

Flávia Cristina Pereira Silveira

**Saúde mental e crenças sobre modos alimentares,
desnutrição e inapetência infantil de mães de
crianças desnutridas e eutróficas**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, campus de Botucatu, para obtenção do título de mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Gimol Benzaquen Perosa

Co-orientadora: Profa. Dra. Maria Antonieta de Barros Leite Carvalhaes

Botucatu
2008

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉCNICA DE AQUISIÇÃO E TRATAMENTO
DA INFORMAÇÃO
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: Selma Maria de Jesus

Silveira, Flávia Cristina Pereira.

Saúde mental e crenças sobre modos alimentares, desnutrição e inapetência infantil de mães de crianças desnutridas e eutróficas / Flávia Cristina Pereira Silveira. – Botucatu : [s.n.], 2008

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2008.

Orientadora: Gimol Benzaquen Perosa

Co-orientador: Maria Antonieta de Barros Leite Carvalhaes

Assunto CAPES: 40600009

1. Saúde mental - Aspectos nutricionais 2. Saúde coletiva 3.
Desnutrição

CDD 364.14

CDD 614

Palavras-chave: Ansiedade materna; Crenças maternas; Depressão materna;
Desnutrição; Modos alimentares

Epígrafe



“O valor das coisas não está no tempo que elas duram, mas na intensidade com que acontecem. Por isso, existem momentos inesquecíveis, coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis”

Fernando Pessoa

Dedicatória



À minha mãe que nunca mediu esforços para que eu alcançasse os meus objetivos, por sempre acreditar em mim e estar ao meu lado, e pelo amor e carinho que me dedica.

Agradecimento Especial



À Profa. Dra. Gimol Benzaquen Perosa

Pela disponibilidade, confiança e tranqüilidade que manifestou ao longo de todo o percurso, desde a iniciação científica, a qual foi essencial no meu interesse em desenvolver essa pesquisa.

Pela atenção, carinho e segurança, com que conduziu a orientação desse trabalho, com muita sabedoria e empenho, ensinando-me a ser pesquisadora.

E, principalmente, pela amizade que demonstrou ter por mim nesses anos de convivência, ouvindo as minhas angústias e aliviando-as.

Muito obrigada.

Agradecimentos



À Deus por sempre me iluminar e me guiar...

À Profa. Dra. Maria Antonieta de Barros Leite Carvalhaes pela oportunidade de participar de uma pesquisa, na qual emergiu a idéia dessa tese. Muito obrigada pela disponibilidade, competência com que conduziu a co-orientação e contribuições que foram essenciais no desenvolvimento deste trabalho.

À Profa. Dra. Luana Carandina pelas sugestões que enriqueceram este estudo.

Às Unidades de Saúde e mães/crianças participantes pela disponibilidade com que me receberam. Sem vocês este trabalho não seria realidade.

À Secretaria Municipal de Saúde pela autorização da pesquisa nas unidades de Saúde.

Ao meu pai (in memoriam) que me ensinou os verdadeiros valores da vida.

Aos meus irmãos, Rodrigo e Priscilla, que acompanham e vibram com as minhas conquistas.

Ao meu noivo, Fernando, amor da minha vida, pelo apoio incondicional em todos os momentos, que me deixa mais forte para superar meus desafios e por estar ao meu lado durante toda a realização desse trabalho.

À vó Luiza por sempre me colocar em suas orações.

Ao vô Orlando por sempre estar disposto a me ajudar em qualquer situação.

Aos meus sobrinhos, Leonardo, Gabriel e João por alegrarem a minha vida.

À minha prima, Mônica, pelo auxílio na correção de português.

Aos meus familiares, por serem exemplos para mim, sempre me incentivarem na busca dos meus objetivos e torcerem para que eu os alcance.

Ao meu sogro, Sr. Chaves, e à minha sogra, D. Inês, pelo carinho, afeto e apoio.

Aos meus amigos que mesmo distantes mantiveram-se presentes nesse momento importante da minha vida.

Aos Funcionários e Docentes do Departamento de Saúde Pública da Unesp-Botucatu pelo extremo profissionalismo, competência e simpatia.

Aos Funcionários da Seção de Pós-graduação da Unesp-Botucatu pela forma atenciosa com que sempre me receberam.

Às funcionárias da Biblioteca da Unesp, principalmente, Meire, Selma, Luciana e Niva pela contribuição na revisão das referências bibliográficas e na confecção da ficha catalográfica.

E, a CAPES pelo apoio financeiro.

Sumário



LISTA DE TABELAS	
LISTA DE APÊNDICES E ANEXOS	17
LISTA DE ABREVIATURAS	19
RESUMO	21
ABSTRACT	24
1. INTRODUÇÃO	27
1.1. Causas da desnutrição.....	28
1.2. A família e a responsabilidade nos cuidados-bases históricas.....	29
1.3. A mãe como mediadora do desenvolvimento.....	34
1.4. O papel das variáveis maternas nas práticas de cuidado.....	36
1.4.1. As crenças maternas.....	36
1.4.2. A saúde mental.....	38
1.5. O papel dos serviços de saúde.....	41
2. OBJETIVOS	46
3. MÉTODO	48
3.1. Desenho do estudo.....	49
3.2. Participantes.....	49
3.3. Local da pesquisa.....	51
3.4. Aspectos éticos.....	51
3.5. Instrumentos de coleta de dados.....	51
3.6. Materiais.....	53
3.7. Procedimentos.....	53
3.7.1 Coleta de dados.....	53
3.7.2. Análise dos dados.....	55
4. RESULTADOS	59
4.1. Caracterização da amostra.....	60
4.2. Indicadores de ansiedade e depressão materna.....	64
4.3. Análise das entrevistas.....	66
4.3.1. Crenças sobre inapetência.....	66
4.3.2. Modos de alimentar a criança.....	68
4.3.2.1. Modo Controlador.....	69
4.3.2.2. Modo <i>Laissez-faire</i>	71
4.3.2.3. Modo Responsivo.....	72
4.3.3.Crenças sobre desnutrição.....	76

4.3.4. Sentimentos frente ao estado nutricional do filho.....	80
4.3.5. Causas da Desnutrição.....	81
4.3.5.1. Genética.....	82
4.3.5.2. Gestação.....	82
4.3.5.3. Amamentação.....	83
4.3.5.4. Cuidados Maternos Inadequados.....	84
4.3.5.5. O Papel da Criança.....	87
4.3.5.6. Os Serviços de Saúde.....	89
4.3.5.7. Condição Sócio-econômica.....	90
4.3.6. Enfrentamento dos Quadros de Desnutrição.....	91
4.3.6.1. Enfrentamento Centrado no Problema.....	92
4.3.6.2. Enfrentamento Centrado na Emoção.....	94
4.3.7. Imagem materna.....	97
4.3.7.1. Aquisição das Competências Maternas.....	101
4.3.7.2. Insegurança no Desempenho do Papel.....	103
5. DISCUSSÃO.....	107
5.1. Desnutrição e características maternas.....	108
5.2. Fatores de risco e proteção.....	110
5.2.1. Peso ao nascer.....	111
5.2.2. Trabalho materno.....	112
5.2.3. Pobreza, dívidas.....	113
5.2.4. Saúde mental materna e desnutrição.....	115
5.3. Crenças parentais e modos alimentares.....	123
5.4. Desnutrição e formas de enfrentamento.....	129
5.5. O papel dos serviços de saúde.....	132
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	135
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	140
APÊNDICES.....	154
ANEXOS.....	159

Lista de Tabelas



Tabela 1 -	Características dos grupos de mães de crianças desnutridas (MD) e de mães de crianças eutróficas (ME).....	60
Tabela 2 -	Características das crianças dos grupos MD e ME.....	61
Tabela 3 -	Frequência de mães dos grupos MD e ME segundo categoria de eventos vitais ocorridos nos últimos 6 meses.....	63
Tabela 4 -	Mediana e valor mínimo e máximo dos indicadores de ansiedade e depressão das mães do grupo MD e ME.....	64
Tabela 5 -	Frequência de mães dos grupos MD e ME segundo intensidade de ansiedade avaliada pelo BAI	65
Tabela 6 -	Frequência de mães dos grupos MD e ME segundo intensidade de depressão avaliada pelo BDI	66

Lista de Apêndices e Anexos



APÊNDICE A	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	155
APÊNDICE B	Características das crianças do grupo MD.....	156
APÊNDICE C	Características das crianças do grupo ME.....	156
APÊNDICE D	Características maternas do grupo MD.....	157
APÊNDICE E	Características maternas do grupo ME.....	157
APÊNDICE F	Número de eventos vitais e Escores maternos no Beck de ansiedade (BAI) e de depressão (BDI) do grupo MD.....	158
APÊNDICE G	Número de eventos vitais e Escores maternos no Beck de ansiedade (BAI) e de depressão (BDI) do grupo ME	158
ANEXO A-	Inventário de Depressão de Beck (BDI).....	160
ANEXO B-	Inventário de Ansiedade de Beck (BAI).....	162
ANEXO C-	Escala de Eventos Vitais.....	163
ANEXO D-	Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	164
ANEXO E-	Justificativa de alteração no título do projeto de pesquisa	165

Lista de Abreviaturas



AIDPI	Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância
BAI	Inventário de Ansiedade de Beck
BDI	Inventário de Depressão de Beck
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNDSS	Comissão Nacional de Determinantes Sociais em Saúde
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
Grupo MD	Grupo de mães de crianças desnutridas
Grupo ME	Grupo de mães de crianças eutróficas
INAN	Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
NCHS/OMS	National Center of Health Statistics/Organização Mundial da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAISC	Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança
PCA	Programa de Complementação Alimentar
PNAE	Programa Nacional de Alimentação do Escolar
PNS	Programa de Nutrição em Saúde
PRONAN II	Programa Nacional de Alimentação e Nutrição
PSF	Programa de Saúde da Família
SIMIS	Sistema Municipal de Informações em Saúde
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
V.A.N.	Vigilância Alimentar Nutricional

Resumo



O presente estudo buscou investigar, em mães de crianças desnutridas (MD) e eutróficas (ME), as crenças e práticas maternas em relação à desnutrição e inapetência e a relação dos níveis de depressão e ansiedade materna com a desnutrição infantil, mediante procedimento metodológico quanti-qualitativo. Participaram 10 mães de cada grupo, com filhos de 11 meses até 3 anos, de Unidades de Saúde de bairros periféricos de Botucatu, habitados por uma população de baixa renda, configurando-se uma amostra intencional, não probabilística. Para caracterização da saúde mental materna, aplicou-se o Inventário de Depressão de Beck [BDI], Inventário de Ansiedade de Beck [BAI] e um questionário de Eventos Vitais. Os instrumentos de avaliação foram corrigidos de acordo com as normas dos testes e foram realizadas análises comparativas entre os grupos. Para investigar as crenças e práticas maternas, as mães responderam a uma entrevista semi-estruturada, e o material foi submetido à análise de conteúdo identificando-se os seguintes eixos temáticos: modos de alimentar a criança, crenças sobre inapetência e desnutrição, causas da desnutrição, sentimentos frente ao estado nutricional do filho, estratégias de enfrentamentos e imagem materna. A maioria das mães era jovem, com idade em torno de 30 anos, parceiro fixo, tinham, em média, 2,5 a 3 filhos. Sua escolaridade média era de 5,5 anos de estudo. Quase todas eram donas de casa ou trabalhavam em serviços de baixa remuneração. A análise comparativa entre os grupos não mostrou diferença estatisticamente significativa na porcentagem de eventos vitais estressantes e nas medianas de ansiedade, depressão e indicadores clínicos de ansiedade. No entanto, houve diferença significativa nos indicadores clínicos de depressão: 5 mães do grupo MD apresentaram indicadores de depressão (moderado:3; leve:2), enquanto nenhuma mãe do grupo ME. A análise das entrevistas mostrou que a maioria das mães, de ambos os grupos, era favorável ao modo responsivo de alimentar o filho; algumas citaram o modo laissez-faire e muito poucas o coercitivo. Sabiam identificar a desnutrição, mas este quadro nem sempre era considerado uma doença, especialmente se a criança brincava, era esperta e não tinha prejuízos no desenvolvimento. Em geral, as mães se responsabilizavam pela desnutrição. Justificavam a dificuldade de vencer o quadro à falta de suporte social, múltiplos papéis, condições emocionais e financeiras adversas, pouca colaboração da criança e descaso dos serviços de saúde. Elencaram várias estratégias utilizadas para que a criança recuperasse o peso. Em um primeiro momento, escolhiam estratégias mais ativas:

melhorar a dieta, recorrer aos serviços de saúde, porém o fracasso das estratégias abalava sua auto-estima, elas passavam a acreditar menos em seu poder de mudança e a justificar o decréscimo de investimento recorrendo a racionalizações e projeções. A partir dos resultados pode-se sugerir aos serviços de saúde que, nos programas específicos para crianças desnutridas, além de fornecer nutrientes, suplementos e orientações alimentares, se dê uma atenção especial à mãe, que em ambientes de baixa renda, muitas vezes está atravessando um momento difícil de sua vida e apresentando problemas de ordem emocional, que dificultam sua função de cuidadora.

Palavras-chave: desnutrição, depressão materna, ansiedade materna, crenças maternas e modos alimentares.

Abstract



This study aimed at investigating, in mothers of malnourished (MD) and eutrophic (ME) children, maternal beliefs and practices as regards malnourishment and lack of appetite as well the relationship of maternal levels of depression and anxiety with child malnourishment by using a quanti-qualitative methodological procedure. Ten mothers from each group, with children aged 11 months to 3 years, participated in the study. They were assisted by health care units located in the suburbs of Botucatu, which are areas inhabited by low-income populations, thus forming an intentional nonprobability sample. In order to characterize maternal mental health, the Beck Depression Inventory [BDI], Beck Anxiety Inventory [BAI] and a Vital Events questionnaire were applied. The evaluation instruments were corrected according to the testing guidelines and comparative analyses between the groups were performed. In order to investigate maternal beliefs and practices, the mothers answered a semi-structured questionnaire; the material was submitted to content analysis, and the following thematic axes were identified: modes to feed children, beliefs concerning lack of appetite and malnourishment, causes of malnourishment, feelings in face of nutritional status of the child, coping strategies and maternal image. Most mothers were young, at an age of approximately 30 years. They had a permanent partner and 2.5 to 3 children on average. Their average education was of 5.5 school years. Almost all of them were homemakers or had low-paying jobs. The comparative analysis between the groups did not show statistically significant differences in the percentage of stressful vital events or in the medians for anxiety, depression and clinical anxiety indicators. However, statistically significant difference was found for clinical depression indicators: 5 mothers in the MD group showed depression indicators (moderate: 3; mild: 2) while no mothers in the ME group did. The analysis of the interviews showed that most mothers, from both groups, were favorable to their children's responsive feeding mode; some mentioned the laissez-faire mode and very few of them referred to the controlling mode. They were able to identify malnourishment, but such condition was not always considered to be a disease, particularly if the child played, seemed smart or did not show developmental impairment. In general, the mothers held themselves responsible for their children's malnourishment. They explained the difficulty in overcoming such conditions as being due to a lack of social support, multiple roles, adverse mental and financial conditions, insufficient collaboration from the child and negligence from health care services. They

listed various strategies used for children's weight recovery. They initially selected more active strategies: improving the child's diet and resorting to health care services, but failing in such strategies affected their self-esteem, and they began to believe less in their power to change and to justify a decrease in their efforts by resorting to rationalizations and projections. Based on the results, it can be suggested to health care services that, in specific programs for malnourished children, in addition to providing nutrients, supplements and feeding guidance, special attention should be given to mothers, who, in low-income environments, are often facing a difficult moment in their lives and presenting mental problems that may impair their caring function.

Key words: malnourishment, maternal depression, maternal anxiety, maternal beliefs and feeding modes.

1. Introdução



A desnutrição infantil é uma doença de natureza complexa e multicausal que tem suas raízes na pobreza (MONTE, 2000). Segundo o UNICEF (1990), aproximadamente 55% das mortes infantis na década de noventa estavam relacionadas à desnutrição, agravo que, além de poder causar a morte, interfere negativamente no curso de outras doenças.

No Brasil, de modo semelhante ao verificado em outros países em desenvolvimento, principalmente na América Latina, houve uma redução expressiva da desnutrição nos últimos anos (CARVALHAES, 1999). Esta evolução positiva é atribuída principalmente à expansão do acesso da população a serviços de saúde e ao aumento da escolaridade materna. Porém, sem o caráter endêmico de outras épocas, a desnutrição persiste e ainda afeta crianças pequenas vivendo em condições desfavoráveis (MONTEIRO; BENÍCIO; FREITAS, 1997) em nosso meio. Compreender os determinantes atuais dos casos de desnutrição e investigar formas de combatê-los constitui um desafio para pesquisadores e para os profissionais de saúde.

1.1 CAUSAS DA DESNUTRIÇÃO

Até a década de 80, o estado nutricional da criança era explicado como produto de dois fatores: o consumo de alimentos, e, conseqüentemente, de todos seus condicionantes (política econômica e agrícola, poder de compra, preços e salários) e da capacidade biológica da criança de utilizar os nutrientes disponíveis. Esta última condição depende do estado de saúde da criança e, portanto, da salubridade ambiental e do acesso a serviços de saúde (JOHNSSON, 1981; MONTEIRO; BENÍCIO, 1981). As duas ordens de fatores teriam elementos comuns, em última instância, fatores econômicos, políticos e históricos, que definiriam num dado momento a produção e distribuição de riquezas em um país (JOHNSSON, 1981).

Apenas no início da década de 90, o Comitê de Nutrição das Nações Unidas (UNITED NATIONS, 1991), reconheceu a importância de fatores de natureza psicossocial na determinação do estado nutricional de crianças.

As causas da desnutrição foram agrupadas, então, em três grandes grupos-problema: a) “segurança alimentar no domicílio” - isto é o acesso a alimentos necessários para garantir vida saudável e ativa a todos os membros da família; b) “o complexo infecção-desnutrição” - a principal causa de saúde precária e morte previsível dever-se-ia ao inter-relacionamento entre a desnutrição e infecções; c) “a mulher”- sua capacidade de cuidar adequadamente da criança e seu controle sobre os recursos disponíveis. Esta última variável tem uma ligação crucial com os dois determinantes causais anteriores, isto é, o que condiciona o potencial da mulher de prover alimentos para a família e cuidar adequadamente de seus filhos é o acesso e controle de recursos, gerenciado pelo seu “status” econômico e social (UNICEF, 1990; UNITED NATIONS, 1991).

A capacidade materna de cuidar adequadamente da criança e de otimizar os recursos disponíveis amenizaria o impacto de um ambiente desfavorável, especialmente durante os períodos de maior vulnerabilidade da criança como, por exemplo, durante a vigência de uma doença infecciosa, no desmame ou quando a família está passando por uma crise financeira. Um bom cuidado infantil exerceria um efeito positivo sobre a saúde da criança amenizando o efeito de fatores adversos (UNICEF, 1990; UNITED NATIONS, 1991).

1.2 A FAMÍLIA E A RESPONSABILIDADE NOS CUIDADOS-BASES HISTÓRICAS

As formas como os pais tendem a educar os filhos estão sujeitas a mudanças históricas e acompanham as crenças das diferentes sociedades. Estudos históricos e antropológicos vem mostrando que as mães apresentam comportamentos diversos dependendo de suas condições de vida e, tanto seu conceito de maternidade quanto de educação infantil, varia conforme o contexto em que vivem. Essas diferenças são o resultado das interações e mútuas influências entre as crenças e práticas de sua cultura, suas experiências individuais e as experiências de seu grupo social mais próximo (LORDELO, 2000).

Os pesquisadores que se debruçaram sobre o tema família, desde que foi possível compilar material científico, verificaram que a educação e os cuidados com as crianças pequenas, aí incluídos os cuidados alimentares, desde épocas muito remotas, têm sido delegados à família, mais especificamente à mãe (POSTER, 1979).

Segundo Poster (1979), o primeiro modelo conhecido de família é o aristocrático dos séculos XVI e XVII. Era uma família ampliada, em que moravam no mesmo espaço vários parentes e criados. As relações entre os membros da casa eram hierárquicas, o trabalho do homem era guerrear a serviço do rei, e as mulheres não tinham a incumbência de criar os filhos, pois sua função se limitava a gerá-los e a organizar a vida social. Tinham muitos filhos, cuidados e educados pelos criados e amamentados por amas de leite. Com relação à disciplina, não havia preocupação com o treino de hábitos de higiene, a criança não podia mostrar sinais de autonomia e, quando desobedecia, era punida fisicamente, pois a insubordinação representava uma ameaça à autoridade do adulto. A principal meta da educação estava em fazer a criança obedecer à autoridade.

Na mesma época, séculos XVI e XVII, havia outro modelo de família, denominado família camponesa. Nesta família, os laços de dependência de todos os membros com a comunidade, representada pela aldeia, eram muito fortes. Não havia uma delimitação clara entre as atribuições de homens e mulheres, visto que ambos tinham que trabalhar o dia todo. As crianças não eram cuidadas e educadas exclusivamente pelos pais. Enquanto as mulheres trabalhavam na colheita, idosos e moças solteiras ficavam responsáveis pelos cuidados com as crianças pequenas. As mais velhas, muitas vezes, eram abandonadas o dia inteiro para que as mães trabalhassem nos campos e pudessem ajudar a manter a família. Os filhos não eram o centro da atenção dos pais; o vínculo afetivo entre eles era fraco, possivelmente como uma tentativa de evitar o sofrimento da perda, em uma época em que eram altas as taxas de mortalidade infantil.

Com relação aos cuidados alimentares, as mães amamentavam os filhos, entretanto, segundo relatos, de forma mecânica, com pouco envolvimento emocional. Como no modelo anterior, havia pouca preocupação com hábitos de higiene. As crianças aprendiam a depender da comunidade e não dos pais; a autoridade era

difundida pela aldeia não ficava centrada nos pais e, como forma de disciplina, impunham-se castigos físicos.

A grande ruptura com esses modelos de família surge no século XIX, com a família burguesa. Esta família nuclear tinha poucos componentes: mãe, pai e filhos. Havia divisão clara dos papéis sexuais: o homem tinha autoridade sobre a família e era responsável por manter a casa; a mulher tinha que se preocupar com o lar e se concentrar na educação dos filhos. A autoridade, na família, era limitada exclusivamente aos pais. A mãe amamentava e tinha grande envolvimento com a criança, principalmente nos primeiros anos de vida. Havia muita rigidez em relação ao treino de hábitos de higiene, porque se considerava que eles estavam associados com uma boa saúde. A autonomia da criança era encorajada, contudo as crianças não podiam contestar as restrições colocadas pelos pais, que tinham uma autoridade ilimitada. Frente à necessidade de disciplinar a criança, ao invés do castigo físico, ela era ameaçada com a retirada do amor paterno. Possivelmente este modelo é o que tenha influenciado mais diretamente a família atual.

Durante o início da revolução industrial, pode-se identificar uma outra estrutura familiar, dos indivíduos pertencentes à classe trabalhadora, que habitavam em cortiços. Nessa época, os salários nas fábricas eram baixos e toda a família precisava trabalhar, inclusive as crianças, para conseguirem sobreviver. As formas tradicionais de autoridade na família ficaram debilitadas pelo processo de industrialização e acarretaram grande desestruturação familiar. Havia alta promiscuidade sexual e os filhos, antes de ingressarem nas fábricas, eram criados sem a constante atenção e cuidado da mãe, formando gangs que ficavam pela rua a maior parte do tempo. Esse modelo familiar foi se transformando à medida que o sistema capitalista foi se estruturando, tornando-se bastante similar ao modelo burguês, com padrões e papéis sexuais rígidos, restabelecimento da autoridade paterna e responsabilidade da mulher de cuidar da casa e dos filhos (POSTER, 1979).

O modelo familiar burguês, apesar de persistir até o século XX, também sofreu transformações. De início, nas décadas de 1930/40, havia uma separação clara do mundo adulto e da criança, priorizava-se a educação rígida para que a criança se tornasse um adulto independente, autônomo e bem sucedido. A ligação afetiva entre pais e filhos era intensa e, independente da quantidade de tempo dedicado à criança,

havia uma preocupação em atender os desejos dela, mas também, em colocar restrições a comportamentos que prejudicassem sua educação (BIASOLI-ALVES, 1997; CALDANA, 1998). Nas décadas intermediárias, o objetivo mudou: a prioridade passou a ser o desenvolvimento da criança, através da estimulação e dos cuidados, enfatizando a necessidade de amor. Nas décadas de 1970/80 a compreensão da criança passa a ser o objetivo principal de quem cuida dela, incentiva-se a conversa com a criança e a preocupação com o seu bem estar subjetivo (BIASOLI-ALVES, 1997).

Nas famílias brasileiras de classe média, comparando os anos 1980/90 com os anos 1930/40, percebe-se que no período mais recente as mães valorizam cada vez mais as iniciativas da criança, o número de regras é menor, aumenta o número de permissões, mas ainda há imposições quanto a condutas de higiene, porque a higiene previne doenças. Continua uma expectativa de que os filhos se comportem adequadamente no trato social. Outra diferença marcante está na diminuição do tempo reservado para brincar, pois as mães consideram que as crianças são melhor cuidadas se tiverem várias atividades programadas pelos adultos (BIASOLI-ALVES, 1997).

A partir da década de 80 até os nossos dias, as preocupações e comportamentos maternos giram em torno de estimular a criança, desenvolver a sua autonomia e independência, deixando-a participar ativamente na determinação de seu cotidiano. Os pais colocam poucas regras e restrições; preferem utilizar a explicação como técnica disciplinar em vez de métodos punitivos e, caso esses aconteçam, os pais se desculpam e se justificam para criança. Quando a criança se comporta de forma adequada, preconiza-se que seja reforçada pelo adulto (BIASOLI-ALVES, 1997; CALDANA, 1998). Para Zagury (1992,1995), nos dias atuais é grande a insegurança dos pais, há grande dificuldade em colocar limites para a realização dos desejos dos filhos e, quando precisam tomar atitudes restritivas, estas vêm permeadas pelo medo e culpa de provocar prejuízos à criança.

Apesar das similaridades nas práticas educativas em determinadas épocas, isso não significa que elas sejam totalmente homogêneas. Notam-se incongruências e diversidades nas formas de educar as crianças, nos diferentes grupos familiares, provavelmente devido à transição da família “tradicional” (início do século no Brasil) para a família “moderna”. Por um lado, o processo de modernização econômico e sócio-cultural trouxe mudanças nos valores mais tradicionais e nos

objetivos de formação. Por outro, cada geração tende a acreditar que sua maneira de educar é melhor, os jovens se colocam contra os modelos de sua infância e, muitas vezes, ficam sem um referencial (CALDANA, 1998).

Concomitantemente às reformulações nos objetivos e metas referentes à educação das crianças, as práticas educativas também mudaram devido às grandes mudanças na estrutura e organização das famílias. Ao lado da família nuclear, composta por mãe, pai e filhos, encontra-se, nos dias atuais, uma diversidade de organizações familiares. Brant e Mello (1995), estudando as famílias de classes populares, residentes na Vila Helena, no Estado de São Paulo, encontrou desde famílias nucleares que por questão de sobrevivência moram juntas, até famílias compostas por mulheres que criam sozinhas os filhos, muitas vezes, de pais diferentes. No caso da mulher faltar, a responsabilidade pelos cuidados da criança passa para a avó, tia, vizinha e até ao pai, o qual passa a assumir a função materna. As dificuldades de sobrevivência e a mútua dependência levam as famílias a incluir, no grupo familiar, pessoas sem laços consangüíneos. Variações na organização familiar também foram observadas nas camadas médias e altas (BRANT; MELLO, 1995).

A autora adverte que essa diversidade de agrupamentos familiares não permite que se tome como referência normativa única a família nuclear monogâmica, seus valores e ideais, e se classifiquem todas as outras como desorganizadas, como fazem, frequentemente, os meios de comunicação e até profissionais da saúde. Na verdade, não se trata de desorganização, mas de um polimorfismo familiar.

Analisando as mudanças ocorridas na família no século XX e a grande diversidade de organizações atuais, a única constante encontrada é que a figura materna continua sendo a principal responsável pelos cuidados com as crianças e que os laços afetivos são considerados componentes importantes nas relações dos membros da família (CALDANA, 1998).

1.3 A MÃE COMO MEDIADORA DO DESENVOLVIMENTO

Segundo Yunes (2003), o papel da mãe como variável de proteção que auxilia a criança a se desenvolver frente a condições adversas foi amplamente analisado por autores que estudaram o processo de resiliência.

Denomina-se resiliência a relativa resistência de indivíduos aos efeitos adversos e experiências de risco, se aos fatores adversos puderem se contrapor fatores de proteção, que podem ser atributos disposicionais do indivíduo, aspectos do meio ambiente e/ou a interação entre ambos (YUNES; SZYMANSKI, 2001). Mesmo indivíduos que enfrentaram várias adversidades em seu desenvolvimento, riscos biológicos e ambientais, podem alterar sua trajetória e escapar da desadaptação, se contarem com fatores de proteção. A resultante da dinâmica entre fatores de risco e proteção, ao longo do desenvolvimento do indivíduo, pode desencadear o processo de resiliência.

Vários trabalhos identificaram os cuidados maternos como variável protetora do desenvolvimento de crianças nascidas e criadas em circunstâncias adversas (lares desfeitos, pais alcoolistas, com distúrbios mentais) ou mesmo em condição de desvantagem social, como situação de pobreza (LAUCHT, 2001).

Entre os determinantes do crescimento em circunstâncias adversas (pobreza) estão características do cuidador, particularmente escolaridade, autoconfiança e capacidade de lidar com os recursos limitados em prol da criança. Tais características afetam as práticas de cuidado e sua efetividade em atender às necessidades da criança (LATHAM, 1995).

Para Engle, Menon e Haddad (1997), há três categorias de cuidado que a mãe deve proporcionar à criança, para que possa ter um desenvolvimento saudável: cuidado alimentar, cuidado da saúde e cuidado psicossocial. Por um cuidado alimentar adequado, os autores entendem que a mãe deve alimentar a criança respeitando suas características (idade, estágio de desenvolvimento neuropsicomotor, estado de saúde), ser responsiva aos sinais de fome da criança, encorajá-la a comer, servir refeições variadas, com regularidade e em ambiente limpo e livre de distrações e oferecer comida extra à criança convalescente. O cuidado adequado com a saúde

infantil pode ser identificado pela frequência regular da mãe às consultas de puericultura e vacinação, por práticas adequadas nos episódios de doença, pela proteção da criança contra acidentes, entre outros fatores. Finalmente, o cuidado psicossocial adequado é aquele em que há uma interação mãe-criança com vários estímulos positivos, como conversar com ela, proporcionar um ambiente seguro, incentivar sua progressiva independência, entre outras práticas. Todas estas dimensões de cuidado podem influir sobre o consumo alimentar, o estado nutricional e a saúde da criança.

