipe de saúde, como um estranhamento pelo fato de nunca ter amamentado. Mas, segundo Rosana, “*era dor mesmo.*” Referiu ter produzido muito leite. No hospital, doou leite para o Banco de Leite Humano; seus seios estavam empedrados e sentia febre. Lá, recebeu orientações técnicas sobre extração, armazenamento, oferta e doação de leite. Referiu ser criticada por amamentar sua filha com frequência, uma vez que esta chegou a vomitar. Foi também chamada para acordar sua filha para ser amamentada. A equipe ressaltou a necessidade de sua permanência no hospital para que, ela e a filha fossem *observadas*. Porém, ainda na maternidade, Rosana, esteve atenta à condução médica dada a uma adolescente avaliada como portadora de dificuldades na amamentação. Apropriou-se, nesse momento, do nome da fórmula infantil indicada, assim como da quantidade de leite prescrita.

“Porque, no hospital, eu já tinha visto... que a menina nasceu com dificuldade prá amamentar. Porque a menina tinha dezesseis anos, a menina dela nasceu e ela tinha dificuldade prá amamentar, e os médicos falaram prá ela: mãezinha, você vai no banco de leite, vai estar dando leite prá sua filha. Mas, se ocorrer isso em casa, você vai oferecendo Nan® prá criança. Ela vai estar mamando normal, você vai oferecer os dois peitos prá ela e depois vai dar um complemento de 30 ml.” Rosana

Os partos de **Tânia** e de **Iara** ocorreram em hospitais conveniados a planos de saúde, não sendo, portanto, alvo direto das políticas públicas de promoção, proteção e apoio à amamentação.

No parto de **Tânia**, cirúrgico e agendado, foi cumprida uma maratona em que mãe e filho circularam por diversas dependências da instituição, até, finalmente, ficarem novamente juntos. Na sala de parto, seu filho foi-lhe mostrado; na sala de pós-parto, foi colocado ao seu lado para ser amamentado. Foi então

levada ao berçário, retornando finalmente para sua mãe quando esta se encontrava no quarto. Seu filho nasceu em um dia e ambos voltaram para casa no dia seguinte, fato este reconhecido positivamente pela entrevistada. Não houve nenhum apoio, no hospital, voltado à amamentação. Tânia estranhou esse fato, uma vez que esperava o contrário da assistência dada pelo plano de saúde privado.

“Não, eu não tive ajuda nenhuma no hospital. Nossa, foi complicado. E olha que eu ganhei no plano, né? Pelo plano da [cita o nome do plano], ganhei lá, não tive ajuda de enfermeira nenhuma prá ensinar a dar mamar...” Tânia

Iara apesar de aparentemente convencida, pela obstetra, da necessidade de agendar a cesariana e da falta de riscos desse tipo de parto, estava tensa ao nascimento de seu filho, lembrando-se das histórias que foram contadas sobre problemas nos partos cirúrgicos. Sua mãe não quis assistir ao parto e não lhe foi permitido que outra pessoa a substituísse. O nascimento ocorreu sem problemas para ela e seu filho, que foi colocado ao seu lado para ser amamentado, ainda na sala de parto. Sentiu dor nas primeiras mamadas e insegurança quanto à produção de leite.

“Ah, nos primeiros momentos assim eu senti um pouco de dor por causa que não tá... a primeira sugação dele aí... senti um pouquinho de nervoso, se eu tava dando leite, se tava dando certo...” Iara

Foi ajudada, por sua mãe, a amamentar, embora continuasse a sentir dores. As mamadas, frequentes, davam-lhe a impressão de que seu filho não mamava direito. Chamou-lhe a atenção a longa duração e o curto intervalo das mamadas durante a permanência no hospital. Em casa, no entanto, os intervalos tornaram-se maiores.

3.4.2.2 – Unidades de atenção básica de saúde

A promoção e o apoio à amamentação, assim como a oferta de orientações quanto à introdução de novos alimentos é uma das competências de trabalho do setor público na área da saúde infantil. As questões vivenciadas pelas entrevistadas nos momentos em que acessaram ou foram acessadas pelo trabalho das equipes de unidades de atenção básica em saúde são apresentadas a seguir.

Quando chegou a casa, os seios de **Rita** apresentaram fissuras. Apesar da dor, insistiu em amamentar. Para sanar a dificuldade, aproveitou a primeira visita para vacinação e acompanhamento de seu filho para abordar a situação. Na oportunidade, foi observada enquanto amamentava. A equipe lhe ensinou a corrigir a pega e posição da criança ao seio, além de recomendar que fosse passado o próprio leite nos mamilos para tratamento das fissuras. Foi-lhe dito que, além do leite, a saliva do neném também contribuiria para a cura. Uma vez que não foi prescrito nenhum medicamento, Rita, no entanto, acreditou que nada foi feito para tratá-la e que seus seios foram curados sem nenhuma intervenção.

Quanto às orientações recebidas na unidade de atenção básica de saúde, destacou a recomendação de aleitamento exclusivo e a constatação de que o peso de sua filha evoluía conforme o esperado. Rita reconheceu que o crescimento da criança estava adequado enquanto manteve o aleitamento exclusivo.

Tânia, cujo parto ocorreu em hospital privado, ao se referir ao contato que teve com as equipes de saúde durante o período de aleitamento materno, destacou a abordagem feita diante das fissuras que apresentou no seio. Ao serem

mostradas a uma agente de saúde, orientaram-na a manter o aleitamento e expor os seios ao sol. Vale aqui resgatar que as fissuras foram *solucionadas* com o uso de bico de silicone, indicado pela mãe de Tânia.

“Só mesmo no dia que a moça veio prá dar uma olhada nele, que perguntou se tava dando mamá, eu peguei, tirei o peito e mostrei prá ela... não, tem que por no sol, que só assim que vai melhorar. Tem que dar mamá prá ele assim mesmo. Aí eu fui dando.” Tânia

Cláudia, na consulta de puerpério, recebeu prescrição para o uso do anticoncepcional oral Level®, cuja composição inclui estrogênio. Por não estar familiarizada com o nome do produto, acreditou que este era indicado para o período da amamentação. Percebeu, no entanto, que seu leite estava diminuindo. Introduziu outros leites, com mamadeira. Por conduzir a alimentação de seu filho dessa forma, foi alertada, na unidade básica de saúde, quanto aos riscos deste não mais aceitar o seio. Contudo, os motivos para a redução do leite não foram investigados. Cláudia desconhecia as causas do sangramento que a levou a fazer curetagem. Foi criticada por desmamar seu filho, em função das vantagens imunológicas do leite materno.

“Ela queria me dar uma coça: ah, vou te dar uma coça, você não pode fazer isso, que o leite tem muita coisa prá criança, a criança fica mais imune ao leite...” Cláudia

Em sua opinião, discordava das afirmações da enfermeira, usando a si mesma como exemplo. Avaliava que sua saúde era ótima, apesar de não ter sido amamentada. Sua maior preocupação era engravidar novamente.

“Mas não é que eu nunca mamei que meu filho não vai mamar, né? Eu dei leite, mas parece que secou, sei lá o que aconteceu, comecei a dar mamadeira mesmo. E outra, fiquei com medo de engravidar também com essa pílula. Já pensou eu com um na barriga e outro no braço...” Cláudia

Rosana recorreu à unidade básica de saúde em busca de apoio para convencer a família de seu companheiro quanto a veracidade de suas afirmativas de que seu leite era fraco. Constatando que seu leite estava realmente secando, insistindo na abordagem biológica da questão, a equipe de saúde orientou-a a oferecer mais peito.

“Mas só que ela tava ganhando peso. Aí o pessoal do posto falou que não: - Você acha que seu leite tem problema, mas se tivesse, ela não tava ganhando peso.” Rosana

Mais uma vez, a equipe rebateu suas argumentações, até que uma profissional identificou e verbalizou a intenção de Rosana em não amamentar sua filha, reconhecendo ser este um direito dela. A pediatra então prescreveu *informalmente, um complemento*

“Mas aí eu conversei com a doutora e ela falou: se você acha que deve estar dando mamadeira prá ela, é um direito seu. Mas eu, como pediatra, aconselho você a continuar dando o peito, no peito.(...) A doutora falou pra mim que o certo prá dar prá criança era o Nan. Aí eu mesma fui e comprei. Ela não prescreveu, só falou.” Rosana

Ao perceber não ser capaz de provar à equipe de que não tinha condições para amamentar e temendo ser censurada, passou a mentir nas consultas subsequentes, afirmando que sua filha foi amamentada exclusivamente em seus primeiros seis meses de vida.

“Eu pensei assim: eu já tou dando mamadeira prá minha filha. Ela vai brigar comigo, ela falou prá não dar. Então, o que que eu vou fazer: eu vou falar prá ela que eu tô dando no peito também. Ela vai brigar muito, né? Mas, mesmo assim, falou na minha cabeça: mãezinha, eu falei prá você. Você conhece a doutora (cita o nome), como ela é brincalhona. Você não tem juízo, mãe, eu falei prá você não ficar dando mamadeira prá criança, tem que largar de ser preguiçosa, mãe, tem que colocar a criança no peito e deixa ela mamar, o peito é dela.” Rosana

Somente ao final desse período, decidiu revelar, à equipe, que não amamentava exclusivamente. Disse que oferecia um *complemento*, utilizando-se de uma expressão presente no vocabulário médico, aprendida na maternidade.

“Eu falava: só no peito. Elas falavam e eu falava que ela mamava só no peito. Eu não falei com a doutora. Depois que ela tava com seis meses que eu fui e contei prá doutora. A doutora perguntou se eu tirei o peito direto dela. Aí eu falei: não, doutora, eu tava dando o peito e dando Nan®. Eu não menti, eu omiti. Quer dizer, eu não tinha tirado o peito mesmo, eu tava dando complemento prá ela, que era o Nan®.” Rosana

Nesse movimento, expôs a si mesma (pelo uso de anticoncepcionais sem prescrição adequada) e à sua filha (pelo uso de outros leites sem a devida orientação). Não percebeu que haveria receptividade para seus sentimentos e desejos. Contudo, o *problema* identificado, pela profissional de saúde, na *mentira* de Rosana foi a existência de registros não verdadeiros no prontuário da criança. Não houve questionamentos sobre o porquê de sua omissão.

A introdução de novos alimentos foi abordada no acompanhamento da filha de **Rita**. Aos seis meses, foi orientada, na unidade básica de saúde, a introduzir quatro refeições complementares. Destacou o tipo de preparação e os horários prescritos para a sua oferta: papa às onze horas, suco ou fruta às três da tarde, jantar às seis horas e mais algum alimento, não especificado, na ceia. A criança deveria continuar a ser amamentada.

3.4.3 – O acesso a alimentos

A (in) segurança alimentar emergiu como uma situação compartilhada no ambiente familiar, tanto entre as mães que viviam com seus companheiros, como entre aquelas que não conviviam mais com eles.

A dependência de alimentos doados, basicamente não perecíveis, foi verificada entre algumas famílias, o que definiu o tipo de alimentos complementares oferecidos e preferidos pela criança.

A família recebia alimentos doados, o que, certamente, contribuiu para a boa aceitação de preparações básicas.

“Come, com arroz e feijão. Agora ela come, ela adora, o que ela mais come é arroz e feijão. Come muito arroz e feijão.” Camila

O período de introdução de novos alimentos à dieta da filha de **Rita** coincidiu com sua *alta* do programa municipal de distribuição de cestas básicas, legumes, verduras, frutas e ovos (o mesmo em que **Rosana** estava inscrita, cujo prazo para recebimento de alimentos se encerra aos seis meses da criança). Na mesma época, o pai de suas filhas deixa a família. Rita teve dificuldades em introduzir novos alimentos.

“O pai dela, o pai delas, que não está presente em nada, ele não ajuda em nada, ele não vem ver, depois que eu separei dele, não tem um ano que eu separei dele, ele vê as meninas na rua.” Rita

A necessidade de proporcionar acesso à comida de criança, “*que é diferente da nossa*” também foi evidenciada. Entretanto, a oferta de alimentos produzidos em hortas domésticas é menos valorizada em relação aos adquiridos comercialmente e os industrializados.

“Igual eu falei, não depende só de leite, tem fruta, biscoito, a alimentação dela que é diferente da nossa, tem que tá comprando um legume, uma fruta... a gente que mora aqui tem banana, mas uma maçã, uma pêra, um Danone de vez em quando prá poder...” Rosana

A oferta de outros leites às crianças não mais amamentadas é uma das preocupações dos agentes das práticas alimentares dos filhos de adolescentes. A

interdição ao uso do leite de vaca *in natura*, indicada em uma das interações da criança, é um dos incômodos que emergiram nas entrevistas.

“Mas eu falei assim prá ela: a gente ferve, cozinha o fubá no leite, cozinha bastante, né? E ele é bem fervido, é coado na peneirinha, no pano, por causa daqueles pelos, né? Aí é coado direitinho, bem fervido, bem limpinho, aí ela vai e diz que não. Aí a gente vai e ... Agora eu até falei com a doutora, né? Podia perguntar prá doutora se podia voltar com o leite de novo, porque a mesma doutora que atendeu ela da outra vez atendeu ela agora, né? Da outra vez ela tava novinha, não tinha nem um ano ainda. Só que agora ela já fez um ano e sete meses já...” Rosana

A despeito de a insegurança alimentar, a precariedade econômica dos pais das crianças, vivendo ou não com as adolescentes, não se mostrou responsável por conflitos nas famílias que vivem com dificuldades semelhantes, conforme identificado nas entrevistas com Jussara, Camila e Rosana. Porém, a instabilidade de trabalho dos companheiros fragilizava os relacionamentos dos casais, como evidenciado nos depoimentos de Rosana. Cobranças mais severas foram feitas pelas adolescentes quando os pais de seus filhos eram trabalhadores *estáveis* e não proporcionavam apoio financeiro para garantir melhores condições para a criança. Porém, uma melhor situação econômica do companheiro favoreceu a estrutura necessária para que o casal encaminhasse suas vidas com autonomia, conforme reconhecido na entrevista com Tânia.

Capítulo 4 – REFLEXIVIDADE, TRANSFORMAÇÕES E CONEXÕES DAS PRÁTICAS ALIMENTARES

Os mecanismos de reflexividade, ou o automonitoramento dos indivíduos promove o desempenho de habilidades para produção e reprodução da interação, normativamente regulado. As contradições estruturais, compostas pelo antagonismo entre atores e coletividades, são evidenciadas pelos pontos de transformação e conexão entre as práticas alimentares e os demais sistemas envolvidos (Giddens, 2009). Tais questões são observadas no capítulo que se apresenta.

4.1 – Questões, sobre alimentação infantil, monitoradas reflexivamente pelos agentes das práticas alimentares

Para manterem a condição de serem vistas como agentes capazes, que sustentam e demonstram agência as mulheres/mães/adolescentes submetem a si mesmas e a seus atos, ao monitoramento constante. Para sustentação e reprodução dos encontros, o controle reflexivo do corpo e a interação mútua através do tato e do respeito pelas necessidades e solicitações dos outros, em busca de confiança e segurança ontológica (Giddens, 2009).

A aptidão física para a maternidade, conforme sinalizado por Camila, surge significada pelo tamanho dos mamilos da mulher: bicos pequenos não corresponderiam a seios maternos.

“Por ser a primeira filha, eu não tinha bico no peito. Não tenho bico até hoje. Eu tô amamentando há um ano e meio e não tenho bico no peito. Parece que eu sou, sabe, parece que eu não sou mãe ainda.” Camila

A (*in*) capacidade de amamentar foi posta à prova, por Cláudia, mediante aferição do volume de leite produzido, observação da saciedade da criança e percepção do desgaste físico que sentia ao fazê-lo.

“Porque, no comecinho, eu tinha muito leite, eu enchia mamadeiras e mamadeiras. Depois, quando eu fazia a ordenha, eu tentava tirar o leite e não saía tanto. Saía a metade de um copo, aí o neném mamava muito, toda hora ele mamava e nada sustentava, parecia que não estava satisfeito, não deixava eu dormir, fiquei com uma olheira danada, fiquei muito magra... Eu vinha da casa da minha sogra prá cá, um palito.” Cláudia

Os riscos de uma nova gravidez associados à amamentação foram também considerados, uma vez que não se sentia segura em fazer uso de anticoncepcionais disponibilizados nos postos de saúde, uma vez que as incertezas da equipe quanto à anticoncepção durante o aleitamento materno eram bem evidentes para ela.

“Eu até achei bom ele ter parado de mamar com dois meses, sabe por quê? O médico não te dá segurança nenhuma, entendeu? Igual minha prima, ela não é nova não, ela tem dezenove anos. Ela teve um neném, depois teve outro, por causa desses remédios que dão lá no posto, que mandam a gente tomar, que não seca o leite, que faz... E lá eles não dão certeza nenhuma... Falam que ficar dando mamar no peito não engravida, só no peito. Mas eu não acreditei.” Cláudia

A interrupção precoce do aleitamento, entretanto, não se deu de forma abrupta, mas precedida de testes para avaliar a adequação das práticas que experimentava, monitorando o funcionamento gastrointestinal da criança.

“Eu já tava com o leite já ruim, eu estava achando que não tava sustentando. Como eu fiz o teste primeiro antes de tomar o remédio... eu fiz o teste prá ver se aquele leite ia fazer digestão prá criança direitinho, que não ia provocar nenhum ... não ia prender o intestino, tudo direitinho. Como eu vi que foi tudo certo, eu parei de vez com o leite e pronto. Aí eu comecei a tomar o remédio certinho. Mas primeiro eu vi se não ia fazer mal prá ele.” Cláudia

Contudo, diante da constatação de que a amamentação foi satisfatória para a criança, o reconhecimento de sua capacidade em poder praticá-la, mesmo

quando não se alimentava adequadamente, resultou em uma “*enorme satisfação*” para as mães adolescentes.

“Eu sinto uma satisfação enorme, porque eu tenho muito leite e sinto que, enquanto ela quiser mamar, eu vou ter leite. E eu não preciso, assim, comer fruta, beber muito líquido prá ter leite, não. O dia que eu fico sem comer, que eu saio prá rua e fico sem comer, eu tenho o mesmo leite do que se eu comer o dia inteiro.” Camila

A percepção de que “*amamentar faz bem prá criança*” mostrou-se um forte estímulo para a sua continuidade.

“Ah, eu acho que amamentar faz bem prá criança (...). Porque a minha filha, quando amamentou ela tava bem gordinha, tinha mais saúde, eu acho que ela tinha mais saúde, agora que ela tá magrinha, mas eu continuo amamentando, não deixo de dar peito prá ela não.” Rita

No momento de introdução de novos alimentos, a aceitação da criança foi monitorada pelo reflexo da criança de cuspir ou não o alimento. Relacionado a não prontidão ao ingresso em nova fase de desenvolvimento, tal comportamento é entendido como uma dificuldade para a aceitação da comida. Partindo de distintas justificativas para o *problema*, vários caminhos foram adotados pelas entrevistadas: adicionar sal aos mingaus (tornar o sabor salgado conhecido precocemente pela criança, facilitando sua aceitação na comida), oferta de alimentos liquidificados (aumentar a diluição de alimentos para não serem cuspidos), oferta de *queijo petit swiss* e outros (dar alimentos mais saborosos, *próprios* para crianças), deixar que outra pessoa alimente a criança (a criança aceita melhor o alimento dado por outra pessoa que não seja a mãe) e dar o seio ao invés de comida (amamentar faz bem; a criança gosta mais de ser alimentada ao seio do que de comida).

A capacidade de deglutição do alimento também foi monitorada pelos agentes das práticas alimentares, interferindo mais no momento de sua

apresentação à criança do que na consistência em que é oferecido. Em função desse fato, ao invés de ser cozido com mais água, aumentando sua maciez, o arroz, por exemplo, foi apresentado às crianças somente a partir de 10 meses a 1 ano de idade. A consistência das preparações também esteve associada ao tempo que a criança levava para mastigar: quanto mais consistente estivesse a preparação, mais demoraria a comer. Assim sendo, as preparações destinadas à crianças tenderiam a ser mais macia que a comida da família.

O desejo de manter a amamentação pode implicar em gastos insustentáveis para as mulheres/mães/adolescentes trabalhadoras. Às dificuldades, tanto em fazer ordenha manual no local de serviço, como quanto o seu armazenamento adequado, somam-se as relativas ao convencimento do cuidador substituto quanto às técnicas de oferta do leite ordenhado. Deixar o emprego e ficar em casa cuidando de seu filho torna-se uma saída.

“Porque no serviço eu tinha essa dificuldade de tirar o leite prá poder trazer prá ele. Eu vinha todo dia, na hora do meu almoço, prá dar mamar prá ele. Era isso que ficava apertado prá mim. Por isso que eu preferi sair, que era mais gasto eu trabalhando do que em casa. Gastava trezentos reais só prá mim vir todo dia almoçar (...)” Tânia

4.2 – O “entendimento teórico” e a significação dos elementos normativos das práticas alimentares

Para Giddens (2009), os atores leigos são teóricos sociais, cujas teorias ajudam a constituir objetos de estudo de observadores ou cientistas sociais. Os agentes das práticas alimentares de crianças, como agentes ou atores humanos, utilizam-se da capacidade de entender o que fazem enquanto o fazem. Sua *cognoscitividade*, está contida na consciência prática, que “*consiste no*

conhecimento das regras e táticas mediante as quais a vida social é constituída e reconstituída através do tempo e do espaço (Giddens, 2009: 105). Os agentes das práticas alimentares entrevistados manifestaram como estruturam sua consciência prática diante da alimentação no primeiro ano de vida.

O posicionamento das estruturas sociais normativas às práticas alimentares é posto em questão na construção do “*entendimento teórico*” dos agentes das práticas alimentares. A postura “*rígida*” de a estrutura hospitalar mobiliza para amamentação, podendo conferir-lhe o significado de comportamento esperado pela equipe do hospital e pelo setor saúde.

“Lá, quanto à amamentação, eles são rígidos. Eles querem que a gente amamente o bebê, que precisa. Acabou de nascer, a criança é frágil... se a gente estiver dormindo, de madrugada, eles acordam a gente. Se vê que o bebê tá muito tempo de mamar, eles acordam...oh, tá na hora de dar mamar prá sua filha, sua filha tá precisando mamar, ela é recém nascida. Lá eles são bem rígidos. Lá eles pegam no pé mesmo prá amamentar. Lá eles tratam a gente muito bem. Eles dão atenção prá gente que tá grávida, prá gente que ganha depois, as enfermeiras são muito atenciosas, tudo que a gente perguntava, elas respondem... Eu gostei de ficar internada no [cita o nome do hospital]” Rita

A despeito do papel das demais instituições, a família continua exercendo, para o bem ou para o mal, a mediação entre o indivíduo e a sociedade. É uma instituição em evidência nas políticas públicas e que ainda é desejada pelos jovens. Sua maior característica, o afeto, segundo Sawaia (2007), é a principal força que explica a sua permanência na história da humanidade. Consiste em um espaço para se obter liberdade e abertura ao coletivo, efeitos contrários à disciplinarização e ao isolamento, em função de seu lócus de protagonismo social. Os perigos relacionados à família se revelam, contudo, quando esta se torna um instrumento de sustentação do poder, travestido de amor, apropriando-se do espaço privilegiado da intimidade (Sawaia, 2007). As famílias estudadas

construíram seu próprio entendimento sobre práticas alimentares na infância com base em suas vivências, reproduzindo-o e transformando-o entre seus membros.

A duração do aleitamento materno, de forma restritiva, foi salientada como foco importante de observação da família entre mães que permaneciam amamentando. Camila, que persistia o aleitamento por um período considerado longo pela família de seu companheiro (mais do que três a seis meses), mentia para manter sua prática. Tânia contrariava seu companheiro, que achava que seu leite “*não tinha mais nada*”. A mãe de Jussara contestava as afirmativas de que a criança alimentada ao seio seria mais saudável que as alimentadas artificialmente, uma vez que seu filho, amamentado prolongadamente, não era saudável. A amamentação continuada não sofria críticas somente pela família de Rita.

O desmame *precoce*, no entanto, não era foco de críticas pelas famílias das entrevistadas, conforme os relatos de Cláudia, Rosana e Iara. Cláudia e Rosana “fundamentaram teoricamente” o desmame precoce no mito do “leite fraco”. Enquanto Cláudia “teve provas” de sua existência, Rosana “forjou” essa realidade. O uso inadequado de anticoncepcional esteve associado a ambas as situações. A introdução precoce de outros leites na alimentação do filho de Iara fundamentou-se na aceitação da necessidade de retorno à escola e de seu ingresso no mundo do trabalho. Iara “tirou seu filho do peito” quando acabou seu relacionamento com o pai da criança. Na entrevista, Iara reconhecia que o crescimento de seu filho não seguiu o ritmo esperado, atribuído o problema à introdução de fórmula infantil. Manifestou ressentimento por ter sido mal orientada no passado. Para o desmame precoce, o “entendimento teórico” dos agentes das práticas alimentares baseou-se em vivências negativas diante da amamentação. Estas foram justificadas, pelas

entrevistadas, pela (in) capacidade de amamentar e pelo medo de engravidar (mas que, efetivamente, ocorreram por equívocos no processo assistencial, como a prescrição inadequada de anticoncepcional oral à Cláudia), e por opções de vida (estudo, trabalho), compatíveis com a amamentação somente a partir do enfrentamento de grandes barreiras.

O significado das práticas alimentares dos filhos das entrevistadas, assim como as repercussões das práticas alimentares sobre a saúde da criança, tanto para as mães que seguiram os padrões de aleitamento difundidos oficialmente, quanto para aquelas cuja condução se deu de forma distinta, é apresentado a seguir.

4.2.1 – A amamentação exclusiva

A amamentação *exclusiva* revelou-se uma prática efetiva entre as adolescentes que se mobilizaram para tal, buscando superar dificuldades de diversas ordens. O discurso oficial, que a qualifica como a melhor prática alimentar para a saúde da criança, mostrou-se cada vez mais difundido, sendo reconhecido, inclusive pelas mães que optaram por não fazê-lo. A sensibilidade às normas, contudo, não se apresentou como única motivação à sua prática.

Rita já vivenciara o desacordo de sua mãe com o desmame precoce da primeira neta. Não queria sobrecarregar ainda mais a avó das crianças com despesas elevadas, mesmo que, no início, ainda convivesse com o pai e sua filha. Seduziu-se, no entanto, com a relação afetiva que estabeleceu com a filha através da amamentação, desenvolvendo dificuldades em avançar nas demais etapas da alimentação infantil.

Para **Camila**, amamentar exclusivamente até os seis meses significou exercer autonomia, não fazer igual aos *outros*, poder alimentar sua filha e mantê-la saudável, mesmo quando não conseguia comer direito. Era poder manter-se como família, apesar das dificuldades de seu companheiro, conferindo-lhes certa independência.

Para **Tânia**, além de evidenciar ainda mais sua autonomia, a opção por deixar o trabalho para manter a amamentação exclusiva, mesmo que por motivação econômica, fortaleceu o *empoderamento* e cumplicidade do casal diante dos cuidados com seu filho.

Para **Jussara**, a amamentação foi uma escolha de seu filho, levando-a a cuidar de uma criança diferente dela, que não foi amamentada. Tornou-se um peso, do qual não conseguia se livrar. Era prendê-la à maternidade; era ser discriminada como tal, pois não conseguia voltar a estudar. Era ter que retardar os projetos de vida cujas possibilidades mal se apresentavam.

Entre as adolescentes que não amamentaram conforme as recomendações oficiais perceberam-se situações que refletiram não só a intenção materna em adotar rumos distintos ao preconizado para a alimentação de seus filhos.

Cláudia, de antemão, não reconhecia a importância da amamentação conforme difundido, embora não estivesse refratária a praticá-la. Foi levada a vivenciar, de maneira concreta, a redução na produção de leite em função da prescrição inadequada de contraceptivo a base de combinação hormonal. A adolescente associou o anticoncepcional, que julgava apropriado à amamentação, ao sangramento que a levou à curetagem. Acreditando que seu leite era fraco e na inexistência de método anticoncepcional oral seguro durante a amamentação,

introduziu outros leites e tirou seu filho do seio aos dois meses. Os erros na assistência recebida por Cláudia foram determinantes para que não lhe fosse possível descobrir as vantagens, tão difundidas, sobre a amamentação. Provavelmente, suas experiências foram incorporadas a outras histórias negativas sobre aleitamento materno e contracepção contadas entre as jovens de sua comunidade.

Rosana não queria amamentar. Porém, não teve chances para explicitar seus sentimentos. Sua sogra, sua cunhada e as equipes de saúde, tanto do hospital, quanto da unidade de saúde do bairro, deixaram claro de que deveria amamentar a criança. Deliberadamente, trocou o anticoncepcional a base de progesterona pura, recebido na unidade básica de saúde, por pílula combinada. Passou a criar situações e a sustentar versões que julgou convincentes para convencer a família de que seu leite era fraco. Seu leite diminuiu e sua filha foi desmamada com quinze dias. Diante da equipe de saúde, mentiu estar amamentando, sem ser descoberta, o que a levou afirmar que não existiriam diferenças, para a saúde da criança, entre ser ou não amamentada. Desta forma, aprimorava sua capacidade de mascarar/sufocar seus sentimentos, replicando as estratégias usadas para lidar com situações dolorosas, como a morte (de sua irmã e de seu avô) e a gravidez.

Iara voltou a estudar logo após o parto, não sendo instrumentalizada sobre como poderia manter o aleitamento materno durante o seu afastamento da criança. A adoção de fórmula infantil, prescrita por pediatra do plano de saúde, foi paralela à amamentação. Seu filho não deixou o seio; contudo, mordia-os. Iara que se sentia desconfortável amamentando desde o início, alegando não mais

suportar as dores ao amamentar, provocou o desmame da criança aos nove meses. Para ela, a amamentação, assim como a gravidez, lhe incomodava, pois se julgava muito nova para ser mãe. Com o abandono de seu companheiro, o desmame significou o encerramento de uma fase, libertando-a para redescobrir, mesmo que timidamente, os rumos de sua vida. E, para tal, o papel de cuidadora principal, assumido pela bisavó da criança, e o acolhimento de seus familiares, assumiram grande importância.

Tanto entre as mulheres que conseguiram amamentar, quanto entre aquelas que iniciaram a alimentação de seus filhos de forma distinta às oficiais, percebeu-se o desempenho do papel protagonista das adolescentes na definição das práticas alimentares de seus filhos. Ao assumirem suas escolhas, as mães se viram diante de barreiras, tais como as opiniões de familiares e dificuldades na assistência à saúde.