O cuidado é um processo altamente interativo, no qual a mãe desempenha papel central, mas onde também a própria criança influi sobre os cuidados que recebe. Segundo Kreisler (1999), Mazet e Stoleru (1990), a interação mãe/filho, para que seja considerada saudável e adequada, deveria contemplar algumas qualidades essenciais: prazer no contato, quantidade adequada de estimulação, reciprocidade, flexibilidade e estabilidade. Em contraposição, as interações insatisfatórias se caracterizariam por pouco investimento prazeroso, insuficiência ou sobrecarga de estimulação, falta de reciprocidade, de flexibilidade e instabilidade.

A interação é um processo recíproco que depende da habilidade e características de ambos os parceiros. Entretanto, no período de 18 a 24 meses, quando a criança ainda tem dificuldades físicas em se auto-alimentar e pouca habilidade comunicativa em sinalizar os tipos de ajuda de que necessita, a responsividade e sensibilidade materna (ou do cuidador) são variáveis críticas no cuidado, em especial no cuidado com a alimentação. Reconhecer a maior responsabilidade do adulto no processo de cuidado de crianças pequenas não significa assumir a passividade da criança, mas valorizar a responsividade do adulto, especialmente nos primórdios do desenvolvimento (RUEL; ARIMOND, 2003).

A responsividade é o grau de ajuste do sujeito e do ambiente às necessidades da criança, ou seja, como a mãe modifica/altera seu comportamento, assim como aspectos do ambiente físico circundante, em função das limitações e demandas da criança (LORDELO, 2000). Tem uma função adaptativa e se expressa diferentemente dependendo das concepções que a mãe tem sobre filhos, sobre maternidade e como percebe as metas que pretende atingir com a educação das crianças (LORDELO, 2000; RIBAS; MOURA, 2007).

1.4 O PAPEL DAS VARIÁVEIS MATERNAS NAS PRÁTICAS DE CUIDADO

1.4.1 As Crenças Maternas

A relação entre as crenças parentais e as práticas de cuidado tem sido sistematicamente relatadas na literatura. As crenças não são uniformes nas diferentes culturas, mas estão estreitamente relacionadas com características sociodemográficas e condições de vida. Essas crenças, interligadas com modelos culturais mais amplos da representação de *self* e das relações interpessoais, são mediadores entre o comportamento dos pais em sua relação com as crianças. Através dos cuidados diários, os pais expressam seus valores e objetivos, emoções e sentimentos, tendo como objetivo último educar o filho para que possa ser bem sucedido em determinada sociedade. Como exemplo, nas comunidades agrárias e rurais estudadas por Keller (2007), em que se valorizava o pertencimento a um sistema social, especialmente a família, o modelo educacional mais valorizado era o interdependente, no qual o indivíduo aprende a aceitar a hierarquia, valoriza a cooperação e a conformidade. As mães estimulam o contato próximo e estão sempre disponíveis para a criança. Já em famílias que habitam centros urbanos ocidentais, em que muitas mães trabalham fora, valoriza-se a competitividade, a individualidade e assertividade da criança, e o modelo de criação de filhos, chamado de independente, e tem como meta principal educar para a autonomia.

Sigel (1992) apud (MOINHOS; LORDELO; MOURA, 2007), ao abordar o desenvolvimento da competência representacional das crianças, encontrou relações significativas entre crenças parentais sobre desenvolvimento e estratégias de ação. Os pais que acreditavam que a criança aprende através de instrução direta, usavam estratégias mais didáticas, e os que acreditavam que a criança aprende através de seus próprios atos, usavam estratégias de distanciamento.

Pesquisas realizadas em diferentes países parecem indicar que crenças, histórias pessoais maternas e hábitos culturais embasam os comportamentos dos pais durante a alimentação (ENGLE; ZEITLIN, 1996).

Engle, Bentley e Peltó (2000), comparando estudos de vários países, identificaram três modos de cuidar e alimentar utilizados pelas mães: modo controlador, o modo *laissez-faire* e o responsivo/ou interativo. No modo controlador, o cuidador tem completo controle de quando e quanto a criança come e, em alguns casos, pode resultar numa alimentação coercitiva. Esse modo alimentar foi observado na Nigéria e nos Estados Unidos, sendo que nos EUA a pressão para que a criança coma tem sido vista como precursora de quadros posteriores de obesidade, principalmente em meninas.

No modo *laissez-faire*, o cuidador encoraja muito pouco a criança a comer e espera que a criança manifeste o desejo de comer para então providenciar o alimento, também tem como característica deixar que a criança coma sozinha, desde muito cedo. Esse modo foi observado em alguns países na América Latina. Por exemplo, Engle e Zeitlin (1996) os quais investigaram o comportamento de cuidado das nicaragüenses na alimentação de crianças pequenas, apontaram que ameaças e controles aversivos foram incomuns. Em geral, as mães tinham um comportamento passivo e mostravam-se mais ativas quando a criança recusava a comida ou parava de comer. Esses resultados parecem indicar que o encorajamento ativo era usado para compensar o desinteresse da criança pela comida, ou quando estava doente, ou com atraso de crescimento. Poucos incentivos foram dados para que a criança saudável comesse mais e não era oferecida maior variedade de alimentos a fim de contribuir no seu crescimento e desenvolvimento. As mães pareciam acreditar que a criança devia ter o controle da quantidade de alimentos que deveria ingerir e que a intervenção materna só era necessária quando a criança não estava comendo bem (BENTLEY et al., 1991; ENGLE; ZEITLIN, 1996).

Vários estudos mostraram que o modo *laissez-faire* é observado mais freqüentemente entre famílias e comunidades com alta prevalência de crianças mal alimentadas (ENGLE; BENTLEY; PELTO, 2000).

Segundo dados de um estudo recente, realizado com famílias vivendo em ambiente sócio-econômico desfavorável na cidade de Botucatu/SP, sobre a interação entre mães e filhos pequenos durante refeições, a maioria das mães pouco se envolveu em encorajamentos ativos ou ajudas para a criança comer, no início da refeição: repetiam sistematicamente a mesma ordem à criança - come, vem papá -; dificilmente enalteciam as propriedades do alimento; não se referiam às conseqüências futuras de

alimentar-se bem. Por outro lado, eram bastante flexíveis, aceitavam qualquer comportamento contanto que a criança comesse e eram pouco coercitivas. Quando se iniciavam as recusas da criança em continuar comendo, seu comportamento passava a ser mais ativo dando incentivos verbais e ajudas físicas. Mas, as crianças dificilmente aceitavam as estratégias maternas de encorajamento, o que tornava a interação bastante desprazerosa (CARVALHAES; PEROSA; BENÍCIO, 2006). Estas características foram mais freqüentes em duplas mães/filhos desnutridos do que em duplas mães/filhos eutróficos.

Já no modo responsivo/interativo de alimentar crianças pequenas, o cuidador usa estratégias de encorajamento e elogio de uma maneira consistente e efetiva, desde o início da refeição e mesmo em situação de saúde e bom apetite da criança, e é ainda mais ativo quando a criança está se recuperando de uma doença. Esses comportamentos maternos visam ajudar no desenvolvimento da criança (físico e emocional) e criar um mecanismo interno de regulação alimentar: a criança adquire capacidade de reconhecer prontamente sinais de fome, comunica-se bem com o cuidador, come com satisfação e, quando passa a recusar seguir comendo, é porque já está saciada, situação que é reconhecida e aceita pelo cuidador.

Engle, Bentley e Peltó, (2000), citando estudo anterior de Zeitlin et al., no México, em 1989, relataram que, quanto mais ativa fisicamente era a mãe no processo de alimentação, melhor era o estado nutricional da criança. Esse é o estilo recomendado pela OMS para a prevenção da desnutrição infantil (HA et al., 2002).

Vários estudiosos da formação do apetite infantil e dos mecanismos que levam a distúrbios de comportamento alimentar na infância, entre eles baixo apetite e compulsão, também apontam o modo responsivo como o mais protetor contra esses distúrbios (BIRCH; DAVISON, 2001).

1.4.2 A Saúde Mental

As diferenças nas formas de cuidar da criança e de alimentá-la não se restringem apenas a variações culturais. Segundo Engle, Menon e Haddad (1997), as

habilidades ou capacidades maternas como cuidadora têm estreita relação com sua escolaridade; com seu próprio estado de saúde física e mental; com sua autoconfiança e autonomia; com sua carga de trabalho e disponibilidade de tempo e com a possibilidade de contar com substitutos adequados e com a ajuda da família e da comunidade, nos momentos de crise.

No Brasil, Miranda et al. (1995), em estudo desenvolvido no município de Embu/SP, investigaram a relação entre saúde mental da mãe e estado nutricional infantil, encontrando uma prevalência de morbidade psiquiátrica 2,8 vezes maior entre mães de crianças desnutridas quando comparadas a mães de crianças eutróficas. Desse estudo foram levantadas três hipóteses: a depressão materna poderia levar à negligência da mãe com os cuidados básicos da criança, uma desnutrição pré-existente na criança levaria ao estado de depressão materna ou tanto a doença mental materna quanto a desnutrição da criança seriam produtos de fatores relacionados com suas condições sócio-econômicas.

Carvalhaes e Benício (1999), realizaram, no município de Botucatu/SP, um estudo de casos e controles sobre fatores de risco de desnutrição, investigando o papel das práticas de cuidado psicossocial e de características maternas e das crianças, demonstrando que a estrutura familiar adversa, internação materna durante a gravidez, saúde mental materna precária, fatores de estresse familiar, escolaridade materna inferior a quatro anos, rede de apoio precária e número de filhos igual ou superior a três foram fatores de risco para desnutrição infantil. Em relação às características da criança: a presença de baixo apetite associou-se com desnutrição.

Outros trabalhos, realizados em vários países, inclusive desenvolvidos, também destacaram a importância da saúde mental materna nos cuidados e no desenvolvimento da criança. Mães deprimidas muitas vezes não ficam emocionalmente disponíveis para a criança, tendem a ser menos responsivas, o que pode ocasionar privação psico-social e condições de desenvolvimento adversas (FRIZZO; PICCININI, 2005). Em estudo realizado na Índia, Patel, De Souza e Rodrigues (2003) observaram que a depressão materna estava associada a um atraso do desenvolvimento cognitivo seis meses após o nascimento. A depressão materna já foi associada, também, com risco de abuso à criança, bem como de trauma não intencional à mesma (NEELDMAN et al., 2000).

Em relação à ansiedade, estado emocional que tem componentes fisiológicos e psicológicos, que abrangem sensações de medo, insegurança e antecipação apreensiva, há evidências de repercussões emocionais a longo prazo, no desenvolvimento da criança (GORENSTEIN; ANDRADE, 2000). Barnett et al. (1991) identificaram que, cinco anos após o nascimento, mães que apresentaram alta ansiedade no pós-parto tiveram mais patologias psico-sociais e suas crianças mais sinais de desadaptação, quando comparadas com mães com baixa ansiedade.

Nóbrega e Campos (1995) relataram sintomas psicológicos negativos, como o isolamento, baixa auto-estima, sentimentos de inadequação, incapacidade para satisfazer a criança e ansiedade materna em mães de crianças desnutridas. Para os autores, mães com dificuldades para estabelecer contatos interpessoais, deprimidas, voltadas para si mesmas, tornam-se incapazes de atender e satisfazer à criança, o que pode ser considerado um estado de “privação materna”. Esta hipótese, entretanto, não pôde ser testada devido à inexistência de um grupo de crianças eutróficas para a comparação.

Solymos (1997), entrevistando mães de desnutridos na cidade de São Paulo, moradores de uma favela, constatou que a experiência de impotência frente a dificuldades recorrentes na vida, pelas quais as mulheres entrevistadas haviam passado, contribuía para uma baixa auto-estima, bem como para uma visão cada vez mais fatalista e sem esperança da sua situação que acabavam influenciando o modo como alimentavam as crianças.

Destacar a mãe como uma variável determinante da qualidade do cuidado infantil, e, por essa via, de seu estado nutricional e desenvolvimento, não exclui a criança de um papel ativo na definição dos cuidados que recebe. Seu estado de saúde, vulnerabilidade, peso, apetite, padrão de sono, atributos físicos e temperamento são capazes de influir sobre o comportamento materno (BENTLEY et al., 1991; BENTLEY et al., 1995; ALDAIR; POPKIN, 1996). Estudos identificaram, também, outras características da criança, como idade, crescimento e desenvolvimento social e da linguagem, como fatores que podem influenciar no cuidado, na relação com a criança e na atenção da mãe para com o filho (RUEL; ARIMOND, 2003).

1.5 O PAPEL DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A saúde da criança figura como prioridade nas estratégias de intervenção em saúde brasileira desde a década de quarenta, e uma de suas ações mais destacadas tem sido o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e detecção precoce da desnutrição (MONTE, 2000). Porém, especificamente com relação à desnutrição, assim como em outros países em desenvolvimento, principalmente na América Latina, várias políticas e programas verticais, principalmente de distribuição de alimentos, foram implementados nas últimas décadas. Um breve resgate das principais intervenções focadas no combate à desnutrição infantil é apresentado a seguir.

Em 1954, o Ministério da Saúde implantou o Programa Nacional de Merenda Escolar e, em 1972, foi criado o Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN) para cuidar das políticas nutricionais e alimentares. A partir de 1976, através do PRONAN II, instituíram-se vários programas: Programa de Nutrição em Saúde (PNS), Programa de Suplementação Alimentar, Programa Nacional do Leite, Programa Nacional de Alimentação do Escolar (PNAE), Programa de Complementação Alimentar (PCA) (SOLYMOS, 1997).

O PNAE merece destaque especial, pois é reconhecido como um dos maiores programas de alimentação escolar do mundo, contribuindo para a promoção do crescimento e desenvolvimento do escolar, no processo ensino-aprendizagem e auxiliando na formação de hábitos alimentares saudáveis. Em 2005 esse programa completou cinquenta anos de existência, e, atualmente, está presente em 5.560 municípios dos 27 Estados da Federação, atendendo todos os alunos matriculados na Educação Infantil e no Ensino Fundamental das escolas públicas e filantrópicas de todo o país, perfazendo cerca de 36 milhões de escolares (DOMENE et al., 2007).

Em anos mais recentes, o Ministério da Saúde criou vários programas com o objetivo de promover ações para garantir segurança alimentar aos brasileiros. O primeiro deles foi o Programa "Fome Zero" que envolveu todos os ministérios, as três esferas de governo (federal, estadual e municipal) e a sociedade (PAULO; MADEIRA, 2006).

Desde 2001, o Programa Bolsa Alimentação, com o objetivo de reduzir a desnutrição infantil, faz a transferência mensal de R\$ 15,00 por beneficiário, identificado como cidadão de baixa renda e em risco nutricional, seja ele criança de até sete anos de idade, gestante e nutriz. As famílias comprometem-se a acompanhar o crescimento, desenvolvimento e a fazer imunização de crianças e gestantes, além de participar em ações educativas de saúde e nutrição (DOMENE et al., 2007).

Mais recentemente, unificaram-se todos os programas de transferência de renda existentes, através do "Bolsa Família", um programa de transferência direta de renda que beneficia famílias em situação de pobreza (com renda mensal por pessoa de R\$ 60,01 a R\$ 120,00) e extrema pobreza (com renda mensal por pessoa de até R\$ 60,00) (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME).

Ao lado de estratégias que visam garantir o acesso ao alimento, dominantes nos programas até a década de oitenta, aos poucos, o papel da atenção à saúde na prevenção e combate à desnutrição ganhou reconhecimento. A introdução do aspecto nutricional no atendimento rotineiro à criança é reconhecida como ação fundamental na prevenção e recuperação nutricional. Ações de nutrição em serviços de atenção primária à saúde tem feito diferença, particularmente quando ações de educação alimentar bem fundamentadas foram implementadas (MONTE, 2000).

A partir de 1995, o Ministério da Saúde adotou a estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), para atuar de maneira sistemática sobre as principais doenças que afetam a saúde das crianças, dentre elas a desnutrição, integrando ações curativas com medidas de prevenção e promoção à saúde, como o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, promoção do aleitamento materno e orientação da alimentação saudável nos primeiros anos de vida. Esse programa representou uma nova abordagem à saúde e nutrição da criança na atenção primária (FELISBERTO et al., 2002).

Apesar dos avanços alcançados nos últimos anos, os indicadores de saúde demonstram que ainda falta um longo caminho a percorrer para garantir às crianças brasileiras o direito integral à saúde, como legalmente assumido na Constituição Federal (BRASIL, 1988) e Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990). Os índices de mortalidade infantil ainda são altos e, na maioria dos

casos, os óbitos poderiam ser evitados se as crianças fossem encaminhadas para um serviço de saúde qualificado, com uma equipe profissional preparada para atender com eficiência e agilidade (BRASIL, 2005).

Entendendo que este quadro poderia ser revertido caso houvesse um esforço concentrado e uma reorganização da assistência à população infantil desde o primeiro atendimento, nas unidades básicas de saúde, até a atenção especializada dos casos mais graves, que exigissem internação em unidades de média e alta complexidade, o Ministério da Saúde lançou a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, com intuito de organizar as principais diretrizes a serem seguidas no desenvolvimento de políticas de atenção à criança (BRASIL, 2005).

Esta Agenda orienta a todos os profissionais da saúde que trabalham com crianças, cada profissional dentro de sua missão, a não perder oportunidades, na unidade de saúde, no domicílio ou em espaços coletivos, como creche, pré-escola e escola, de forma a beneficiar a criança com cuidado integral e multiprofissional, perante a compreensão de todas as suas necessidades e direitos como indivíduo (BRASIL, 2005).

A organização da assistência à saúde passa a se dar em torno de linhas de cuidado, estratégia para superação da desarticulação entre os diversos níveis de atenção em saúde, como o distanciamento entre a atenção básica e a atenção hospitalar e a garantia de continuidade do cuidado integral, desde as ações de promoção até as de tratamento e reabilitação, com fluxo ágil e oportuno em cada nível de atenção, com referência e contra-referência responsável, até a recuperação completa do indivíduo (BRASIL, 2005).

Considerando-se as principais causas de morbidade e mortalidade infantil no país, as linhas de cuidado que devem ser priorizadas nas ações de saúde dirigidas à atenção à criança são: 1- Promoção do Nascimento Saudável; 2- Acompanhamento do Recém-Nascido de Risco; 3- Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento e Imunização; 4- Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Saudável: atenção aos Distúrbios Nutricionais e Anemias Carenciais e 5 - Abordagem das Doenças Respiratórias e Infecciosas (BRASIL, 2005).

Um aspecto fundamental da nova visão sobre o estado nutricional infantil é que a desnutrição infantil passa a ser considerada uma doença evitável que pode ser prevenida através do oferecimento de alimentos e programas de intervenção e cuidados de saúde, segundo a Comissão Nacional de Determinantes Sociais em Saúde–CNDSS (FRANÇA et al., 2001).

A partir desse pressuposto, vários projetos com componentes de segurança alimentar e cuidados de saúde foram criados, com o objetivo de oferecer alimentos, suplementos alimentares e/ou aconselhamento nutricional. Intervenções semelhantes ocorreram em várias partes do mundo, como nas Américas, nos países asiáticos, no leste europeu, Oceania, países africanos e latino-americanos, incluindo o Brasil, no período entre 1980 a 2002 (VALLE; SANTOS; GIGANTE, 2004).

Em artigo de revisão sobre os efeitos dos principais projetos de prevenção e combate à desnutrição implementadas nas últimas décadas nos países em desenvolvimento, Valle, Santos e Gigante (2004) observaram que a maioria das experiências priorizou a entrega mensal de alimento e suplementos. Foram escassas as experiências com aconselhamento, que, na maioria das vezes, se limitavam a conselhos de normas higiênicas e informações sobre quais as melhores opções alimentares (FROTA; ALBUQUERQUE; LINARD, 2007). Apesar disso, concluem que a maioria das intervenções teve algum efeito positivo no crescimento infantil, independente do tempo de duração das intervenções (VALLE; SANTOS; GIGANTE, 2004). Não foram encontradas experiências brasileiras de projetos/programas de promoção do estado nutricional da criança e prevenção da desnutrição que tenham efetivamente implementado atividades focadas nos aspectos mais comportamentais do cuidado infantil.

Uma estratégia que tem merecido avaliação tem sido o Programa de Saúde da Família. Uma pesquisa desenvolvida por Silva, (2003), em Sobral-CE, mostrou que os profissionais da equipe de Saúde da Família daquele município adotaram várias estratégias visando à recuperação de desnutridos, na própria Unidade Básica de Saúde. As ações consistiram em cadastrar todos os desnutridos, avaliações multidisciplinares (nutricionista, enfermeiro e pediatra) e a criação de um ambulatório específico para crianças desnutridas. O acompanhamento era feito regularmente pelas agentes de saúde, nas casas, e, eventualmente, médicos e enfermeiros acompanhavam a

visita domiciliar. Essas intervenções resultaram num decréscimo do índice de desnutrição em crianças menores de dois anos.

Em síntese, apesar do reconhecimento do papel da qualidade do cuidado materno dispensado à criança sobre seu estado nutricional, crescimento e desenvolvimento no início da década de noventa, a análise das intervenções visando combater a desnutrição em curso no Brasil e dos programas e estratégias de cuidado à saúde infantil mais atuais revelou ser este o componente menos desenvolvido ou enfatizado.

Ações que levam em conta os aspectos comportamentais e psicossociais do cuidado infantil, ou a capacidade materna para este cuidado, são raras. Em particular, a abordagem das crenças maternas sobre saúde, educação, nutrição, e as características da interação mãe/ filho, fatores reconhecidos como capazes de afetar o consumo de alimentos e o estado nutricional infantil, estão ausentes nas intervenções. Este enfoque propiciaria maior controle do usuário, no caso a díade mãe/filho, sobre a sua saúde, rompendo com o modelo centrado na medicalização (o alimento como remédio) e na cura.

É possível que o pequeno número de estudos - e a baixa visibilidade dos existentes - sobre cuidado infantil e fatores psicossociais explique a ausência dos aspectos comportamentais/emocionais do cuidado alimentar nas intervenções visando promoção do crescimento e desenvolvimento da criança, prevenção e recuperação da desnutrição.

O presente estudo pretende dar visibilidade às crenças maternas, de uma população de baixa renda, sobre crescimento e nutrição infantil e sobre a melhor forma de cumprir com seu papel de cuidadora, especialmente na situação alimentar. Os desafios e as dificuldades percebidas no desempenho desse papel foram pesquisados. Acredita-se que essas crenças podem ter um papel fundamental em suas ações e precisam ser melhores compreendidas e investigadas para buscar alternativas de intervenção.

2. Objetivos



Esta pesquisa tem como objetivo geral comparar a saúde mental e as crenças sobre desnutrição, alimentação e apetite infantil de mães de crianças desnutridas e eutróficas em ambiente desfavorável.

Para isso, têm-se os seguintes objetivos específicos:

- Avaliar e comparar os indicadores de ansiedade e de depressão de mães de crianças desnutridas e eutróficas.
 - Identificar, a partir das verbalizações maternas, as práticas maternas em relação à alimentação de mães de crianças desnutridas e eutróficas, especialmente frente a quadros de inapetência.
 - Comparar as verbalizações sobre práticas/comportamentos de cuidado alimentar de mães de desnutridos e eutróficos.
 - Analisar, a partir das verbalizações maternas, suas crenças sobre desnutrição e inapetência infantil, em especial, seus determinantes e as formas de enfrentá-los.
 - Identificar como as mães de crianças desnutridas percebem o papel dos serviços de saúde frente à desnutrição de seus filhos.
-

3. Método



3.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo com uma abordagem quanti-qualitativa. O componente quantitativo consiste em desenho do tipo caso-controle. Foi constituído um grupo de casos, com mães de crianças desnutridas (grupo MD) e um grupo de comparação com mães de crianças eutróficas (grupo ME), com características semelhantes. Este componente incluiu a caracterização socioeconômica e demográfica dos participantes (mães e filhos) da pesquisa e avaliação da saúde mental materna, mediante instrumentos quantitativos (Inventário de Depressão de Beck [BDI], Inventário de Ansiedade de Beck [BAI] e Escala de Eventos Vitais).

Visando estudar crenças mediante as verbalizações maternas, adotou-se método da pesquisa qualitativa para análise das entrevistas (BARDIN, 1977).

Considera-se pesquisa qualitativa como:

“(...) aquela que se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, aquela que trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, que por sua vez, correspondem a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.”(MINAYO et al.,1994 p.21-22).

3.2 PARTICIPANTES

As mães de crianças desnutridas e de crianças eutróficas foram selecionadas dentre as crianças que freqüentam Unidades de Saúde de bairros periféricos de Botucatu, onde vive população de baixo nível socioeconômico, situação depreendida da análise do Índice Swaroop Uemura, das taxas de mortalidade infantil e pela observação das condições de moradia.

Para a inclusão das mães/crianças, dos dois grupos, foram adotados os seguintes critérios:

- Ausência de patologias crônicas na criança com impacto negativo ou positivo sobre seu apetite e crescimento.
- Criança com peso ao nascimento maior ou igual a 2500 g.
- Criança com idade gestacional maior ou igual a 37 semanas.
- Idade da criança entre 9 e 36 meses. A escolha desta faixa etária deveu-se por ser um período em que ainda existe dependência entre a criança e seu cuidador, há modificações significativas na dieta em termos de consistência e diversidade de alimentos e ao fato da literatura referir que, nesta idade, é alta a instalação ou agravamento dos déficits nutricionais (DETTWYLER, 1989; CARVALHAES, 1999).
- Criança cuidada e alimentada habitualmente pela mãe, biológica ou social.
- Para incluir a mãe no grupo MD, a criança deveria apresentar índice altura/idade abaixo do percentil 5 da população de referência NCHS/OMS (REF), indicador de desnutrição protéico energética crônica. Para incluir a mãe no grupo ME, adotou-se o índice altura/idade maior ou igual ao percentil 50 do mesmo padrão de referência, visando reduzir a inclusão no estudo de falsos negativos.

Mediante várias estratégias, descritas em outro tópico do Método, foram identificadas 24 crianças desnutridas das Unidades Básicas de Saúde da zona urbana no período de março de 2006 a março de 2007. Destas não foram incluídas no estudo 14 crianças, 7 por apresentarem peso de nascimento abaixo de 2500g, 4 por serem prematuras e 3 por possuírem patologias crônicas.

A amostra final, intencional, não probabilística, foi constituída por 10 mães do grupo MD e 10 mães do grupo ME.

3.3 LOCAL DA PESQUISA

Para localização das mães, foram investigadas todas as Unidades Básicas de Saúde da zona urbana de Botucatu. No entanto, apenas mães das seguintes unidades preencheram os critérios de inclusão: Unidade de Saúde da Família Jardim Aeroporto, Unidade de Saúde da Família Parque Marajoara, Unidade de Saúde da Família Rubião Júnior, Unidade de Saúde da Família Santa Elisa e Unidade de Saúde da Família Jardim Peabiru.

3.4 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi aprovada pela Secretaria Municipal de Saúde e pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP (Processo nº 176/2006).

Para o desenvolvimento desse estudo, atenderam-se os princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki.

Todas as participantes foram previamente esclarecidas sobre os objetivos da pesquisa, sigilo de identidade, sobre a não obrigatoriedade de participação e direito de retirar-se a qualquer momento caso julgasse conveniente. Foi estabelecido o consentimento das mães participantes, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. (APÊNDICE A)

3.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

- Entrevista semi-estruturada que consiste no informante abordar livremente e espontaneamente o tema proposto, sendo utilizado um roteiro apenas para organizar e não direcionar os dados (MINAYO et al., 1994).

Os temas abordados se referiram a:

- percepção da criança e do seu estado nutricional.
- sua relação afetiva e seu histórico de vida com a criança.
- modos de alimentar a criança, especialmente em momentos de inapetência.
- explicações que atribui a desnutrição e a inapetência infantil.
- enfrentamentos frente a quadros de desnutrição.
- percepção do seu desempenho no papel de cuidadora.
- história alimentar da mãe, quando criança (como era alimentada, como foi seu estado nutricional).

Em relação à caracterização da saúde mental das mães foram adotados os seguintes instrumentos:

- Inventário de Depressão de Beck (BDI) (BECK et al., 1961, com tradução e adaptação brasileira de CUNHA, 2001). Este inventário serve para a avaliação rápida e objetiva de manifestações comportamentais de depressão, sem finalidade diagnóstica, o qual compreende vinte e uma categorias de sintomas e atitudes, com quatro afirmações, cada uma refletindo um grau crescente de severidade de depressão (0 a 3). Ao final da aplicação, tem um escore que varia de 0-63 para classificar os níveis de depressão. (SCHWENGBER; PICCININI, 2005; CASTRO et al., 2007; OLIVEIRA et al., 2006; MATTA; MOREIRA, 2003). (ANEXO A)
 - Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) (BECK, et al., 1988, com tradução e adaptação brasileira de CUNHA, 2001). Este instrumento avalia a intensidade de sintomas comuns à ansiedade, composto por vinte e um itens que o indivíduo deve responder, avaliando a si mesmo, a partir de uma escala Lickert que vai de 0 a 3 pontos. Ao final da aplicação, tem um escore que varia de 0-63 para classificar os níveis de ansiedade. (CASTRO et al., 2007; OLIVEIRA et al., 2006; MATTA; MOREIRA, 2003). (ANEXO B)
-

- Escala de Eventos Vitais. Neste instrumento foram elencados 20 itens, baseando-se em algumas escalas vitais (SAVOIA, 2000; HOLMES; RAHE, 1967; PAYKEL, 1983) que procuraram identificar mudanças pelas quais passou o indivíduo, no período de 6 meses, avaliadas como possíveis geradoras de estresse e exigindo adaptações da pessoa. (ANEXO C)

3.6. MATERIAIS

- Gravador, pilhas e fita cassete.

3.7 PROCEDIMENTOS

3.7.1 Coleta de Dados

Devido às dificuldades de encontrar registros e dados sobre o estado nutricional das crianças atualizados nas Unidades Básicas de Saúde, as enfermeiras foram inicialmente, abordadas para averiguar se lembravam de algum caso de desnutrição em crianças de 9 a 36 meses na sua Unidade. Consultou-se também, nas Unidades de Saúde da Família (PSF), as agentes comunitárias para ver se na sua área havia alguma criança que fosse muito magra ou pequena, que pudesse ser desnutrida. Em seguida, buscou-se saber nos prontuários das crianças indicadas, se correspondiam aos critérios de inclusão (peso de nascimento, idade gestacional, peso e altura atual, verificando se estavam abaixo do percentil 5 e ausência de patologias crônicas). Quando os dados sobre altura e peso da criança estavam desatualizados, convocava-se a mãe e criança para serem avaliados na unidade de saúde. Caso não comparecessem, a pesquisadora ia até a residência e, com o consentimento das mães, pesava e media a criança em casa. Poucas crianças foram localizadas com este procedimento.