.

4.2.2 - A introdução oportuna de novos alimentos

O início da introdução de novos alimentos à dieta de crianças amamentadas segundo as recomendações oficiais ocorreu no momento oportuno, ou seja, em torno do sétimo mês de vida da criança. Valem destaque, entretanto, os distintos significados dessa fase para as entrevistadas.

Para **Rita**, a oferta de alimentos complementares representou ter que lidar com uma nova fase da vida de sua filha e, ao mesmo tempo, com o afastamento de seu companheiro. Repentinamente, sentiu-se exposta a ter que enfrentar sozinha e sem energia para tal, o sustento e os cuidados de sua filha. A oferta regular de alimentos foi delegada a um segundo plano, escamoteada por conta da

busca constante da criança pelo seio materno. Rita desconhecia que, desta forma, sua filha tentava compensar suas demandas nutricionais não satisfeitas devido à oferta irregular de novos alimentos.

Para **Camila**, esse período significou o resgate dos conhecimentos adquiridos enquanto cuidadora de seus irmãos, aprimorados pela convivência com sua sogra, a fim de oferecer o que melhor dispunha para a alimentação de sua filha. Reconhecendo o apoio recebido por sua mãe e por sua sogra como essenciais à sua qualificação enquanto cuidadora de sua filha, executava essa tarefa com prazer, satisfação que identificava também em seu companheiro.

Tânia, embora tenha relatado que seu filho consumiu outros leites e alimentos não lácteos antes dos seis meses, tentava relevar esse fato, uma vez que deixou o emprego para fazer o que considerava correto. Assumiu pessoalmente a oferta de alimentos complementares a seu filho. Entretanto, manifestou dificuldades em apoiar o seu filho na construção de sua própria autonomia, sobrecarregando-se por isso. Por exemplo, as refeições da criança eram oferecidas com a criança em seu colo, como se fosse uma obrigação sua fazê-lo desta forma. Tal postura levava-a a dar preparações menos consistentes, facilitando a mastigação da criança, a fim de que as refeições fossem menos demoradas. Isso poderia comprometer não só a oferta de alimentos com consistência e densidade energética adequados às necessidades nutricionais da criança, como também o desenvolvimento de mastigação satisfatória.

As práticas alimentares do filho de Jussara eram realizadas por esta e por sua mãe, a avó da criança. A oferta de novos alimentos atendia ao que ambas julgavam adequado à criança, sendo restrito o consumo daqueles cujo paladar

não agradava à Jussara. A compra de guloseimas também se mostrou uma prerrogativa materna. Desta forma, mãe e avó buscavam uma maneira de aproximar a criança às preferências maternas, visando a construção de uma identidade entre mãe e filho e uma aproximação com o paladar da família.

A introdução de novas refeições, em especial as compostas por alimentos salgados oferecidos como jantar, assim como a oferta de preparações mais consistentes, foram preocupações expostas pelas mães, retardando a sua apresentação. A maneira de temperar a comida também mereceu atenção especial das entrevistadas, que demonstraram preocupação em evitar o uso de condimentos industrializados. A adição de óleo, a oferta de feijão amassado (ao invés de somente o caldo), de folhosos e de condimentos como alho, cebola e tomate revelaram-se questões presentes na dietética infantil, inseridas na cultura e perpetuados nos discursos dos profissionais de saúde.

O leite usado como *substituto* ao humano foi de vaca integral, industrializado e comercializado na forma líquida ou em pó. O uso de leite de vaca *in natura* de animais criados em áreas periféricas às urbanas também foi observado. Vale ressaltar o baixo consumo de leite não humano entre as crianças amamentadas.

A definição dos rumos da alimentação dos filhos de **Cláudia** e **Rosana**, cuja introdução de novos alimentos se deu precocemente, ficou a cargo de suas mães, com o apoio das avós. Não houve participação de profissionais de saúde nesse processo. Baseou-se na elaboração de preparações que melhor lhes conviesse, segundo critérios de custo (baixo) e de garantia de maior saciedade da criança. Misturas lácteas variadas, à base de leite integral adicionado de produtos

instantâneos ou de *espessantes* que necessitam de cozimento, foram preparadas com base nas receitas *registradas* na cultura popular. Mediante os mesmos critérios, os alimentos não lácteos foram introduzidos.

Paradoxalmente, **Iara**, assistida por serviço de saúde privado, recebeu orientações profissionais, não só para introdução precoce de outros leites, como para o período de oferta de novos alimentos. As indicações pediátricas, no entanto, confundiam-se, no discurso da entrevistada, com o receio de oferecer preparações mais consistentes à criança. Apesar de serem evidenciados progressos na evolução ponderal de seu filho, a condição de risco nutricional mantinha-se no momento da entrevista.

O receio de a criança engasgar foi uma preocupação dos agentes das práticas alimentares de crianças cujos alimentos sólidos foram expostos precocemente. O liquidificador foi um recurso utilizado para ajudar na diluição de preparações como sopas contendo arroz ou macarrão. Restrições ao uso de óleo e de temperos naturais como alho, cebola e tomate, assim como à oferta de folhosos e de grãos de feijão, também foram verificadas neste grupo.

4.2.3 - Repercussões das práticas alimentares sobre a saúde da criança

A percepção do significado das práticas alimentares sobre a saúde de seus filhos foi analisada de forma distinta entre crianças amamentadas *exclusivamente* nos primeiros seis meses e que se mantinham em aleitamento materno e as que deixaram o seio *precocemente*.

Camila, Jussara e Tânia avaliaram que seus filhos, eram crianças saudáveis. O único problema identificado por **Camila** foi infecção urinária, já

tratada, cujas causas desconhecia. Sua avaliação baseou-se na comparação entre a saúde de sua filha e a de sua cunhada, ressaltando sua percepção sobre a relação positiva entre amamentação e saúde da criança.

“É assim. A minha cunhada não amamentou ela, só até três meses. Porque quis tirar mesmo. Ela é muito vaidosa - `Ah, vai acabar com meu peito, vai acabar com o meu corpo, vou emagrecer. Ah, tirou. Quando ela foi crescendo, ela pega muita gripe. A [cita o nome de sua filha] é muito raro pegar gripe, ela vive gripadinha com o nariz escorrendo. E assim: a gente percebe quando as duas estão juntas, a [sua filha] é mais esperta, corre. Por exemplo: o balancim, ela senta, balança, a [sobrinha] fica só olhando, sabe? Corre... [a sobrinha] cai muito, é mais magrinha, a [sua filha] é do tamanho dela e não é normal, que a [sua filha] tem um ano e seis meses ela tem dois anos e meio...” Camila

O crescimento do filho de **Jussara** esteve adequado às expectativas, não sendo percebidas alterações nos ganhos de peso em relação à idade, nem mesmo no período de introdução de novos alimentos à dieta infantil. A criança não tinha história de adoecimento, mostrando-se tranquila durante a entrevista. Jussara e sua mãe, no entanto, não reconheciam a amamentação como determinante das condições de saúde da criança.

Tânia destacou a saúde de seu filho como perfeita, “*apesar*” de não ser uma criança gorda. Levava seu filho na unidade de atenção básica mensalmente, até uns dez, onze meses, preferindo não agendar as consultas subsequentes, uma vez que observou “*que é a mesma coisa, medir e pesar*”. Além disso, referiu que seu filho “*come tudo*”.

A filha de **Rita**, no entanto, era uma criança com sérios desvios antropométricos. Nascida com 3.155g, chegou ao final do primeiro ano pesando 6.845g. Rita tinha ciência do baixo peso de sua filha. A gravidade da situação chamou a atenção da equipe de saúde quando a criança completou um ano. Porém, Rita não compareceu à consulta agendada.

“Que ela tinha um ano, que... A médica conversou comigo. Ela parou de atender um paciente, prá conversar. Ela falou: ela tem um ano, ela devia estar com uns oito, nove quilos, ela tá com o peso baixo, então ela marcou uma consulta (...). Eu vou passar uma vitamina prá ela, prá ver se ela engorda, porque ela tem que engordar, não pode ficar com esse peso, porque senão ela vai ficar desnutrida, vai ter anemia, vai ficar doente, você vai ter que ficar no hospital internada com ela.” Rita

Os déficits antropométricos da filha de Rita foram identificados em estágio avançado, a despeito da frequência à unidade de saúde e da visitação de agentes comunitários de saúde. A criança não exibia sintomas agudos de estados patológicos, o que provavelmente dificultou o reconhecimento da gravidade da situação nutricional da criança por parte da mãe e da equipe de saúde. A amamentação protegia-a, porém não de forma ilimitada. A expectativa de Rita era de que a pediatra prescrevesse um medicamento (*vitamina*) ou uma dieta capaz de modificar o apetite de sua filha.

A percepção da relação entre alimentação saúde infantil entre as crianças não amamentadas *exclusivamente* ou que deixaram o seio *precocemente* foi investigada a partir dos relatos de Cláudia, Rosana e Iara.

Como problemas na saúde de seu filho, Cláudia destacou o episódio ocorrido no Rio, atribuído à oferta de Mucilon® aos quatro meses, e diarreia, aos onze meses, atribuída, por ela à dentição. A gravidade do processo infeccioso se revelou na descrição da crise convulsiva de seu filho.

“Diarreia, agora só por causa do dente. Foi agora, há pouco tempo atrás, com quase um ano já, com onze meses. Aí teve diarreia ... Ele teve convulsão também. Mas foi por que ... o que foi a convulsão, meu Deus? Porque ele tava com uma pequena... Como é que chama? Inflamação de alguma coisa que a médica me falou, aí ele teve convulsão. Convulsão de febre. A febre dele aumentou, eu não sabia que se a febre aumentasse muito... eu dei o remédio na hora certinha, direitinho, mas ele teve convulsão de virar o olho assim. Aí fui prá UGH (...) com ele, correndo, fiquei desesperada, né, porque eu nunca vi um negócio desse... Cheguei lá, eu tive que dormir no hospital.” Cláudia

Não reconhecendo a gravidade da situação, buscou alta à revelia, apesar de alertada quanto aos riscos de novos episódios convulsivos. Lamentou-se por isso.

“A gente teima com o médico e se dana. Porque eu falei com a médica: não, eu vou embora, eu não vou ficar aqui não, que ele não vai ter de novo. Aí a médica falou assim: ele vai ter sim, você fica, que é melhor a gente olhar, observar... Na hora que eu já ia saindo prá pegar a autorização prá mim ir embora, ele teve no meu colo assim, mas não teve do jeito que teve em casa, teve pouquinho. Aí chegou lá, a médica pegou, deu não sei o que no nariz dele prá ele voltar ao normal, depois disso, nunca mais ele teve.” Cláudia

Sem receber explicações dos profissionais de saúde sobre a possível origem da febre de seu filho, aceitou então os esclarecimentos de sua mãe de que a febre, assim como a diarreia, foi causada pela dentição da criança.

“Mas ela não soube me explicar direito porque que ele teve isso. A gente acha que é por causa que a febre aumentou demais, chegou aos trinta e oito. A gente achou que era febre do dente, porque, às vezes, o dente dá febre, né, se não dá febre, dá diarreia. Aí ele não tava gripado, não tava nada, aí teve febre. Aí, minha mãe falou: não, Cláudia, isso é febre do dente.” Cláudia

A não percepção, pela equipe de saúde, da *mentira* de **Rosana** sobre o desmame de sua filha, praticado com 15 dias de vida e provocado pelo uso premeditado de pílula combinada, serviu-lhe de argumento para concluir que o desmame precoce não resultou em nenhuma diferença no crescimento de sua filha. Sua percepção reforçou sua contestação quanto ao valor nutricional do leite materno para crianças até o segundo ano de vida.

“Eu [a pediatra] só não percebi que aí tinha uma mentirinha, porque ela continuou ganhando peso que a criança ganha normal. Todo mês ela ganhava o pesinho dela, as graminhas... então, [concluí que] não afetou nada ter tirado o peito dela. (...) A pediatra falou que era prá dar de mamar prá ela até dois anos. Eu falei assim: quando que até dois anos o meu peito vai ter a vitamina que ela tá necessitando? Aí eu comecei a dar caldinho de feijão, batata...” Rosana

Sua filha de teve vários episódios de internação, sendo uma das crianças já conhecidas da equipe do hospital do bairro. Tal realidade, embora aparentemente banalizada, era vivenciada como parte dos desafios cotidianos enfrentados pela família.

*“Aí a [cita o nome da criança] de vez em quando tá internada, essa semana teve de novo, aí internou foi sexta feira, (...) Porque lá no hospital, quando ela teve internada dessa vez agora, a menina falou assim, as meninas que já tavam acostumadas com ela, as meninas falaram assim: Ih, a [cita o nome da criança] voltou prá nós de novo.”*Rosana

A despeito de afirmar que *“amamentar é bom prá criança”*, Rosana não demonstrou nenhuma autocrítica por não ter amamentado sua filha.

Iara descreveu seu filho como uma criança magra, agitada, porém esperta e saudável.

*“Ah, até hoje ele é meio ruim prá comer. Tem dia que ele come bem, tem dia que ele come mal. É de criança mesmo, que o pediatra falou. Mas, graças a Deus, ele é uma criança saudável. Ele é muito esperto. Ele não é aquela criança gorda, ele é uma criança magrinha. Mas, o que ele tem de magrinho, ele tem de esperto, muito agitado.”*Iara

Ao ser observando a curva de peso/idade do filho da criança, verificou-se que o ganho de peso, registrado no Cartão da Criança, foi insuficiente no período entre dois e três meses. A pediatra que acompanhava seu filho não se pronunciou a respeito, o que a motivou, meses depois, a buscar o apoio de outra profissional. Seu filho passou então a exibir uma evolução ponderal paralela à curva de peso/idade, em faixas limítrofes de risco nutricional.

A criança não tomava leite em pó, somente leite líquido, em função dos resultados de testes para alergias, que sinalizaram positivamente para alguns alimentos. Os testes para alergias foram solicitados em um período em que se manifestavam sintomas inespecíficos do que, mais tarde, foram evidenciados

como sintomas de roséola. Apesar dos exames positivos, Lara nunca reconheceu manifestações de crise alérgica em seu filho.

“Ele só não pode comer ovo, que ele deu alergia. Ovo, amendoim, farinha de trigo, soja, e leite em pó.(...) Ah, porque a pediatra dela falou que poderia ser o leite em pó que tava prendendo o intestino dele. Aí começou com leite integral e viu que melhorou. Mas aí tá lá que ele não pode leite em pó. Deu que ele também não pode comer kiwi, morango, abacaxi.” Lara

4.3 – Os pontos de conexão e de transformação das estruturas das práticas alimentares.

Mudanças em grande escala em que existe alguma reorganização institucional podem ser verificadas sem que se caracterize uma evolução. Para sua análise, são necessárias observações do contexto de suas origens (Giddens, 2009).

Uma vez que a alimentação humana se inicia, atualmente, no hospital, torna-se fundamental conhecer um pouco seu ambiente, identificando de que forma os processos de trabalho nele institucionalizados podem repercutir nas práticas alimentares infantis. O parto hospitalar, a despeito de visar a redução de óbitos infantis e maternos, introduz o ato de nascer no universo medicalizado, passível de intervenção e controle, incorporando-o ao universo paradigmático institucional. A mulher/gestante transforma-se em *paciente* e, como tal, é submetida à exposição, dependência e despojamento de vida própria e de acesso às relações humanas comuns (Machado e Correa, 2002).

A *Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC)* se propõe a fornecer os instrumentos capazes de transformar rotinas hospitalares indutoras do desmame precoce. Os hospitais passariam a assumir funções de promover, proteger e

apoiar a amamentação. Seguindo o mesmo objetivo, a *Iniciativa Unidade Básica de Saúde Amiga da Amamentação* volta-se para as rotinas da atenção básica, buscando reformulá-las.

Os relatos das vivências das entrevistadas, no hospital municipal credenciado na IHAC, revelaram que o apoio à amamentação na sala de parto, conforme recomendado no Passo 4 (*ajudar as mães a amamentar na primeira meia hora após o parto*), foi praticado com o gesto de apresentar a criança à sua mãe, especialmente quando o parto foi cesariano. O Passo 5 da IHAC (*mostrar as mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos*) destaca que o processo educativo da amamentação inicia-se durante a permanência hospitalar. Reporta-se ao período em que mãe e criança encontram-se sob seus cuidados diretos, como também a momentos em que ambos não estiverem mais sob seus cuidados. A ação educativa se processou através da aplicação dos recursos disciplinadores incorporados na prática da instituição hospitalar. O controle rigoroso e a intervenção direta da equipe de saúde sobre o ato de amamentar foram salientados pelas mulheres/mães/adolescentes, deixando claro “*que eles querem que a gente amamente o bebê*” (Rita). A preocupação em satisfazer o cumprimento rigoroso de horários de mamadas, da prática de pega e posição adequadas e de prevenir hipoglicemia foi destacada nos depoimentos das mulheres/mães/adolescentes. Contudo, as intercorrências nas mamas, nos primeiros dias em casa, permitiram evidenciar o quanto não foi possível, através das práticas doutrinárias, o desenvolvimento da autonomia necessária para a amamentação plena em casa.

No ambiente doméstico, fora, portanto, do domínio das equipes de saúde, as mulheres começam a experimentar suas habilidades e a testar o que foram levadas a acreditar ser uma capacidade sua: amamentar. As adolescentes sabiam que pega e posição *incorretos* causam fissuras: no hospital, foi-lhes dito isso e foram *corrigidas*. O *problema* aconteceu em casa, evidenciando que as condições necessárias para a conduzirem, por elas próprias, a amamentação da criança, foram conduzidas de forma insatisfatória ao exposto nas normas. Consequentemente, as mães passaram a transferir para si a responsabilidade por não terem *aprendido* o que a equipe se esforçou tanto em *ensinar*. Ao não favorecer o desenvolvimento da autonomia, entendida como uma necessidade em saúde (Cecílio, 2001), a *promoção e o apoio ao aleitamento materno*, conduzida nos moldes assistenciais hegemônicos, distancia-se do cumprimento do princípio da integralidade. A reprodução dos paradigmas da assistência hospitalar foi evidenciada no atendimento ambulatorial das unidades básicas de saúde, em especial no tocante à fragmentação de competências na atenção. O foco do atendimento, deslocado da gestante para a criança, firmou-se na avaliação do crescimento e desenvolvimento e sua relação com a amamentação, além da avaliação do cumprimento do calendário vacinal. A atenção à mulher direcionou-se à sua condição de mãe/responsável pelos cuidados da criança.

A despeito do descompasso entre as propostas transformadoras da IHAC e da IUBAAM e a sua efetiva implantação nas rotinas assistenciais, a promoção do aleitamento materno exclusivo até os seis meses e de aleitamento continuado mostrou-se conhecida pelas entrevistadas.

“Todo mundo falava isso.” Jussara

O desejo de atender às recomendações oficiais sobre a melhor maneira de alimentar sua filha foi determinante para que Camila amamentasse exclusivamente. Para ela, os médicos estudaram e sabiam o que diziam, ao contrário das referências familiares, com pouca escolaridade. Para tal, Camila enfrentou uma série de barreiras, enquanto aprendia a reconhecer vantagens na amamentação. Uma delas foi proporcionada pela prática hospitalar (desviante às normas institucionais da IHAC). As censuras das pessoas de seu entorno, especialmente dos familiares de seu companheiro foram superadas. Ao amamentar uma criança crescida, a imagem da mãe imaculada que amamenta um bebê pequeno foi substituída, ao olhar da família de seu companheiro, pela da mulher, jovem e sensual, que expunha seus seios em público. O incômodo causado pela exposição materna prevalecia na família, a despeito da relação positiva entre a amamentação e a saúde da criança e das dificuldades que o casal teria em alimentar sua filha com outros leites. No entanto, Camila reafirma seu desejo de manter o aleitamento, pois percebia que, desta forma, mantinha sua família, mesmo quando não se alimenta de forma ideal, conferindo dignidade a seu companheiro, trabalhador informal e deficiente físico. Como agente das práticas alimentares de sua filha, ao amamentar, assumiu o papel protagonista, vencendo, junto com seu companheiro, as primeiras dificuldades que se apresentaram para família em formação.

A preocupação em respeitar o posicionamento de sua mãe foi determinante para que a segunda filha de Rita fosse amamentada. Foi receptiva à postura da equipe do hospital, aceitando-a, como indicativa positiva na qualidade da assistência. Diante de tal entendimento, vale recorrer, mais uma vez, a Giddens

(2009), ao destacar que, entre grupos específicos, as situações críticas são tão regulares na vida social, que adquirem um caráter rotinizado. O autor salienta que, diante da ruptura e do ataque sistemático às rotinas habituais da vida alguns sujeitos conseguem manter uma esfera mínima de controle e auto-estima, enquanto que outros se submetem a um processo de ressocialização ambivalente, se identificando com figuras de autoridade. Tal identificação pode ser reconhecida nos relatos de Rita, devendo esta ser uma questão posta à reflexão diante das avaliações de práticas de serviços de saúde, a fim de identificar aquelas verdadeiramente humanizadas e emancipatórias.

Outro aspecto a ser considerado diz respeito à oferta de alimentos distintos ao leite humano. Tal processo não ocorre descolado dos interesses embutidos no sistema alimentar da sociedade. O alimento, como elemento essencial à vida e, ao mesmo tempo, carregado de significado e simbolismo, é um produto com valor de mercado e, como tal, vincula-se aos mecanismos de produção e de acesso, definindo seu consumo. Nesse sentido, destacaram-se as dificuldades das mulheres/mães/adolescentes em atender às prescrições de fórmulas infantis e de alimentos “*próprios para criança*”, em especial frutas, legumes e verduras. Por outro lado, observou-se baixa resistência das entrevistadas à oferta de produtos processados “baratos” (queijo *petit swiss*, macarrão instantâneo) e industrializados (refrigerante), a despeito dos questionamentos sobre sua adequação à saúde, evidenciando o sucesso dos mecanismos de promoção ao seu consumo.

Capítulo 5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

A estrutura social da mãe adolescente mostrou-se condicionada pelo local onde passou a morar após o nascimento da criança e, conseqüentemente, pelas condições e regras às quais precisou se submeter. Foi na casa da família de origem ou na casa da família do companheiro, que as entrevistadas começaram a exercer, efetivamente, a maternidade. Em geral, as famílias acolheram bem as adolescentes e seus filhos, compartilhando, segundo suas condições e capacidades, o sustento e o cuidado das crianças. A residência em sua própria casa, assim como a independência econômica da família, foi uma condição dificilmente encontrada.

O apoio prático das famílias proporcionou as condições necessárias para que as mulheres/mães/adolescentes pudessem desenvolver suas próprias habilidades. Porém, o convívio e a troca estabelecidos no ambiente familiar, em torno das necessidades da criança, não necessariamente resultaram no desenvolvimento da autoconfiança materna, conforme observado nos depoimentos de Iara. Embora o apoio familiar tenha se manifestado em diversos momentos críticos em que se estabeleceram as práticas alimentares, o processo educativo ocorrido no ambiente doméstico nem sempre favoreceu o desenvolvimento da autonomia materna ou foi suficiente à satisfação do que a adolescente necessitava. O apoio da família, em alguns momentos, foi acompanhado por uma carga de imposição, sendo gerador de conflitos diante da definição dos rumos da alimentação infantil. Nem sempre as orientações da família foram aceitas incondicionalmente pelas mulheres/mães/adolescentes.

A resistência às pressões familiares revelou-se desgastante para as mães adolescentes, requerendo esforços contínuos para preservar seu posicionamento, cuja possibilidade de explicitação nem sempre se mostrou fácil. Coube à adolescente buscar opiniões, fora do ambiente familiar, que pudessem reforçar suas ideias e garantir o exercício de suas escolhas. A baixa escolaridade foi uma das barreiras que dificultou a fundamentação, a exposição e a defesa dos pontos de vista da adolescente. Porém, a independência da mulher/mãe/adolescente frente às famílias permitiu o exercício de suas escolhas com maior autonomia, mesmo que o compartilhar de terrenos a expusesse ao juízo dos demais membros da família.

Diante da família, a precariedade econômica do pai da criança, vivendo ou não com a adolescente, não foi confirmada como responsável por conflitos familiares quando as dificuldades vivenciadas entre todos se revelaram semelhantes. A instabilidade de trabalho dos companheiros das adolescentes fragilizava o relacionamento dos casais, enquanto uma melhor situação econômica do companheiro proporcionou a estrutura necessária para que a mulher/mãe/adolescente e seu companheiro pudessem exercer sua autonomia.

Ao se tornarem mães, as adolescentes cumprem uma expectativa instalada na cultura do *habitus precário* (Souza, 2006), enfrentando as dificuldades provenientes da pobreza, mas se defrontando com as conseqüências do desajustamento aos modelos impostos pela cultura do *habitus secundário* (Souza, 2006). As demandas mercadológicas atuais exigem maior tempo, diversificação e intensificação da formação escolar. A maternidade na adolescência torna-se uma barreira, veladamente colocada no âmbito institucional, às interessadas em dar

continuidade à sua escolarização. Contrariamente ao apontado por Pinheiro (2000), a busca de gratificação e reconhecimento no exercício dos papéis de esposa e mãe não seria a única justificativa à restrição do acesso ao sistema educacional e a menores perspectivas frente ao mercado de trabalho. O presente estudo revelou que, para dar continuidade à escolarização de mães adolescentes, não bastaria garantir o acesso a provas e ao conteúdo teórico no período de parto e puerpério, garantidos por lei. Mudanças em seu cotidiano decorrentes da maternidade demandam por ajustes de horários para frequência escolar, conforme apontado por Jussara, ou de escola, como revelado por Iara. Ao ser dificultado o reingresso de jovens mães à escola frequentada, perde-se também a oportunidade de, efetivamente e em um espaço privilegiado, discutir questões como sexualidade, direitos reprodutivos e projetos de vida entre adolescentes. O compartilhamento de ideias e a promoção de reflexões, com a participação daquelas que vivenciam a realidade, precisam ser estimulados. Para as mães adolescentes, tal oportunidade certamente contribuiria para apoiá-las em seu crescimento pessoal e social, além de mantê-las incluídas no processo de escolarização.

Na definição da alimentação infantil, destacam-se o agente das práticas alimentares da criança e o contexto que as condiciona e determina. Para a mãe adolescente, a função de protagonista da alimentação de seu filho é socialmente estabelecida através da maternidade. A aptidão em ser mãe é posta em questão mediante observação do que as adolescentes reconhecem como sinais de amadurecimento físico (seios *adequados* à amamentação). Desde a gestação, com maior ou menor resistência, organiza-se para exercer (ou não) a

maternidade, definindo os limites a que aceitaria a se submeter, entre eles a disponibilidade para a amamentação para atender à demanda da criança. Em seu processo de escolha, leva em consideração aquilo que identifica como adequado à criança e o seu desgaste para amamentar (cansaço, sentir-se *presa* à criança). Como indicadores de adequação, considera a saciedade da criança, cujos critérios de avaliação levam em conta a frequência e a intensidade do choro da criança, e o volume de leite produzido. Postos em cheque os limites que se apresentam às mães, o *sucesso* da amamentação repercute favoravelmente à sua continuidade.

Outros atores buscam influenciar na condução dessas práticas, movidos pelos mais diversos interesses. No cotidiano, participam diretamente dessa definição familiares, instituições de saúde e a comunidade. Tecendo suas possibilidades de escolha, as mães submetem, criticamente, as propostas que se apresentam no discurso oficial, enquanto regras e táticas de conduta prática, diante de seus próprios conhecimentos/vivências.

As práticas alimentares infantis iniciam-se, na sociedade atual, no ambiente hospitalar. A investigação em tela aponta que este início está fortemente relacionado à condução da amamentação na sala de parto, em especial ao tipo de parto realizado. Entre as entrevistadas, somente uma teve seu filho de parto natural. As crianças nascidas por cesariana não foram colocadas ao seio ainda na sala de parto, mesmo no hospital credenciado na Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), retardando, desta forma, o estabelecimento da lactância materna. A permissão de acompanhamento do parto, restrita apenas à mãe da adolescente, segundo critérios próprios da instituição hospitalar, merece ser observada, pois fere uma das conquistas fundamentais do Estatuto da Criança e do Adolescente,

como o direito de ser acompanhado durante a internação hospitalar. A presença de acompanhante na sala de parto, afinal, deveria constar no cotidiano da assistência ao parto, fosse ou não de adolescentes, proporcionando conforto e acolhimento.

A despeito dessa realidade, a promoção do aleitamento materno foi uma ação identificada pelas mães, assim como as reações negativas das equipes diante do não amamentar. A percepção de monitorada e de ser tratada diferentemente das mães *adultas*, assim como o receio de levar uma “*coça*” na unidade, de ser chamada de “*preguiçosa*”, ou ser apontada como “*sem juízo*” foi citada pelas entrevistadas. Para não serem criticadas, mentiras, tentativas de disfarçar o sentimento de humilhação e o afastamento da unidade foram os caminhos adotados pelas mulheres/mães/adolescentes. Desta forma, manifestaram seu descrédito diante do trabalho das equipes de saúde.

A desconstrução do mito do leite fraco tem sido calcada pela negação de sua existência (“*não existe leite fraco*”), foi justificada pela adequação do crescimento e desenvolvimento da criança. O presente estudo evidenciou, no entanto, o quanto esse argumento foi insuficiente para convencer a mãe a manter sua prática quando os reais motivos para interrompê-la eram de outra natureza. As deficiências na escuta das mães adolescentes impediam o entendimento de suas falas. Mesmo quando o desejo materno em oferecer outro leite foi percebido e reconhecido como um direito materno, ocorre, no setor público, uma dificuldade dos profissionais em assumir a prescrição de um substituto. Com isso, evidenciou-se a omissão em oferecer orientações menos seguras, visando tentar proteger a

saúde da criança. No atendimento privado, entretanto, a prescrição de substitutos, associados ou não ao leite materno, foi imediata à solicitação materna.

O recebimento de orientações sobre a introdução de alimentos complementares é outra tarefa de fundamental importância a ser desenvolvida pelas equipes de saúde atuantes na atenção básica. Nesse sentido, vale se encaminhada a implantação da Estratégia Nacional de Promoção da Alimentação Complementar Saudável (ENPACS), no sentido de instrumentalizar os profissionais para apoiarem adequadamente os agentes das práticas alimentares nessa fase. Tal implantação deve ser encaminhada de forma dialogada entre os profissionais de saúde e organismos de controle social e de apoio existentes na comunidade. Deve-se levar em conta a historicidade das práticas de alimentação complementar incorporadas na cultura, partindo-se do princípio de que a sensibilização para a promoção de mudanças só será possível a partir de uma profunda reflexão sobre a sua necessidade, por parte de todos os envolvidos.