Recorreu-se, então, a outro meio: acessar o SIMIS (Sistema Municipal de Informações em Saúde) e imprimir o relatório das crianças acompanhadas pelo sistema de V.A.N. (Vigilância Alimentar Nutricional), no qual aparece o nome da

criança, data de nascimento, o peso e a altura. Sendo assim, foi possível verificar as que estavam abaixo do percentil 5. Todavia, vários dados estavam desatualizados e algumas unidades não alimentavam devidamente o sistema da V.A.N. Para confirmar os dados da V.A.N. e verificar se as crianças preenchiam os demais critérios de inclusão no estudo, consultava-se os prontuários das mesmas. Como a maioria das crianças estava com os dados de peso e altura desatualizados, utilizou-se o procedimento descrito anteriormente: convocá-las para irem às unidades ou aferir as medidas nos domicílios.

Para constituir o grupo de mães/crianças eutróficas (ME) foram utilizados os mesmos procedimentos descritos para o grupo MD, procurando, agora, crianças com altura/idade igual ou acima do percentil 50 nas mesmas unidades básicas de saúde. Essas crianças foram encontradas com mais facilidade. Assim, foi possível adotar na seleção deste grupo critérios que visavam reduzir diferenças, não desejadas, entre os grupos MD e ME. Procurou-se incluir crianças com idades próximas das observadas nas crianças desnutridas e cujas mães tivessem idade e número de filhos semelhantes as do grupo MD.

As mães/crianças selecionadas foram visitadas em suas residências. Questionou-se se elas eram as principais responsáveis pela oferta da alimentação a seus filhos e frente à resposta afirmativa, foi perguntado se gostariam de participar desse estudo, sendo informado seus objetivos e procedimentos. Todas as mães abordadas concordaram e assinaram o termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

As entrevistas foram realizadas nos domicílios. O cômodo escolhido pela mãe para a entrevista variou: quarto, cozinha e sala. As mães deram preferência a responder à entrevista e ao mesmo tempo observar a criança, não delegando este cuidado a outras pessoas. Duas mães pediram para serem entrevistadas do lado de fora da casa.

Com a maioria das mães, a coleta aconteceu numa única visita, realizando-se, em primeiro lugar, a entrevista semi-estruturada, e, em seguida, a aplicação dos inventários. A entrevista foi gravada, exceto no caso de duas mães (1 do grupo MD e 1 do grupo ME), que pediram para não gravar suas entrevistas, por se sentirem inibidas. Neste caso, a pesquisadora registrou os dados em papel, à medida que a mãe falava.

A entrevista se iniciava com uma pergunta geral norteadora (“Fale um pouco do seu filho”) e, a partir disso, os temas previamente estabelecidos eram abordados, deixando a cargo da mãe o desenrolar da entrevista, e tendo o cuidado de verificar se os assuntos de importância estavam sendo abordados.

Após a entrevista foram aplicados o Inventário de Depressão de Beck, o Inventário de Ansiedade de Beck e a Escala de Eventos Vitais. A fim de neutralizar a interferência da aplicação de um teste sobre o outro, foi realizado um balanceamento, alterando a ordem de aplicação de cada instrumento de avaliação em metade da amostra de ambos os grupos. Desta forma, para metade dos sujeitos de cada grupo, foi aplicado inicialmente o Inventário de Depressão de Beck, depois o de ansiedade. Para a outra metade, ordem inversa. Esses instrumentos são auto-aplicáveis, mas algumas mães pediram ajuda da pesquisadora para a leitura e compreensão do significado de alguns sintomas.

3.7.2 Análise dos Dados

- *Estudo quantitativo*

Dados de caracterização da população de estudo e da escala de eventos vitais

Os grupos MD e ME foram comparados em relação às seguintes variáveis maternas: idade (anos), escolaridade (anos de aprovação escolar e grau de escolaridade), número de filhos e as seguintes variáveis da criança: idade (meses), peso de nascimento (g), Escore Z peso/idade (unidades de desvio padrão em relação à mediana do padrão de referência NCHS), Escore Z altura/idade e Escore Z peso/altura, através do Teste não-paramétrico de Wilcoxon para amostras independentes. Para a comparação dos grupos quanto ao estado civil, ao trabalho remunerado e ao sexo da criança, foi utilizado o Teste do Qui-Quadrado.

Com relação à escala de eventos vitais, eles foram descritos em termos de frequência e utilizou-se o Teste do Qui-Quadrado para análise comparativa entre grupos. A seguir, quantificou-se o número de eventos vitais enfrentados por cada uma das mães e calculou-se a mediana por grupo, seus respectivos valores mínimo e máximo. A comparação entre os grupos foi feita por meio do Teste não-paramétrico de Wilcoxon para amostras independentes.

Dados dos inventários de depressão e ansiedade

Os instrumentos de avaliação de ansiedade e disforia/depressão foram corrigidos de acordo com as normas dos testes. Foram calculadas as medianas dos escores maternos, a partir dos escores brutos e feita a comparação dos grupos através do Teste não-paramétrico de Wilcoxon para amostras independentes, a fim de detectar diferenças significativas nos dois grupos quanto à saúde mental materna.

Para a classificação dos níveis de ansiedade, obtida através do BAI foi utilizado o seguinte critério: nível mínimo para escores de 0 a 10; leve para escores de 11 a 19; moderado de 20 a 30 e grave de 31 a 63. Com relação aos níveis de depressão, obtida através do BDI, foi considerado nível mínimo, os escores de 0 a 11; leve, escores de 12 a 19; moderado, de 20 a 35; e grave de 36 a 63 (CUNHA, 2001) .

O nível mínimo do BAI e BDI foi considerado um indicador de ausência de ansiedade ou depressão (SCHWENGBER ; PICCININI, 2005).

Calculou-se a frequência de mães em cada nível de ansiedade e depressão (níveis: mínimo, leve, moderado e grave) nos grupo MD e ME, sendo as diferenças submetidas ao Teste do Qui-Quadrado.

▪ Estudo qualitativo

Com relação à entrevista gravada, deu-se um tratamento qualitativo aos dados, visto que o interesse estava em estudar as significações que os indivíduos atribuem aos fenômenos que lhes dizem respeito e foram apresentados. Segundo Bogdan e Biklen (1998), esse significado tem uma função estruturante em torno do qual eles organizam suas vidas. Através da análise das verbalizações maternas, procurou-se compreender as crenças que as mães têm sobre modos alimentares e aspectos relacionados à desnutrição e inapetência infantil.

Segundo Bardin (1977), a análise de conteúdo pode ser entendida 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” (p.42).

Seguiu-se a organização da análise de conteúdo proposta por Bardin (1977) que envolve 3 fases: 1- pré-análise, 2- exploração do material e 3- tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Na fase de pré-análise, foram realizadas várias leituras das transcrições literais das falas maternas obtidas na entrevista, sem se prender, ou tentar interpretar os dados a partir de categorias prévias, classificações ou temáticas, com o objetivo de reconhecer as idéias do texto e assim orientar a análise dos dados.

Na fase de exploração, se deu a codificação do material. Para isso aprofundou-se ainda mais no conteúdo das entrevistas, focalizando os dados de acordo com os objetivos do estudo, num diálogo contínuo com referenciais teóricos. Os dados brutos do texto foram recortados através de frases das entrevistas (unidades de registro), para analisar seu conteúdo, isto é, encontrar os significados atribuídos pelas mães, aos seguintes temas:

- Crenças sobre inapetência: diferenciações e relações da inapetência com a desnutrição.
 - Modos de alimentar a criança: os modos alimentares, citados pelas mães, para alimentar o filho, especialmente as formas de manejo da recusa do alimento pela criança, isto é, os episódios de inapetência.
 - Crenças sobre desnutrição: os critérios e os sintomas que as mães utilizaram para caracterizar o quadro de desnutrição de seus filhos ou de desnutridos em geral.
 - Seus sentimentos frente ao estado nutricional do filho.
 - Causas da desnutrição: explicações que as mães encontraram para explicar a desnutrição.
 - Enfrentamentos dos quadros de desnutrição: as estratégias a que as mães recorreram para reverter o quadro e para lidar com a ansiedade que um filho desnutrido provocava nelas.
 - Imagem materna: como as mães se avaliaram no exercício da maternidade.
-

Na fase de tratamento dos resultados, se tentou estabelecer relações entre as verbalizações maternas, o estado emocional, as características sócio-demográficas, assim como se recorreu para explicar os dados, a fundamentação teórica apresentada na introdução, especialmente, a estudos que tratam de maternidade, desnutrição, inapetência, modos de alimentação e estratégias de enfrentamento.

4. Resultados



Inicialmente, será caracterizada a amostra. Em um segundo momento, serão apresentados os resultados relativos aos indicadores maternos de ansiedade e depressão. Essa seção compreende os dados comparativos entre os indicadores emocionais de ansiedade e depressão dos grupos MD e ME. Os dois grupos foram comparados em termos das medianas dos escores resultantes da aplicação dos testes de detecção de ansiedade e depressão, e, em seguida, de acordo com as frequências de ansiedade e depressão em nível clínico.

Por último, apresentam-se os resultados da análise qualitativa das verbalizações maternas, divididos em 7 eixos temáticos: crenças sobre inapetência, modos de alimentar a criança, crenças sobre desnutrição, sentimentos frente ao estado nutricional do filho, causas da desnutrição, enfrentamento dos quadros de desnutrição e imagem materna.

4.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Na Tabela 1, estão apresentadas as características maternas dos grupos de mães de crianças desnutridas (MD) e de mães de crianças eutróficas (ME), quanto à idade, à escolaridade, ao trabalho remunerado fora do lar, ao estado civil e ao número de filhos.

Tabela 1- Características dos grupos de mães de crianças desnutridas (MD) e de mães de crianças eutróficas (ME).

Características maternas	Grupo MD (n= 10)	Grupo ME (n= 10)	Valor de p
Idade(anos) ¹ - mediana (vl. mín.-máx.)	28,5 (19 – 40)	30 (22-34)	0,8203
Escolaridade(anos) ¹ -mediana (vl. mín.-máx.)	5,5 (2 – 16)	5 (3 – 14)	0,7008
Trabalho remunerado fora do lar ² - frequência (porcen.)	3 (30%)	6 (60%)	0,3687
Mães solteiras ² - frequência (porcentagem)	2 (20%)	4 (40%)	0,6256
Número de filhos ¹ - mediana (vl. mín.-máx.)	3 (1 - 6)	2,5 (1 - 4)	0,3697

¹Teste Wilcoxon; ²Teste do Qui-Quadrado

É possível observar que não houve diferenças significativas entre os grupos MD e ME em relação à idade, à escolaridade, ao trabalho remunerado, a situação civil e ao número de filhos.

Entre as mães estudadas não havia adolescentes e proporção elevada tinha idade próxima ou superior a 30 anos. Metade das mães tinha até cerca de 5 anos de escolaridade, o que significa que deixaram de estudar antes de completar o ensino fundamental. Nos dois grupos houve uma variação grande de escolaridade: mães com pouco tempo de estudo, que pararam logo no início do ensino fundamental e mães que chegaram ao ensino superior. A maior parte das mães possuía parceiro fixo. Apesar de não significativo, mais da metade das mães do grupo ME possuía trabalho remunerado, enquanto somente três do grupo MD trabalhavam fora de casa. Quanto ao número de filhos, metade das mães do grupo MD tinha até 3 filhos, com amplitude de variação de 1 a 6 filhos. No grupo ME a mediana do número de filhos foi de 2,5 filhos, com variação de 1 a 4.

Na Tabela 2 compararam-se as características das crianças dos grupos MD e ME quanto a sexo, idade, peso no nascimento (g) e peso e altura recentes, em valores de escore Z ou unidades de desvio-padrão em relação à mediana do padrão de referência.

Tabela 2 - Características das crianças dos grupos MD e ME.

Características das crianças	Grupo MD (n= 10)	Grupo ME (n= 10)	Valor de p
Idade(meses) ¹ - mediana (vl. mín.-máx.)	17 (11-36)	16 (11-34)	0,9392
Peso Rn ¹ -mediana (vl. mín.- máx)	2852 (2590-3340)	3065 (2925-4745)	0,0451*
Sexo feminino ² freqüência (porcentagem)	6 (60%)	5 (50%)	1,00
Escore Z peso/idade-média ¹ (desvio padrão)	-2,02 (0,92)	0,70 (0,96)	0,0002*
Escore Z altura/idade-média ¹ (desvio padrão)	-2,72 (0,80)	0,64 (1,00)	0,0002*
Escore Z peso/altura-média ¹ (desvio padrão)	-0,80 (1,37)	0,33 (1,09)	0,0539*

¹Teste Wilcoxon; ²Teste do Qui-Quadrado; *p≤ 0,05.

Como esperado, as crianças do grupo MD apresentaram valores médios dos indicadores antropométricos menores, sendo significantes as diferenças. Houve também diferença significativa entre as crianças em relação à média do peso de nascimento, maior nas crianças do grupo ME. É preciso ressaltar que nenhuma criança dos dois grupos apresentou baixo peso ao nascer, pois o menor peso encontrado foi de 2590g. A diferença significativa entre os dois grupos provavelmente seja devida ao fato de 2 crianças eutróficas pesarem acima de 4000g. (APÊNDICE C)

Também confirmando o previsto, as crianças dos dois grupos não diferiram estatisticamente quanto à idade e sexo: metade do grupo ME e 60% do grupo MD eram meninas; a mediana de idade dos dois grupos foi próxima- 16 e 17 meses.

A Tabela 3 mostra a distribuição das mães dos dois grupos segundo os eventos vitais por elas enfrentados nos seis meses anteriores ao estudo. Os eventos estão agrupados em categorias estabelecidas por Savoia (2000): trabalho, perda de suporte social, família, mudanças no ambiente e dificuldades pessoais.

Tabela 3 - Frequência de mães dos grupos MD e ME segundo categoria de eventos vitais ocorridos nos últimos 6 meses.

Eventos Vitais	Grupo MD (n= 10)		Grupo ME (n= 10)		Valor de p
	N	%	N	%	
Trabalho					
Mudança de trabalho	3	30,0	3	30,0	1,00
Dificuldades com a chefia	1	10,0	0	0,0	1,00
Perda de emprego	4	40,0	3	30,0	1,00
Reconhecimento profissional (promoção no emprego)	2	20,0	1	10,0	1,00
Perda de suporte social					
Morte de alguém da família ou amigo próximo	4	40,0	4	40,0	1,00
Família					
Separação	2	20,0	2	20,0	1,00
Reconciliação matrimonial	0	0,0	1	10,0	1,00
Casamento	0	0,0	0	0,0	NA
Gravidez	1	10,0	0	0,0	1,00
Nascimento na família	0	0,0	0	0,0	NA
Ausência temporária de um dos membros da família	1	10,0	1	10,0	1,00
Mudanças no ambiente					
Mudança de escola	1	10,0	1	10,0	1,00
Mudança de casa	3	30,0	4	40,0	1,00
Mudança do número de pessoas morando em casa	2	20,0	1	10,0	1,00
Dificuldades pessoais					
Problemas de drogas ou alcoolismo	3	30,0	1	10,0	0,5762
Problemas judiciais	3	30,0	1	10,0	0,5762
Problemas com professores na escola	0	0,0	0	0,0	NA
Finanças					
Dívidas	7	70,0	4	40,0	0,3687
Perdas financeiras	3	30,0	4	40,0	1,00
Aumento da renda familiar	3	30,0	3	30,0	1,00

Teste do Qui-Quadrado; NA= Não Aplicável.

Não houve diferenças estatísticas significativas em relação à frequência de cada um dos eventos vitais enfrentados pelas mães dos dois grupos nos últimos 6 meses. O evento vital mais recorrente nas mães do grupo MD (70% das mães) foi ter dívidas a pagar. Considerando o conjunto das mães ($n=20$), os eventos vitais com maior frequência nos dois grupos foram: mudança de trabalho, perda de emprego, morte de alguém da família ou amigo próximo, mudança de casa, perdas financeiras e aumento da renda familiar. Nenhum deles, entretanto, teve uma frequência superior a 50%. Nenhuma mãe referiu-se a casamento, nascimento na família e problemas com professores na escola como eventos estressores.

Não houve diferenças significativas em relação ao número total de eventos vitais nos dois grupos (grupo MD Med= 4,5 (1-9) e grupo ME Med= 3 (0-8); $p=0,4934$), dados não mostrados em Tabela.

4.2 INDICADORES DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO MATERNA

A Tabela 4 apresenta as medianas e os valores mínimo e máximo dos escores dos inventários de ansiedade (BAI) e de depressão (BDI), obtidos pelas mães dos grupos MD e ME.

Tabela 4 - Mediana e valor mínimo e máximo dos indicadores de ansiedade e depressão das mães do grupo MD e ME.

Variável	Grupo MD (n= 10)		Grupo ME (n= 10)		Valor de p
	Med	Mín-Máx	Med	Mín-Máx	
Ansiedade (BAI)	8,5	1 - 35	4,5	0 - 14	0,1488
Depressão (BDI)	10	1 - 23	5	0 - 9	0,1031

Teste Wilcoxon

Quando se compararam as medianas dos escores de ansiedade e depressão das mães do grupo MD e ME, verificou-se valores maiores no Grupo MD, apesar das diferenças não serem estatisticamente significativas. As mães do grupo MD pontuaram mais, nas duas escalas, e a amplitude de variação dos escores também foi maior que a do grupo ME.

A Tabela 5 apresenta a distribuição das mães dos grupos MD e ME segundo a intensidade dos indicadores clínicos de ansiedade (mínimo, leve, moderado e grave).

Tabela 5 - Frequência de mães dos grupos MD e ME segundo intensidade de ansiedade avaliada pelo BAI.

Variável (Intensidade de ansiedade)	Grupo MD (n= 10)		Grupo ME (n= 10)		Valor de p
	N	%	N	%	
Mínimo	7	70,0	9	90,0	0,5762
Leve	2	20,0	1	10,0	1,00
Moderado	0	0,0	0	0,0	NA
Grave	1	10,0	0	0,0	1,00

Teste do Qui-Quadrado; NA= Não Aplicável.

Em relação aos indicadores de ansiedade, 3 mães do grupo MD, contra apenas 1 do grupo ME, apresentaram escore indicativo de algum grau de ansiedade, mas as diferenças não foram significativas. Note-se que uma mãe do grupo MD apresentou escore de ansiedade grave.

A Tabela 6 apresenta a distribuição das mães dos grupos MD e ME segundo resultados dos indicadores clínicos de depressão (mínimo, leve, moderado e grave).

Tabela 6 - Frequência de mães dos grupos MD e ME segundo intensidade de depressão avaliada pelo BDI.

Variável (Intensidade de depressão)	Grupo MD (n= 10)		Grupo ME (n= 10)		Valor de p
	N	%	N	%	
Mínimo	5	50,0	10	100,0	0,03887*
Leve	2	20,0	0	0,0	0,4561
Moderado	3	30,0	0	0,0	0,2104
Grave	0	0,0	0	0,0	NA

Teste do Qui-Quadrado; NA= Não Aplicável; * $p \leq 0,05$.

Metade das mães (5) do grupo MD apresentou indicadores de algum grau de depressão, contra nenhuma do grupo ME, resultado estatisticamente significativo. Note-se que três mães do grupo MD apresentaram escore para depressão moderada, duas para leve e nenhuma para grave.

4.3 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

Os conteúdos das verbalizações maternas foram analisados e estão explicitados em 7 eixos temáticos: crenças sobre inapetência, modos de alimentar a criança, crenças sobre desnutrição, sentimentos frente ao estado nutricional do filho, causas da desnutrição, enfrentamento dos quadros de desnutrição e imagem materna.

Cada tema engloba os núcleos de sentido que o compõe e, para ilustrá-los, foram incluídas unidades de registros (recortes dos depoimentos) devidamente identificadas pelo grupo a que a mãe pertence e pelo número da entrevista.

4.3.1 Crenças sobre Inapetência

As mães pareciam corretamente diferenciar inapetência de desnutrição. A inapetência foi interpretada como fazendo parte de uma fase do desenvolvimento da criança, um fenômeno transitório, ou como uma característica que faz parte da singularidade daquela criança que não se interessa muito pela comida, não gosta de comer.

“... até um aninho ele comia super bem, mas não sei se é porque ele foi crescendo, foi brincando, entendeu?... ele comia mais, antigamente, e agora não come... talvez é uma fase da criança não comer.” (MD 2)

“... ele não come nada... porque não quer comer mesmo... ele não gosta de comer, não sente vontade...” (MD 3)

Para as mães de crianças eutróficas, não havia relação direta entre comer bem e estado nutricional. Não conseguiam explicar como alguém que não come bem cresce e engorda, mas acreditavam que se o filho tinha um bom peso e crescimento, ele não estava desnutrido e então, não havia problema em não comer bem.

“... ela não almoça direito, não janta, se eu colocar meio prato de comida, não come nem um quarto do pouco que coloquei... é muito difícil de comer comida... mas ela está bem, crescendo e engordando bem... a mais velha que comia bem melhor que ela não engordava e crescia desse jeito.” (ME 1)

“... os meus outros filhos eles comiam bem, esse já não come bem, igual os outros, então eu acho estranho, né? Ele não come, fecha a boca, eu distraio ele, faço aviãozinho e não quer comê... faz manha, chora, fecha a boca... mas ele cresceu bastante... tá com o peso bom...” (ME 3)

Por outro lado, as mães das crianças desnutridas estabeleceram uma relação direta entre desnutrição e inapetência, mostrando que a dificuldade de ganho de peso e crescimento está relacionada à falta de apetite, o que as leva a comer pouco e não se desenvolver.

“... ele não desenvolve porque ele não é uma criança que se alimenta bem, ele não come, sabe? O negócio dele é porcariada, eu acho que, no meu ponto de vista, ele não é uma criança desenvolvida... é 3 colheradas dele e o resto tudo do velotrol, porque ele não come, ele fala “não qué mãe” ele coloca na cabeça dele que ele não quer comer e não come.” (MD 2)

“... quase sempre não quer comer, é muito difícil de comer, aí atrapalha... tá desnutrida...” (MD 9)

Para as mães, os modos alimentares que elas utilizavam, podiam auxiliar a superar a inapetência ocasional. Quando as estratégias não davam resultado, muitas vezes se estava à frente dos quadros de desnutrição.

4.3.2 Modos de Alimentar a Criança

Segundo a literatura (ENGLE; ZEITLIN, 1996; DETTWYLER, 1989), a inapetência infantil, no primeiro e segundo anos de vida, é um fato corriqueiro, pois a criança está se adaptando à alimentação sólida, várias infecções ocorrem nesse período, criando momentos de inapetência temporária.

As mães deste estudo pareceram recorrer a diferentes estratégias para contornar o problema. São modos alimentares aprendidos na cultura em que a mãe vive, transmitidos pela família ou adquiridos pela própria experiência, como ela foi alimentada quando pequena ou do que aprendeu alimentando seus outros filhos.

“Ah, eu comia bem, até que já peguei isso dela (mãe), faço como ela... porque sempre no horário de comida tinha que comer, desde pequena sabe, às vezes eu não queria uma coisa, ela fazia outra, mas tinha que comer... É, eu gostei do jeito que ela fazia comigo, né porque nossa ela cuidou de mim super bem, às vezes de manhã ela não obrigava tomar café da manhã, mas na hora do almoço tinha que almoçar e na hora da janta também tinha que jantar, nossa o dia que eu não jantava ela brigava, punha eu lá de castigo pra pensá e, eu aqui, é o mesmo regime dela, entendeu?... eu aprendi com ela.” (ME 7)

“... meu outro filho pra esse tem diferença de 8 anos... eu acho que eu tinha mais experiência agora, o cuidado que a gente tem que ter, eu acho que eu tinha mais prática agora, tava mais madura pra ser mãe... então, acho que por isso que o desenvolvimento dele foi melhor... horário certo pras coisas e tá aqui no posto aprendi bastante coisa sobre cuidados com a criança essas coisas... os horários de alimentação dele... eu acho que eu fiquei mais em cima, mais cuidadosa, mais é... orientada, acho que tive mais orientação... é por isso que ele tá crescendo e engordando muito bem.” (ME 5)

No conjunto de entrevistas, pode-se identificar os três modos alimentares, apontados pela literatura, como as formas que as mães utilizam para alimentar seus filhos: o controlador, o *laissez-faire* e o responsivo (ENGLE; BENTLEY; PELTO, 2000).

4.3.2.1 Modo Controlador

▪ “Ele tem que comer de alguma forma”

Dentre eles, o estilo controlador foi o menos referido. Caracteriza-se pelo uso da coerção. A coerção pode ser física ou verbal. Como exemplo de coerção física, pode-se citar o estudo de Engle, Bentley e Peltó (2000) sobre comportamentos de mães nigerianas quando desejavam, de qualquer forma, ter um completo controle de quando e quanto a criança comia: imobilizavam a criança, abriam sua boca à força e despejavam o alimento. Como se obtinha um resultado positivo, elas eram reforçadas a continuar utilizando essa estratégia alimentar.

No presente estudo, as mães referiram que forçavam a criança a comer, sem especificar como. Utilizaram termos vagos- *forçar*, *dar na marra*. Apenas uma mãe se referiu ao bater, avaliando de forma negativa o procedimento ou se justificando, já que os outros métodos não deram certo e a criança estava fragilizada por uma doença.

Foi possível observar, também, que dentro das punições parecia haver uma escala do que é mais aceito e melhor, por exemplo, gritar é melhor do que bater, bater, mas não espancar. Pode-se inferir que havia uma hierarquia de comportamentos coercitivos a que a mãe recorria em etapas subseqüentes, quando uma forma não dava certo ela passava para a outra, considerada mais punitiva.

“... não digo bater todo dia porque eu acho que bater não resolve todo dia, mas assim se ela faz uma coisa errada hoje, você briga e fala não pode fazer, ela vai e faz, aí eu ponho de castigo, se não der certo, bato, mas não ficá espancando ela assim, sabe?... que nem tem muitas pessoas que batem, mas espanca mesmo, não bate, eu acho errado... não acho que é errado, porque na hora que ela faz as coisas erradas tem que brigá com ela porque senão depois cresce não sabendo o que fazer, né?... mas eu me sinto culpada... ela chora eu tenho dó” (ME 6)

Foram muito poucas as falas maternas que referiam a utilização de coerção física. Mães relatavam sucesso quando induziam e pressionavam a criança que não queria comer, mas parecem saber que esse modo é bastante criticado socialmente. Em uma época em que a conversa com a criança e os acordos são considerados a forma correta de educar, restrições físicas são malvistas, inclusive pelas mães que recorrem a elas (CALDANA, 1998).

“... por enquanto né, na hora que eu vê que não tá adiantando, aí eu terei que fazê ela comer na marra.”
(MD 5)

“... eu já tentei bater para comer, mas não deu certo, parei...” (ME 6)

A coerção verbal, composta de castigos, chantagens e ameaças, caso a criança não comesse, pareceu mais aceita pelas mães. Foi, inclusive, avaliada positivamente, porque não se bate na criança, mas se conversa com ela. Novamente, o que justifica esse estilo são suas conseqüências: a criança come, melhora.

“... Eu falava pra ele: se você não comer a sua barriga vai encher de bichinho aí você vai ver, daí você vai ter que ir lá no médico tiáa os bichinhos da barriga; aí ele começou a comer, come sozinho, bem.” (ME 6)

“... ele fala não, não quero, aí eu falo: você vai comer, ele fala não, mamá, aí eu falo você não vai mamar antes de comer... aí eu falo: ó, vou deixar você pensando, aí ele come, come porque, às vezes, ele quer sair pra rua e eu não deixo... deixo ele sentadinho pensando, falo fica aí sentadinho pensando porque você não pode sair... e ele obedece, sabe? Aí, ele come prá não ficar sentado, aí ele come...” (ME 7)

“... daí foi o que eu te falei comecei a dar um incentivo, né? Assim de brincar, ficar chantageando... daí eu falei não, vou mudar, agora vamos ver se eu pegando no pé dele ele come. Daí eu percebi que ele..., sabe? Deu uma melhorada...” (MD 2)

O uso da coerção também foi citado pelas mães, como uma forma eficiente de educar o filho, não apenas na situação nutricional. Esse discurso sempre veio carregado de muita culpa. Justificavam seu uso enfatizando as vantagens futuras, pois acreditavam que a maneira que a pessoa será quando adulto depende da educação na infância.

“Eu acho que eu sou carinhosa, às vezes eu grito muito, né? Pra não bater nele, não judiar, entendeu? Mas eu grito bastante, mas não também gritar que nem uma louca, né? Eu grito moderado, não esgoela também, eu faço isso quando tá fazendo bagunça porque é melhorar ele chorar hoje do que eu chorar amanhã com ele, né? Matando alguém no meio da rua, entendeu?” (MD 10)

4.3.2.2 Modo Laissez-faire

▪ “Ele come se quiser, eu não forço”

Várias mães, especialmente dos desnutridos, disseram utilizar estratégias que se caracterizam como *laissez-faire*, opostas às do modo controlador, quando se permite que a criança tenha plena autonomia e controle da refeição, decida o que quer comer e quando. No geral, há uma certa descrença quanto ao papel de incentivos e encorajamentos.

“... come quando quer comer, quando pede comida come tudo, quando eu ponho e falo para comer, geralmente não come e não adianta... falo uma vez para ele comer, se não quer não insisto... Ele come quando sente vontade de comer, ele sempre que pede a comida, não sou eu quem ofereço... ah, não adianta, eu coloco o prato de comida entre as pernas dele na cadeira aí se não quer ele desce da cadeira e deixa a comida na mesa, aí eu deixo, não quer, então não quer... aí ele pede mamã, salgadinho, bolacha o que tiver, eu pego e dou...” (MD 3)

Houve uma alta flexibilidade materna em aceitar as iniciativas de independência, mesmo que a criança derrubasse a comida e se dispersasse. Esses comportamentos seriam típicos da idade e sinalizariam um bom desenvolvimento.

“... ele quer na mão dele, aí ele come... ele faz muita sujeira, joga no chão, mas como ele come bem, aí eu deixo...” (ME 3)

“Eu que dou pra ela, ela come sozinha num pratinho, tem que dá um pratinho pra ela, aí come do jeito dela, com a mão, com a colher, faz a maior bagunça...” (MD 6)

O que parece justificar esse modo alimentar é a crença que dando liberdade à criança ela se alimenta. As mães complementavam dizendo que a criança sabe quando está satisfeita, e enfatizavam os efeitos perniciosos do forçar, como os vômitos. Apareceu, também, uma crítica velada a quem distrai ou brinca com a criança para que coma. Parece que essas atitudes educacionais são reprovadas porque acostumam mal a criança, que, no futuro, pode se transformar em uma criança mimada.

“Eu deixo ela sentadinha e ela come o tanto que ela acha que deve comer, não forço, porque, às vezes, eu posso forçar e podê voltar a comida, não forço não, come o quanto quer... se forçar é pior, então, eu deixo ela fazê o gosto dela...” (MD 5)

“... mas eu não fico falando, brincando com ele, porque não é necessário ele não é uma criança assim enjoada que tem que ficá fazendo coisa pra comer, ele é bonzinho.” (MD 10)

4.3.2.3 Modo Responsivo

- ***“Eu procuro fazer várias coisas para que ele coma bem”***

A maioria das falas maternas pareceu se enquadrar no modo alimentar responsivo, quando a mãe tenta se ajustar aos estados comportamentais da criança, alterando o ambiente e seu próprio comportamento de acordo com as demandas e limitações infantis. Antes do início da refeição, as mães começavam a planejar condições que aumentassem a probabilidade da criança se alimentar.