Há que se provocar o entendimento sobre as conseqüências das práticas alimentares na infância, mediante o resgate e discussão de vivências. Esse entendimento só é possível com o pleno diálogo entre os profissionais de saúde e os usuários, em qualquer ambiente de assistência (domiciliar, ambulatorial, hospitalar ou outro). A educação em saúde deve perpassar todos os ambientes da assistência, de forma a permitir o entendimento dos processos de adoecimento. O desconhecimento sobre o porquê da internação de uma criança causa angústia, sentimento de impotência e desconfiança da real capacidade de uma equipe de saúde em promover apoio. A compreensão sobre a relação entre o desmame precoce e o adoecimento da criança (sem promover o sentimento de culpa, no

entanto) pode ser construída através da discussão a respeito das vivências das mães, das famílias, da comunidade e dos profissionais. O mesmo pode ser trabalhado em relação a falhas na oferta de alimentação complementar.

Outro aspecto evidenciado na investigação em tela e que merece destaque, diz respeito à necessidade de implantação, de forma dialogada entre os membros das equipes, de protocolos claros para os serviços que atendam à relação entre amamentação e anticoncepção. Essa demanda emerge para que as mulheres sejam devidamente apoiadas, em especial as mulheres/mães/adolescentes. Além disso, deve-se resgatar que o curto intervalo entre nascimentos é reconhecido como um importante fator de risco para a mortalidade infantil (Cruz, 2001).

Faz-se oportuno salientar a mensagem crítica à gravidez *precoce* nas práticas assistenciais do puerpério das mães/mulheres/adolescentes foi identificada de forma subliminar. A entrega de uma cartela de anticoncepcional oral já na primeira consulta após o parto, sem que se respeite nem mesmo o período indicado para o início de seu uso evidencia tal posicionamento. A indicação de minipílula seria conveniente, se possível, somente após seis semanas de parto; a orientação sobre regularidade de seu uso apresenta a mesma relevância que para os demais contraceptivos (Rego, 2008). A postura adotada também sugeriu uma certeza de que a mulher/mãe/adolescente não mais retornaria à unidade, deixando claro o quanto a assistência reconhece estar distanciada das expectativas dessa clientela em especial. Além da insinuação de preconceito contra a maternidade na adolescência, o que pode ser evidenciado é o desperdício de recursos públicos, em uma ação tão cara e desejada pela população, que é o planejamento familiar. O componente educativo desta ação é

desconsiderado, devendo ser lembrado que os contraceptivos hormonais não são os únicos métodos anticoncepcionais existentes, que existe efetividade no método da lactação amenorréica e que os métodos de barreira são úteis também na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis.

“O que é conhecido do mundo social, por seus atores constituintes, não está separado do mundo deles” (Giddens, 2009; 106). Os atores expressam, na maneira em que suas atividades de rotina são executadas e em condições de acentuada inferioridade social, o conhecimento de sua opressão (Giddens, 2009). Tal fato pode justificar a *omissão* do desmame precoce e do uso do leite ordenhado da vaca criada para alimentar a família. Vale atentar que o lugar em que a realidade de Rosana não foi declarada foi a unidade básica de saúde. Lá se compõe um cenário no qual *“o roteiro está escrito, o palco montado e os atores desempenham como podem os papéis preparados por eles”* (Giddens, 2009; p.98). Os agentes estão posicionados em circunstância de co-presença, enquanto característica elementar dos encontros, mas que não estão suficientemente acessíveis para que se promovam em plenitude. Há que se considerar que o nível e a natureza da *penetração* do conhecimento a partir dos encontros sofrem influência dos meios de acesso dos atores, dos modos em que se articula, das circunstâncias que o valida e dos meios em que se dissemina (Giddens, 2009).

Para conhecer melhor o cenário em que acontecem as práticas alimentares, a visita domiciliar pode ser apontada como um potente recurso de acesso ao conhecimento da realidade em que vivem as mulheres/mães/adolescentes. Somente dessa forma é possível uma aproximação com o seu cotidiano, de maneira favorável à desconstrução de preconceitos. Vale reconhecer que para

atender às expectativas dos profissionais de saúde, o que se revela no ambiente ambulatorial pode ser uma distorção, a fim de mascarar as distâncias sociais entre os atores implicados.

Refletindo esse distanciamento, destaca-se a introdução precoce de leite não humano na alimentação infantil. Não tendo condições de corresponder ao mito da (única) fórmula infantil capaz de substituir do leite materno, os agentes das práticas alimentares de filhos de adolescentes utilizam seus próprios conhecimentos, experimentados e validados “*nos contextos remotos da experiência pessoal*” (Giddens, 2009; 106). Os profissionais de saúde, confundidos com o discurso científico embutido nas estratégias de *marketing* das indústrias, afastam-se da compreensão da realidade de seus usuários, deixando de contribuir para minimizar as conseqüências do desmame precoce.

Na presente investigação, constata-se que a oferta de alimentos industrializados às crianças brasileiras foi incorporada ao cotidiano a partir de demandas artificialmente criadas por estratégias de marketing. Para a *naturalização* dessa prática, participa a literatura *científica* sobre dietética pediátrica, que incorpora esses alimentos em suas recomendações, conforme apontado na revisão teórica do presente trabalho. A adesão a essa prática pode ser exemplificada na oferta do queijo tipo *petit-swiss*, de certa marca, citado, entre as entrevistadas, como alimento essencial para crianças. Nessa direção, chama-se a atenção para o fato de que sucos, assim como outros produtos artificiais industrializados (iogurtes, sorvetes, etc.), comercializados com o uso de imagem de frutas em seus rótulos, foram apontados, pelas mães, como adequados para a alimentação infantil. Torna-se, portanto, necessária a inclusão da imagem da

embalagem dos produtos industrializados nas discussões sobre os sistemas regulatórios do Estado diante da comercialização de alimentos.

Outras *normas* foram construídas no processo de regulamentação da alimentação complementar, como a especificação do tipo de frutas (maçã, pêra, laranja lima, banana prata) e de vegetais, especialmente legumes, ditos próprios para criança. Tais ideias dificultam a valorização da oferta de frutos locais mais acessíveis e nutritivos, muitas vezes existentes em árvores do entorno da casa da criança. Na mesma direção, emerge a ideia da adequação na oferta de *sopinha* (liquidificada ou não), inclusive com indicação profissional, revelando o quanto esta preparação foi inserida na cultura alimentar. Como dito, para transformar esses paradigmas, torna-se imperativo o uso de estratégias que considerem a historicidade de suas construções.

O presente estudo revelou a forma como se processam as práticas alimentares de filhos de adolescentes, ao longo do primeiro ano de vida. Motivado por entender o porquê de maiores chances de déficits estaturais entre essas crianças, revelou que a maternidade na adolescência é um evento que se insere na cultura do *habitus precário*, ou seja, aceitável e, de certa forma, esperado pela adolescente em seu meio, mas rejeitada pelo restante da sociedade.

A criança é submetida às condições de (in) segurança alimentar, presente no ambiente social em que vive, que não se restringem, contudo, à falta de alimentos ou à irregularidade em sua oferta. A leitura preconceituosa da gravidez (e maternidade) na adolescência amplia o significado da insegurança alimentar para além da vulnerabilidade social por elas vivenciada. A omissão dos atores que compõe normas e diretrizes alimentares e daqueles que elaboram o seu

entendimento e orientam a sua prática completa as condições para a sua perpetuação em condições cada vez menos favoráveis.

Nesse sentido, há que se refletir sobre os interesses que são contemplados no processo de delineamento de normas e diretrizes para a alimentação infantil e de que maneira podem ser seguramente flexibilizadas para responderem a diversas realidades. E, na perspectiva de uma atenção mais humanizada e qualificada, deve-se priorizar a escuta às mães, a ser acompanhada pelo esforço em entender, aceitar e apoiá-las no processo de transformação de sua realidade. O fortalecimento e o respeito de sua autonomia, entendida como uma necessidade de saúde sobre a qual os profissionais podem atuar, consiste em uma maneira de cuidar a ser construída no cotidiano das equipes de saúde. Autonomia implica na “*possibilidade de reconstrução, por parte dos sujeitos, dos sentidos de sua vida*” (Cecílio, 2001, p.114), promovendo importante *ressignificação* no modo de viver e na luta pela satisfação de necessidades (Cecílio, 2001). Considera-se, desta forma, o quanto que, da natureza humana, irrequieta, saltam idéias de dentro das sociedades e que as transformam (Demo, 2002).

Vale ressaltar que a Secretaria Municipal de Saúde do município estudado mobiliza as equipes de saúde para o tema amamentação, através das Iniciativas Hospital Amigo da Criança (IHAC) e Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAAM). Nesse sentido, reflexões devem ser provocadas, de forma orientada, entre as equipes, a fim de que as barreiras para a efetivação de mudanças nas práticas assistenciais sejam identificadas e transformadas.

Na mesma direção, podem ser consideradas as políticas públicas que repercutem sobre o delineamento das práticas alimentares. Construídas a partir de perspectivas setorializadas e baseadas no conhecimento formatado por categorias profissionais, consolidam a fragmentação do conhecimento e dos processos de trabalho das equipes de saúde. Como consequências, emergem as dificuldades na definição de ações estratégicas capazes de contemplar as especificidades dos distintos grupos sociais, no qual se inserem as mulheres/mães/adolescentes e seus filhos.

A despeito dos esforços em trazer as práticas do acolhimento para o contexto do trabalho em torno das práticas alimentares, em especial em amamentação, a temática ainda é abordada de forma desconectada das questões gerais de vida e de saúde. A sistematização de informações técnicas, inquestionavelmente, é essencial para o desenvolvimento dos processos de trabalho. Entretanto, os recursos normativos devem cumprir um papel orientador de práticas, superando o seu uso prescritivo e dogmático.

As dificuldades de entendimento das questões de alimentação e nutrição no contexto da saúde resultam do mesmo processo de fragmentação do conhecimento. Além disso, a busca de superação dessas barreiras esbarra em limites e sentimentos de impotência. Sua compreensão provoca uma leitura de temas cuja transformação não se dá a partir de intervenção direta, pontual, com intervenções pré-definidas e de rápida transformação, contrariando princípios básicos do setor saúde, como de eficácia e resolutividade. A reversão da realidade de alimentação e nutrição requer mudanças importantes de posturas do setor saúde. Implica na ampliação da visão assistencial para além do

biológico/individual, incorporando o respeito à autonomia e a compreensão de questões do território em que acontece a vida e a assistência que se presta. A superação do sentimento de impotência pode vir no exercício da intersetorialidade, ou seja, no diálogo local entre os diversos dispositivos locais, em que a participação do setor saúde ocorra através de um processo de responsabilização coletiva.

E, apesar do reconhecimento de que a alimentação e nutrição possuem bases que se ampliam para além da perspectiva biológica, as políticas públicas formuladas para a área ainda são incapazes de operar, concretamente, com os processos de construção social implicados. Os determinantes socioeconômico-culturais são interpretados, restritamente, a partir de valores econômicos, não alcançando a amplitude necessária à percepção dos problemas concretos de alimentação e nutrição.

O resultado é o que o estudo revela, ou seja, a dificuldade em estabelecer uma postura mais proativa, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, com o objetivo de amparar, de forma adequada, a mãe adolescente na condução da alimentação e nutrição de seu filho. Como um processo, deve ser entendido como biologicamente determinado e socialmente condicionado por valores que emergem do cotidiano dessas mulheres, de seus filhos, de suas famílias e de seu entorno social.

Vale ressaltar que as demandas subjetivas de um segmento populacional, com valores e demandas próprios, em especial o de mulheres/mães/adolescentes, dificilmente são valorizadas e incorporadas no delineamento políticas públicas. Enquanto isso, os déficits estaturais, fortemente relacionados à maternidade na

adolescência (Cruz e Leite, 2002; Cruz, 2001), ainda predominam no cenário nutricional brasileiro.

REFERÊNCIAS

Accioly E, Saunders C, Costa RSS, Lacerda EMA. Gestante adolescente. In: Accioly E, Saunders C, Lacerda EMA. *Nutrição em Obstetrícia e Pediatria*. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 2003, p. 171-187.

Almeida MAS. Gravidez adolescente: a diversidade de situações. *Rev bras Est Pop*; 2002; 19(1): 197-207.

Almeida JAG. *Amamentação: um híbrido de natureza e cultura*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 1999.

Almeida MA. Notas sobre a família no Brasil. In: Almeida AM *et al*, organizadores. *Pensando a família no Brasil da colônia à modernidade*. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo/Editora UFRRJ; 1987, p.53-66.

Anderson TA, Fomon SJ. Beikost. In: *Nutrición Infantil*. México: Interamericana; 1976, p. 379-403.

Aquino EML, Almeida MC, Araújo MJ, Menezes G. Gravidez na adolescência: a heterogeneidade revelada. In: Heilborn ML, Aquino EML, Bozon M, Knauth DR, organizadores. *O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/Garamond; 2006, p. 310-360.

Ariès P. *História Social da Criança e da Família*. Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: LTC;1981.

Badinter E. *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1980.

Barata, FA. *Da alimentação em pediatria*. [Tese de Doutorado]. Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro; 1921.

Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2007.

Bem-Estar Familiar no Brasil. BEMFAM. Amamentação e situação nutricional das crianças. In: *Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde 1996*. Rio de Janeiro: BEMFAM, DHS Macro Internacional, IBGE, USAID, Ministério da Saúde, FNUAP, UNICEF; 1997, p. 125 – 138.

Bourdieu P. *La distinction: critique sociale de jugement*. Paris: Éditions de Minuit, 1979.

Brandão ER. Gravidez na adolescência: um balanço bibliográfico. In: Heilborn ML, Aquino EML, Bozon M, Knauth DR (organizadores) *O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/Garamond; 2006, p. 61-95.

Breilh J. *Epidemiologia Crítica: ciência emancipadora e interculturalidade*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2006.

Burton B. *Nutrição Humana*. São Paulo: McGraw-Hill; 1979.

Camarano, JBC. *Da alimentação nas primeiras idades: estudo crítico sobre os diferentes métodos de aleitamento [Tese de Doutorado]*. Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. 1884.

Cameron M, Hofvander Y. *Manual sobre alimentación de lactentes y niños pequeños*. Genebra: FAO; 1980.

Canesqui AM, Garcia RWD. Uma introdução à reflexão sobre a abordagem sociocultural da alimentação. In: Canesqui AM, Garcia RWD, organizadores. *Antropologia e Nutrição: um diálogo possível*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2005, p. 9-19.

Canesqui AM. Comentários sobre os Estudos Antropológicos da Alimentação. In: Canesqui AM, Garcia RWD, organizadores. *Antropologia e Nutrição: um diálogo possível*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2005, p. 23-47.

Canesqui AM. Os estudos de antropologia da saúde/doença no Brasil na década de 1990. *Ciência & Saúde Coletiva* 2003; 8(1): 109-124.

Caridade A. O adolescente e a sexualidade. In: Schor N, Mota MSFT, Castelo Branco, organizadores. *Cadernos Juventude, Saúde e Desenvolvimento*. Brasília: Ministério da Saúde; 1999. v.1, p.206 -212.