Em primeiro lugar, selecionavam alimentos que a criança gostava ou que tinha facilidade de ingerir.

“... eu sempre procuro dar pra ela as coisas que eu sei que ela gosta... inventá é gostoso a criança come, gosta de uma coisa diferente... aí ela come mais ainda...” (ME 8)

“Ah, e quando ele tá doentinho eu faço sopinha, canja com cenoura ralada e batatinha e peito de frango desfiado, sabe? Mais caldo, mas que já deixa ele fortinho, aí eu vou dando...” (ME 4)

Escolhiam, também, o local onde ocorreria a refeição, arrumavam o ambiente físico, de modo que a criança se sentisse mais à vontade para comer.

“... ela come melhor se eu não fizer nada, eu ponho a comidinha bonitinha, ponho ela sentada no cadeirão, dou a colher e deixo ela comer sozinha...” (ME 10)

“Eu acho que comer junto ajuda. Que nem vamos todo mundo comer ajuda... eu percebo que ela gosta quando senta eu, ela e minha avó, ela come melhor...” (ME 10)

No entanto, na opinião das mães, não é apenas o ambiente físico que facilita a alimentação da criança. As mães deram muita importância ao clima emocional, no momento da refeição, principalmente tendo paciência, dando carinho e atenção ao filho. Quando a mãe não tem condições, por estar estressada ou por não ter preparo, é melhor delegar a função de alimentar a alguém que tenha um melhor controle.

“... tem que ser sempre suave, sabe?... criança qualquer coisa muito ríspida assim choca... E aí isso influencia também, eu de repente tô nervosa e dou uma bronca nela na hora de comer, ichi pára de comer...” (ME 10)

“... dando carinho, atenção ela fica mais feliz, come melhor...” (ME 8)

“Tem dias que eu tô muito irritada por outras coisas aí não tenho paciência, peço para alguém, geralmente minha mãe dar a comida, senão brigo com ela e daí que ela não come mesmo.” (ME 1)

Segundo as mães, o que mais prejudica o apetite da criança, na hora da refeição, são os alimentos ingeridos entre as refeições. Elas tentaram contornar o problema com pulso firme, restringindo a ingestão de guloseimas e estabelecendo horários.

“... quando é nos intervalo das porcariada, aí ela não come mesmo, joga a comida no chão não quer saber de comer.... agora eu to dando uma brecada... tô cortando um pouco, né? Porque tá com o dente estourando ainda, vai dando diarreia e aí que ela não vai comer mesmo, então já dei uma cortada...” (MD 5)

“... horário certo pras coisas... tem que ter os horários certo de alimentação dele...” (ME 5)

Os doces, salgadinhos e danones foram rotulados de “porcarias”. Apesar dos salgadinhos e doces serem considerados “porcarias”, eles não são retirados da dieta, são utilizados para barganhar, para fazer tratos quando se quer que a criança coma mais um pouco e finalize a refeição. Outros elementos, que a mãe percebe que têm valor de troca, são utilizados nesses tratos.

“... assim eu faço um pouco de chantagem com ele, falei se você papar tudo a mamãe dá dois danones pra você...” (MD 2)

“... às vezes ela quer parar de comer eu vejo que é porque vê algum amiguinho lá fora e quer brincar, aí fala não quero mais, mãe... eu empurro um pouco, sabe? Não vamos comer pra poder sair... e aí ela come mais e deixa sair...” (ME 8)

As mães das crianças menores, que ainda não tinham habilidade motora, e destreza suficiente, preparavam a colher, seguravam o prato, amassavam o alimento e ajudavam a levar a colher à boca. Com ajudas físicas tentavam garantir que a criança comesse.

“Bom, eu fico segurando o prato e eu vou dando pra ela senão só faz bagunça, amassa a comida, joga e não põe na boca...” (ME 1)

“Ele quer comer sozinho, mas ainda não consegue, daí eu que trato dele...” (ME 7)

As mães sabiam que, mesmo com ajudas e dando o alimento na boca, a criança tem formas de recusar o alimento. Recorriam, então, à distração, uma prática bastante antiga e popular, quando se acredita que tirando a atenção do alimento ou transformando o momento alimentar em uma situação lúdica, a criança vai comer.

“Ele não come, fecha a boca, eu distraio ele, faço aviãozinho...” (ME 3)

“... vamos dar papá pro velotrol, pro cavalinho, fico brincando com ele na verdade, né?... comprei até aquela sopinha de letrinha, comprei duas, eu não sei se isso é bom, mas eu comprei pra ver se incentiva ele mostrando a letrinha essas coisarada... aí eu falo “olha o cavalinho tá engordando o V., também, vai engordar...” Vou brincando, falo que a boca dele é a garagem, falo “vai V. abre a garagem pra eu colocar o carrão”, aí ele abre a boca.” (MD 2)

Por trás do modo responsivo é possível identificar algumas crenças. Em primeiro lugar, que a criança é um ser ativo, tanto que tenta impor suas vontades fechando a boca, ou escolhendo guloseimas, mas que ainda não sabe avaliar o que é bom para ela. Para tanto, precisa de um adulto que direcione suas ações, estabelecendo horários, oferecendo ajudas, restringindo uns alimentos e incentivando a ingestão de outros. Parece implícito que sempre se deve usar de convencimento, não da imposição.

Dessa crença decorre, também, que a mãe é responsável pela saúde da criança, precisa organizar sua rotina e ter artimanhas para induzir os filhos a emitir os comportamentos adequados. Em consequência, se a criança continua não se alimentando corretamente, a culpa é da mãe.

“... a gente tem que saber a hora de dar alimentação, de dar uma fruta, dá uma comida, dá um suco, uma água, tudo, a gente tem que dá... eu vi que se a gente ficá mais em cima incentivando a criança ela vai comer, vai se desenvolver melhor...” (ME 5)

“A alimentação da minha filha é minha responsabilidade, então, se não se alimenta direito é culpa minha.” (MD 9)

Muitas mães relataram que alimentavam seus filhos de maneira responsiva: planejavam as condições antecedentes da alimentação, como o ambiente físico e o clima emocional; restringiam a ingestão de guloseimas, para manter o apetite; estabeleciam horários para as refeições e, durante a alimentação, ofereciam ajudas físicas e distraíam a criança para ela comer melhor. No entanto, várias mães, principalmente das crianças desnutridas, mostraram não acreditar nesse modo alimentar e deixavam a criança controlar a alimentação, em uma atitude *laissez-faire*.

O modo de alimentar menos citado pelas mães foi o controlador, provavelmente pela desaprovação social, especialmente quanto à coerção física, mas das falas depreende-se que continua sendo utilizado, como último recurso, pelos benefícios futuros que pode proporcionar à criança.

4.3.3 Crenças sobre Desnutrição

Para definir a desnutrição, as mães fizeram referência a diversos indicadores e critérios. O mais freqüente foi o aspecto físico da criança. As mães utilizaram sua percepção do peso e de altura para avaliar se a criança era desnutrida, isto é, se ela era magra e/ou pequena. Mas mesmo nessa categoria, as referências variavam: algumas mães enfatizavam mais o baixo peso, outras a altura e em certas falas houve alternância entre os dois aspectos. Não se restringir somente ao peso, à magreza, mas incluir a avaliação da altura para definir o quadro de desnutrição, pode ser um reflexo do discurso médico/profissional de saúde, que utiliza a baixa estatura como indicador de desnutrição crônica.

“... era desnutrida, era bem magrinha...” (ME 2)

“A criança é desnutrida quando não cresce...” (ME 9)

“... baixinho e bem magrinho e, por mais que se alimenta, não engorda...” (MD 2)

As mães apontaram basicamente, 4 formas para reconhecer uma criança como desnutrida: critérios pessoais, comparações com outras crianças ou com ela mesma em outras fases do desenvolvimento, com critérios antropométricos ou com mudanças comportamentais associadas à desnutrição.

Na maioria das falas as mães utilizaram critérios pessoais para reconhecer o filho como desnutrido ou eutrófico (peso ao carregar no colo, roupas largas).

“... ela tá leve, a gente percebe na roupa, compro a roupa pra ela e a roupa cai, não fica, e é tamanho normal de roupa, ela tá desnutrida... uma mãe sabe, que carrega e não ganha o peso, troca a fralda todo dia, dá banho, convivo 24 h com ela, então conheço, sei que não tá ganhando peso, tá pequena...” (MD 9)

“... a gente olha e vê quando a criança parou... eu sou assim, eu olho e vejo, “ nossa parece que agora ele deu uma emagrecidinha”, eu percebo quando ele engorda, quando emagrece, mas ele tá ótimo, eu acho, tá ótimo... porque eu vou vendo que ele vai crescendo, engordando.” (ME 4)

Outras vezes as mães se valeram da comparação com a própria criança, em fases anteriores do seu desenvolvimento, ou com outras crianças. As dobrinhas e o bebê gordinho são motivo de satisfação. A fase do desenvolvimento motor, em que a criança brinca, pula, se não for acompanhada de aumento de ingestão de alimentos, foi associada à perda de peso.

“... se você pegar as fotos dele de antes você fica boba de ver a gordura que ele era, ele era muito gordinho, sabe? Aquelas dobrinhas na perna, até um aninho ele comia super bem, mas não sei se é porque ele foi crescendo, foi brincando, entendeu? Porque, no meu ponto de vista, quando a criança começa a brincar ela deveria comer mais, né? Porque pula o dia inteiro, tinha que sentir mais fome do que antigamente e ele comia mais, antigamente, e agora não come tanto... quando eu vi que ele não estava saindo do que ele tá, que ele tava do mesmo jeito, aí começou a me preocupar mais...” (MD 2)

Em algumas falas as mães são bem precisas e parecem conhecer os valores de peso e altura esperados para a idade do seu filho, que apontam como critérios para considerá-los desnutridos ou eutróficos.

“... do meu ponto de vista não tá crescendo e engordando bem... que nem ele tá com 2 anos e a última vez que eu levei ele, tava com 9 e pouquinho, então, eu acho que ele não tem o peso que ele deveria ter entendeu?” (MD 2)

“Eu acho que tá bem, né? Ela tá com 16 Kg, com 95 cm, eu acho que ela tá bem...” (ME 6)

Os indicadores numéricos de peso e altura, assim como o diagnóstico médico, baseados em procedimentos científicos (pesagem, acompanhamentos, encaminhamentos a serviços especializados), se mostraram cruciais para referendar o estado nutricional da criança.

“Não, não, ela não tá, pelos médicos ela não tá ganhando peso e não tá crescendo, tá?” (MD 1)

“E sempre que eu vou no posto, consulta de rotina... eu levo pra pesar, medir e eles falam que ela tá crescendo muito bem, crescendo e engordando bem e eu acho também.” (ME 9)

Mas, em vários momentos, além do aspecto físico (peso e altura), outros marcadores precisavam estar presentes para caracterizar a desnutrição, como fraqueza, lentidão e pouca força.

“... ele é desnutrido olha, bem magrinho...a criança fica fraquinha...” (ME 8)

“... mas eu acho que criança desnutrida são aqueles bem magricelinho, sabe? Que não tem força nem de levantar, é uma criança mais lenta em tudo, porque criança magrinha que come e bebe bem eu acho que esse não é desnutrido, lógico que tem que engordar mais um pouquinho pra ficar no peso ideal, né?” (ME 6)

Em algumas falas, a pouca disposição, especialmente para realizar atividades próprias da infância como correr, brincar foi o aspecto predominante na descrição da desnutrição, minimizando a importância do peso e da altura, isto é, criança magra que brinca e corre não é criança desnutrida.

“... se tá pequenininho, magrinho, mas correndo e brincando acho que tá tudo bem, porque criança que brinca nunca tá doente, não é aquela história se você vê uma criança brincando, correndo aí, essa criança não tá doente, mas agora se você vê uma criança limpinha, sentadinha num cantinho, sozinho, pode ter certeza que aquela lá tá doente...” (ME 6)

“... ele é muito inteligente, ele não é uma criança que se fala com ele e fica mortinho sabe... eu acho que... porque seria mais fraquinho, né? Pra levantar de pé que ele consegue levantar, eu acho que ele seria mais bobinho, porque tem criança que é assim que eu conheço que é...” (MD 10)

Em resumo, para considerarem a criança como desnutrida, as mães utilizaram vários critérios pessoais e mesmo antropométricos. Chamou a atenção que, em várias falas, ao lado de indicadores de peso e altura, elas recorreram ao comprometimento comportamental, como não conseguir brincar, ser lento e fraco, para caracterizar o quadro.

4.3.4 Sentimentos frente ao Estado Nutricional do Filho

- ***“Fiquei muito preocupada por ela não ganhar peso”***

A maioria das mães de desnutridos tinha uma percepção do estado nutricional da criança que coincidia com o diagnóstico médico, isto é, avaliavam que elas estavam abaixo do peso, demonstravam muita preocupação com este estado e com suas conseqüências futuras.

“... ela tá desnutrida... sei que não tá ganhando peso, tá pequena... nossa eu me preocupava muito... sei que se der anemia muito grave nessa idade, não vai curar jamais... hoje você vê na TV as conseqüências que vai ter lá no futuro, não falo assim de malformações, nada disso, nem no sentido de inteligência, não... doenças que aparecem porque teve uma má alimentação lá atrás, tem crianças mais burras, que não aprendem na escola porque tiveram uma deficiência precária, não agüenta muito...” (MD 9)

“... quando eu levei ele no médico e vi que tava pesando 9 e pouquinho fiquei desesperada, falei nossa o que que é isso... fico totalmente estressada, né? Porque me dá nervoso... eu chegava a chorar, sabe?” (MD 2)

Algumas mães de desnutridos, entretanto, se mostravam satisfeitas com o estado nutricional da criança, no presente, ou porque se estava revertendo o quadro, ou porque não viam a desnutrição como doença, mas como uma característica familiar. Uma mãe chegou a explicitar que temia que a filha crescesse e perdesse seu status de bebê.

“Ela engordou bem de uns dias pra cá, crescendo... também, bom ela só é pequenininha, né? Mas o médico falou que é normal porque é de família... é normal, eu vou nas consultas com ela sempre e está tudo bem com ela.” (MD 7)

“... eles tão investigando o caso dela... passaram tratamento para ajudar no crescimento e desenvolvimento e eu não dava pra ela porque eu achava engraçadinho ela ser pequenininha, muitas vezes, eu lembrava de dar, mas não dava, porque eu acho bonitinho ela ser pequenininha... eu não queria que ela crescesse...” (MD 8)

A preocupação com o estado nutricional da criança e a insegurança não se limitou às mães de desnutridos. Apesar da maioria das mães de eutróficos verbalizar que estava satisfeita com o desenvolvimento da criança, algumas demonstravam preocupação, por exemplo, em não saber se conduzem a alimentação do filho corretamente para não apresentar algum problema como anemia e desnutrição e preocupação com a possibilidade da filha iniciar um quadro de obesidade.

“... assim na pastoral da criança... eles falam que ela tá acima do peso que é pra mim fazer regime nela, né? Mas eu acho que não, por enquanto não, porque ela não parece ser gorda porque ela é entroncadinha, mas não é gorda... não sei se é porque eu sou gorda então... Não, eu falo acabou o papá porque daí eu acho que ela tá exagerando... esse horário que eu faço pra ela porque se ficá assim toda hora dando comida pra ela aí sim, daí ela vai engordar... quem vai estragar a criança daí sou eu entendeu?... porque eu não tô fazendo nada certo, então, eu acho que isso ajuda também, né? Eu colocá os horarinho dela comer... senão ela ia engordar demais.” (ME 6)

“Ai eu tenho preocupação quanto a isso sabe? Dele não se desenvolver, pegar uma... alguma anemia que possa virar outra coisa, né?... eu tenho medo disso, então, eu sempre tento dar a comida pra ele, não deixo ficar sem tomar água, eu me preocupo sim sempre falo com meu marido será que o que ele tá comendo tá bom.” (ME 3)

Se a maioria do grupo MD mostrou preocupação com o estado nutricional do filho, algumas mães estavam satisfeitas devido à reversão do quadro ou por considerarem a desnutrição como característica familiar. Como era de se esperar, a maioria das mães do grupo ME estava satisfeita com o desenvolvimento de seu filho, mas chamou atenção, em ambos os grupos, o alto grau de insegurança quanto às atitudes tomadas e suas possíveis consequências.

4.3.5 Causas da Desnutrição

As mães utilizaram diferentes argumentos para explicar a desnutrição infantil, na tentativa de entender e justificar o que acontecia com o filho.

4.3.5.1 Genética

- ***“Isso é de família”***

Em várias falas, a desnutrição foi considerada uma característica herdada dos familiares, genética, transmitida através das gerações. São explicações que tentaram dar a desnutrição uma conotação natural que não depende das atitudes maternas ou da criança, pois é inata. Sendo uma causa herdada, sem possibilidade de intervenção, não merece preocupação, nem atendimento específico, e isso parece acalmar as mães. As explicações fundamentadas na genética serviram para justificar porque, apesar de todos os esforços maternos, a criança não ganhava peso e não era possível reverter o quadro.

“... é normal, eu vou nas consultas com ela sempre e está tudo bem com ela. Ela é baxotinha mesmo. Fui na consulta e perguntei e a médica disse que é de família... levei ela no médico e vi que era normal.” (MD 7)

“Não, é a natureza dele mesmo ser magrinho como meu outro moleque foi, não tem como fazer ele comer na marra, engordar na marra, então eu fico tranqüila...” (MD 3)

“... pode ser a genética de que ela vai ser magra mesmo, porque eu já fiz de tudo, de tudo mesmo, e não ganha peso...” (MD 9)

Outra causa presente nas falas foi associar o estado nutricional com o sucesso (ou insucesso) em fases anteriores do desenvolvimento infantil, especialmente no período gestacional.

4.3.5.2 Gestação

- ***“Ele é fraquinho de nascença”***

No imaginário popular, “a fraqueza de nascença”, que se inicia no período gestacional, está relacionada com a carência nutricional das mães ou com os desejos e sofrimentos pelos quais a mãe passou durante a gestação (CALVASINA et al., 2007).

“... E também cuidar da gravidez é importante; eu sempre me alimentei bem na gravidez, tomei um monte de vitamina e ela nasceu forte e saudável...” (ME 10)

“Um pouquinho eu acho que também pode ser por causa da gestação, de não se alimentar certinho... então, eu acho que a criança já foi educada dentro da barriga a comer pouco, às vezes vem da educação da gestação...” (MD 1)

4.3.5.3 Amamentação

▪ “É por causa da amamentação”

Além do período gestacional, as mães referiram que as dificuldades na época da amamentação e, principalmente o desmame, eram responsáveis pela desnutrição atual. Segundo elas, parece que há um período certo para amamentar, quem interrompe antes, tira a possibilidade da criança criar anticorpos e ela fica suscetível a doenças. Por outro lado, se a amamentação se prolonga por muito tempo, ela acaba competindo com a alimentação sólida. Houve muita contradição quanto ao momento certo para o desmame: se em algumas falas aparece o critério preconizado pela OMS, acima dos 6 meses de amamentação exclusiva, houve mães que consideraram precoce interromper após um ano e uma que considerou os 3 anos a idade correta para parar de amamentar.

“... minha mãe fala que o V. não é muito diferente de mim porque eu não comia, mas eu era gordinha por causa do peito, mamei até 3 anos e o V. não come bem também, e é magrinho porque mamou no peito até 3 meses só, até então eu me sinto culpada porque eu deveria ter deixado mais ele no peito, né? Já ficou muito doente e eu acho que é por isso...” (MD 2)

“A única explicação para ela não ganhar peso como devia ganhar como outras crianças é o peito... Atrapalha, por quê? Porque eu como mãe não estou administrando bem isso, porque eu poderia falar você vai mamar só à noite, mas não, o que acontece? Eu não consigo falar não pra minha filha o tempo inteiro e termino cedendo, termino dando o peito nos horários das refeições principais...” (MD 9)

“Agora ela tá substituindo a comida pelo leite, já acostumou com isso aí, tô tentando mudar, mas não consigo... tenho dó, não agüento ver ela chorando, faz manha aí eu dou, daí ela mama e para de chorar...” (ME 1-filha amamentada na mamadeira)

4.3.5.4 Cuidados Maternos Inadequados

▪ “A mãe que não cuida direito”

Como se pode perceber pelas falas acima, as explicações mais usuais das entrevistadas apontaram a própria mãe, que oferece cuidados maternos inadequados, como responsável e potencialmente culpada pela desnutrição do filho. Os cuidados maternos inadequados ora se referiram à atenção geral dispensada à criança, ora se focalizavam, apenas, nos cuidados alimentares.

As mães citaram toda uma gama de responsabilidades maternas: saúde, higiene, alimentação e educação. Foram opiniões emitidas, principalmente, por mães de filhos eutróficos. Por um lado, transparece um ideal de mãe que deixa em segundo plano seus problemas para cuidar do filho e uma associação de desnutrição com sujeira e doença.

“Às vezes, eu acho que é o cuidado da mãe, eu acho que a mãe por mais que tenha dificuldades, problemas assim na família; eu acho que ela tem que cuidar melhor do filho, procurar ou saber se tem que dar remédio, ir no médico, ver se é a saúde e se não for procurar dar uma coisa gostosa pra criança comer, se não tiver, inventar, quando tiver um dinheirinho comprar uma coisa diferente.” (ME 8)

“... como já teve caso que eu vi, né, mãe que não cuidou até que o filho ficou com uma doença que mata, né, que seca né e a gente via; eu morava perto, dava pra ver que a mãe não cuidava do filho, não cuidava da casa, a sujeira é uma coisa que... prejudica muito a saúde da criança e era assim, então, no meu ver eu acho que é isso.” (ME 3)

Quando se referiram aos cuidados alimentares específicos, as mães de crianças eutróficas destacavam, principalmente, a falta de habilidade das mães em estabelecer horários, em oferecer o alimento ou mesmo em avaliar as habilidades da criança para sinalizar que está com fome. Essas mães falavam de forma impessoal, referindo-se a outras mães que não elas.

“... mas muitas é porque a mãe quer fica sossegada, acha que a criança tem que chorar pra tá com fome, eu já acho que não a criança não tem que chorar pra tá com fome, a gente tem que saber a hora de dar alimentação, de dar uma fruta, dá uma comida, dá um suco, uma água, tudo, a gente tem que dá porque eles não sabe pedir...” (ME 5)

“... às vezes não dá a comida direito e quando vai dar a comida a criança não aceita mais...” (ME 9)

As mães dos desnutridos também se referiram à inadequação nos cuidados alimentares, como justificativas para o fato da criança não ganhar peso, mas diferentemente das mães de eutróficos, elas se incluíam no discurso, carregado de culpa.

“Nossa, quando me falaram sua filha tá anêmica eu fiquei assustada, pensei o que eu fiz? O que eu fiz de errado?...” (MD 9)

“Aí eu pensava que eu não tava tratando dela direito, sei lá, que ela não tava comendo direito, que tava faltando alguma coisa...” (MD 6)

“... um dia que você saia da rotina que você fez, o que acontece? Dá tudo errado... Muda a rotina quando ela acorda mais tarde, mas por que isso acontece? Porque eu dormi mais tarde, aí atrapalha toda a alimentação...” (MD 9)

As mães não se limitaram a apontar a falta de cuidados maternos como responsáveis pela desnutrição, mas justificavam porque isso ocorria. As mães dos eutróficos associaram os cuidados inadequados com a “má mãe”, aquela que abandona o filho, não investe em cuidados e carinho porque quer ficar sossegada, têm pouca dedicação, pouco amor e carinho para dar.

“... tem também o desleixo, tanto faz ter um ou meia dúzia, que não liga, e deixa largado, às vezes até tem condição porque já vi mãe assim que era muito bem de vida...” (ME 10)

“Ah, eu acho que são filhos de mães que não ligam pros filhos, né? Umas pensam só em trabalho, outras pensam só em marido, outras pensam só em casa... eu acho que essas crianças que tão desnutridas, são crianças que as mães não ligam muito, não se importa muito com o filho...” (ME 3)

“... que nem eu falei da L., dando carinho, atenção, ela fica mais feliz, vai comer melhor... agora tem criança que tem tudo na casa, mas não come, às vezes, é falta de diálogo com a criança... falta de atenção, amor e carinho...” (ME 8)

Nem sempre a imagem que prevaleceu foi negativa, de uma mãe que abandona. Várias falas de mães de crianças eutróficas tentaram justificar o fato da mãe não exercer seu papel devido à idade, falta de instrução e orientação, problemas emocionais e a conflitos familiares, que acabam deixando a mãe menos disponível emocionalmente para a criança.

“... tem muita mãe nova agora, então, geralmente quê mais que o filho só dorme, dorme, dorme, então, fica desnutrido...” (ME 5)

“Eu falo isso também, pelo fato de eu ter tido os dois que eu não tinha muita experiência... então, não tinha muita noção de ficar dando comida... pra mim era peito e mamadeira... então, por isso que eu falo que um pouco é falta de orientação da mãe...” (ME 5)

“Mas que se a pessoa tá em constante guerra com o companheiro, por exemplo, ela também não vai ter motivação pra alimentar, sei lá, o marido bebe e bate em você, é difícil, né? Então, é tudo né, tudo influencia.” (ME 10)

Outras justificativas que servem para amortecer a falha das mães, que não têm dedicação total ao filho, são os múltiplos papéis que algumas têm que exercer, especialmente dupla jornada de trabalho. Trata-se de problema atual, que se iniciou com a entrada da mulher no mercado de trabalho e se agravou frente à forma como se tem

constituído famílias, no Brasil, neste extrato social. Em várias famílias a mulher é a principal fonte de renda e há um crescente número de mães solteiras que criam os filhos sozinhas. Isso resulta em falta de tempo, estresse e impossibilidade de cuidar dos filhos da forma desejada.

“... eu acho que a gente é que não tem muita paciência com ela, e pelo fato de exigir 24 h, não é como um trabalho que chega o horário de sair, não tem horário de sair, hora descansar, é 24 h, então, isso a gente passa... sempre tá correndo do café pro almoço e você para de dá atenção pra ela... aí vai descuidando...” (MD 9)

“Que, às vezes, a mãe não tem dinheiro direito, não tem muito tempo pra ficar junto, aí não sei, às vezes tem que trabalhar... aqui tem gente muito pobre, né?” (ME 10)

4.3.5.5 O Papel da Criança

▪ “É culpa da criança”

Apesar da maioria das mães assumirem uma responsabilidade na desnutrição, várias, especialmente as mães de desnutridos, explicitaram que a criança também exerce um papel ativo no quadro. Achar que a criança tem um papel atuante em sua alimentação pareceu funcionar como mecanismo de defesa, e aliviar a responsabilidade materna.

“... porque por mais que a gente às vezes tente, tratar bem, às vezes, a criança não aceita...” (ME 7)

“... o problema acho que não é eu, acho que o problema é... não sei, acho que é ele mesmo” (MD 2)

Segundo as mães, a inapetência crônica da criança estava associada a várias causas, como por exemplo, causas somáticas. As mães associaram a falta de apetite atual com infecções que teve anteriormente, ou com doenças que afetam o crescimento, como doença dos ossos e anemia.

“Depois que ele teve Dermatite Seborréica, que eu acho que afetou o peso dele, antes disso estava indo tudo bem...” (MD 4)

“... não sei se é porque ela tá com anemia, né? Não sei se é por causa disso.” (MD 6)

“... criança que tem dificuldade pra crescer, engordar, tem... problema nos ossos.” (ME 4)

No entanto, muitas vezes a resistência alimentar pareceu estar associada a uma criança que tem vontades próprias, que quer independência, come quando quer, escolhe os alimentos que quer ingerir e não se sujeita à vontade da mãe. Pelas falas maternas, pareceu que, por mais que as mães se esforcem, não conseguem controlar o comportamento da criança.

“Os médicos acham que ele não come, é baixo peso porque mama no peito, eu acho que não, acho que é porque não quer comer mesmo, quando não quer comer não adianta, falo uma vez para ele comer, se não quer não insisto. Ele não come bem, come quando quer comer, quando pede comida come tudo, quando eu ponho e falo para comer, geralmente não come e não adianta... Acho que é porque ele não gosta de comer, não sente vontade.” (MD 3)

“... se não quer, não quer e pronto, algum motivo deve ter ou tá satisfeito, mesmo porque se eu insisto ele tira com a mão e joga, já tentei agora não insisto mais.” (MD 4)

“... Deus o livre, tudo que elas quer, como doce, se não tem na hora, já começa o berreiro... não adianta falar não, porque elas querem e querem e tem que dar, eu escondo o saquinho de doce, se não pegam de cima da mesa e comem inteiro, aí não quer saber de almoçar, tá difícil.” (MD 5)

4.3.5.6 Os Serviços de Saúde

▪ **“O problema do meu filho é devido aos médicos”**

Os serviços de saúde também foram responsabilizados pelos quadros de desnutrição. Em alguns momentos as mães citavam o descaso dos médicos em investigar as causas do problema. Há profissionais desleixados e desligados; mas, há principalmente uma sensação de que queixas maternas não são levadas em conta, ou são minimizadas pelos profissionais da saúde. Como não percebem a gravidade das queixas, pedem poucos exames ou marcam consultas muito espaçadas, o que acaba agravando a desnutrição.

“... não tá crescendo nada, isso daí eu já tinha percebido quando ela tinha 6 meses e já tinha falado pra médica essa minha preocupação... ah, mais a médica ia enrolando, né? Falando que não era nada, até pedir o exame... acho que a médica deveria ter feito outros exames pra saber melhor o que é, porque só pediu um exame e agora marcou pra daqui 4 meses a menina voltar no posto... mas, se o problema de peso e altura for outra coisa, né?... acho que deveria ter marcado mais consulta pra saber direito. A médica desse posto aí é muito desligada, ela não presta muita atenção no que a gente fala, acho que ela não tá nem aí com os problema da gente...” (MD 6)

Além do descaso, as mães referem um discurso conflitante dos diferentes profissionais de saúde, o que acaba acarretando falta de credibilidade e não adesão ao tratamento.

“... os médicos, eles falam muitas coisas, né? Aqui no posto, na Unesp... então nem eles mesmos, às vezes, sabem, são confusos, daí nem sempre tem a razão, tem um médico que falou que é normal ele ser magrinho assim porque é minha natureza, já outra médica falou que tá abaixo do peso e que tenho que melhorar o alimento dele... um fala uma coisa, outro fala outra, às vezes, nem eles mesmo sabem na verdade, lá na Unesp mesmo os estudantes ficam estudando na gente pra eles aprenderem.” (MD 10)

4.3.5.7 Condição Sócio-econômica

▪ ***“É a falta de dinheiro que atrapalha”***

A condição sócio-econômica da família e as instalações precárias de moradia também foram citadas como dificultando o desenvolvimento nutricional da criança. Por um lado, a falta de dinheiro impede a mãe de oferecer alimentos nutritivos e caros, dificulta o acesso ao médico e impossibilita a mãe de seguir as recomendações médicas. Por outro lado, parece que as condições de vida precária estressam a mãe, que perde a paciência com a inapetência do filho.

“... mas bolacha que tem vitamina que ele pode comer eu não tenho condição de ficar comprando pra ele, danone, que os outros fala que é bom que tem cálcio, eu não posso comprar... ah, eu acho que atrapalha um pouco porque o médico falou que tem que dar mais coisas pra ele que tenham vitamina como mamão, fruta, verduras, legumes... agora eu já não posso comprar legumes, muita coisa, porque eu não tenho geladeira pra guardar...” (MD 10)

“... a mãe está estressada com o próprio filho, que nem eu vejo agora é que eu tô mais sem paciência com a I., às vezes, eu falo “fica com ela porque eu tô estressada e qualquer coisa que ela fizer de manha, de tudo que vai fazer, eu vou ficar irritada e eu não quero descontar nela porque, poxa, é mancada”. E imagina você morá num quarto, você e seus 10 filhos, vai que seja você, teu marido e teu filho, ou só você e seu filho, e se tá puto e aquilo é direto, né? Isso influencia, é lógico...” (ME 10)

Sumarizando, as mães levantaram várias causas possíveis para a desnutrição da criança, biológicas, comportamentais, sociais e psicológicas, uma visão multicausal que concorda com a visão hoje dominante na literatura e instituições de saúde. Houve diferenças no discurso das mães de crianças eutróficas e desnutridas. Muitas vezes o discurso das primeiras foi mais moralista culpabilizando a mãe negligente, apesar de tentarem justificar e aceitar que certas mães não cuidam direito do filho porque não tem boas condições de vida. Já as mães de desnutridos, assumiam seu papel/responsabilidade preponderante na desnutrição, justificavam suas dificuldades e tentavam compartilhar sua responsabilidade com outros fatores, como a hereditariedade, a própria criança voluntariosa, a baixa condição sócio-econômica e a falta de ajuda dos serviços de saúde.

4.3.6. Enfrentamento dos Quadros de Desnutrição

Tanto as mães dos eutróficos, como dos desnutridos, referiram ter passado por momentos de tensão, quando a criança não queria comer. No caso das mães, cujas crianças têm, hoje, o peso dentro dos padrões esperados, as falas se detiveram em apontar o que fizeram para evitar a desnutrição. Por um lado, comer muito, especialmente, alimentos ricos em nutrientes. Por outro, evitar “porcarias”, rótulo que as mães deram a doces e bolachas ingeridos fora de hora e que se contrapõem à “comida mesmo” que é servida nas refeições.

“... sempre tá comendo alguma coisa, eu acho que é isso que faz ela crescer, engordar, ela é uma criança que sempre pede as coisas “ai mãe tô com fome, ai mãe faz isso, faz aquilo de comer” aí eu sempre invento uma comida diferente; ela adora, come, ela come bem mesmo...” (ME 8)

“O negócio dele é comida; eu acho que recuperou também por causa disso, não gosta de bolacha, gosta de comer comida mesmo.” (MD 4)

“... não dou muita porcaria, acho que isso ajuda também ela crescer...” (ME 10)

Um fator citado como protetor contra a desnutrição foi o afeto. Segundo uma das mães, receber amor e carinho dá vontade de comer. Em algumas falas, o afeto vem associado com dar atenção e fazer tudo certo.

“... acho assim, que todo mundo trata ele com o maior carinho, com o maior amor, né?! Então, eu acho que é uma coisa que ajuda bastante, todo mundo dá atenção pra ele, faço tudo certo... eu acho que é uma coisa que ajuda bastante.” (ME 7)

“Acho que o carinho e o amor que eu tenho por ela vale bastante, também, pra tudo, porque daí a criança tem mais vontade de comer.” (ME 8)

O poder das preces, também, foi lembrado. Frente a um quadro grave, a mãe sentindo-se impotente recorreu a Deus na expectativa de reverter o quadro.

“... acho que, também, muito é Deus, confio bastante em Deus; pedi bastante pra Ele ter saúde porque duas vezes levei ele paradinho no médico... aí eu sempre pedia pra Deus que Ele ajudasse ele, porque daquele tamanhinho só sofrendo, então eu queria que ele tivesse saúde, que engordasse igual os outros filhos meus e ele é uma bênção de Deus mesmo, né?!... acho que ele tá bem, desenvolvendo super bem.” (ME 7)

As mães de crianças desnutridas ainda enfrentam um problema que não foi resolvido. Em seu discurso, apontaram as formas de enfrentamento que vêm utilizando para lidar com uma situação que ainda é causadora de muito estresse.

Segundo Lazarus e Folkman (1984), as formas de enfrentamento são bastante diversas, entretanto podem ser categorizadas em dois tipos: enfrentamento centrado no problema, quando o sujeito tenta controlar ou alterar o problema, e os enfrentamentos centrados na emoção, que se não eliminam o problema, atenuam o sofrimento.

4.3.6.1 Enfrentamento Centrado no Problema

▪ *“Tentei recuperar o peso e crescimento dela”*

Os enfrentamentos centrados no problema são mais ativos e, em muitos casos, conseguem reverter a situação. Nesta pesquisa, as mães citaram que, ao se deparar com uma criança que não come, não corresponde ao esperado em peso e altura, procuraram melhorar a dieta. Da mesma forma que as mães dos eutróficos, elas se posicionaram contra dadones, bolachas e salgadinhos, vistos como caros e sem valor nutritivo, contrapondo-os ao arroz com feijão. Os mingaus, alimentos engrossados, também foram citados como adequados para ajudar a criança a engordar. As mães de desnutridos fizeram referência a alimentos que, em nossa cultura, são considerados adequados para ganhar peso: ovo de pata, fígado e beterraba.

“Ah, quando ele era mais novinho, eu tentei dar coisas engrossadas no leite pra ver se ele engordava, dei Mucilon uma semana, depois não quis mais; tentei a maisena, mas ele não gostou, ele gosta de leite com café mesmo, não tem como engordar ele na marra.” (MD 3)

“... porque eu já fiz de tudo, ovo de pata, fígado, suco de beterraba, que mais que me mandaram fazer? É... suco de fígado, fígado frito, fígado na sopa, tudo e não ganha peso e eu sou uma pessoa que faz certinho as coisas, então eu sigo muito as indicações para dar certo...” (MD 9)

“Mas eu acho que tá tudo bem entre nós... apesar de faltar as coisas pra comer, coisa boa; arroz e feijão, que é o mais importante sempre tem, não é danone, bolacha, salgadinho é arroz e feijão que vai engordar ele, que vai fazer ele crescer, eu penso assim. Isso aí só inventaram na televisão pra gastar dinheiro à toa, com porcaria; rico tem que comprar isso, né? Rico compra, então é isso que eu acho.” (MD 10)

Outras vezes, as mães relataram que recorreram aos serviços de saúde, levando regularmente ao posto e seguindo as prescrições médicas. O objetivo das consultas está em obter prescrições que aumentem o apetite ou controlem as infecções que resultam em quadros de inapetência. Em alguns discursos foi possível perceber a relação que as mães estabelecem entre os medicamentos e a fisiologia, por exemplo: a vitamina ajuda no crescimento do cérebro; o fracasso do medicamento está relacionado com o tamanho do estômago.

“Tô dando esse remédio que a Dr. passou, não sei se vai dar resultado, mas tô dando... pra aumentar o apetite e ajudar a crescer.” (MD 3)

“... biotônico fontora, todas as vitaminas não só o Aditil, todas; sulfato ferroso dei em comprimido, dei líquido, dei a dose normal, o dobro da dose, com o acompanhamento médico... não vou mais controlar, preocupar, a única coisa que eu vou dar é a vitamina, que acho que até os 5 anos é importante, o cérebro está formando e ele precisa disso aí, o leite que é importante pelo cálcio, não vou dar mais nenhum suco, nenhum tônico, nada, nada, absolutamente nada, não abre o apetite falaram que abria o apetite, mas não abre, de jeito nenhum abre o apetite assim como eu queria que abrisse, sei lá se o estômago não é grande, não sei...” (MD 9)

Além da medicina oficial, houve consulta a serviços alternativos, como a benzedeira. Há no ideário popular várias simpatias que ajudam no crescimento, combatem “o bucho virado”, tiram o mau olhado, como o galho de arruda (CALVASINA et al., 2007).

“... ele comia e vomitava, não dormia, à noite só chorava, aí levava na benzedeira e melhorava... eu vivia com ele na benzedeira, aí punha arruda mais um monte de coisa nele.”(MD 10)

4.3.6.2 Enfrentamento Centrado na Emoção

- ***“É magrinho, mas tão esperto!”***

Nem sempre as formas de enfrentamento foram ativas, para reverter a desnutrição do filho. Frente a sentimentos de impotência e incontrolabilidade, por não conseguir resolver o problema, algumas mães, para tolerar a realidade negativa e manter uma auto imagem positiva, recorreram a formas de enfrentamento que ajudam a diminuir sentimentos negativos, como a culpa. Esse tipo de enfrentamento está centrado na emoção. Uma das formas relatadas pelas mães para enfrentar o estresse foi esquivar-se do problema, não pensando nele, ou minimizando a importância da desnutrição frente a outras áreas, como atraso no desenvolvimento, consideradas mais relevantes. Nas palavras delas, se sentem mais tranquilas com o “trabalho cumprido”.

“... sei que não tá ganhando peso, tá pequena, agora muitas vezes a gente se faz de surda, que não olha porque dá prioridade pra outras coisas, né?!...” (MD 9)

“... com ela tá tudo normal... só tô meio preocupada com esse negócio de não falar... os outros meus já falavam bastante coisa com a idade dela, daí eu não sei se é normal ou se é preguiça dela...” (MD 7)

Outra forma de se esquivar está em contrapor a desnutrição a outras características da criança em que ela se sai muito bem, com desempenho além do esperado para a idade como na fala e na marcha. Outras vezes, as mães destacaram a inteligência da criança, sua esperteza e saúde.

“Pra idade dela, o que ela faz, acho que até passou um pouquinho do limite... ela vê você fazer as coisas e faz também, ela quer falar o que você fala, todo mundo fala que começou a engatinhar cedo, com 5 meses... fica de pé sem apoio, acho que não é pelo tamanho, pela gordura, isso aí não atrapalha não, não atrapalha...” (MD 1)

“... Tem um menino aqui da vizinha que ele é enorme, é bem mais novo que o V. e é enorme, só que foi que nem eu pensei, cada caso é um caso, né? V. começou a falar com 1 ano e 2 meses, ele já falava de tudo e esse menino até agora não fala nada. Agora eu não entendo, não sei, o V. tem esse problema de não ser gordinho, mas em compensação a mente dele é muito evoluída, agora o menino é um lerdinho, sabe?” (MD 2)

“... mas eu vejo e ela tem muitos primos da mesma idade, meninos da mesma idade ou diferença de 2 meses só... são muito diferentes em tudo, eles falam que ela é muito mais esperta, ela não tem problema pra fazer xixi e cocô, nunca teve... ela só teve resfriado com 6 meses e o segundo com 1 ano, daí não teve mais, não fica doente.” (MD 9)

Muitas vezes, durante a entrevista, as mães tentavam desviar o assunto, mostrando que seu maior problema não era a desnutrição, mas as dúvidas de como educar corretamente uma criança. O sentimento de insegurança esteve muito presente na maioria das mães.

“... mas a dúvida é na parte de educar porque eu não sei se eu bato, se eu fico olhando, a minha avó não deixa eu bater, eu fico pensando se eu faço certo, se eu vou pelo meu jeito ou pela minha avó...” (MD 1)

“... tá muito birrento, se joga no chão e nessas horas eu vou ser bem sincera, não sei o que fazer, não sei como lidar, se eu bato ou se eu deixo. Acho que eu tenho que aprender muito ainda, não sei como educar uma criança pra deixá-la extremamente educada... eu não consigo. Se você puder me ajudar nisso...” (MD 2)

Outras vezes as formas de enfrentamento pareceram mecanismos de defesa para aliviar a culpa como a racionalização, a negação e a projeção. A negação é o mecanismo de defesa mais simples e direto, quando a pessoa recusa a existência de uma situação desagradável. As mães negaram a desnutrição, ora se ancorando em características familiares, ora nas explicações médicas.

“... bom, ela só é pequenininha, né? Mas o médico falou que é normal, porque é de família... é normal, eu vou nas consultas com ela sempre e está tudo bem com ela.” (MD 7)

“... não tá desnutrido, porque seria mais fraquinho, né?... ele é assim magrinho, é por causa de mim, porque se eu fosse uma mulher gorda, obesa, eu penso que ele seria muito gordo...” (MD 10)

As mães que se valeram da racionalização procuravam apresentar explicações coerentes do ponto de vista lógico, minimizando a gravidade da desnutrição, frente a outros quadros de maior gravidade como a obesidade e grau severo de anemia.

“.... criança obesa é muito perigoso, não tão magro, desnutrido, mas também não tão gordo porque até na TV o médico fala que é perigoso e eu acho que é melhor ele ser assim magrinho, do jeito que ele tá, de ser magro com saúde, do que ser gordo sem saúde, eu acho que ele tá bem assim...” (MD 10)

“... acho que não vai ser uma consequência assim tão grave, porque a anemia que ela tem também não é tão grave assim, tem anemia sim, mas não é tanto alta, né?... eu sei que se der anemia muito grave nessa idade, não vai curar jamais... deixei de me preocupar pelo seguinte, a anemia dela não é tão grande...” (MD 9)

Mas a forma mais comum de aliviar a culpa foi a projeção, isto é, se responsabilizava o outro pelos problemas, sejam os profissionais de saúde ou a própria criança.

“... não sei o que tá acontecendo, se nem a médica do posto sabe, eu também não posso dizer o que está acontecendo com ela... a médica do posto falou: “essa menina não tá crescendo”, aí eu falei “o que, que eu posso fazer, vocês que são médico não sabem, eu vou saber; comer ela come, água é o que ela mais toma, então alguma coisa ela deve ter”.” (MD 5)

“Eu acho que... se fosse em outro posto já tinha resolvido esse problema dela crescer ou já tinha melhorado pelo menos, já tinham feito alguma coisa...” (MD 6)

“Ah, não sei, até um tempo atrás eu estava pensando que estava deixando ele meio de lado, sabe? Daí eu já vi que não era isso porque a hora do almoço ele tem, a hora da janta ele tem, falei “ai será que o problema é eu?... que eu não estou, tipo, fazendo por onde ele comer, pegando no pé dele, essas coisas?”, mas eu vi que não é, porque agora mesmo eu pegando, ele não melhorou muito... o problema é ele...” (MD 2)

As mães, cujos filhos estavam com peso adequado, no geral responsabilizaram os alimentos oferecidos e, principalmente o amor, como forma de superar a desnutrição. Já as mães que tinham filhos desnutridos utilizavam os dois tipos de enfrentamento: centrado no problema e centrado na emoção. Por um lado, melhoravam a dieta da criança, recorriam aos serviços de saúde e a serviços alternativos. Por outro, não atacavam o problema diretamente, mas tentavam aliviar o sofrimento, minimizando as conseqüências do quadro, focalizando outras características positivas da criança ou projetando a culpa da desnutrição em outras instâncias, como os serviços de saúde.

4.3.7 Imagem Materna

▪ *“Sou uma boa mãe, cuido bem”*

A maioria das participantes desse estudo, tanto as mães de eutróficos como de desnutridos, considerou-se uma boa mãe. As mães declaravam que cuidar da criança trazia grande satisfação. Algumas justificavam que cuidavam bem da criança porque se preocupavam com a sua alimentação, estabeleciam horários de refeições, não deixavam faltar alimentos, mesmo quando estavam passando por dificuldades. Referiram, também, que exerciam outros tipos de cuidados, mais gerais, como observar hábitos de higiene, vestimentas e cuidados com a saúde, levavam o filho ao médico na vigência de uma doença e nas visitas de rotina.

“... eu acho que eu sou uma boa mãe, sei o horário de almoço, sei o horário de janta... eu acho que eu cuido bem sim porque eu sei o horário de banho, dô banho nelas todo dia certinho, elas não andam suja, não andam rasgada, agora tem mãe que nem isso faz, pelo menos as roupinhas delas são tudo bem limpinha, pega piolho, a gente vai e limpa a cabeça, então, suja e rasgada pro meio da rua elas não andam, não. Se alimentam bem, o que a gente pode fazer por elas, a gente faz...”(MD 5)

“... mas graças a Deus, deixar meus filhos passar fome, nunca chegou a acontecer isso, por mais que eu bem dizê, criei eles sozinha, né?!...” (MD 8)

Em alguns casos a imagem de boa mãe apareceu associada a uma atitude de sacrifício, de fazer de tudo pelos filhos e esforçar-se para atender as necessidades da criança. Para tanto, as mães referiam que elas devem renunciar aos seus próprios interesses, ao seu trabalho, a seus momentos de lazer, à sua vaidade, à atenção ao marido, colocando o filho acima de tudo.

“... eu sou uma boa mãe pra eles, porque tudo que eu posso, eu faço pra eles.”(MD 6)

“Nunca tá cansada pra eles... às vezes eu tô morta, ou, às vezes, quando não dá mesmo eu falo “ai deixa a mãe dá uma dormidinha, aí quem sabe mais tarde eu tô bem descansada, aí nós vamo”... então eu sempre tento fazer tudo o que pedem...” (ME 4)

Mas há uma consciência que esse sacrifício pode implicar em perdas e que a mãe só deve se dedicar em período integral nos primeiros anos de vida.

“... a fase mais fácil que você consegue lidar, ou dar tudo o que você é, são os primeiros anos porque precisam de você, ela precisa também conhecer outras crianças, se relacionar, conhecer o mundo, mas o difícil é que você não tem tempo pra tudo isso, porque você não é só mãe, é também mulher, é também você, esposa, um ano tudo bem, porque é 24 hs, você se abandonou porque deixou de se arrumar, porque não deu tempo e um monte de coisa, né? Mas depois disso, você começa a sentir falta disso e você tendo isso, não consegue dar bastante tempo e o 100% pra ela, né? Ainda bem que eu dou tudo o que eu acho que é bom para ela, agora muita gente não tem esse privilégio, assim de cuidar do filho o dia inteiro, porque trabalha fora.” (MD 9)

Segundo as entrevistadas, a boa mãe não é apenas aquela que cuida, mas principalmente a que dá amor, carinho, atenção e tem paciência. As entrevistadas parecem acreditar que o amor, o apoio emocional à criança, ajudam e compensam as dificuldades da vida, especialmente dificuldades financeiras.

“... eu acho que eu sou uma boa mãe, pelo menos atenção, carinho, amor e paciência eu tenho, então eu acho que é o principal, tendo essas quatro coisas com o filho o resto vem por conta...” (MD 9)

“Eu dou bastante amor certo, eu mostro pros meus filhos que por mais que temos uma vida difícil, sem dinheiro, eu tô do lado deles, mas eu acho que a melhor atenção, o melhor amor é você cuidar, porque quem ama cuida, né?” (ME 8)

Fazer a vontade da criança, atender os seus desejos e agradá-la, também foi citado por algumas mães de crianças eutróficas como uma característica que as fazem se sentir boas mães, no entanto algumas avaliaram que ceder aos desejos da criança pode ter conseqüências negativas em sua autonomia. Conhecer os desejos da criança pode ser útil na educação do filho, porque podem ser usados como recompensa para um comportamento adequado, ou serem retirados, como forma de punição.

“... vou em tudo que eles pedem, faço tudo o que pedem, não sei se tô fazendo errado, meu marido fala que, às vezes, numa hora que eu não puder eles vão gritar, vão... ah, mas eu faço, se eu puder eu faço; o dia que eu não puder, eles que aceitem.” (ME 4)

“... eu acho que eu sou uma boa mãe, eu acho que tenho sido melhor ainda, tô sempre junto com eles, procuro fazer as coisas pra eles, agradá eles... mas não faço tudo o que eles querem... eu acho que não tem que dá tudo o que o filho quer, tem que ensinar também a buscá o que ele quer, e tem regras, se você for bem na escola, obedecê, se fizer isso, você ganha isso, senão não vai ganhá e não ganha mesmo.” (ME 5)

Quando a mãe não pode satisfazer os desejos da criança, por dificuldades financeiras, especialmente quando se trata de alimentos, pareceu causar mal estar na mãe. Esses sentimentos negativos se agravavam se ela acreditava que a criança podia ficar doente, “lombriguenta”, quando a única causa aparente da doença era um desejo insatisfeito.

“ Eu queria poder comprar as coisas pra ele e não posso... porque se ele vê um velotrol ele quer andar... mas não posso, já pedi na rádio e não consegui, bugue, carrinho que anda sozinho, comprar coisas caras pra ele, uma piscina; mas coisa de comer, eu sempre dou um jeito e compro; se ele vê danone e bolacha no mercado ele pede, mas se eu não tiver dinheiro pra comprar aí não compro... uma vez fiquei doente por causa de vontade de comer bolacha, danone e bombom e eu lembro até hoje disso... porque criança lombriguenta, ela fica doente de um dia pro outro; às vezes, ele vê um velotrol na rua e pode ficar doente por causa do velotrol, porque vai no médico, não tem garganta inflamada, não tem dor de ouvido, não tem febre, não tem nada...” (MD 10)

As mães parecem ter claro o importante papel que exercem no desenvolvimento da criança e na sua formação enquanto pessoa. Valorizavam a estimulação através de brincadeiras e as conversas como formas adequadas de educar o filho.

“Eu acho que ela é esperta de tanto eu estimular, sempre conversei com ela, tento sempre explicar muito as coisas, mostro tudo; e, ah, aquilo é tal, olha o céu, estrela, olha a formiguinha, tudo assim, afinal ela veio sem saber nada e eu vejo que ela é muito esperta assim, comparando com crianças da idade dela ela é até mais, eu acho que é por isso também de tá sempre estimulando, conversando, mostrando, isso nossa é radical...” (ME 10)

“... não é só ter o filho, né? Tem a responsabilidade de educar, tá formando uma pessoa, o caráter já vem, mas você faz muito, né?...” (MD 9)

O tempo de convívio com a criança foi um outro fator valorizado pelas mães. Entretanto, as condições atuais de vida, quando a mulher participa cada vez mais do sustento da família e precisa trabalhar, fazem com que elas contraponham ao pouco tempo junto, à qualidade do contato.

“Ah, eu acho que eu não sou uma má mãe, todo tempo que tenho dedico pra eles eu acho que tá tudo tranqüilo...” (MD 7)

”Sabe, é porque eu não tenho condições, mas se eu tivesse, eu ia dar mais atenção do que eu dou, mas eu acho que a minha atenção é valorosa, de qualidade... Se eu tiver condições de dar uma coisa melhor pros meus filhos eu vou dar.” (ME 8)

São vários os critérios que a mãe utiliza para avaliar se está sendo uma boa mãe. Por exemplo, o feedback que a criança dá, demonstrando vontade de estar perto dela, os comentários que os outros fazem sobre seu filho, a falta de queixas dos vizinhos a respeito de seu comportamento em relação à criança, a percepção que ela tem de si mesma quando se compara com outras mães e sua própria reflexão sobre como tem realizado a maternagem.

“Ah, eu acho que eu sou uma boa mãe, porque os meus filhos... eu percebo que eles gostam, que eles tão sempre conversando comigo, os dois mais velhos conversam mais comigo do que com o pai, a gente é aberto...” (ME 5)

“A gente acostuma a se comparar muito com outras mãe, né? Quando a gente vai no posto, quando a gente sai, quando vai no parquinho, acaba se comparando porque falam que filha bonita, que filha educada, então é um momento que você vê se é uma boa mãe ou se não é boa mãe.” (MD 9)

“Eu acho que eu cuido bem deles, eu acho que meus filhos não têm o que reclamar de mim, os vizinhos nunca reclamaram falando que sou má mãe pros meus filhos, graças a Deus nessas partes não...” (MD 8)

4.3.7.1 Aquisição das Competências Maternas

▪ “Vários fatores me ajudam a ser mãe”

Houve opiniões diversas para explicar como adquiriram a competência para cuidar do filho. Para algumas, a experiência prévia, cuidando de outros filhos ou de irmãos, possibilitou que aprendessem a cuidar.

“Eu me sinto na dúvida, mas a gente vai aprendendo também, quando vem um e mais outro e mais outro, se já tá sabendo daquilo, eu vou ficando mais experiente.” (MD 1)

“Ah, eu sou boa mãe porque eu sou mãe pela primeira vez, mas já cuidei dos meus irmãos quando eram pequenos, minha mãe teve comigo 8, então eu cuidei de 7... eu era mais nova, né? Mas peguei uma experiência boa.” (ME 9)

Para poder exercer o papel de mãe a contento, apontaram alguns fatores que ajudaram, como poder contar com um grupo de apoio que ensine, esclareça dúvidas e divida os cuidados.

“... a minha avó que me ensina como faz com ela...” (MD 1)

“... por eu ter engravidado com 16 anos, ter tido ele com 16 anos, eu acho que pela minha idade eu sou uma ótima mãe, sabe?... Daí tem hora que eu me estresso, aí tem hora que eu já brinco, daí eu levo ele na casa da vó dele e deixo um pouco lá, entendeu?” (MD 2)

Outro fator que citaram, como auxiliador na maternidade, foi aprender com outras mães maneiras consideradas por elas mais adequadas de agir com a criança.

“... por causa de eu tá trabalhando na área de saúde, tá conhecendo as pessoas, até aí a gente consegue comparar o que tá fazendo com o que as pessoas fazem, daí tem coisa que cê fala “nossa, eu acho que eu fazia errado. Ah, não eu faço certo, ela faz errado”, aí nisso que eu falo que tô melhor ainda, a gente comparar e tirar experiência pra melhorá é muito bom.” (ME 5)

Mas, para algumas mães, não é preciso aprender nada, pois a competência nos cuidados maternos é inata.

“... acho que a gente já nasce sabendo mesmo ser mãe.” (MD 3)

Poucas mães referiram a maternidade como uma obrigação, um dever. O fato de ter escolhido ser mãe implica na responsabilidade pelos cuidados de alguém que não tem autonomia suficiente para cuidar de si.

“... não são eles que pediram pra vir ao mundo, a gente que trouxe, né? Então, eu acho que tem que ser uma boa mãe...” (MD 9)

“Bem, eu gosto, tenho como obrigação cuidar dele porque ele precisa muito, sou mãe dele, então tenho que cuidar direitinho porque ele não sabe se cuidar sozinho ainda.” (MD 4)

4.3.7.2 Insegurança no Desempenho do Papel

▪ “Não sou ainda boa o suficiente como mãe”

Com relação à maternagem, as mães de crianças desnutridas tinham um discurso peculiar, isto é, mesmo considerando que eram boas mães, achavam que precisavam melhorar.

“... aí eu acho que eu não sou muito suficiente não, eu acho que eu deveria ser mais... acho que a insegurança minha, toda mãe tem... Eu acho que é dúvida de qualquer mãe, acho que todas devem ter.” (MD 1)

“Eu acho que sou 99% porque tem hora que eu fico muito nervosa, porque se fala não e ela vai teimando, vai teimando, faz birra, então tem hora que a gente perde a cabeça, mas depois a gente para e pensa e se arrepende... podia melhorar.” (MD 5)

Foram também as mães de crianças desnutridas que expressaram aspectos negativos da maternidade, estresses por ter que vigiar a criança continuamente, especialmente nas refeições, e vontade de desistir do filho.

“... eu brigo muito com ela, é o tempo todo chamando atenção, isso me magoa, me deixa muito mal, porque eu tenho que falar muitas vezes, ficar chamando atenção o tempo inteiro, sabe? Então, isso desgasta muito, porque tem uma hora que você não quer mais chamar atenção...” (MD 9)

“... tem hora que dá vontade de largá eles, sumir...” (MD 8)

Entretanto, apesar da grande maioria das mães ter se avaliado de forma bastante positiva, tanto as mães de eutróficos como de desnutridos, mostraram muita insegurança em relação à forma certa de educar os filhos, associada a uma vontade de agir corretamente.

“Acho que em tudo tenho dúvida, se tô fazendo certo, se não tô fazendo certo.” (MD 1)

“... tá muito birrento, se joga no chão e nessas horas eu vou ser bem sincera, não sei o que fazer, não sei como lidar, se eu bato ou se eu deixo.” (MD 2)

Há, na literatura, várias explicações para essa insegurança. No século XX, houve um grande movimento migratório de jovens casais para as grandes cidades, as famílias nucleares diminuíram de tamanho, o que privou as mães dos ensinamentos e dos feedbacks de pessoas mais experientes (mães e sogras). Por outro lado, aumentou a diversidade de padrões de comportamento considerados adequados, assim como as formas de educar, algumas mais e outras menos permissivas (BIASOLI-ALVES, 1997; CALDANA, 1998).

“... falo com o meu marido que eu não quero errar com a minha fia do jeito que ela (mãe) fez errado comigo, eu acho que o principal mesmo é conversa pai, mãe e fio, porque o meu pai e mãe só brigavam comigo, raramente conversavam... ser uma mãe amiga e agenda dela, assim quando crescer eu vou querer saber de tudo... tem muitas coisas que minha mãe não conversou comigo e eu quero conversar com ela, principalmente sobre sexo, namorado... eu quero tentá fazer o que minha mãe não fez .” (ME 6)

A falta de um discurso homogêneo sobre as formas de educar na sociedade atual, e o grande número de propostas alternativas criaram nessas mulheres insegurança e ansiedade, como pode ser observado nas falas cheias de dúvidas e contradições.

“... quando ele quer alguma coisa e faz birra, se joga no chão, não sei se faço certo, mas dou uns tapas, bato para parar... acho que sou uma boa mãe sim, porque... não bato...” (MD 3)

“... mais a dúvida é na parte de educar porque eu não sei se eu bato, se eu fico olhando... eu fico meio atrapalhada, vai pegando essa idade e vai ficando mais difícil porque se fala e eles já retrucam, não querem fazer... então, é na parte de educar que eu mais me preocupo e mais tenho dúvida, como que a gente faz, se conversa, bate...” (MD 1)

Se antigamente a educação tinha uma direção moral bastante clara, com uma ênfase no controle do comportamento, para que a criança se tornasse um adulto bem educado, atualmente a ênfase maior está em dar autonomia aos filhos, reforçando sua participação ativa e incentivando as mães a utilizar métodos de disciplina mais verbais, explicativos, sem recorrer à punição ou à coerção física (CALDANA, 1998). Essas novas orientações entram em choque quando moram na casa e participam da educação das crianças, pessoas mais velhas, especialmente avós, que não compartilham dos mesmos objetivos e métodos educativos.