Carvalhoes MA, Benício MHA. Capacidade materna de cuidar e desnutrição infantil. *Rev Saúde Pública* 2002; 36(2): 188-197.

Castro MG, Abramovay M, Silva LB. *Juventudes e sexualidade*. Brasília: UNESCO; 2004.

Cecílio LCO. As necessidades de Saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO; 2001, p.113-126.

Chaves Júnior EOC. Políticas de Juventude: evolução histórica e definição. In: Schor N, Mota MSFT, Castelo Branco, organizadores. Cadernos Juventude, Saúde e Desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde; 1999.v.1, p 41-48.

Cruz, MCC. O impacto da amamentação sobre a desnutrição e a mortalidade infantil, Brasil, 1996. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Pós-Graduação em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2001.

Cruz MCC, Leite IC. Fatores de risco para déficits estaturais no segundo ano de vida: Brasil, PNDS, 1996. R bras Est Pop 2002; 19(1):131-140.

Da Matta R. A família como valor: considerações não familiares sobre a família à brasileira. In: Almeida AM *et al*, organizadores. Pensando a família no Brasil da colônia à modernidade. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo/Editora UFRRJ; 1987, p. 115-136.

Deslandes SF, Assis SG. Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo das diferenças. In: Minayo, MCS & Deslandes, SF, organizadores. Caminhos do Pensamento: Epistemologia e Método. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2002. v. 195-223.

Demo P. Solidariedade como efeito de poder. São Paulo: Cortês; 2002.

Engstron EM, Silva DO, Zaborowski EL, Barros DC, Monteiro KA. SISVAN: Instrumento para o combate aos distúrbios nutricionais em serviços de saúde. Diagnóstico Nutricional. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 1998.

Estatuto da Criança e do Adolescente 1990. São Paulo: Saraiva; 1998.

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia FEBRASGO/MS. Saúde da Adolescente: Manual de Orientação; 2001.

Flandrin JL, Montanari M. História da Alimentação. São Paulo: Estação Liberdade, 1998.

Freudenberg E. La alimentación del niño sano. In: Fanconi G, Wallgren A, organizadores. Tratado de Pediatría. Barcelona: Editorial Científico Médica; 1958, p. 89 – 120.

Freudenberg E. Transtornos nutritivos del lactante. In: Fanconi G, Wallgren A (organizadores) Tratado de Pediatría. Barcelona: Editorial Científico Médica; 1958, p. 121 – 143.

Fonseca C. Ser mulher, mãe e pobre. In: Priore MD. História das Mulheres no Brasil. São Paulo: Contexto; 1997, p. 510-513.

Frota DAL, Marcopito LF. Breastfeeding among teenage and adult mothers in Brazil. Rev. Saúde Pública 2004; 38 (1): 85-92.

Giddens A. A constituição da sociedade. São Paulo: Martins Fontes; 2009.

Giugliani ERJ, Victora CG. Normas Alimentares para Crianças Brasileiras menores de dois anos: bases científicas. Brasília: DF; OPAS/OMS; 1997.

Gomes R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: Minayo MCS (organizadora), Deslandes SF, Gomes R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes; 2007.

Gonçalves MA. Expostos, roda e mulheres: a lógica da ambigüidade médico-higienista. In: Almeida AM *et al*, organizadores. Pensando a família no Brasil da colônia à modernidade. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo/Editora UFRRJ; 1987, p. 37-52.

Günther IA. Adolescência e Projeto de vida. In: Schor N, Mota MSFT, Castelo Branco V, organizadores. Cadernos Juventude, Saúde e Desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde; 1999.v.1, p.87-91.

Haesbaert R. O mito da desterritorialização. Rio de Janeiro; Bertrand: 2006.

Hays S. Contradições culturais da maternidade. Rio de Janeiro: Gryphus; 1998.

Heilborn ML. Experiência da sexualidade, reprodução e trajetórias biográficas juvenis. In: Heilborn ML, Aquino EML, Bozon M, Knauth DR (organizadores) O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/Garamond; 2006, p. 29-57.

Heilborn ML. Gravidez na adolescência: considerações preliminares sobre as dimensões culturais de um problema social. IN: Vieira EM et al (organizadoras). Seminário gravidez na adolescência. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 1998, p. 23-32.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE – Censo demográfico. Brasília; 2004.

_____. A família brasileira. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/ibgeteen/pesquisas/familia.html>. Acessado em 01 de julho de 2008.

Isaac A, Arthur F. The 1945 year book of Pediatrics. Chicago: The Year Book Publishers, Inc; 1945.

Katz RA. Adolescentes e maternidade: um destino, um problema, uma escolha? [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Pós Graduação em Saúde da Criança e da Mulher, Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz; 1999.

Khare R. La investigación internacional sobre alimentos y nutrición: consideraciones básicas. In: Harrison GA et al. Carencia Alimentaria: una perspectiva antropológica. Barcelona: Ediciones del Serbal/UNESCO; 1988, p. 16-29.

Lamounier JA, Cardoso AMJ, Abrantes MM, Silva AA, Faria JF, Diniz CM. Fatores associados com o aleitamento materno em mães adolescentes. Rev Méd Minas Gerais 2003; 13(4 suppl 2): 27-30.

Latour B. Jamais fomos modernos: ensaio de antropologia simétrica. Rio de Janeiro: 34 Literatura S/C; 1994.

Losacco S. O jovem e o contexto familiar. In: Acosta AR, Vitale MAF, organizadoras. Família: redes, laços e políticas públicas. São Paulo: Cortez/Instituto de Estudos Especiais PUC/SP; 2007, p. 63-76.

Luz MTM, Silva RC. Vulnerabilidade e Adolescências. In Schor N, Mota MSFT, Castelo Branco V, organizadores. Cadernos Juventude, Saúde e Desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde; 1999.v.1, p. 93-96.

Machado MM. Mortalidade das crianças no Rio de Janeiro (suas causas e meios de atenuá-las). [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro; 1911.

Machado JMH, Correa MV. Conceito de vida no trabalho na análise das relações entre o processo de trabalho e saúde no hospital. Informe Epidemiológico do SUS 2002;11(3): 159-166.

Maciel ME. Cultura e alimentação ou o que tem a ver os macaquinhos de Hoshima com Brillat-Savarim? Horiz Antropol 2001; 7(16): 145-156.

Marcondes E. Pediatria: doutrina e ação. São Paulo: Sarvier; 1973.

Medrado B, Lyra J. A adolescência “desprevenida” e a paternidade na adolescência: uma abordagem geracional e de gênero. In: Schor N, Mota MSFT, Castelo Branco V, organizadores. Cadernos Juventude, Saúde e Desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde; 1999.v.1, p.230-248.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2006.

Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Mulher e da Criança. Relatório Final. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2008.

_____. Departamento de Informática do SUS. Informações demográficas e sócio-econômicas.

Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/poprij.def> .
Acessado em 16/03/2008.

_____. Pré-Natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada. Manual Técnico. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006.

_____. Marco Legal: saúde, um direito de adolescente. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005.

_____. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e Diretrizes. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.

_____. Secretaria de Política de Saúde. Organização Panamericana de Saúde. Guia Alimentar para crianças menores de dois anos. Série A. Normas e Manuais Técnicos; no. 107. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2002.

Ministério da Saúde/Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Aleitamento Materno e Orientação Alimentar para o Desmame. Brasília, DF: MS/INAMPS; 1986.

Mitchell HS, Rynbergen HJ, Anderson L, Dibble MV. Nutrição. Rio de Janeiro: Interamericana; 1978.

Monteiro CA. Segurança Alimentar e Nutricional no Brasil. In: Ministério da Saúde. Saúde no Brasil: contribuições para a agenda de Prioridades de Pesquisa. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006.

Monteiro CA. O panorama da nutrição infantil nos anos 90. In: Cadernos de Políticas Sociais. Série Documentos para Discussão. Número 1; 1997.

Moreira, R. Ascensão e crise de um paradigma disciplinar: o espaço do complexo CSN-Volta Redonda e a sociedade do trabalho avançada no Brasil. In: Moreira, R, organizadores. A Reestruturação Industrial e Espacial do Estado do Rio de Janeiro: Indústria Fluminense: desigualdade espacial e economia globalizada. Niterói, UFF – GERET/NEGT/GECCEL; 2003.

Nascimento AB. Comida: prazeres, gozos e transgressões. Salvador: EDUFBA; 2007.

Oliveira MIC. Amamentação em Atenção Primária à Saúde. Unidade Básica Amiga da Amamentação. In: Carvalho MR, Tamez RN. Amamentação: bases científicas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.p.287-301.

Organização Mundial de Saúde OMS/United Nations Children's Fund UNICEF. Reunião conjunta da OMS/UNICEF sobre alimentação de lactentes e crianças na primeira infância. Genebra; 1979.

Organização Mundial de Saúde OMS. The optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review. Geneva, WHO/FCH/CAH; 2001.

_____. Indicadores para evaluar las prácticas de lactancia materna. Genebra: OMS; 1991

Organização Pan-americana de Saúde OPAS/Ministério da Saúde MS/Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar IBFAN BRASIL. Estratégia Nacional de Promoção da Alimentação Complementar Saudável. Caderno do Tutor. Versão preliminar(2). Brasília; 2009.

Pacheco MJT. Maternidade na adolescência: vivências, sentimentos e decisões. São Luís: Fundação Josué Montello; 2004.

Pereira AO. Normas para a alimentação do lactente. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 1979.

Perneta C. Alimentação da Criança. São Paulo: Fundo Editorial Byk-Prociencx; 1980.

Pinheiro VS. Repensando a maternidade na adolescência. Estudos de Psicologia 2000,5(1), 243-251

Pirotta WRB, Pirotta KCM. O adolescente e o direito à saúde após a Constituição de 1988. In: Schor N, Mota MSFT, Castelo Branco V, organizadores. Cadernos Juventude, Saúde e Desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde; 1999, v.1, p. 30-40.

Poulain JP, Proença RPC. Reflexões metodológicas para o estudo das práticas alimentares. Rev. Nutr., Campinas, 16(4):365-386, 2003.

Poulain JP. Sociologia da Alimentação. Florianópolis: Editora da UFSC; 2006.

Pons SC. Pontos de partida teórico-metodológicos para o estudo sócio-cultural da alimentação em um contexto de transformação. In: Canesqui AM, Garcia RWD, organizadores. Antropologia e Nutrição: um diálogo possível. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2005, p. 101-126.

Rea MF. Substitutos do leite materno: passado e presente. Rev. Saúde Públ 1990; 24(3):241-9.

Rego JD. Aleitamento Materno: um guia para pais e familiares. São Paulo: Atheneu; 2008.

Rego JD, Aguiar C, Rosa PR, Gollenstein E, Silva AC, Tavares A *et all*. Desmame Hospitalar. Jornal de Pediatria 1973; 38(11-12): 321-322.

Rotenberg S, De 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.

Rotenberg S. Práticas alimentares e o cuidado de saúde da criança de baixo peso. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Mestrado em Saúde da Mulher e da Criança, Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz; 1999.

Sandre-Pereira G. Amamentação e Sexualidade. Estudos Feministas 2003; 11(2):467-491.

Sarti CA. Famílias enredadas. In: Acosta AR, Vitale MAF, organizadoras. Família: redes, laços e políticas públicas. São Paulo: Cortez/Instituto de Estudos Especiais PUC/SP 2007, p. 21-35.

_____ A Família como espelho: um estudo sobre a moral dos pobres. São Paulo: Cortez; 2007.

Sabóia AL. Situação educacional dos jovens. In: Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas. Brasília: Comissão Nacional da População e do Desenvolvimento; 1998. v.2, p. 499-515.

Santos SR, Schor N. Vivências da maternidade na adolescência precoce. Rev. Saúde Pública 2003; 37(1):15-23.

Santos Júnior JD. Fatores etiológicos relacionados à gravidez na adolescência: vulnerabilidade à maternidade. In: Schor N, Mota MSFT, Castelo Branco V, organizadores. Cadernos Juventude, Saúde e Desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde; 1999.v.1, p. 223-229.

Samara EM. O que mudou na família brasileira? (da colônia à atualidade). Psicologia USP 2002; 13(2):27-48.

Sawaia BB. Família e afetividade: a configuração de uma práxis ético-política, perigos e oportunidades. In: Acosta AR, Vitale MAF, organizadoras. Família: redes, laços e políticas públicas. São Paulo: Cortez/Instituto de Estudos Especiais PUC/SP; 2007. p. 39-50.

Silva AAM. Amamentação: Fardo ou desejo? Estudo histórico-social dos saberes e práticas sobre aleitamento na sociedade brasileira. [Dissertação de Mestrado]. Ribeirão Preto: Pós Graduação em Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1990.

Simões CCS. A transição da fecundidade no Brasil: análise de seus determinantes e as novas questões demográficas. São Paulo:UNFBA/Arbeit Factory; 2006.

Smith LC, Ramakrishnan U, Ndiaye A, Haddad L, Matorrel R. The Importanse of Woman's Status for child nutrition in developing countries. Washington: IFPRI; 2003.

<http://www.ifpri.org/pubs/abstract/131/rr131.pdf>. (acessado em 23/04/09)

Souza LMBM, Almeida, JAG. História as Alimentação do Lactente no Brasil: do leite fraco à biologia da excepcionalidade. Rio de Janeiro: Revinter; 2005.

Souza MMC. A maternidade das mulheres de 15 a 19 anos como desvantagem social. In: Vieira EM, Fernandes MEL, Bailey PE, Mckay A, organizadores. Seminário Gravidez na adolescência. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 1998, p. 74-91.

Souza J. A construção social da sub-cidadania: para uma sociologia política da modernidade periférica. Belo Horizonte: UFMG; Rio de Janeiro: IUPERAJ; 2006.

Stern C. Embarazo adolescente: significado e implicaciones para distintos sectores sociales. In: Carta demográfica sobre o México. Demos 1995; 11-12.

Szwarcwald CL, Andrade CLT, Bastos FI. Income Inequality, residential poverty clustering and infant mortality: a study in Rio de Janeiro, Brazil. Social Science & Medicine 2002; 55 (12):2083-92.

Tonial SR. Desnutrição e Obesidade. Faces contraditórias na miséria e abundância. Recife: Instituto Materno-Infantil de Pernambuco; 2001.

UNICEF. Situação Mundial da Infância 2008. Sobrevivência infantil: unidos pelas crianças. <http://www.unicef.org/brazil/sowc2008final/cap2.htm> (acessado em 19/05/2008).

Valente FLS. O direito à alimentação. http://www.gajop.org.br/portugues/alim_p.htm. (Acessado em 17/jul/2006).

_____ Segurança Alimentar e Nutricional: transformando natureza em gente. In: Valente, F. L. S. Direito Humano à Alimentação – desafios e conquistas. São Paulo: Cortez Editora; 2002. p. 103-136.

Vaughan VC, McKay Jr RJ, Behrman RE. Nelson – Tratado de Pediatria. Rio de Janeiro: Interamericana; 1983.

Vitolo MR, Bertolini GA, Feldens CA, Drachler ML. Impactos da implementação dos dez passos da alimentação saudável para crianças: ensaio de campo randomizado. Cad Saúde Pública 2005; 21(5): 1448-1457.

World Food Programme WFP/UNICEF. Global Framework for Action: ending child hunger and undernutrition initiative. World Food Programme. <http://documents.wfp.org/stellent/groups/public/documents/resources/wfp106571.pdf> (acessado em 23/04/09).

World Health Organization. Complementary feeding: report of the global consultation of guiding principles for complementary feeding of the breastfed child. Geneva, Switzerland: WHO ; 2002.

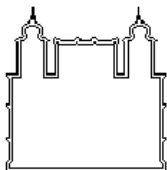
World Health Organization/ Panamerican Health Organization. Guiding Principles for complementary feeding of the breastfed child. Geneva: WHO/OPAS; 2004.

Worthington-Roberts B, Vermeersch J, Williams SR. Nutrição na Gravidez e Lactação.. Rio de Janeiro: Guanabara; 1988.

Woiski JR. Dietética pediátrica. Rio de Janeiro: Atheneu; 1981.

ANEXOS

ANEXO 1



Fundação Oswaldo Cruz
 Instituto Fernandes Figueira
 Pós-graduação em Saúde da Criança e da Mulher

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(A ser impresso em duas cópias, ficando uma delas sob responsabilidade do Pesquisador responsável e a outra sob a guarda do participante)

1- Identificação do responsável pela execução da pesquisa:
Título do Projeto: Práticas alimentares de lactentes, no primeiro ano, filhos de mulheres/mães/adolescentes
Pesquisador responsável: Myrian Coelho Cunha da Cruz
Instituição responsável pela pesquisa: Instituto Fernandes Figueira
Endereço: Av. Rui Barbosa 716 4º andar – Flamengo - Rio de Janeiro Telefone:
Orientador: Dr. João Aprígio Guerra de Almeida

Eu, Myrian Coelho Cunha da Cruz, sou nutricionista e trabalho na Secretaria de Saúde de Volta Redonda. Estou lhe convidando a participar de uma pesquisa que tem como objetivo conhecer as práticas alimentares de lactentes, filhos de mães/mulheres adolescentes, no primeiro ano de vida.

Antes de aceitar participar da pesquisa, leia atentamente as explicações abaixo que informam sobre o procedimento da pesquisa.

Inicialmente, esclareço que você foi indicada para participar dessa pesquisa porque seu filho nasceu quando você tinha menos de 19 anos. Seu nome foi identificado a partir do arquivo de Declarações de Nascidos Vivos (cópia do documento que foi dado a você, no hospital, quando o bebê nasceu). A partir do endereço anotado, dirigi-me até a Unidade de Saúde mais próxima de onde seria a sua casa, confirmando seu endereço.

Caso você concorde, nós conversaremos sobre os assuntos relacionados à alimentação e nutrição no primeiro ano de vida da criança.

Nossa conversa será gravada e transcrita por mim, como autora da pesquisa.

As entrevistas serão realizadas em dia, local e horário de sua conveniência. Você poderá se recusar a participar da pesquisa e poderá abandonar o procedimento em qualquer momento, sem nenhuma penalização ou prejuízo. Durante a entrevista, você poderá recusar a responder qualquer pergunta que por ventura lhe causar algum constrangimento.

Você poderá ter acesso ao material gravado e transcrito, podendo, inclusive, fazer modificações que julgue necessárias.

O material coletado ficará guardado por mim e será usado única e exclusivamente para fins dessa pesquisa.

A sua participação como voluntário não garantirá nenhum privilégio, seja ele de caráter financeiro ou de qualquer natureza.

A sua participação ou a da menor sob sua responsabilidade não envolve a ocorrência de riscos de nenhuma natureza.

Serão garantidos o sigilo e privacidade.

Os resultados serão divulgados com vistas à defesa da dissertação, como também poderão ser divulgadas em artigos, reuniões, seminários e demais meios de divulgação científica.

Na apresentação dos resultados não serão citados os nomes dos participantes.

Confirmo ter conhecimento do conteúdo deste termo. A minha assinatura abaixo indica que concordo em participar desta pesquisa e por isso dou meu consentimento.

Volta Redonda, ____ de _____ de 20____.

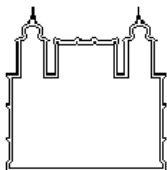
Nome da participante: _____

Assinatura da participante: _____

Nome da pesquisadora: Myrian Coelho Cunha da Cruz Telefone: XXXXXXXX

Assinatura da pesquisadora: _____

ANEXO 1 A



Fundação Oswaldo Cruz
 Instituto Fernandes Figueira
 Pós-graduação em Saúde da Criança e da Mulher

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(A ser impresso em duas cópias, ficando uma delas sob responsabilidade do Pesquisador responsável e a outra sob a guarda do RESPONSÁVEL pela participante)

1- Identificação do responsável pela execução da pesquisa:
Título do Projeto: Práticas alimentares de lactentes, no primeiro ano, filhos de mulheres/mães/adolescentes
Pesquisador responsável: Myrian Coelho Cunha da Cruz
Instituição responsável pela pesquisa: Instituto Fernandes Figueira
Endereço: Av. Rui Barbosa 716 4º andar – Flamengo - Rio de Janeiro Telefone:
Orientador: Dr. João Aprígio Guerra de Almeida

Eu, Myrian Coelho Cunha da Cruz, sou nutricionista e trabalho na Secretaria de Saúde de Volta Redonda. Estou lhe convidando a menor sob sua responsabilidade a participar de uma pesquisa que tem como objetivo conhecer as práticas alimentares de lactentes, filhos de mães/mulheres adolescentes, no primeiro ano de vida.

Antes de permitir a participação da menor sob sua responsabilidade na pesquisa, leia atentamente as explicações abaixo que informam sobre o procedimento da pesquisa:

Inicialmente, esclareço que a menor foi selecionada para participar dessa pesquisa porque seu filho nasceu quando ela tinha menos de 19 anos. O nome dela foi identificado a partir do arquivo de Declarações de Nascidos Vivos (cópia do documento que é dado, no hospital, quando o bebê nasce). A partir do endereço anotado, dirigi-me até a Unidade de Saúde mais próxima de onde seria a sua casa, confirmando o endereço dela.

Caso V. S^a concorde, a menor sob sua responsabilidade e eu conversaremos sobre os assuntos relacionados à alimentação e nutrição no primeiro ano de vida de seu filho.

Nossa conversa será gravada e transcrita por mim, como autora da pesquisa.

As entrevistas serão realizadas em dia, local e horário de conveniência da menor sob sua responsabilidade.

Mesmo após a concordância de V. S^a, a menor sob sua responsabilidade poderá se recusar a participar da pesquisa e poderá abandonar o procedimento em qualquer momento, sem nenhuma penalização ou prejuízo.

Durante a entrevista, a menor sob sua responsabilidade poderá se recusar a responder qualquer pergunta que por ventura possa lhe causar algum constrangimento.

A menor sob sua responsabilidade poderá ter acesso ao material gravado e transcrito, podendo, inclusive, fazer modificações que julgue necessárias.

O material coletado ficará guardado por mim e será usado única e exclusivamente para fins dessa pesquisa.

A participação, como voluntário, da menor sob sua responsabilidade não garantirá nenhum privilégio, seja ele de caráter financeiro ou de qualquer natureza.

A participação da menor sob sua responsabilidade não envolve a ocorrência de riscos de nenhuma natureza nem a ela nem a seu(sua) filho(a).

Serão garantidos o sigilo e privacidade.

Os resultados serão divulgados com vistas à defesa da dissertação, como também poderão ser divulgadas em artigos, reuniões, seminários e demais meios de divulgação científica.

Na apresentação dos resultados não serão citados os nomes dos participantes ou de seus responsáveis.

Confirmo ter conhecimento do conteúdo deste termo. A minha assinatura abaixo indica que concordo com a participação, nesta pesquisa, da menor sob minha responsabilidade e por isso dou meu consentimento.

Volta Redonda, ____ de _____ de 20____.

Nome da participante: _____

Nome da responsável pela participante: _____

Assinatura da responsável pela participante: _____

Nome da pesquisadora: Myrian Coelho Cunha da Cruz Telefone: XXXXXXXX

Assinatura da pesquisadora: _____

ANEXO 2**ITENS GERAIS DA ENTREVISTA****1) DADOS GERAIS****a) DA CRIANÇA:**

- i) NOME;
- ii) UNIDADE DE SAÚDE À QUAL ESTÁ VINCULADA;
- iii) DATA DE NASCIMENTO;
- iv) IDADE;
- v) AVALIAÇÃO NUTRICIONAL ATUAL (peso/idade; comprimento/idade);
- vi) HISTÓRIA PATOLÓGICA PREGRESSA (relatada pela mãe; registrada em prontuário da unidade de saúde).

b) DA MÃE DA CRIANÇA:

- i) NOME;
- ii) ESCOLARIDADE (anos de estudo);
- iii) ESTADO CIVIL (presença do companheiro no domicílio);
- iv) COMPORTAMENTOS PESSOAIS (cotidiano, prazer, lazer, tabagismo, álcool, outras drogas);
- v) COMPORTAMENTO REPRODUTIVO (número de gestações, abortos, número de filhos (vivos, mortos), idades dos filhos, idade materna ao nascimento do primeiro filho);

2) CONDIÇÕES DE NASCIMENTO DA CRIANÇA PESQUISADA (idade materna ao nascimento do filho estudado; intervalo entre nascimentos do filho anterior e

o estudado; peso; comprimento; idade gestacional; tipo de parto; local de nascimento; pré-natal: número de consultas, intercorrências; parto e nascimento: local de nascimento, tipo de parto, intercorrências, presença de acompanhante durante a internação hospitalar);

3) LOCAL DE MORADIA (endereço, tempo de residência);

a) CONDIÇÕES DO DOMICÍLIO (casa: própria, alugada, responsável/eis pela provisão do domicílio; número de cômodos; número de residentes adultos e crianças; material de construção; água; esgoto; luz elétrica; fogão; geladeira);

ANEXO 3

ROTEIRO TEMÁTICO

1 – MATERNIDADE, MATERNIDADE NA ADOLESCÊNCIA, CASAMENTO, FAMÍLIA, GESTAÇÃO, PARTO E PUERPÉRIO (o que é, como foi, como está sendo).

2 – CUIDADO INFANTIL (quem cuida, quando cuida, onde cuida, como cuida, o que é).

3 – AMAMENTAÇÃO (o que é; experiências anteriores; até quando);

3.1 – VIVÊNCIAS COM A AMAMENTAÇÃO (de outros filhos; no hospital; nos primeiros dias após a alta; no cotidiano; frente a situações de afastamento da criança; mamadeira; chupeta; até quando);

3.2 – AMAMENTAÇÃO E RELAÇÕES (com seu corpo, com seu leite; com o companheiro; com familiares; com amigas (os); com a equipe de saúde).

4 – NOVOS ALIMENTOS:

4.1 – INTRODUÇÃO DE NOVOS ALIMENTOS (o que, por que, quando, como, por quem);

4.2 – ACESSO AOS ALIMENTOS (o quê, quem define, que critérios utiliza, quem busca/provê, quando);

4.3 – PREPARO DA ALIMENTAÇÃO INFANTIL (o quê; quem define, que critérios utiliza, quem prepara, onde prepara, frequência, quem ensinou a fazer, relação com o fazer);

4.4 – OFERTA DA ALIMENTAÇÃO INFANTIL (quem oferece, quando oferece, como oferece; relação com a aceitação do alimento).

5 – NUTRIÇÃO (o que é alimentação saudável)

5.1 – ALIMENTOS (alimentos que alimentam, alimentos que não alimentam; o que se come, o que não se come; o que se compra, o que não se compra; por que se compra, por que não se compra; o que se ganha, por que se ganha);

5.1 – ALIMENTAÇÃO INFANTIL (o que é comida de criança; o que não é comida de criança; o que se come, o que não se come).

6 – ATIVIDADES DO COTIDIANO (trabalho, estudo, lazer; organização do tempo);

7 – RELAÇÃO COM OS SERVIÇOS DE SAÚDE (com a proposta assistencial, com a prática assistencial, com os profissionais de saúde).

ANEXO 4

RESUMO DAS HISTÓRIAS DE VIDA DAS ENTREVISTADAS

Cláudia residia com os pais e irmãos e cursava a quinta série do ensino fundamental na escola perto de sua casa, quando engravidou. Gostava de sair e de ir a festas, com ciclo de amizades entre os muitos jovens da família e da vizinhança. Apresentou-se como uma jovem alegre, com opiniões bem definidas e domínio sobre suas escolhas.

Antes da gravidez, não recorria a métodos contraceptivos, apesar dos conselhos de uma amiga, mãe adolescente, uma vez que desconhecia a forma correta de usar o medicamento. A gravidez ocorreu aos 15 anos. Embora associasse a adolescência com o não pensar nas consequências de seus atos, não recorreu ao aborto, considerando a criança já em formação. Afirmando que este era comum na comunidade, teve receio de fazê-lo e não mais poder engravidar, conforme ocorreu com sua tia.

Com a gravidez, parou de estudar; não se sentia mais criança, como seus colegas de escola. O acompanhamento pré-natal, feito na unidade básica de saúde do bairro desde o início da gestação, seguiu o calendário regular, transcorrendo sem anormalidades. Após o nascimento, passou a viver com o pai de seu filho, morando, por alguns dias, com sua mãe. Em seguida, foram viver com sua sogra, pois sua casa ainda não estava pronta. Lá, assumiu os cuidados com seu filho e todas as tarefas domésticas, uma vez que as demais mulheres da casa trabalhavam fora. Dois meses após o parto, teve intenso sangramento, necessitando de curetagem. Atribuiu o evento ao anticoncepcional prescrito e

fornecido na consulta de puerpério (Level®, composto por 0,02 mg de etinil-estradiol e 0,10 mg de levonorgestrel) e ao esforço físico que fazia em casa. Mesmo assim, acreditava ter feito algo errado, não conseguindo identificar o quê.

O primeiro contato da pesquisadora ocorreu em torno das onze horas da manhã. A entrevista foi marcada para a tarde, pois Cláudia estava acabando de acordar. O encontro aconteceu na casa de sua mãe, local onde seu filho se encontrava brincando com os avós. Embora tenha parado novamente de estudar, alegando que a criança estava muito pequena, pretendia retornar os estudos, frequentando a Educação para Jovens e Adultos (EJA). Não desejava ter outros filhos. Contudo, não descartou a possibilidade de mudar de ideia futuramente, mesmo temendo que o uso de anticoncepcional oral, por muito tempo, pudesse lhe causar dificuldades para engravidar. A ocupação de seu companheiro não foi citada pela entrevistada e, por outro lado, não foi objeto de perguntas durante a abordagem. Grupos de rapazes, pertencentes ao entorno da residência, movimentavam-se pelo bairro, o que sinalizou para a necessidade de discrição quanto a esse tema.

Camila era estudante, vivendo, antes da gravidez, com sua mãe e os irmãos menores. Assumia o cuidado das crianças, inclusive quanto ao preparo das refeições, uma vez que sua mãe trabalhava fora. Desejava ter filhos desde os quinze anos. Tal não ocorreu antes, porque o rapaz com quem namorou, entre os treze e dezessete anos, não o quis. Com o pai de sua filha, engravidou aos quatro meses de namoro. Tinha 18 anos e, apesar de reconhecerem a falta de condições para a formação de uma família (casa e emprego), não fizeram nada para evitá-la. O casal ficou muito feliz quando a gravidez tornou-se realidade.