“Que nem eu percebo na minha vó, comparando um pouco as gerações, quando ela vai ensinar uma coisa pra I... que nem, ela tá entrando no mato, o mato tá grande, tudo bem, não é bom ela entrar no mato, mas põe medo e eu já não gosto de fazer essas coisas pra por medo, pra ela não crescer tendo medo de, sei lá, entrar no mato...” (ME 10)

“... a minha avó não deixa eu bater, eu fico pensando se eu faço certo, se eu vou pelo meu jeito ou pela minha avó... a educação minha e das minhas irmãs foi bem rígida, bem diferente, hoje não, a criançada hoje é diferente...” (MD 1)

Como resultado, da direção da educação ter mudado tanto as que são mais permissivas, quanto as mais severas, tem dificuldade em ser consistentes, recebem críticas de outros familiares e querem mudar.

“... sou uma mãe boba que deixa fazer o que quer, não gosto de ficar muito corrigindo, só se for coisa muito assim, né, errada; mas, às vezes, meu marido, ele vem e fala não vou deixar, aí eu falo deixe ele tadinho, ele é criança depois deixa ele curtir e, ah, depois que ele crescer, ficar um pouco maior, daí eles entendem que não pode... assim não sou de ficar muito em cima assim não, não, não faça isso; ah, qué mexê, mexe, sabe assim? Eu não gosto de contrariar, nem deixá meus filhos assustados, sabe?...” (ME 4)

“Eu acho que eu deveria mudar nesse caso que te falei de ser muito severa, pra mim o não é não, eu tinha que mudar, não muito, mais um pouco nisso... porque eu vejo que as outras mães são mais soltas, né? Eu não, é não é não, às vezes meu marido fala: “deixa bem” e eu sou mais severa nessa parte eu cuido mais, eu acho que eu deveria mudar... ser menos sabe, entender também que é criança, né.” (ME 3)

Além de sugerir que deveria haver grupos para orientar como educar, as mães consideraram que ter estudado, planejar o filho e fazer parte de uma família estruturada seriam variáveis que ajudariam a discernir que formas de educar são certas ou erradas.

“... deveria de ter um grupo para ensinar essas dúvidas de educar... Eu acho que todo mundo deve de pensá antes de ter os filhos, ter uma família, tem que ter um estudo certinho, um serviço fixo pra você podê fazer certinho, porque tudo vêm a dívida no educá, você se sente um pouco lá embaixo, eu acho que por falta disso daí, de você não ter uma coisa sua mesmo, sabe?” (MD 1)

Todas as mães pareceram bastantes conscientes do importante papel que possuem na formação e desenvolvimento da criança. A maioria delas se avaliou de forma positiva, e acredita que se qualificou para o papel de cuidadora com experiências prévias e interagindo com outras mães de seu grupo de apoio. No geral, a maternagem foi considerada uma função relacionada com prazer. Raras mães a qualificaram de sobrecarga. Ambos os grupos, em vários momentos relataram muita insegurança e até deram sugestões para superá-la.

5. Discussão



5.1 DESNUTRIÇÃO E CARACTERÍSTICAS MATERNAS

As mães dos dois grupos possuíam características bastante semelhantes, o que era de certa forma esperado, visto que provinham do mesmo contexto, e para compor os grupos procurou-se igualar a maioria das variáveis, a não ser a condição de desnutrição dos filhos. Eram jovens, com idade em torno de 30 anos, a maior parte tinha parceiro fixo, em média possuíam 2,5 a 3 filhos, um índice alto se considerarmos que, no censo de 2000, a taxa de fecundidade total em mulheres, com idade entre 15 e 43 anos, era de 2,3 no Brasil, e 2,1 no Estado de São Paulo (IBGE, 2001).

Em relação à condição sócio-econômica, partindo dos indicadores disponíveis (escolaridade, características da moradia e local de residência), pode-se caracterizar os dois grupos como de baixo nível sócio-econômico. As variáveis utilizadas para aferição das condições sócio-econômicas, em diferentes estudos, mostram-se bastante heterogêneas. Alguns autores operacionalizam o conceito de classe social, outros utilizam ocupação, renda, educação, estado civil das mães e diversos aspectos relativos às condições de moradia para aferir a condição social dos sujeitos (FRANÇA et al., 1988).

Os sujeitos desta pesquisa moravam e eram cadastrados em Unidades Básicas de Saúde de bairros periféricos (Santa Eliza, Jardim Aeroporto, Parque Marajoara, Rubião Júnior e Jardim Peabiru). Esses bairros apresentavam, em 2004, um Índice Swaroop Uemura (% de óbitos de pessoas 50 anos e mais, sobre o total de óbitos) variando entre 37,5 % a 77,8%, quando a média de Botucatu era de 80,6%. Eram localidades em que a mortalidade infantil, em 2004, também podia ser considerada alta (variava de 13,3 óbitos/1000NV a 76,9 óbitos/1000NV), quando comparada com os índices de Botucatu (12,8 óbitos/1000NV) (CARANDINA; ALMEIDA, 2005).

As mães apresentavam uma escolaridade baixa de 5,5/5 anos de estudo. Apesar de este estudo não investigar o papel da escolaridade na causalidade da desnutrição, há evidências na literatura que maior grau de escolaridade materna pode estar associado a melhor estado nutricional dos filhos, por interferir na forma de inserção das famílias no processo de produção e, conseqüentemente, na aquisição de alimentos e estado nutricional das crianças (OLINTO et al., 1993, ENGSTROM;

ANJOS, 1999; FRANÇA et al. 2001; CASTRO et al., 2005). A escolaridade tem sido associada, também, com capacidade de cuidar adequadamente, pela maior valorização do conhecimento científico e melhor capacidade materna de articular recursos em prol das necessidades da criança (ENGLE; MENON; HADDAD, 1997).

Muitas mães eram donas de casa. As que trabalhavam, exerciam ocupações de baixa remuneração: empregada doméstica, auxiliar de limpeza, auxiliar de produção, costureira, vendedora, agente comunitária e professora de capoeira.

As condições de moradia eram precárias. Algumas casas estavam localizadas em ruas não pavimentadas, ainda não haviam sido rebocadas, o chão não tinha piso, tinham poucos cômodos (3 ou 4) para acomodar muitas pessoas e uma casa era de madeira. Em algumas casas moravam mais de uma família e, em outras, além da família nuclear, os avós, tios e netos. Algumas não possuíam geladeira para conservar os alimentos. As dificuldades econômicas foram corroboradas pelas próprias mães entrevistadas, que citaram perda de emprego, perdas financeiras e, principalmente, dívidas, como principais fontes de estresse nos últimos seis meses.

De forma semelhante a sujeitos de outros estudos (MONTEIRO et al., 1986; VICTORA et al., 1992; OLINTO et al., 1993; ENGSTROM; ANJOS, 1999; FRANÇA et al., 2001; CASTRO et al., 2005), as mães reconheciam que o seu baixo poder aquisitivo dificultava o acesso ao médico, a alimentos considerados nutritivos e caros e, muitas vezes, as impedia de seguir as recomendações médicas. Para essas mães, as dificuldades financeiras não só limitavam o acesso a bens necessários para um bom cuidado, mas as estressavam a ponto de perder a paciência com o filho, especialmente quando ele se recusava a comer.

Em alguns casos, as condições precárias levaram a privações e estresse desde a época gestacional, interferindo no desenvolvimento da criança antes de seu nascimento.

A relação entre as condições de vida e a saúde das pessoas é reconhecida há séculos, como pode ser observado nos relatos das campanhas sanitárias do século XIX, quando há uma dominância de programas especiais voltados para as camadas da população mais pobre (PAIM, 2007). A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece que os principais problemas de saúde têm, entre suas causas, determinantes sociais (DSS), isto é, fatores relacionados ao ambiente em que as pessoas

vivem e trabalham e às condições de vida (WHO, 2006). Algumas mães associavam as condições de vida adversas com a desnutrição da criança especialmente às dificuldades financeiras.

Os dados e os relatos mostram que as mães dos dois grupos estavam sujeitas a condições de vida bastante semelhantes, determinadas, especialmente, pelo baixo nível sócio-econômico. Se no momento da coleta, apenas uma parte das crianças estavam desnutridas, fatores de proteção devem ter operado neste sentido. A desnutrição era um quadro recorrente na maioria das famílias estudadas. Mães do grupo de crianças eutróficas relatavam já ter tido filhos com desnutrição, além de sobrinhos, vizinhos e filhos de amigos.

“... aquela outra minha filha ali, ela desnutriu quando era da idade dele, por falta de cuidado mesmo, porque eu trabalhava... aí quando eu vi que ela tava ficando ruim, eu saí do serviço pra cuidá dela, mas eu quase perdi ela...”
(ME 2)

5.2 FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO

Todos os fatores de risco de desnutrição apontados pela literatura apareceram nos grupos de mães/crianças estudados: pobreza, desemprego, baixa escolaridade, ausência de companheiro, três ou mais filhos, baixo peso ao nascer, desmame precoce, doenças infecciosas, carências nutricionais específicas (anemia), depressão materna, fatores de estresse. Fatores de proteção, como o trabalho materno, a boa saúde física e mental da mãe, inclusive na gestação, a disponibilidade de apoio e auto-confiança materna em conduzir o cuidado dos filhos também surgiram nos relatos maternos. Algumas características foram peculiares a cada um dos grupos estudados e, possivelmente, podem ser parte da explicação da condição nutricional atual de cada criança.

Alguns destes fatores serão especialmente abordados nesta discussão para um cotejamento com a visão das mães sobre a causalidade da desnutrição.

5.2.1 Peso ao Nascer

Nenhuma das crianças selecionadas tinha nascido com baixo peso (<2500g), mas a diferença do peso ao nascer entre os dois grupos foi significativa. A mediana do grupo MD foi de 2852g, com valores variando de 2590 a 3340g; no grupo ME, a mediana foi de 3065g, com o peso variando de 2925 a 4745g.

O baixo peso ao nascer pode estar relacionado com a desnutrição materna antes ou durante a gestação (MONTEIRO, 1992). Vários estudos reconhecem que o estado nutricional materno e as condições do ambiente intra-uterino têm importância fundamental no estado nutricional do recém-nascido (ENGSTROM; ANJOS, 1999).

Se o discurso médico aponta que as carências energético protéicas fetais podem ter efeitos duradouros no desenvolvimento nutricional da criança, as mães, especialmente de crianças que elas percebem com pouco peso, recorrem a outro tipo de explicação. Segundo Calvasina et al. (2007), há uma crença popular bastante antiga, encontrada em diversas culturas, denominada “impressão materna”, em que se acredita que o comportamento da mãe (dieta, consumo de bebida, estado mental e emocional, atitude moral, agressões físicas etc) imprime uma marca diretamente no feto. Em pesquisa levada a cabo nos Estados Unidos, com população de ascendência mexicana e africana, 40% das mães acreditavam que o desejo alimentar não satisfeito poderia marcar a criança permanentemente (SNOW et al., 1974 apud CALVASINA, 2007). As interpretações subjetivas sobre a gestação afetar de modo permanente a criança também foram identificadas no Nordeste brasileiro, área ainda bastante sujeita a vulnerabilidade e mortalidade infantil devido à fome e às doenças infecciosas. No presente estudo pareceu que algumas mães compartilhavam essa crença, explicitando que a mãe que come pouco, durante a gestação, educa seu filho a comer pouco pelo resto da vida.

“... eu acho que a criança já foi educada dentro da barriga a comer pouco...” (MD1)

Como se verá adiante, a existência dessas crenças, em geral culpabilizantes, tem consequência direta na forma de cuidado dispensado à criança, assim como nas expectativas de reverter o quadro de desnutrição.

5.2.2 Trabalho Materno

Com relação a trabalho remunerado, um número maior de mães de crianças eutróficas trabalhava (7 mães), em comparação ao número de mães de desnutridos (3 mães). A maioria das mães trabalhava meio período e contava, principalmente, com a creche ou com a ajuda de familiares (avós, tias e irmãs mais velhas da criança) para assumir os cuidados com a criança enquanto trabalhavam. Em algumas pesquisas, o fato de a mãe trabalhar fora de casa pareceu exercer um efeito protetor para déficits de altura/idade, evidenciando que, mais do que a presença da mãe junto à criança, o acesso a bens e serviços determinava o estado nutricional (OLINTO et al., 1993; CARVALHAES; BENÍCIO, 2002).

Para Solymos (1997), a estabilidade no trabalho exercia um efeito positivo na medida em que as mães de crianças desnutridas adquiriam maior segurança para enfrentar as dificuldades com o orçamento doméstico.

Apesar dos dados da literatura e do fato de uma porcentagem maior de mães de eutróficos trabalharem, as mães estudadas não falaram sobre o trabalho como um fator de proteção contra desnutrição. Várias se queixaram da dificuldade de exercer múltiplos papéis e apontavam o excesso de funções como causa da desnutrição. Possivelmente essas mães compartilham de uma crença bastante difundida de que a boa cuidadora tem que se dedicar à criança em tempo integral (AZEVEDO; ARRAIS, 2006).

Em alguns relatos, a crença sobre maternidade pareceu bastante idealizada. Algumas mães verbalizavam que a boa mãe precisa renunciar aos seus interesses, colocando o filho sempre em primeiro plano, mesmo que esta atitude resulte em perdas e frustrações para ela. Acreditavam, também, que a mãe precisa saber lidar com a criança e acertar, sempre, em sua função educativa. Quando suas tentativas não tinham êxito, sentiam-se extremamente culpadas.

Segundo Azevedo e Arrais (2006), desde a infância as meninas são educadas para poder exercer a contento seu papel de mãe. A imagem romanceada, construída ao longo dos últimos séculos, reforça que a mulher, para ser uma boa mãe, deve ser capaz de enormes sacrifícios, ser amável, tranqüila, compreensiva, equilibrada

e acolhedora, em tempo integral. Nos dias atuais, essa representação de maternidade idealizada, associada à falta de um discurso coerente sobre as formas de educar filhos, tem como consequência última um alto grau de insegurança materna (BIASOLI-ALVES, 1997; CALDANA, 1998). Várias vezes, mães dos dois grupos, questionavam a pesquisadora se estavam agindo certo, reclamavam da falta de orientação de alguns médicos e valorizavam todas as ajudas recebidas de mães, vizinhas e mesmo de profissionais da área da saúde.

Esse sofrimento pareceu maior nas mães que acreditavam que a maternidade é uma habilidade inata, que não requer aprendizagem. Quando essa crença entrava em choque com a vivência da maternagem, feita de muitas dificuldades e fracassos, a constatação de não saber exercer o papel causava um forte abalo em sua auto-estima.

5.2.3 Pobreza, Dívidas

As mães referiram condições financeiras precárias. No entanto, a maior porcentagem de mães do grupo MD que referiu dívidas (70%) como evento estressor parece mostrar que, possivelmente, sua condição financeira era pior do que as das mães do grupo ME. A falta de dinheiro dificultava, por exemplo, a aquisição de alimentos adequados.

“... mas frutas, verduras, carne, que os outros falam que é bom não posso comprar... e eu acho que atrapalha porque o médico falou que tem que dar essas coisas...” (MD 5)

Moinhos, Lordelo e Moura (2007), entrevistando mães a respeito das estratégias que utilizavam na educação dos filhos, observaram que, dependendo da condição sócio-econômica, as mães lançavam mão de ações diversas. As mães do extrato sócio-econômico mais baixo referiam que, para atingir os objetivos, contavam basicamente com seus próprios recursos e utilizavam estratégias centradas em si (dar amor, carinho, orientar o que é certo e o que é errado). Por outro lado, as mães de nível

sócio-econômico elevado, ao lado de estratégias centradas em si, utilizavam, também, outras estratégias, mais centradas no contexto (colocar filhos em escolas particulares, centro de atividades esportivas, cursos de línguas e computação), possivelmente, por contar com mais recursos.

As mães deste estudo, com grandes dificuldades financeiras, várias vezes se referiram ao amor como elemento fundamental para que a criança coma. Para as mães, o amor protege a criança da desnutrição. O afeto parecia associado com cuidados adequados e dar atenção à criança.

“... eu acho assim... eu penso comigo... tudo o que uma criança precisa pra crescer bem, pra ter saúde... eu acho que depende tudo da mãe dá o amor que precisa, dá carinho, fazer tudo certinho sabe...” (ME 6)

Não resta dúvida que formas graves de desnutrição podem estar associadas à vivência de privação ou excesso de afeto, na medida em que há influência mútua de mãe e filho na construção da interação alimentar e na complexidade dos distúrbios funcionais precoces (SAMPAIO et al., 2007). No entanto, o discurso materno que enaltece o cuidado integral, assim como as falas que apresentam o amor como panacéia para todos os males, remetem ao discurso dos profissionais de saúde do século passado, que tentavam culpabilizar as mães que trabalhavam fora, rotulando-as de mães abandonicas, más mães, responsáveis por todos os problemas de seus filhos (DONZELOT, 1986). Nos tempos atuais, essas crenças ainda estão bastantes presentes, apesar de aparecerem, concomitantemente, falas mais adequadas a uma sociedade onde há um alto contingente de mulheres participando do mercado de trabalho: a qualidade do cuidado compensa a quantidade de tempo que se passa junto com o filho.

“O que eu preciso mais é de dar mais tempo pra ele, mas eu preciso trabalhar pra ajudar em casa, então, como eu não posso mudar isso eu vou dando o carinho que eu posso, na hora do almoço, à noite, e de sábado e domingo.” (ME 2)

5.2.4 Saúde Mental Materna e Desnutrição

As mães de crianças desnutridas apresentaram mais indicadores de problemas emocionais do que as mães de eutróficos. Enquanto cinco mães do grupo MD (50% da amostra) apresentaram indicadores de depressão, nenhum sinal de depressão foi registrado nas mães do grupo ME. Quanto à ansiedade, três mães do grupo MD a apresentaram e somente uma do grupo ME.

Em estudo de revisão sobre a depressão materna, Frizzo e Piccinini (2005) relataram que a depressão provoca alterações no sono, apetite, falta de concentração, de energia e de interesse em atividades que antes eram consideradas agradáveis, que se reflete na qualidade do cuidado à criança pequena. As mães deprimidas costumam ficar mais reclusas e ensimesmadas, com falta de engajamento e diminuição do nível de atenção, que resulta em insensibilidade com a saúde e necessidades psicológicas da criança, além de muita dificuldade em manter um contato responsivo e de boa qualidade.

“Ai, tem hora que eu falo pra eles que dá vontade de pegá eles e levá tudo na casa dos pai deles, largá lá e sumi... quando eles começam a enchê o saco assim, eu falo, mas na mesma hora eu me arrependo.” (MD 8)

Para Laucht (2001), a depressão materna pode ter conseqüências adversas no desenvolvimento da criança. Em um estudo longitudinal com 347 crianças de 2, 4, 6 e 8 anos, ele demonstrou que crianças que nasciam em ambientes sujeitos a risco psico-social corriam maior risco de atrasos no desenvolvimento e de má adaptação comportamental do que crianças nascidas com riscos biológicos, no caso prematuras. Para o autor, o risco psico-social era caracterizado pela presença de fatores familiares adversos, como os pais possuírem problemas psiquiátricos, baixo nível educacional, falta de suporte parental, poucas habilidades de enfrentamento, paternidade precoce, conflitos conjugais, várias pessoas vivendo na mesma casa e a família monoparental.

Ao lado dos possíveis prejuízos no desenvolvimento, há estudos mostrando que as condições emocionais maternas podem influenciar no estado

nutricional da criança. Segundo Satter (1990), os problemas emocionais e sociais dos pais podem interferir nos problemas alimentares das crianças, na medida em que eles usam, repetidamente, táticas que não dão certo, estabelece-se o conflito e as refeições são momentos de tensão prolongada.

Field (1992) apud (FRIZZO; PICCININI, 2005), observou que bebês de mães com depressão, no primeiro ano de vida, estavam abaixo da curva normal de crescimento, especialmente com relação ao peso. As dificuldades emocionais maternas podem prejudicar os cuidados oferecidos à criança em uma fase da vida em que ela tem grande dependência do adulto (CARVALHAES; BENÍCIO, 2002). Na atual pesquisa, algumas mães referiram que seus problemas emocionais interferiam no cuidado à criança, aumentando o risco de desnutrição.

“... naquele tempo meu marido me largou e meu irmão morreu matado, eu fiquei meia descontente com a vida e não cuidava das criança direito, então tudo isso ajudou a ela desnutrir...” (ME 2)

Pode-se hipotetizar que a falta de disponibilidade emocional e cognitiva faz com que a mãe tenha uma tendência a não ser adequadamente responsiva à criança (FRIZZO; PICCININI, 2005, 2007) e acabe utilizando um estilo de alimentação mais passivo. Schwengber e Piccinini (2004), num estudo com mães de crianças de um ano, com e sem indicadores de depressão, verificaram que as mães com indicadores de depressão possuíam um estilo mais apático de interagir com a criança, oferecendo poucos comportamentos facilitadores para exploração de objetos.

No presente estudo, as mães com indicadores de depressão não optaram de forma exclusiva pelo modo *laissez-faire*. O modo controlador de alimentar a criança foi referido por duas mães que apresentavam indicadores de depressão. Possivelmente, a dificuldade de manter uma boa interação e ser contingente às necessidades da criança, levavam as mães a comportamentos opostos: se algumas se retraíam e delegavam toda a responsabilidade à criança, outras atuavam de forma mais coercitiva. Hart et al. (1999) revelaram que a mãe deprimida pode desenvolver dois estilos distintos na interação com seu filho: o primeiro é caracterizado pela falta de

engajamento, afastamento, e pouca estimulação; o segundo por comportamentos intrusivos e de superestimulação.

Mães com sinais de depressão também procuravam manter uma interação responsiva: distraíam a criança, tentavam colocar limites, procuravam dar os alimentos preferidos da criança. Todavia, em geral, elas diziam que não tinham muita paciência e persistência, tomavam atitudes que consideravam erradas, mas que, naquele momento, pareciam opções mais fáceis. Conhecer os procedimentos adequados sobre como alimentar a criança e ao mesmo tempo não conseguir segui-los provavelmente aumentava seus sentimentos de culpa.

“... é mais fácil pegar uma bolacha e dar a bolacha... mas não é porque a gente quer fazer, muitas coisas é porque a gente fica correndo contra o tempo, sempre na correria, aí dá alimentação errada.” (MD 9)

A falta de paciência com o comportamento infantil pode estar associada, também, ao nível de exigência de mães que não toleram que a criança se desvie dos comportamentos esperados e apresente sinais de independência. Há pesquisas mostrando que as mães deprimidas são mais críticas quanto à criança e estão mais insatisfeitas com os filhos (RADKE-YARROW; ZAHN-WAXLER, 1990 apud FRIZZO; PICCININI, 2005).

“... quando nasce uma criança eles já trazem o caráter formado, aí a gente tem que polir... a H. quer fazer tudo, ela é muito independente da gente, coisa que eu não gosto, para mim seria mais fácil se fosse menos independente, mas...vem como Deus manda, né? Não é o que a gente quer...” (MD 9)

A relação entre depressão materna e desnutrição não é uma via de mão única, isto é, a dificuldade de interagir com a criança desnutrida não depende apenas do estado emocional materno, mas também da participação da criança. Como elas estão desnutridas e inapetentes, provavelmente exigem mais energia dessas mães em um momento em que seu nível de engajamento é muito baixo.

Filhos de mães com depressão apresentaram maior resistência ao contato, rejeição aos brinquedos oferecidos pela mãe, verbalizações negativas, um número maior de afetos negativos do que crianças de mães que não tinham depressão (SCHWENGBER, 2003 apud FRIZZO; PICCININI, 2005). Segundo Frizzo e Piccinini (2005), como a mãe falha e não responde adequadamente às suas solicitações, a criança se defende, fica mais insensível e rejeita os estímulos vindos dela. Esses comportamentos infantis podem, indiretamente, interferir na interação alimentar. Nesta pesquisa foram freqüentes as verbalizações maternas que atribuíam a desnutrição do filho ao fato da criança resistir às suas iniciativas, recusar os alimentos que ela oferecia e as distrações propostas.

Instala-se, então, um círculo vicioso. A mãe deprimida, que não consegue alimentar de forma adequada a criança e vencer a desnutrição, perpetua uma interação deficiente e adquire uma percepção de incapacidade, que a mantém deprimida e insegura (CARVALHAES; BENÍCIO, 2002). Os sentimentos de insegurança e de culpa foram bastante presentes nas falas de mães que apresentavam indicadores de depressão, e são sentimentos esperados em quadros depressivos (O'HARA, 1997 apud FRIZZO; PICCININI, 2007).

Uma das mães, por exemplo, se culpava pela desnutrição do filho, na medida em que não deu uma amamentação adequada, exercia múltiplos papéis que competiam com a maternagem, percebendo-se oferecendo cuidados inadequados.

“É, porque tá em minhas mãos, sabe? É responsabilidade minha de decidir o que alimenta e o que não alimenta, então, tudo o que possa ter de conseqüências ruins de uma má alimentação é culpa de quem? Minha, que sou mãe, que tô o dia inteiro com ela.” (MD 9)

Atribuição de causalidade negativa também foi encontrada em outros estudos, muitas vezes, acompanhada por insegurança acentuada (FRIZZO; PICCININI, 2005). Segundo Teti e Gelfand (1991), a diminuição que o afeto depressivo causa na atenção ocasiona a falta de habilidades para resolução de problemas. Possivelmente, a mãe se vê à frente da inapetência do filho, com dificuldades de encontrar novas alternativas para convencer a criança a comer, não sabe como agir e, quando toma uma decisão, não tem certeza se é a correta.

“ ... tenho dúvida se tô fazendo certo, se não tô fazendo certo. Eu me sinto na dúvida... eu acho que a insegurança minha toda mãe tem, porque pra mim que nem eu tô dando essa sopa, eu pra mim, às vezes, acho que não tô dando certo, entendeu? Eu acho que é dúvida de qualquer mãe, acho que todas devem ter...” (MD 1)

Se a desnutrição infantil pode ser um estressor, com um peso na instalação do quadro depressivo materno, é preciso lembrar que as mulheres entrevistadas estavam expostas a outras condições que, segundo Frizzo e Piccinini (2007), estão associadas com a depressão materna: baixo nível sócio-econômico, pouco conhecimento sobre desenvolvimento infantil, conflitos conjugais, pouca relação com a família de origem, e eventos de vida estressantes ocorrendo no momento.

As mães de ambos os grupos enfrentavam sérios problemas. Várias citaram inúmeros estressores ocorrendo ao mesmo tempo e analisando as entrevistas foi possível supor que essa carga de stress podia ter começado há bastante tempo. Por exemplo, P. (MD 5), foi a mãe que relatou o maior número de situações geradoras de stress, como mudança de casa, perda de emprego, perdas financeiras, várias pessoas morando em casa, dívidas, morte de parente próximo, problemas judiciais, separação matrimonial. Apresentava, também, indicadores clínicos, tanto de depressão como de ansiedade. A frequência e possivelmente a duração das situações estressoras podem, como apontam Margis et al. (2003), justificar o alto nível de ansiedade dessa mãe.

Nos últimos anos, vários estudos têm demonstrado que a presença de um grupo de apoio pode funcionar como fator de proteção para saúde mental materna (CRUZ; SIMÕES; FAISAL-CURY, 2005; SCHMIDT; DELL'AGLIO; BOSA, 2007; BELTRÃO et al., 2007; SOLYMOS, 1997). As mães desta pesquisa citaram a ajuda de avós, tias e irmãs mais velhas da criança, principalmente para orientar e dividir os cuidados com os filhos.

“Ah, é difícil né? Aquele ali mesmo eu tive muito medo, a sorte minha mesmo é mais a minha avó que me ensina como faz, como lida... quando tá doente como que trata, como que a gente faz...” (MD 1)

Por outro lado, ter que cuidar da criança, sem alguém para compartilhar as responsabilidades pode ser um fator de risco. Nas palavras de uma mãe, que não contava com ajuda, ser mãe é ter que vigiar 24 horas por dia, sem direito a nenhum momento de descanso.

“... quem trabalha, tem folga do trabalho, mas a gente não tem como mãe. É o tempo todo tendo que olhar e educar desde a alimentação até outras coisas e é importante ter férias, mas as mães não têm férias como mãe; e, não ter essas férias das mães influencia em todo o resto, porque uma mãe equilibrada vai ter uma boa alimentação pra criança, não só uma alimentação, mas uma educação melhor, tem pessoas que tem família perto que possa ajudar, eu não tenho isso, né? Então faz falta...” (MD 9)

Outro exemplo representativo de problemas emocionais associados a falta de grupo de apoio apareceu nas famílias monoparentais. As três mães solteiras da pesquisa (2 do grupo MD e 1 do grupo ME) apresentaram indicadores de ansiedade e depressão. Pesquisas mostraram que a presença do pai ou companheiro, assim como um relacionamento estável com o marido, eram fatores de proteção para o desenvolvimento infantil de mães com depressão, especialmente se ele apoiava a mulher nas decisões e dividia os cuidados (SOLYMOS, 1997; FRIZZO; PICCININI, 2005, 2007).

No entanto, se a presença do companheiro pode ajudar nos cuidados, conflitos conjugais aumentam o risco do aparecimento de sintomas ansiosos e depressivos (CANO; O'LEARY, 2000 apud MARGIS et al., 2003). Várias mães citaram problemas com o cônjuge, maridos que bebiam, brigavam e batiam nelas e, elas próprias, associavam esse clima de tensão com a desnutrição do filho. Possivelmente, o caso que melhor ilustre a associação entre estressores, estado emocional materno e desnutrição, seja o de R. (MD 8).

R. é solteira, mãe de 6 filhos, tem pouca escolaridade (só cursou até o segundo ano), emprego com baixa remuneração e, quando da entrevista, estava bastante preocupada com dívidas, com o processo judicial que estava movendo contra o pai de um dos filhos que não pagava a pensão e com outros problemas familiares.

“Ai, eu enfrento bastante coisa... aqui é só eu que trabalho, tem minha filha que largou do marido que veio morar comigo agora e come aqui, acho que pra mim, pelo salário que eu ganho, me virar sozinha é difícil... não ganho pensão, eu falo que, às vezes, é por isso que eu saio no final de semana, começo a beber pra distrair um pouco minha cabeça, porque se eu ficar aqui dentro, eu fico louca porque pra mim cuida de 6 filho, agora tem meu netinho também, minha filha tá desempregada...” (MD 8)

Apresentava indicadores de depressão e ansiedade e tinha uma forma bastante peculiar de perceber a desnutrição da filha. Considerava a criança como um nenê de 11 meses (a filha tinha 3 anos) e, sob essa ótica, considerava seu desenvolvimento normal. Justificava que preferia vê-la assim porque crianças pequenas são engraçadinhas. A história de vida desta mulher, com três tentativas conjugais mal sucedidas, filhos já crescidos, independentes, mas que ainda solicitavam seu auxílio em momentos de crise, ajuda a entender a percepção distorcida que tinha da criança, especialmente sua resistência a que ela crescesse. Parece que essa mãe, marcada por muitas dificuldades e perdas afetivas, alimentava o desejo de manter a criança pequena e dependente, como forma de garantir uma companheira, que necessitasse de seus cuidados, por tempo indeterminado.