Ambos pararam de estudar diante da nova condição. Para Camila, faltavam três meses para concluir o ensino médio. Afirmou que sua decisão foi pessoal, uma vez que todos, inclusive sua mãe, a incentivaram a continuar os estudos. Porém, sentiu-se envergonhada diante de suas colegas. No momento da entrevista, demonstrou arrependimento por isso. O pai de sua filha tinha dezenove anos quando ocorreu a gravidez. Trabalhava informalmente como pedreiro. Não o fazia no mesmo ritmo dos demais trabalhadores, uma vez que é deficiente físico. Aguardava ser beneficiado pela previdência social, a fim de assumir compromissos menos prejudiciais à sua condição física. Camila mostrava-se feliz com as vitórias cotidianas diante das dificuldades que não a imobilizava na busca por melhores condições de vida.

Rita cursou até a quinta série do ensino fundamental e não trabalhava no momento da entrevista. Parou de estudar na primeira gestação, aos 16 anos. Nessa época, passava o dia deambulando pelo bairro, alimentando-se de forma descuidada. Na primeira gravidez, precisou ser internada devido à infecção urinária e à anemia. O método anticoncepcional que utilizou, nos seis primeiros meses de sua primeira filha, foi a pílula progestínica. Em torno de dois meses após o parto, já estava grávida novamente; sua primeira filha encontrava-se apenas com nove meses de idade. Tinha voltado a estudar, parando novamente, com a nova gestação. A criança estudada é sua segunda filha, cujo nascimento ocorreu quando Rita tinha 18 anos. Ambas são filhas de seu ex-companheiro.

Desconhecendo a gravidez e, após participar das atividades de apoio ao planejamento familiar oferecidas pela unidade básica de saúde, iniciou a anticoncepção pelo método injetável, com aplicação trimestral. A gestação foi

descoberta em estágio avançado, aos sete meses. Nesse período, fez uso de vacina contra rubéola, contra-indicada durante a gestação. Iniciou o atendimento pré-natal. No entanto, não recebeu respostas oficiais sobre possíveis intercorrências da vacinação indevida. Entretanto, sentia-se insegura quanto ao baixo desenvolvimento de sua filha, relacionando-o ao incidente.

Sobre ser mãe, destacou o peso da responsabilidade. O pai de suas filhas não lhe proporcionava apoio financeiro, nem suporte de atenção e cuidado às crianças. Ressentia-se da postura de seu ex-companheiro, referindo-se estar pensando em buscar a justiça para defender os direitos de suas filhas.

Jussara tornou-se mãe aos 16 anos. No primeiro contato com a entrevistadora, encontrava-se sozinha com seu filho. Por ainda ser adolescente, foi-lhe solicitado o consentimento de sua mãe para entrevistá-la. Esta autorizou a entrevista e quis acompanhá-la, sem objeção de sua filha. Tímida, porém decidida, participava dos cuidados de seu filho, compartilhando-os com sua mãe. Foi a entrevistada que apresentou maiores dificuldades em falar. A postura fechada de Jussara foi identificada, por sua mãe, como uma característica da adolescente. Uma nova conversa foi solicitada, alegando-se dificuldades na escuta da primeira gravação. Sua mãe a colocou a vontade para que o novo encontro fosse realizado sem a sua presença. A adolescente, entretanto, recusou-se a fazê-lo. A despeito do ambiente pouco favorável ao desenrolar de uma conversa e do uso de poucas palavras, Jussara mostrou-se uma pessoa firme em suas colocações.

A gravidez foi descoberta quando procurou a unidade básica de saúde, pois não estava se sentindo bem. A notícia da gravidez a assustou diante, pois não pensava sobre essa possibilidade. A novidade, contudo, foi bem recebida por sua

família e pelo pai da criança. O relacionamento dos namorados foi mantido. Não moraram juntos e, no momento da entrevista, não mais se relacionavam. O rapaz, porém, visita o filho e contribui, mesmo com dificuldades, para o seu sustento.

Seu pré-natal foi conduzido de forma diferenciada devido ao aparecimento de hipertensão. Jussara compareceu a todas as consultas que foram marcadas. No parto, cirúrgico, foi acompanhada por sua mãe. Para ela, tudo era *normal*. Procurava aparentar firmeza e certeza diante dos fatos, como a gravidez e a amamentação. Essa *frieza*, a despeito de sua simpatia, evidenciada também na postura de sua mãe, pode ser interpretada como uma maneira positiva de enfrentarem a realidade como se apresenta.

Tânia tinha 19 anos ao nascimento de seu filho. Quando engravidou, não mais estudava. Havia interrompido os estudos, no primeiro ano do segundo grau, para trabalhar. Mantinha um relacionamento estável com o pai da criança e, durante a gravidez, o casal construiu a casa onde passaram a morar juntos.

Iniciou seu pré-natal na unidade de atenção básica próxima a sua casa. Não quis depender do plano de saúde pago por seu pai. Entretanto, voltou atrás, pois teve intercorrências na gestação, preferindo ser acompanhada por um obstetra conhecido de sua família. Seu parto foi cirúrgico e agendado. Tânia elogiou a praticidade em que se deu o nascimento de seu filho. Retomando o acompanhamento na unidade de atenção básica, recebeu, no puerpério, uma cartela de contraceptivo oral a base de progesterona pura. Porém, não quis tomá-lo por medo de engordar. Devolvendo o medicamento à unidade, informando sua decisão à equipe de saúde.

Tânia mostrou-se uma jovem segura e autônoma diante de suas escolhas. Acessava os recursos que avaliava serem necessários a cada situação, exibindo extrema autoconfiança.

lara engravidou aos 16 anos, de forma inesperada. Cursando a sétima série do ensino fundamental, frequentou a escola até o final da gravidez. A gestação foi percebida somente aos cinco meses, assustando-a, pois se reconhecia muito nova para tal. Não sabia como falar com sua família que, no entanto acolheu-a. O pré-natal e o parto foram financiados pelo plano de saúde da empresa em que o pai da criança trabalhava

Após o nascimento da criança, voltou a estudar no local em que já frequentava. Manteve a amamentação, com o apoio de sua avó, porém com o uso de fórmula infantil, por orientação pediátrica. Três meses após o parto, assumiu um trabalho temporário, na proximidade das festas natalinas. Nessa fase, seu começou a morder seus seios enquanto mamava, machucando-os e provocando sangramento. No início do ano seguinte ao parto, passou a morar com o pai de seu filho, na casa da tia do rapaz. Tentou matricula-se na escola próxima à nova casa. Não pode fazê-lo, pois foi lá foi previsto que ela não conseguiria estudar no turno da manhã, junto com crianças. Desta forma, não lhe foi possível retomar os estudos.

O pai de seu filho deixou a família entre os nove e dez meses de seu filho. lara parou de amamentar na mesma época. lara voltou a morar, com seu filho, na casa de seus pais, ora na casa de sua avó. A criança permanecia dependente de seu pai no plano de saúde. Este, no entanto, não realizava pagamento de pensão alimentícia. Havia uma ação judicial contra ele no momento da entrevista. lara foi

a adolescente com aparência mais frágil entre as entrevistadas. Embora tenha se esforçado em construir sua vida junto com o pai de seu filho, seu abandono a fez submeter-se ao julgamento e ao domínio familiar, restringindo-a no exercício da autonomia.

Antes de engravidar, **Rosana** trabalhava informalmente fazendo panfletagens nas ruas de Angra dos Reis ou do Rio de Janeiro. Com dois irmãos, era a única filha. Aos doze anos, perdeu a irmã, com três meses de vida, devido à cardiopatia congênita. Aos dezesseis anos, entrou em depressão, tentando suicídio com o uso dos medicamentos do irmão, portador de deficiência mental. Para se tratar, morou no Rio, com sua avó materna.

Rosana e seu companheiro eram residentes no Retiro na época do namoro. Ela morava, com sua família, em um trecho do bairro com características rurais. Ele e sua família viviam em uma área mais próxima do centro urbano. Ao engravidar, cursava a oitava série do ensino fundamental. Fazia uso irregular de anticoncepcional oral. Não planejava engravidar. O casal namorava havia um ano, quando houve a gravidez. A gestação a deixou novamente em estado depressivo, pois relutava em aceitar as mudanças que viriam com a maternidade. Sua mãe, não conseguindo apoio terapêutico, *convenceu-a* a aceitar sua condição. Somente depois da conversa com o pai, inicia o pré-natal, sendo informada sobre os riscos que correu ao esconder a gravidez. Apesar de ser alertada sobre os possíveis prejuízos à gestação, circulava, de bicicleta, entre as casas do companheiro e de seus pais, resultando em descolamento de placenta.

No momento do parto, o conhecimento do sexo da criança causou-lhe grande expectativa durante a gestação, sendo conhecido somente no momento do

parto: desejava ter uma menina. Ao deixar a maternidade, desejava retornar à casa de sua mãe, junto com seu companheiro. No entanto, por falta de acomodações, foram morar na casa de sua sogra.

Vale ser destacado o processo em que se deu a escolha do nome da filha de Rosana. Referindo dificuldades em lidar com a morte, temia que acontecesse com sua filha o mesmo ocorrido com sua irmã. Pensou em colocar o mesmo nome da irmã, falecida, em sua filha. Porém, foi criticada, como se desejasse *atrair* para sua filha o mesmo destino da irmã. Diante da resistência que encontrou, optou em escolher um nome diferente para a sua filha.

A gravidez em condição de vulnerabilidade social permitiu-lhe a inscrição em um projeto do governo municipal que distribuía alimentos na unidade básica de saúde. Rosana queixou-se que seu companheiro, mesmo nas fases em que estava sem trabalho, deixava de buscar os benefícios a que tinha direito. O desemprego do companheiro a incomodava, pois achava que este não se mobilizava para trabalhar como deveria. Ela, no entanto, optou por não trabalhar, apesar do apoio de mãe, alegando que precisava cuidar de suas filhas e que estava receosa de perder o vínculo afetivo com as mesmas.

ANEXO 5

Tabela 1: Distribuição percentual de nascimentos de filhos de adolescentes, por bairro de residência, em relação ao total de gestantes da mesma fase de vida do município e ao volume de nascimentos ocorridos no bairro. Volta Redonda, 01/06/2007 a 30 /05/2008.

Bairros de residência	Total de nascimentos	Gestação de adolescentes (<19 anos)	Gestação adol./nascim.bairro (%)	Gestação adol./nascim. municip. (%)
207	1	0	0,00%	0,00%
208	1	0	0,00%	0,00%
249	7	1	14,29%	0,21%
Açude	121	24	19,83%	5,15%
Aeroclube	13	0	0,00%	0,00%
Água Limpa	158	21	13,29%	4,51%
Aterrado	39	4	10,26%	0,86%
Barreira Cravo	5	1	20,00%	0,21%
Bela Vista	2	0	0,00%	0,00%
Belmonte	104	26	25,00%	5,58%
Belo Horizonte	77	16	20,78%	3,43%
Brasilândia	3	0	0,00%	0,00%
Caieira	41	7	17,07%	1,50%
Cailândia	9	2	22,22%	0,43%
Candelária	21	4	19,05%	0,86%
Casa de Pedra	24	1	4,17%	0,21%
Centro	3	0	0,00%	0,00%
Colina	8	0	0,00%	0,00%
Colorado	1	0	0,00%	0,00%
Conforto	41	8	19,51%	1,72%
C. Hab. V. Rica	99	13	13,13%	2,79%
Coqueiros	26	2	7,69%	0,43%
Divisa	1	1	100,00%	0,21%
Dom Bosco	34	5	14,71%	1,07%
Eldorado	10	3	30,00%	0,64%
Eucaliptal	71	11	15,49%	2,36%
Jd Amália	57	3	5,26%	0,64%
Jd Amália I	1	0	0,00%	0,00%
Jd Belmonte	19	8	42,11%	1,72%
Jd Belvedere	40	1	2,50%	0,21%
Jd Cid. do Aço	17	4	23,53%	0,86%
Jd Esperança	2	0	0,00%	0,00%
Jd Europa	3	0	0,00%	0,00%
Jd Normândia	15	1	6,67%	0,21%

Continuação da Tabela 1.

Bairros residência	de Total nascimentos	de Gestação de adolescentes (<19 anos)	de Gestação adol./nascim.bairr o(%)	Gestação adol./nascim. municip. (%)
Jd Paraíba	7	1	14,29%	0,21%
JdPrimavera	11	1	9,09%	0,21%
Jd Riviera	1	1	100,00%	0,21%
Jd Tiradentes	22	3	13,64%	0,64%
Jd Veneza	10	0	0,00%	0,00%
Laranjal	16	0	0,00%	0,00%
Limoeiro	5	0	0,00%	0,00%
Mariana Torres	38	10	26,32%	2,15%
Minerlândia	28	4	14,29%	0,86%
Monte Castelo	40	10	25,00%	2,15%
Niterói	25	3	12,00%	0,64%
N. Sra. Graças	11	1	9,09%	0,21%
Nova Esperança	9	2	22,22%	0,43%
Nova Primavera	15	6	40,00%	1,29%
Padre Josimo	77	12	15,58%	2,58%
Parque das Ilhas	23	5	21,74%	1,07%
Parque Vitória	1	0	0,00%	0,00%
Pinto da Serra	9	2	22,22%	0,43%
Ponte Alta	64	7	10,94%	1,50%
Retiro	292	48	16,44%	10,30%
Roma II	23	6	26,09%	1,29%
Roma II	26	7	26,92%	1,50%
Rústico	5	0	0,00%	0,00%
San Remo	3	0	0,00%	0,00%
Sta. Cruz	133	25	18,80%	5,36%
Sta. Inês	10	1	10,00%	0,21%
Sta. Rita Cássia	2	1	50,00%	0,21%
Sta.Rita do Zarur	46	8	17,39%	1,72%
Sta. Tereza	2	0	0,00%	0,00%
Sto. Agostinho	204	27	13,24%	5,79%
S. Carlos	13	3	23,08%	0,64%
S. Cristóvão	19	2	10,53%	0,43%
S. Geraldo	30	4	13,33%	0,86%
S. João	24	1	4,17%	0,21%
S. João Batista	2	0	0,00%	0,00%
S. Lucas	22	3	13,64%	0,64%
S. Luiz	59	8	13,56%	1,72%
S. Sebastião	30	5	16,67%	1,07%
Sessenta	16	2	12,50%	0,43%

Continuação da Tabela 1.

Bairros de residência	Total de nascimentos	Gestação de adolescentes (<19 anos)	Gestação adol./nascim.bairro(%)	Gestação adol./nascim.municip. (%)
Siderlândia	104	10	9,62%	2,15%
Siderópolis	11	1	9,09%	0,21%
Sidervile	1	0	0,00%	0,00%
Três Poços	84	18	21,43%	3,86%
Vale Verde	32	8	25,00%	1,72%
Vila Americana	55	12	21,82%	2,58%
Vila Brasília	60	9	15,00%	1,93%
Vila Mury	51	5	9,80%	1,07%
Vila Rica/Ped.	5	2	40,00%	0,43%
Vila Sta Cecília	20	3	15,00%	0,64%
Village Sul	1	0	0,00%	0,00%
Voldac	22	0	0,00%	0,00%
Volta Grande	112	12	10,71%	2,58%
Volta Redonda	3	0	0,00%	0,00%
Total	3008	466	15,49%	100,00%

Fonte: Coordenação de Epidemiologia de Volta Redonda, RJ. SINASC