“... às vezes, eu fico pensando que eu queria que ela fosse anãzinha pra eu sempre cuidar dela, nunca ia abandonar ela, só que eu não comento nada com ninguém que eu queria que ela fosse assim...” (MD 8)

As negações e racionalizações prejudicavam sobremaneira o desenvolvimento da criança, pois a mãe não seguia as prescrições médicas, não dava adequadamente as vitaminas indicadas pelos médicos e tratava a filha como nenê. A criança apresentava um quadro de desnutrição severa.

“... não dei o tratamento para ajudar no crescimento porque não queria que crescesse... eu trato ela como se fosse um neném e os médicos aqui da Unesp falaram que não era pra mim tratá ela desse jeito, porque já tem quase três anos... aí vai crescendo com a mente de criança pequena mesmo... mas pra mim é normal tratá ela desse jeito... daí ela é um neném ainda, tudo ela faz de neném, como se fosse uma criança de 10/11 meses... Às vezes penso que depois, mais pra frente, queria que crescesse, mas não agora... daí daria os remédios, faria o que os médicos falam...” (MD 8)

Os prejuízos no desenvolvimento dessa criança não se limitavam ao aspecto físico, mas o relato materno sinalizava que o tratamento infantilizado, os comentários e gozações por parte dos conhecidos já abalaram a auto-imagem da criança e podiam prejudicar sua inserção social.

“... às vezes ela faz gracinha assim, ela começa a ver que a gente olha na cara dela, ela fica subindo nas coisas e vê que não consegue, aí fala que ela é toco, eu pergunto pra ela “o que você é, filha?”, ela fala “ eu sou pequenininha, eu sou toco”. Ela mesma, acho que já percebeu que a gente fica tirando sarro dela, dá risada, acha engraçadinho ser pequenininha, então ela mesma já fala que ela é pequenininha, que ela é toco.” (MD 8)

Mas nem sempre a depressão materna veio associada à baixa escolaridade e dificuldades sócio-econômicas. No caso de E. (MD 9), ela é casada, não citou conflitos conjugais, concluiu o Ensino Superior, tem somente um filho e citou apenas 2 eventos estressores. Mesmo assim, apresentou indicador de depressão moderado e tem um filho desnutrido. A renúncia profissional para cuidar da criança, as pressões associadas ao papel materno e as dificuldades do filho em superar a desnutrição pareceram ter um peso decisivo em seu nível de frustração e estado emocional.

“... eu acho bom um trabalho fora, mas no momento não dá, o momento é para ela, então eu me cobro muito disso, porque eu gostaria de ter algo meu, que hoje eu não tenho, sabe? Tempo pra mim, pra fazer o que estudei... porque o tempo inteiro eles cobram mãe daqui, mãe dali, então é cobrança de você, cobrança dela e cobrança do marido, então é uma coisa muito difícil, cobrança de todos, de todos mesmo...” (MD 9)

Para agravar ainda mais o quadro, ela é imigrante, acostumada a outros costumes e formas de educar os filhos, o que aumentava suas dificuldades e inseguranças.

“Olha, você tá vendo isso? (criança gritando, fazendo birra..), se fosse na minha terra, já tacava uns dois tabefes, falava você fica lá. Lá é costume bater, mas todo mundo é reprimido lá por causa disso, não pode interferir

na conversa dos adultos, aqui a gente dá mais liberdade, né? Então... Acho importante dar sopa, que aqui não costuma dar, aqui só dá coisa seca, arroz, feijão, na minha terra dá sopa pra criança até 6 anos todo dia, às vezes de manhã e aqui é diferente do costume de lá... ”
(MD 9)

As crenças maternas, interligadas com modelos culturais mais amplos, são mediadores entre o comportamento dos pais em sua relação com as crianças (KELLER, 2007). Nesta pesquisa, as falas maternas permitiram identificar várias crenças sobre a criança, sua inapetência e desnutrição, seu papel como mãe, e principalmente seu posicionamento quanto à forma de alimentar o filho.

5.3 CRENÇAS PARENTAIS E MODOS ALIMENTARES

A literatura tem relacionado, sistematicamente, diferenças sociais e culturais, como nível sócio-econômico/renda familiar e nível educacional das mães, com crenças maternas (GOODNOW, 1988; BORNSTEIN et al., 2003; KELLER, 2007). A correlação é geralmente positiva, isto é, quanto melhor o nível sócio-econômico/renda familiar e maior a escolaridade materna, mais adequada são as crenças sobre, por exemplo, o desenvolvimento infantil.

“Olha, crenças, depende muito do grau de instrução da mãe, da cultura, porque veja, antes de eu ser estudada, na minha terra falavam que quando dava pontos brancos na unha era muito bom porque era um sinal de que você ganharia alguma coisa e depois aprendi que não é bom, porque é falta de ferro, então dependendo do estudo da mãe, do que ela acredita, é o que ela vai achar e fazer...”
(MD 9)

Em alguns estudos (RIBAS; MOURA; BORNSTEIN, 2003; BORNSTEIN et al., 2003) verificou-se que, além da escolaridade materna, outros fatores também contribuíam para o conhecimento sobre desenvolvimento infantil, como

apoio de amigos, vizinhos e parentes, participação em grupos de gestantes e leituras. Assim, as crenças e práticas não são estáticas, podem transformar e serem transformadas pelo ambiente físico e social (MOINHOS; LORDELO; MOURA, 2007).

Partindo do pressuposto de que o conhecimento sobre desenvolvimento infantil pode afetar as práticas das mães, Moura et al. (2004) investigaram mães primíparas, com filho de até 1 ano, residentes em seis centros urbanos brasileiros. As variáveis que tiveram impacto importante sobre o conhecimento materno foram, em primeiro lugar, a escolaridade e o local de residência, sugerindo que existem diferenças sociais e culturais em relação ao conhecimento materno. A convivência com a criança também influenciou no nível de conhecimento, na medida em que a mãe demonstrava saber mais sobre o desenvolvimento quanto mais velho era o bebê.

Em outros estudos verificou-se que ter mais informações sobre o desenvolvimento e a saúde infantil afetava, por sua vez, nas práticas de cuidado, em ações preventivas (alimentação, higiene, imunizações, etc.) e curativas (manejo doméstico das doenças e busca precoce de atendimento) (OLINTO et al., 1993; MONTEIRO; SZARFARC; MONDINI, 2000).

Nesta pesquisa, apesar das dificuldades financeiras e de um grande número de mães não ter completado o ensino fundamental, a maioria delas, dos dois grupos, foi favorável a utilizar um modo responsivo para alimentar os filhos, exatamente o modo recomendado pela OMS, pelas conseqüências positivas no desenvolvimento infantil.

O fato de conhecer a forma mais adequada de educar os filhos, apesar da baixa escolaridade, pode ser explicada pela sua exposição à mídia e às orientações de profissionais de saúde, que, dentro do modelo cultural dominante, defendem a forma responsiva como sendo a ideal. Moinhos, Lordelo e Moura (2007) levantaram essa mesma hipótese para explicar a pouca variabilidade nas crenças parentais para criação de filhos, em mães de diferentes níveis sócio-econômicos, na cidade de Salvador. As mães, independente do nível sócio-econômico, queriam educar filhos para que atingissem metas relacionadas a expectativas sociais, isto é, auto-aperfeiçoamento e

bom comportamento. A pouca influência do nível sócio-econômico foi atribuída ao fato das mães compartilharem do mesmo contexto cultural.

Em artigo de revisão bibliográfica, Ribas, Moura e Ribas Júnior (2003) observaram que, na maioria dos estudos, o modo responsivo ou a responsividade é definida como a emissão de comportamentos maternos que são apropriados aos comportamentos da criança. Estudos com crianças pequenas acrescentam que os comportamentos, além de apropriados, precisam ser contingentes às solicitações infantis (BRETHERTON, 1992; BORNSTEIN; TAMIS-LEMONDA, 1997; OWENS et al., 1998). Para Burchinal, Follmer e Bryant (1996), a responsividade envolve, também, o controle, a aceitação e o ajuste da mãe, na interação com a criança.

Nos últimos anos, várias pesquisas sobre o modo responsivo e suas conseqüências no desenvolvimento foram levadas a cabo por pesquisadores, especialmente aqueles interessados na interação mãe/filho. Laucht (2001), em pesquisa longitudinal, encontrou que a responsividade materna era o principal fator no desenvolvimento emocional e comportamental das crianças até a idade escolar. As crianças que vivenciaram interações responsivas apresentaram menos problemas internos (depressão e ansiedade) e externos (hiperatividade, problemas de atenção e impulsividade, rebeldia, agressividade) mostrando que a responsividade podia funcionar como fator de proteção para crianças nascidas de risco, biológico (prematuridade) e psico-social (fatores familiares adversos).

Outros pesquisadores verificaram que o cuidador responsivo pode proporcionar a autoregulação da criança e fazer com que ela tenha sentimentos de controle e auto-eficácia, ajudando no seu posterior desempenho. Pode, também, fortalecer a motivação da criança para persistir e resolver problemas com sucesso (BORNSTEIN; TAMIS-LEMONDA, 1989 apud RIBAS; MOURA; RIBAS JÚNIOR, 2003). Parece ser o estilo educativo ideal para atingir as metas da família contemporânea: estimular a criança a desenvolver sua autonomia e independência, valorizar cada vez mais as iniciativas, encorajar, reforçar os acertos e evitar métodos punitivos (BIASOLI-ALVES, 1997; CALDANA, 1998). O modo responsivo de alimentar tem sido interpretado como uma boa estratégia dos pais para proteger crianças em situação de risco, de doenças e desnutrição (ENGLE; ZEITLIN, 1996).

A grande maioria das mães deste estudo defendeu o modo responsivo. Em primeiro lugar, poucas referiram a necessidade de usar controle coercitivo, especialmente punições físicas, mas pontuavam que educavam com amor, e enumeravam suas várias atribuições no planejamento da situação alimentar. Ao mesmo tempo, se ajustavam aos comportamentos da criança, tentando atender a suas preferências, oferecendo alimentos fáceis de ingerir, tentando transformar a situação alimentar em lúdica e prazerosa, distraíndo-a, quando se mostrava desinteressada, e dando ajudas físicas, quando não tinha habilidades para comer sozinha. Cada uma das mães tinha seu estilo particular de alimentar o filho e de tentar enfrentar a desnutrição. Umaz enfatizavam a variedade de alimentos a que já haviam recorrido (fígado, ovo de pata, beterraba), outras referiam a restrição de guloseimas, colocavam horários para as refeições, escolhiam ambientes em que a criança se sentisse mais à vontade para comer, proporcionavam distrações (com brincadeiras) e ajudavam-na a comer, amassando os alimentos, levando a colher na boca e segurando o prato.

Porém, a resposividade não está, apenas, relacionada às características da mãe, mas depende também de características da criança, como temperamento, obediência, idade, sexo, desenvolvimento social, linguagem, saúde, vulnerabilidade e apetite (RUEL; ARIMOND, 2003).

Para as mães das crianças desnutridas, deste trabalho, o apetite da criança foi considerado fundamental em suas tentativas de estabelecer uma interação responsiva. Frente ao desinteresse da criança pela comida, especialmente quando estava doente ou com baixo apetite, as mães, a princípio encorajavam a comer, mas muitas vezes, após várias recusas, desistiam.

A recusa do alimento muitas vezes era ocasional, especialmente quando a criança estava doente, ou preferia brincar a comer. A preocupação maior das mães era com a inapetência crônica da criança que não gostava de comer e, em consequência, ficava desnutrida.

Segundo Satter (1990), de 25% a 35% das interações alimentares, nesta faixa etária, são problemáticas e incluem, entre outras dificuldades, a pouca aceitação de comida ou recusa alimentar. A procura pela autonomia é a maior prioridade e a criança falha em perceber, com precisão, sua própria fome, preferindo enfrentar a mãe ao invés de comer (SATTER, 1990). Frequentemente, as mães atribuíram a desnutrição, não a causas orgânicas, mas ao temperamento da criança voluntariosa, que não aceita a ajuda materna.

“... não desenvolve porque ele não come, sabe?... come dois bocados e não quer mais... Daí eu tento insistir... dou um pouquinho pro cavaleiro dele... eu tento brincar com ele, ponho um monte de carrinho no chão e falo vamos V. papa e dá papa pros carrinhos? Só que daí eu vejo que não quer mesmo, aí nem insisto, porque também, né? Vou ficar entupindo ele, sem ele tá querendo...” (MD 2)

Sampaio et al. (2007) observaram que a desnutrição parece influenciar o investimento da mãe na criança. Quando a criança era menos responsiva às tentativas de interação maternas, criava-se um ciclo vicioso: diminuição da demanda infantil seguido de prejuízo de investimento materno.

A crença das mães que o modelo responsivo é o mais adequado não significou, entretanto, que ele sempre foi posto em prática. Várias mães relataram tentativas frustradas de alimentar o filho de forma responsiva, pelos mais diferentes motivos: comportamento da criança, contexto inadequado ou seu próprio estado emocional. As dificuldades levaram-nas a mudar a forma alimentar, passando a utilizar técnicas coercitivas ou *laissez-faire*, para tentar garantir que a criança ingerisse alimento ou para se tranquilizar. Goodnow (1988) relata que há pesquisas mostrando que mães que, a princípio, acreditavam na reciprocidade entre mães e filhos pequenos, agiam de forma diferente de suas crenças quando percebiam que não conseguiam influenciar o comportamento da criança.

As ações maternas não parecem ser fruto de uma crença única, mas o resultado de uma conjunção de idéias, que tem que levar em conta múltiplas variáveis (GOODNOW, 1988). Assim, frente à desnutrição, as mães não agiam somente da forma que achavam correta, mas seguiam os conselhos de outros, mudavam as estratégias e, se davam certo, acabavam mudando suas próprias crenças.

“... você conversa com a criança, ou você fala, mas não tente bater que o pior é isso, porque eu já fiz isso com ele e não adiantou, se você não comer eu vou bater em você, não, isso eu já falavava...” (ME 6)

Apesar de ser pouco freqüente, algumas mães, especialmente de crianças desnutridas, defenderam o modo *laissez-faire*. As mães que defendiam esse modo deixavam claro que a criança sabe o que quer e quando está satisfeita.

“.... come o tanto que ela acha que deve comer...” (MD 5)

A forma não diretiva de educar, que teve como um dos principais incentivadores o psicólogo americano Karl Rogers, influenciou sobremaneira a forma de educar filhos nas décadas passadas. O estudo de Biasoli-Alves (1997) mostrou a grande influência desse discurso nas práticas educativas das famílias brasileiras durante os anos 80. As mães valorizavam cada vez mais as iniciativas da criança, diminuíram o número de regras e tornaram-se muito mais permissivas, com o objetivo de desenvolver a autonomia e independência do filho, deixando-o participar ativamente na determinação de seu cotidiano.

Há estudos mostrando que essa forma de alimentar crianças não é a mais adequada para crianças desnutridas. Em áreas pouco desenvolvidas da América Central, como na Guatemala, observou-se um pior estado nutricional em crianças cujas mães respeitavam integralmente os sinais da criança de baixo peso, aguardando que solicitassem alimentos ou aceitando prontamente a recusa da alimentação. Tais mães interpretavam o comportamento alimentar das crianças nascidas de baixo peso, ou sujeitas a freqüentes episódios infecciosos, como seu particular padrão normal de apetite e tendiam a sub-alimentar a criança (BENTLEY; BLACK; HURTADO, 1995).

Mas, no caso das mães desse estudo, pode-se levantar outra hipótese. As mães, com várias tentativas fracassadas em alimentar seu filho desnutrido estariam passando por um estado que Seligman (1977) denominou de desamparo adquirido. A pessoa aprende que nenhum comportamento emitido por ela resulta na consequência desejada, os eventos são percebidos como incontroláveis e, em consequência, suas tentativas e iniciativas de controlar o fenômeno diminuem sensivelmente. Assim, a pessoa aprende a ser extremamente passiva.

Frente às crianças mais resistentes em aceitar a alimentação, ao lado da falta de investimento, as mães lançavam mão de possíveis racionalizações, apelando para a sabedoria da criança em determinar o que lhe convém.

5.4 DESNUTRIÇÃO E FORMAS DE ENFRENTAMENTO

Para Carvalhaes e Godoy (2002), o primeiro passo para que as mães participem ativamente na recuperação nutricional, na prevenção e no cuidado do filho, é o conhecimento adequado da sua situação nutricional.

Diferentemente do que foi observado no estudo de Carvalhaes e

Godoy (2002), quando 63,3% das mães das crianças com déficit de peso não reconheciam que seus filhos não correspondiam ao peso esperado para a idade, as mães, dos dois grupos, conseguiam identificar corretamente se suas crianças estavam, ou não, abaixo do peso esperado. Entretanto, nem sempre elas consideravam que o baixo peso era um sintoma de desnutrição, especialmente se a criança demonstrava disposição para brincar, não tinha prejuízos em seu desenvolvimento, ou quando o baixo peso era considerado como característica familiar. Outras vezes, apesar da mãe definir seu filho como desnutrido, ela não percebia a desnutrição como uma doença. Sampaio et al. (2007) observaram que mães de crianças desnutridas hospitalizadas consideravam como processo mórbido apenas as intercorrências agudas e infecciosas (diarréia e pneumonia). A desnutrição não era identificada como doença, mas unanimemente referida como sinônimo de baixo peso ou perda de peso.

A maneira como a mãe percebia e avaliava o impacto do baixo peso e altura na criança interferia diretamente no modo como ela enfrentava essa situação. As mães utilizavam diferentes estratégias de enfrentamento quando identificavam a desnutrição como uma doença, com conseqüências futuras ou quando a consideravam uma característica constitucional da criança.

Se a desnutrição era vista como característica herdada, a mãe não se sentia obrigada a tomar nenhuma providência. Da mesma forma, quando as mães atribuíam a dificuldade em ganhar peso à falta de colaboração da criança ou aos descasos dos serviços de saúde, seu empenho em reverter o quadro era muito menor.

O conceito de enfrentamento tem sido descrito, na literatura, como o conjunto das estratégias que as pessoas utilizam para se adaptar a circunstâncias adversas ou estressantes. Sua principal função é alterar, quando possível, a situação

problemática, e/ou avaliá-la de uma forma que a torne menos assustadora, para permitir um controle emocional adequado (ANTONIAZZI; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998; LAZARUS; FOLKMAN, 1984).

No enfrentamento focalizado no problema, a pessoa engaja-se no manejo ou modificação do problema ou situação causadora de estresse, visando controlar ou lidar com a ameaça, dano ou desafio. Utiliza, em geral, estratégias ativas de aproximação em relação ao estressor, de definição do problema e geração de soluções alternativas (LAZARUS; FOLKMAN, 1984).

O enfrentamento focalizado na emoção é utilizado, principalmente, frente a problemas em que o sujeito não tem o controle sobre a situação ou a possibilidade de alterar o andamento do quadro. O objetivo é a regulação da resposta emocional causada pelo problema/estressor, desenvolver ações para controlar o estado emocional, bem como impedir que as emoções negativas afetem o engajamento em ações para a solução de seus problemas (LAZARUS; FOLKMAN, 1984). Há situações em que diferentes estratégias de enfrentamento podem ser utilizadas simultaneamente (FOLKMAN et al., 1986; LAZARUS; FOLKMAN, 1984).

Possivelmente, em um primeiro momento, as mães se percebiam capazes de superar a desnutrição o que levava à escolha de estratégias mais ativas, como a imposição de limites ao consumo de doces e salgadinhos, melhora da dieta oferecida e procura de serviços médicos. As mães relataram que sempre que necessário levavam a criança aos postos de saúde e seguiam as recomendações médicas.

As intervenções diretas para resolver problemas criados pela doença também foram encontradas em cuidadores de criança/adolescentes soropositivos (SEIDL et al., 2005) e em mães de filhos com autismo (SCHMIDT; DELL'AGLIO; BOSA, 2007). Os autores deste último estudo referiam que as orientações objetivas que estas mães recebiam das equipes das escolas especiais, favorecia o manejo adequado com o filho autista. Pode-se hipotetizar que, se os profissionais de saúde oferecerem às mães de desnutridos, orientações práticas, objetivas e viáveis, eles podem estar contribuindo para que elas atuem mais diretamente e de forma mais efetiva sobre a desnutrição.

Assim como mães de filhos portadores de doenças graves (BELTRÃO et al., 2007, SEIDL et al., 2005), as mães dos desnutridos recorreram a preces como forma de enfrentar a inapetência e a desnutrição do filho. Se as mães de crianças com câncer, ou soropositivas rezavam a partir do momento que percebiam que a doença era incontrolável, sem cura, ou que exigia tratamentos bastante complexos, as mães dos desnutridos referiram rezar quando percebiam que a criança estava debilitada (“paradinha”) ou quando achavam que estava doente.

“... se alimenta bem, mas tá doentinha, então perdeu peso, mas peço para Deus ajudar, logo, logo, se Deus quiser, ela vai começar a engordar...” (MD 5)

O enfrentamento religioso é bastante comum em contextos de cuidados à saúde. É utilizado principalmente por pessoas cujas crenças e práticas religiosas fazem parte de seus valores e orientação na forma de ver o mundo. Algumas buscam apoio espiritual, outras perdão divino (FARIA; SEIDL, 2006).

Há estudos mostrando que crenças e práticas religiosas estão associadas com melhor saúde física e mental, com maior resiliência e resistência ao estresse decorrente de doenças. Para alguns autores as preces ajudam na adaptação das famílias, pois oferecem a oportunidade de redefinir o significado dos problemas dos filhos (PANZINI; BANDEIRA, 2007). Ou ainda, a religião ajuda a vencer o medo da morte, das perdas e do sofrimento (BELTRÃO et al., 2007).

Quando as estratégias de enfrentamento centradas no problema não surtiam efeito, as mães passavam a justificar que se tratava de quadro de origem genética, culpabilizar a criança e os profissionais de saúde e outras estratégias centradas na emoção.

Utilizavam recursos para lidar com seus próprios sentimentos de preocupação, culpa, insegurança, impotência e incontrolabilidade. Frequentemente, elas tentavam enfrentar a desnutrição e lidar com suas emoções, ao mesmo tempo.

O controle do estado emocional provavelmente facilitava uma melhor interação com a criança no momento alimentar, visto que emoções negativas afetam o

engajamento em ações e dificultam a solução de problemas (ANTONIAZZI; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998; LAZARUS; FOLKMAN, 1984).

Uma das formas de diminuir a ansiedade frente à desnutrição da criança consistia em desviar o olhar para as características positivas da criança, seu bom desempenho motor ou verbal, sua disposição, sua esperteza, procurando minimizar as conseqüências da desnutrição no desenvolvimento do filho. Em outros momentos, amenizavam a gravidade da desnutrição, comparando-a com quadros de maior gravidade, isto é, utilizando o mecanismo de racionalização.

As mães entrevistadas por Schmidt, Dell'Aglío e Bosa (2007) relataram que, para não agravar seu estado emocional, frente às dificuldades de lidar com filhos autistas e com as próprias emoções, tentavam se distrair lendo, conversando ou vendo televisão.

Embora, em geral, a utilização das estratégias de distração e esquiva, sejam consideradas desadaptativas em adultos, neste caso, afastar-se do problema, pode se constituir numa forma construtiva de lidar com a situação de estresse, uma tentativa de manter o controle, não deixando que a situação de conflito se agrave (SCHMIDT; DELL'AGLIO; BOSA, 2007).

Contudo, as esquivas, negações e racionalizações não evitaram que os discursos maternos fossem carregados de culpa pela desnutrição. Elas se culpavam pelo desmame precoce ou pela amamentação prolongada, por ceder aos caprichos da criança, pela falta de paciência e por cuidados alimentares inadequados.

5.5 O PAPEL DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Algumas mães responsabilizavam os profissionais da saúde pela desnutrição do filho. As mães avaliavam que suas queixas não eram ouvidas, ou eram minimizadas, relatavam que o quadro do filho era pouco investigado na medida em que solicitavam poucos exames e as consultas eram muito espaçadas. Queixavam-se, também, do discurso conflitante dos profissionais, que criava insegurança e dúvidas quanto a seguir as prescrições. Possivelmente, essa percepção negativa dos serviços de

saúde pode prejudicar o relacionamento com os profissionais, e acaba afetando a adesão e o cumprimento das prescrições.

“... aqui no posto nunca procuraram fazer nada, sabe? Porque o médico falou que não tinha o que fazer, o Dr. P., até então, falou que não tinha o que fazer, que era o jeitinho dele, sabe? Que ele não tava baixo peso, nada”
(MD 2)

Em seu estudo com mães desnutridas, na cidade de São Paulo, Solymos (1997) observou que a abertura que as mães deram à equipe de saúde auxiliou no enfrentamento da situação adversa em que se encontravam. O contato proporcionava novos relacionamentos, incentivo ao uso de remédios, alimentos e inclusive sugestões de alternativas para solucionar problemas pessoais, como os atendimentos sociais da igreja.

Poucas mães do presente estudo citaram as ajudas que os serviços de saúde oferecem. Foram lembrados alguns aconselhamentos nutricionais, como dar frutas, verduras, legumes e carne, orientação quanto ao desmame e a prescrição de medicamentos para desnutrição: sulfato ferroso, polivitamínico, Aditil, Calcarea fosporica CH3 e Pulsatilla 12 CH. Alguns profissionais trataram de doenças que, segundo elas, poderiam estar influenciando no ganho de peso como dermatite ceborréica e infecções. Na percepção das mães, a preocupação dos profissionais da saúde se restringia a averiguar que alimentos estavam sendo oferecidos e se elas davam as vitaminas e remédios corretamente.

Segundo Satter (1990), para fazer o diagnóstico da criança com dificuldades nutricionais seria preciso incluir uma avaliação do relacionamento entre pais e filhos durante a situação alimentar. Nas consultas de rotina, na atenção primária, uma atitude preventiva consistiria, nos profissionais da saúde ensinarem e darem um suporte positivo às dinâmicas alimentares, instruindo os pais sobre aproximações sucessivas e auxiliando-os a detectar, precocemente, problemas comportamentais relacionados à alimentação.

Paulo e Madeira (2006), que estudaram famílias de crianças desnutridas com dificuldades sócio-econômicas, sugerem que, nas visitas domiciliares,

os agentes deveriam aproximar as orientações do protocolo de atenção ao desnutrido à realidade das mães. As intervenções deveriam ultrapassar a técnica e o cumprimento de protocolos, normas e programas. Outra estratégia desenvolvida por Frota, Albuquerque e Linard (2007), no Núcleo de Atenção Médica Integrada, vinculado a Universidade de Fortaleza-CE, foi trabalhar com as mães em grupos e oficinas. Envolveu atendimento em grupo a nove famílias de crianças desnutridas. Consistia em discussões e trocas de experiências de todos os participantes envolvidos, buscando compreender as dificuldades encontradas pelas famílias e tentando desvelar os enigmas da desnutrição infantil, para, posteriormente, prevenir agravos à saúde dos filhos. Nas oficinas, percebeu-se a força do conjunto de princípios e crenças em relação ao cuidado do filho desnutrido, que norteavam a forma de ser e de viver dos participantes. Como resultado das oficinas, do envolvimento dos participantes e das interações com o meio social, constatou-se que os participantes estavam num processo de mudança, acreditando na liberdade para agir, na sua autonomia com consciência e determinação, o que, segundo os autores, mostrava que estavam se instrumentalizando como futuros cuidadores dos filhos desnutridos.

Os grupos de apoio e orientação poderiam, também, auxiliar as mães na aquisição de estratégias de enfrentamento, que trouxessem resultados mais efetivos, tanto no alívio do estresse materno quanto na qualidade de interação com os filhos. Trabalhos de intervenção com grupo de cuidadores de doentes com HIV/aids provaram ser possível desenvolver habilidades de enfrentamento adaptativas, promovendo troca de experiências e melhorando o nível de conhecimento sobre a doença (SEIDL et al., 2005).

As estratégias de enfrentamento oferecidas aos pais também não se devem limitar ao cuidado da desnutrição, pois, de forma similar a outras pesquisas (FERRIOLLI; MARTURANO; PUNTEL, 2007), as mães verbalizavam necessidade de receber apoio para desenvolver estratégias para lidar com outras funções parentais e outros domínios da vida familiar.

“... é na parte de educar que eu mais me preocupo e mais tenho dívida, como que a gente faz, se conversa, bate, eu adorei o grupo de gestantes porque que acabou aquilo?... deveria de ter um para ensinar essas dívidas que a gente tem de educar.” (MD1)

6. Considerações Finais



As mães, apesar da baixa condição sócio-econômica e pouca escolaridade, acreditavam que o modo mais adequado para alimentar a criança era o modo responsivo, aquele que o UNICEF propõe como ideal, a ser incentivado nos programas alimentares para desnutridos (HA et al, 2002). As mães relatavam uma diversidade de estratégias para enfrentar a inapetência e a desnutrição, sabiam que precisavam adequar seu comportamento às necessidades da criança e assumiam a maior parte da responsabilidade pelo sucesso alimentar, apresentando muita culpa quando suas tentativas fracassavam.

Segundo Yunes, Garcia e Albuquerque (2007), se as condições econômicas e sociais precárias, presentes em um número considerável de famílias brasileiras, podem afetar de forma adversa o desenvolvimento das crianças, muitas famílias que vivem situações de risco cumprem seu papel de proteção e cuidado com competência e conseguem o desenvolvimento saudável de seus membros. Neste estudo, algumas mães, especialmente de crianças eutróficas, apesar do contexto desfavorável, pareciam ter condições de contornar os problemas, especialmente a inapetência da criança.

A inapetência ocasional, comum nesta faixa etária, geralmente vem associada ao fato de ser um período de transição da alimentação pastosa para sólida, de busca de autonomia para comer sem ajuda e de alta susceptibilidade a infecções, todas condições que influem negativamente no consumo alimentar e no apetite. Do ponto de vista psicológico, é um período em que a criança, apesar de ainda ter forte dependência do adulto e habilidades limitadas de preensão, inicia uma luta pela autonomia e controle de algumas funções diárias, que, associada à firmeza na locomoção e interesse pela exploração do ambiente, tornam a situação alimentar muito mais conflituosa que em fases de desenvolvimento anterior (CHATOOR et al., 1998). Dependendo de como o adulto lida com essas recusas, elas podem continuar sendo episódios esporádicos ou persistir, se instalando como comportamento dominante, marcando o estilo alimentar da idade e podendo ocasionar a desnutrição.

As mães de crianças desnutridas, também, compartilhavam a crença de que o modo responsivo era o mais adequado. Relatavam que, em um primeiro momento, tentavam ser contingentes às solicitações da criança, tornar a situação

alimentar agradável e lúdica, mas, após várias tentativas fracassadas, elas desanimavam, insistiam menos e confiavam que a criança, intuitivamente, sabia o quanto lhe convinha comer.

A dificuldade de lidar com a inapetência infantil pode ser devida a vários fatores específicos ou a uma combinação entre eles. Se todas as famílias pesquisadas podiam ser consideradas de risco, no caso das mães de desnutridos, havia alguns agravantes que as diferenciavam das mães de eutróficos: maior dificuldade econômica, representada pela preocupação com dívidas, associada a condições emocionais adversas, especialmente quadros de depressão.

A depressão materna constitui um fator de preocupação nos serviços de saúde pediátrica, pois ao lado do sentimento de incapacidade que produz na mulher, pode provocar, a longo prazo, prejuízos cognitivos e emocionais na criança, exigindo a necessidade de detecção e intervenção precoce (FRIZZO; PICCININI, 2005). Nesta pesquisa, não foi possível afirmar se a depressão materna foi um dos fatores que levou ao quadro de desnutrição ou se as dificuldades e a sensação de impotência frente à desnutrição/inapetência infantil geraram a baixa auto-estima e depressão. De qualquer modo, houve uma frequência maior de depressão em mães de desnutridos, no momento da entrevista, o que permite supor maior dificuldade em manter uma interação responsiva.

As mães de crianças eutróficas também expressaram dificuldades em lidar com a inapetência da criança, mas o estresse das mães de desnutridos era muito maior.

As colocações acima permitem delinear algumas sugestões para os serviços de saúde. Em primeiro lugar, não parece necessário convencer as mães a serem responsivas. Poucas acreditavam que a criança devia controlar totalmente a situação alimentar e um número ainda menor relatou comportamentos de forçar a criança a comer.

Pareceu importante, entretanto, que dentro de uma proposta de atendimento integral à criança, os profissionais da saúde planejem intervenções que contemplem o binômio mãe/filho: por um lado, precisam contemplar e acolher as

dificuldades e o estado emocional materno, por outro orientar para estratégias efetivas de enfrentamento da inapetência e desnutrição infantil.

Desde os anos 60, as agências internacionais, como o UNICEF e a OMS, com o intuito de resolver os problemas da infância, desenvolveram modelos que homogeneizavam os determinantes dos principais problemas de saúde e as suas formas de intervenção. Freire (1991) apud (ZANOLLI; MERHY, 2001), ao pesquisar o discurso da OMS, observou que os informes técnicos da área de saúde materno-infantil e as orientações da puericultura tinham um conteúdo homogeneizador, calcado na pedagogia, priorizando a educação e a racionalização de ações e condutas e propondo soluções de ordem médica para a resolução de problemas cuja causa era principalmente social.

Posteriormente, as agências, ao estabelecer como prioridade a luta contra a mortalidade infantil, incorporaram em seu discurso a determinação social nos processos de saúde /doença. Suas ações, contudo, dirigiram-se basicamente para: o combate da doença diarreica (através da terapia de reidratação oral), a monitorização do crescimento e do desenvolvimento, o estímulo ao aleitamento materno, o cuidado com a alimentação e a vacinação (ZANOLLI; MERHY, 2001).

Em anos mais recentes, a pediatria social preocupada em prevenir e solucionar os problemas da infância reforçou a necessidade da atenção materno-infantil, isto é, uma preocupação em abordar, também, as questões maternas. Paralelamente, a política de intervenção se deslocou da polícia médica para a educação sanitária, individualizando o atendimento e dando voz às dificuldades específicas do usuário (ZANOLLI; MERHY, 2001).

Esses objetivos ainda parecem pouco presentes no combate a desnutrição, no Brasil. Valle, Santos e Gigante (2004), mostraram que, no geral, os programas de intervenção tinham como objetivo oferecer alimentos, suplementos alimentares e/ou aconselhamento nutricional, que se limitavam a sugerir determinados alimentos. A maioria das intervenções teve efeito positivo no crescimento infantil, independente do tempo de duração das intervenções.

Apesar do sucesso dos programas, as freqüentes recidivas de crianças desnutridas e os índices de mortalidade infantil alertam para o fato de que se deve evitar

o atendimento centrado apenas no biológico e elaborar estratégias educativas contextualizadas na realidade vivenciada pelas famílias (FROTA; BARROSO, 2005).

Paulo e Madeira (2006) sugerem que é importante que os profissionais de saúde percebam a mãe como uma mulher com sentimentos e história de vida própria, em uma cultura específica, que, segundo os dados desta pesquisa, pode estar atravessando um momento difícil de sua vida e apresentando problemas de ordem emocional, que dificultam sua função de cuidadora. Os profissionais precisariam estar abertos à escuta da problemática materna e criar um clima em que as mães pudessem revelar suas dificuldades, para assim poder buscar, em conjunto, soluções para os problemas. Para esses autores, a melhor forma de atingir esse objetivo é através de grupos e oficinas que tenham como propósito trabalhar as percepções e sentimentos das mães no convívio com a desnutrição do filho.

Segundo Engle, Bentley e Peltó (2000), ainda é preciso aprender muito sobre a “caixa preta” dos cuidados à infância e especialmente sobre os cuidados alimentares. As informações que algumas mães trouxeram a respeito dos serviços de saúde permitem perceber que é necessária uma modificação na maneira como a desnutrição tem sido abordada e tratada.

Compreende-se que as transformações dos serviços de saúde ocorrem a longo prazo, constituindo um desafio organizar o atendimento com uma perspectiva de atenção integral e interdisciplinar. No entanto, esse estudo parece deixar claro que, para que esses objetivos sejam alcançados, ao lado das intervenções de ordem biológica (curar infecções, proporcionar a ingestão de nutrientes etc) é preciso dar atenção e valorizar as questões psico-sócio-emocionais, embasando possíveis propostas educativas.

7. Referências Bibliográficas



ALDAIR, L.S.; POPKIN, B.M. Low birth weight reduces likelihood of breast feeding among Filipino infants. **J. Nutr.**, v.126, p.103-111, 1996.*

ANTONIAZZI, A.S.; DELL'AGLIO, D.D.; BANDEIRA, D.R. O conceito de *coping*: uma revisão teórica. **Estud. Psicol.**, v.3, n.2, p.273-294, 1998.

AZEVEDO, K.R.; ARRAIS, A.R. O mito da mãe exclusiva e seu impacto na depressão pós-parto. **Psicol. Reflex. Crit.**, v.19, n.2, p.269-276, 2006.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977. 226p.

BARNETT, B.; SCHAAFSMA, M.; GUZMAN, A.; PARKER, G. Maternal anxiety: a 5- year review of an intervention study. **J. Child Psychol. Psychiatry**, v.32, p.423-438, 1991.

BECK, A.T.; EPSTEIN, N.; BROWN, G.; STEER, R.A. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. **J. Consult. Clin. Psychol.**, v.56, p.893-897, 1988.

BECK, A.T.; WARD, C.H.; MENDELSON, M.; MOCK, J.; ERBAUGH, J. An inventory to measuring depression. **Arch. Gen.Psychiatry**, v.4, p.561-571, 1961.

BELTRÃO, M.R.L.R.; VASCONCELOS, M.G.L.; PONTES, C.M.; ALBUQUERQUE, M.C. Câncer infantil: percepções maternas e estratégias de enfrentamento frente ao diagnóstico. **J. Pediatr.**, v.83, n.6, p.562-566, 2007.

BENTLEY, M.E.; BLACK, M.M.; HURTADO, E. Child-feeding and appetite: what can programmes do? **Food Nutr. Bull.**, v.16, p.340-349, 1995.

* ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023**: informação e documentação - Referências – Elaboração. Rio de Janeiro, 2002. 22p.
NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE. **List of journals indexed in Index Medicus**. Washington, 2001. 240p.

BENTLEY, M.E.; STALLINGS, R.Y.; FUKUMOTO, M.; ELDEK, J.A. Maternal feeding behavior and child acceptance of food during diarrhea convalescence and health in the Central Sierra of Peru. **Am. J. Public Health**, v. 81, p.43-47, 1991.

BIASOLI-ALVES, Z.M.M. Famílias brasileiras do século XX: os valores e as práticas de educação da criança. **Temas Psicol.**, v.1, n.3, p.33-49, 1997.

BIRCH, L.L.; DAVISON, K.K. Family environmental factors influencing the development behavioral controls of food intake and childhood overweight. **Pediatr. Clinic North America**, v.48, n.4, p.893-907, 2001.

BOGDAN, R.C.; BIKLEN, S.K. **Qualitative research for education**: an introduction for theory and methods. 3.ed. Boston (MA): Allyn and Bacon, 1998. 276p.

BORNSTEIN, M.H.; HAHN, C.S.; SUWALSKY, J.T.D.; HAYNES, O.M. The Hollingsheadfour-factor index of social status and the socioeconomic index of occupations. In: BORNSTEIN, M.H.; BRADLEY, R.H. (Orgs) **Socioeconomic status, parenting, and child development**. Mahwah: LawrenceErlbaum, 2003. p.29-81.

BORNSTEIN, M.H.; TAMIS-LEMONDA, C.S. Maternal responsiveness and infant mental abilities: Specific predictive relations. **Infant Behav. Dev.**, v.20, p.283-296, 1997.

BRANT, C.C.; MELLO, S.L. **A família contemporânea em debate**. São Paulo: Cortez, 1995. 122p.

BRASIL. CONSTITUIÇÃO. **República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico.1988.

BRASIL. **Estatuto da criança e do adolescente**, lei n° 8069. 1990.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília, 2005.

BRETHERTON, I. The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. **Dev. Psychol.**, v.28, p.759-775, 1992.

BURCHINAL, M.; FOLLMER, A.; BRYANT, D. The relations of maternal social support and family structure with maternal responsiveness and child outcomes among African American families. **Dev. Psychol.**, v.32, p.1073-1083, 1996.

CALDANA, R.H.L. A criança e sua educação na família no início do século: autoridade, limites e cotidiano. **Temas Psicol.**, v.6, n.2, p.87-103, 1998.

CALVASINA, P.G.; NATIONS, M.K.; JORGE, M.S.B.; SAMPAIO, H.A.C. "Fraqueza de nascença": sentidos e significados culturais de impressões maternas na saúde infantil no Nordeste brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, v.23, n.2, p.371-380, 2007.

CARANDINA, L.; ALMEIDA, M.A.S. **Dados demográficos e principais indicadores de saúde nas áreas de abrangência das Unidades de Saúde da rede básica do município de Botucatu-SP, no quinquênio 2000 a 2004**. Botucatu, 2005. Disponível em:<http://www.emv.fmb.unesp.br/publicacoes/saude_publica/botucatu_dados_2005.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2008.

CARVALHAES, M.A.B.L. **Desnutrição e cuidado infantil**: um estudo de casos e controles. 1999. 149 f. Tese (Doutorado) - Curso Interunidades em Nutrição Humana Aplicada, FSP-FCF-FEA, Universidade de São Paulo, São Paulo.

CARVALHAES, M.A.B.L.; BENÍCIO, M.H. Capacidade materna de cuidar e desnutrição infantil. **Rev. Saúde Pública**, v.36, n.2, p.188-197, 2002.

CARVALHAES, M.A.B.L.; PEROSA, G.B.; BENICIO, M.H.D. Mother-child interaction during feeding:observational study on 12 to 24-month-old malnourished and eutrophic children. In: WORLD CONGRESS OF PUBLIC HEALTH NUTRITION, 2006, Barcelona. Public Health Nutrition. Barcelona : Spanish Society of Community Nutrition, 2006.1., v.9, p.166-166.

CARVALHAES, M.A.B.L; GODOY, I. As mães sabem avaliar adequadamente o peso das crianças?. **Rev. Nutr.**, v.15, n.2, p.155-162, 2002.

CARVALHO, M.F. Acompanhamento do crescimento em crianças menores de um ano: situação nos serviços de saúde em Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n.3, p.675-685, 2008.

CASTRO, M.G.; OLIVEIRA, M.S.; MORAES, J.F.D.; MIGUEL, A.C.; ARAÚJO, R.B. Qualidade de vida e gravidade da dependência de tabaco. **Rev. Psiquiatr. Clin.**, v.34, n.2, p.61-67, 2007.

CASTRO, T.G.; NOVAES, J.F.; SILVA, M.R.; COSTA, N.M.B.; FRANCESCHINI, S.C.C.; TINOCO, A.L.A.; LEAL, P.F.G. Caracterização do consumo alimentar, ambiente socioeconômico e estado nutricional de pré-escolares de creches municipais. **Rev. Nutr.**, v.18, n.3, p.321-330, 2005.

CHATOOR, I.; HIRSCH, R.; GANIBAN, J.; PERSINGER, M.; HAMBURGER, E. Diagnosing infantile anorexia: the observation of mother-infants interaction. **J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry**, v.37, p.959-967, 1998.

CRUZ, E.B.S.; SIMÕES, G.L.; FAISAL-CURY, A. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v.27, n.4, p.181-188, 2005.

CUNHA, J.A. **Manual da versão em português das Escalas Beck**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.171p.

DETTWYLER, K.A. Infant feeding in Mali-West Africa: variations in belief and practice. **Social Sci. Med.**, v.23, n.7, p.651-664, 1989.

DOMENE, S.M.A.; OTA, R.R.L.; NILSON, E.A.F.; OLLERTZ, M.I.S.; WATANABE, T.T.; GALLO, P.R. Experiências de políticas em alimentação e nutrição. **Estud. Av.**, v.21, n.60, p.161-178, 2007.

-
- DONZELOT, J. **A polícia das famílias**. Rio de Janeiro: Graal, 1986. 209p.
- ENGLE, P.L.; BENTLEY, M.; PELTO, G. The Role of Care in Nutrition programmes: current research and a research agenda. **Proc. Nutr. Soc.**, v.59, p.25-35, 2000.
- ENGLE, P.L.; MENON, P.; HADDAD, L. **Care and nutrition**: concepts and measurement. Washington: International Food Policy Research Institute, 1997. 50p.
- ENGLE, P.L.; ZEITLIN, M.F. Active Feeding Behavior Compensates for Low Interest in Food among Young Nicaraguan Children. **J. Nutr.**, v.126, p.1808-1816, 1996.
- ENGSTROM, E.M.; ANJOS, L.A. Déficit estatural nas crianças brasileiras: relação com condições sócio-ambientais e estado nutricional materno. **Cad. Saúde Pública**, v.15, n.3, p.559-567, 1999.
- FARIA, J.B.; SEIDL, E.M.F. Religiosidade, enfrentamento e bem-estar subjetivo em pessoas vivendo com HIV/aids. **Psicol. Estud.**, v.11, n.1, p.155-164, 2006.
- FELISBERTO, E.; CARVALHO, E.F.; MAGGI, R.S.; SAMICO, I. Avaliação do processo de implantação da estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância no Programa Saúde da Família, no Estado de Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.18, n.6, p.1737-1745, 2002.
- FERRIOLLI, S.H.T.; MARTURANO, E.M.; PUNTEL, L.P. Contexto familiar e problemas de saúde mental infantil no Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, v.41, n.2, p.251-259, 2007.
- FOLKMAN, S.; LAZARUS, R.L.; DUNKEL-SCHETTER, C.; DELONGIS, A.; GRUEN, R. Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. **J. Pers. Social Psychol.**, v.50, p.992-1003, 1986.
- FRANÇA, E.; SOUZA, J.M.; GUIMARÃES, M.D.C.; GOULART, E.M.A.; ANDRADE, E.M.; COLOSIMO, E.; ANTUNES, C.M.F. Associação entre fatores sócio-econômicos e mortalidade infantil por diarreia, pneumonia e desnutrição em região metropolitana do Sudeste do Brasil: um estudo caso-controle. **Cad. Saúde Pública**, v.17, n.6, p.1437-1447, 2001.
-

FRIZZO, G.B.; PICCININI, C.A. Depressão materna e a interação triádica pai-mãe-bebê. **Psicol. Reflex. Crit.**, v.20, n.3, p.351-360, 2007.

FRIZZO, G.B.; PICCININI, C.A. Interação mãe-bebê em contexto de depressão materna: aspectos teóricos e empíricos. **Psicol. Estud.**, v.10, n.1, p.47-55, 2005.

FROTA, M.A.; ALBUQUERQUE, C.M.; LINARD, A.G. Educação popular em saúde no cuidado à criança desnutrida. **Texto Contexto Enferm.**, v.16, n.2, p.246-253, 2007.

FROTA, M.A.; BARROSO, M.G.T. Repercussão da desnutrição infantil na família. **Rev. Latinoam. Enferm.**, v.13, n.6, p.996-1000, 2005.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-IBGE. **Censo demográfico 2000**. Rio de Janeiro: IBGE, 2001.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA - UNICEF. **Estratégia para melhorar a nutrição de crianças e mulheres nos países em desenvolvimento**. New York, 1990. 38p.

GOODNOW, J.J. Parents ideas, actions, and feelings models and methods from development and social psychology. **Child Dev.**, v.59, p.286-320, 1988.

GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. Inventário de depressão de Beck- Propriedades psicométricas da versão em português. In: GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L.H.S.G.; ZUARDI, A.W. **Escala de avaliação clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia**. São Paulo: Lemos-Editorial, 2000. p.89-95.

HA, P.B.; BENTLEY, M.E.; PACHON, H.; SRIPAIPAN, T.; CAULFIELD, L.E.; MARSH, D.R.; CHROEDER, D.G. Caregiver styles of feeding and child acceptance of food in rural Viet Nam. **Food Nutr. Bull.**, v.23, n.4, p.92-98, 2002.

HART, S.; JONES, N.A.; FIELD, T.; LUNDY, B. One-year-old infants of intrusive and withdraw depressed mothers. **Child Psychiatry Hum. Dev.**, v.30, n.2, p.111-120, 1999.

HOLMES, T.H.; RAHE, R.K. The social readjustment rating scale. **J. Psychosom. Res.**, v.4, p.189-194, 1967.

JOHNSSON, V. The causes of hunger. **Food Nutr. Bull.**, v.3, p.1-9, 1981.

KELLER, H. **Cultures of infancy**. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates Publishers, 2007. 318p.

KREISLER, L. **A nova criança da desordem psicossomática**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999. 431p.

LATHAM, M.C. UNICEF - Cornell Colloquium on Care and Nutrition of young child. **Food Nutr. Bull.**, v.16, n.94, p.282-285, 1995.

LAUCHT, M. Differential developmental of infants at risk for psychopathology: the moderating role of early maternal responsivity. **Med. Child Neurol.**, v.43, p.292-300, 2001.

LAZARUS, R.S.; FOLKMAN, S. **Stress, appraisal and coping**. New York: Springer Publishing Company, 1984. 445p.

LORDELO, E.R.; FONSECA, A.L.; ARAÚJO, M.L.V.B. Responsividade do ambiente de desenvolvimento: crenças e práticas como sistema cultural de criação de filhos. **Psicol. Reflex. Crit.**, v.13, n.1, p.73-80, 2000.

MARGIS, R.; PICON, P.; COSNER, A.F.L.; SILVEIRA, R.O. Relação entre estressores, estresse e ansiedade. **Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul**, v.25, supl.1, p.65-74, 2003.

MATTA, A.P.C.; MOREIRA, F.P.F. Sintomas depressivos e ansiedade em pacientes com cefaléia do tipo tensional crônica e episódica. **Arq. Neuropsiquiatr.**, v.61, n.4, p.991-994, 2003.

MAZET, P.; STOLERU, S. **Manual de psicopatologia do recém-nascido**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990. 351p.

MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F.; CRUZ NETO, O.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1994. 79p.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME. **Programa Bolsa Família**. Disponível em: <www.mds.gov.br>. Acesso em: 10 dez. 2007.

MIRANDA, C.T.; TURECKI, G.; MARI, J.J.; ANDREOLI, S.B.; MARCOLIM, M.A.; GOIHMAN, S.; PUCCINI, R.; STROM, B.L.; BERLIM, J.A. Mental health of the mothers of malnourished children. **Int. J. Epidemiol.**, v.35, p.128-133, 1995.

MOINHOS, M.V.C.; LORDELO, E.R.; MOURA, M.L.S. Metas de socialização de mães baianas de diferentes contextos socioeconômicos **Rev. Bras. Crescimento Desenv. Hum.**, v.17, n.1, p.114-125, 2007.

MONTE, C.M.G. Desnutrição: um desafio secular à nutrição infantil. **J. Pediatr.**, v.76, supl.3, p.285-297, 2000.

MONTEIRO, C.A.; BENÍCIO, M.H.D.A. A epidemiologia da desnutrição protéico-calórica. In: NÓBREGA, F.J. **Desnutrição intra-uterina e pós-natal**. São Paulo: Panamed, 1981. p.120-129.

MONTEIRO, C.A.; BENÍCIO, M.H.D.A.; FREITAS, I.C.M. **Melhoria em indicadores de saúde associados à pobreza no Brasil dos anos 90: descrição, causas e impacto sobre desigualdades regionais**. São Paulo: NUPENS/USP, 1997. 35p.

MONTEIRO, C.A.; SZARFARC, S.C.; MONDINI, L. Tendência secular da anemia na infância na cidade de São Paulo (1984-1996). **Rev. Saúde Pública**, v.34, n.6, p.62-72, 2000.

MONTEIRO, M.F.G. Baixo peso ao nascer. In: FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (Org.). **Perfil estatístico de crianças e mães no Brasil**: aspectos de saúde e nutrição de crianças no Brasil. Rio de Janeiro: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Fundo das Nações Unidas para a Infância, Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição, 1989. p.11-18.

MONTEIRO, C.A.; BENÍCIO, M.H.D.A.; ZUÑIGA, H.P.P.; SZARFARC, S.C. Estudo das condições de saúde das crianças do Município de São Paulo, SP, (Brasil), 1984-1985: II- Antropometria nutricional. **Rev. Saúde Pública**, v.20, n.6, p.446-453, 1986.

MOURA, M.L.S.; RIBAS JR., R.C.; PICCININI, C.A.; BASTOS, A.C.S.; MAGALHÃES, C.M.C.; VIEIRA, M.L.; SALOMÃO, N.M.R.; SILVA, A.M.P.M.; SILVA, A.K. Conhecimento sobre desenvolvimento infantil em mães primíparas de diferentes centros urbanos do Brasil. **Estud. Psicol.**, v.9, n.3, p.421-429, 2004.

NEELDMAN, R.; WALDERS, N.; KELLY, S.; HIGGINS, J.; SOFRANKO, K.; DROTAR, D. Impacto da triagem para depressão materna em uma clínica pediátrica: um estudo exploratório **Correios SBP**, v.6, p.18-19, 2000.

NOBREGA, F.J.; CAMPOS, A.L.R. **Distúrbios nutricionais e fraco vínculo mãe/filho**. Rio de Janeiro: Revinter, 1995. 70p.

OLINTO, M.T.A.; VICTORA, C.G.; BARROS, F.C.; TOMASI, E. Determinantes da desnutrição infantil em uma população de baixa renda: um modelo de análise hierarquizado. **Cad. Saúde Pública**, v.9, suppl.1, p.14-27, 1993.

OLIVEIRA, K.L.; SANTOS, A.A.A.; CRUVINEL, M.; NÉRI, A.L. Relação entre ansiedade, depressão e desesperança entre grupos de idosos. **Psicol. Estud.**, v.11, n.2, p.351-359, 2006.

OWENS, E.B.; SHAW, D.S.; VONDRA, J.I. Relations between infant irritability and maternal responsiveness in low-income families. **Infantbehav. Dev.**, v.21, p.761-777, 1998.

PAIM, J.S. Informação e política de saúde. **Cienc. Saúde Colet.**, v.12, n.3, p.566-567, 2007.

PANZINI, R.G.; BANDEIRA, D.R. *Coping* (enfrentamento) religioso/espiritual. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, v.34, suppl.1, p.126-135, 2007.

PATEL, V.; DE SOUZA, N.; RODRIGUES, M. Postnatal depression and infant growth and development in low income countries: a cohort study from Goa, India **Arch. Dis. Child**, v.88, p. 34-37, 2003.

PAULO, I.M.A.; MADEIRA, A.M.F. Ter um filho desnutrido: o significado para as mães. **Rev. Min. Enferm.**, v.10, n.1, p.12-17, 2006.

PAYKEL, E.S. Methodological aspects of life events research. **J. Psychosom.**, v.27, p.341-352, 1983.

POSTER, M. **Teoria crítica da família**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1979.

RIBAS JR., R.C.; MOURA, M.L.S.; BORNSTEIN, M.H. Socioeconomic status in Brazilian psychological research: II. socioeconomic status and parenting knowledge. **Estud. Psicol.**, v.8, n.3, p.385-392, 2003.

RIBAS, A.F.P.; MOURA, M.L.S. Responsividade materna: aspectos biológicos e variações culturais. **Psicol. Reflex. Crit.**, v.20, n.3, p.368-375, 2007.

RIBAS, A.F.P.; MOURA, M.L.S.; RIBAS JR., R.C. Responsividade materna: levantamento bibliográfico e discussão conceitual. **Psicol. Reflex. Crit.**, v.16, n.1, p.137-145, 2003.

RUEL, M.T.; ARIMOND, M. Caregiver-child interactions during Feeding. In: _____. **Measuring childcare practices**: approaches, indicators, and implications for programs. Washington: International Food Policy Research Institute, 2003. p. 37-59.

SAMPAIO, M.A.; FALBO, A.R.; CAMAROTTI, M.C.; VASCONCELOS, M.G.L. Resultados preliminares de um estudo qualitativo sobre a interação entre mãe e criança desnutrida grave, no contexto da hospitalização. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, v.7, suppl.1, p.29-35, 2007.

SATTER, E. The feeding relationship: problems and interventions. **J. Pediatr.**, v.117, n.2, p.181-189, 1990.

SAVOIA, M.G. Instrumentos para a avaliação de eventos vitais e estratégias de enfrentamento (coping) em situações de estresse. In: GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L.H.S.; ZUARDI, A.W. (Orgs.). **Escala de avaliação clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia**. São Paulo: Lemos –Editorial, 2000. p.377-386.

SCHMIDT, C.; DELL'AGLIO, D.D.; BOSA, C.A. Estratégias de *coping* de mães de portadores de autismo: lidando com dificuldades e com a emoção. **Psicol. Reflex. Crit.**, v.20, n.1, p.124-131, 2007.

SCHWENGBER, D.D.S.; PICCININI, C.A. A experiência da maternidade no contexto da depressão materna no final do primeiro ano de vida do bebê. **Estud. Psicol.**, v.22, n.2, p.143-156, 2005.

SCHWENGBER, D.D.S.; PICCININI, C.A. Depressão materna e interação mãe-bebê no final do primeiro ano de vida. **Psicol. Teor. Pesqui.**, v.20, n.3, p.233-240, 2004.

SEIDL, E.M.F.; ROSSI, W.S.; VIANA, K.F.; MENESES, A.K.F.; MEIRELES, E. Crianças e adolescentes vivendo com HIV/Aids e suas famílias: aspectos psicossociais e enfrentamento. **Psicol. Teor. Pesqui.**, v.21, n.3, p.279-288, 2005.

SELIGMAN, M.E.P. **Desamparo**: sobre depressão, desenvolvimento e morte. São Paulo: HUCITEC, EDUSP, 1977.

SILVA, A.C. **O impacto do Programa de Saúde da Família no município de Sobral-Ceará: uma análise da evolução da saúde das crianças menores de cinco anos de idade no período de 1995-2002**. 2003. Tese (Doutorado)- Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.

SOLYMOS, G.M.B. A experiência vivida de mães de desnutridos: um novo enfoque para intervenção em desnutrição infantil. In: SAWAYA, A.L. (Org.). **Desnutrição urbana no Brasil em um período de transição**. São Paulo: Cortez, 1997. p.127-153.

TETI, D.M.; GELFAND, D.M. Behavioral competence among mothers of infants in the first year: The mediational role of maternal self-efficacy. **Child Dev.**, v.62, p.918-929, 1991.

UNITED NATIONS.ACC/SCN **Nutrition - revelant actions**: some experiences from the eighties and lessons for the nineties. Geneva, 1991. 139 p.

VALLE, N.J.; SANTOS, I.S.; GIGANTE, D.P. Intervenções nutricionais e crescimento infantil em crianças de até dois anos de idade: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**, v.20, n.6, p.1458-1467, 2004.

VICTORA, C.G.; HUTTLY, S.R.A.; BARROS, F.C.; LOMBARDI, C.; VAUGHAN, J.P. Maternal education in relation to early and late child health outcomes: Findings from a Brazilian cohort study. **Social Sci. Med.**, v.34, p.899-905, 1992.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença**. Disponível em: <<http://www.determinates.fiocruz.br>>. Acesso em: 10 dez 2007.

YUNES, M.A.M. Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família. **Psicol. Estud.**, v.8, p.75-84, 2003.

YUNES, M.A.M.; GARCIA, N.M.; ALBUQUERQUE, B.M. Monoparentalidade, pobreza e resiliência: entre as crenças dos profissionais e as possibilidades da convivência familiar. **Psicol. Reflex. Crit.**, v.20, n.3, p.444-453, 2007.

YUNES, M.A.M.; SZYMANSKI, H. Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas. In: TAVARES, J. (Org.). **Resiliência e educação**. São Paulo: Cortez, 2001. p.13-42.

ZAGURY, T. **Educar sem culpa**: a gênese da ética. Rio de Janeiro: Record, 1995. 220p.

ZAGURY, T. **Sem padecer no paraíso**: em defesa dos pais ou sobre a tirania dos filhos. Rio de Janeiro: Record, 1992. 159p.

ZANOLLI, M.L.; MERHY, E.E. A pediatria social e as suas apostas reformistas. **Cad. Saúde Pública**, v.17, n.4, p.977-987, 2001.

Apêndices



APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Fui informada que o objetivo da pesquisa: “Interação alimentar entre mães e crianças desnutridas e eutróficas: a influência da saúde mental, das crenças e experiências maternas nos modos de interação”, é conhecer melhor como a mãe percebe o estado nutricional de seu filho, o seu papel de cuidadora e investigar em que medida o estado emocional materno, suas crenças e outros fatores podem interferir nos cuidados alimentares da criança. Essas informações permitirão que os profissionais que atendem crianças possam fornecer orientações mais precisas às mães cujos filhos tem dificuldades alimentares e, também, produzir dados para o planejamento de trabalhos educativos em saúde.

Serão realizadas duas visitas domiciliares. No primeiro encontro, faremos uma entrevista aberta, que será gravada. Na segunda visita, a mãe responderá a três questionários auto-aplicáveis, para avaliar seu estado emocional.

Os dados permanecerão em sigilo, não identificando o nome e endereço dos participantes. As fitas gravadas permanecerão guardadas, sob responsabilidade da orientadora do trabalho, durante sua execução e serão destruídas assim que a pesquisa for finalizada.

Sei que minha participação é absolutamente voluntária, com o direito dela retirar-me quando julgar conveniente, ou me recusar a participar, sem que essa atitude implique em qualquer prejuízo no meu atendimento ou de meu filho (a) no Hospital das Clínicas, nas Unidades de Saúde e em todos os serviços da Faculdade de Medicina de Botucatu, UNESP.

Eu _____,
portador do RG _____ afirmo meu consentimento em participar da pesquisa realizada pela pesquisadora Flávia Cristina Pereira Silveira, mestranda do programa de Saúde Coletiva da FM-Botucatu, sob orientação da Profa Dra Gimol Benzaquen Perosa.

Mãe

Pesquisadora: Flávia Cristina Pereira Silveira
Endereço: Capitão José Paes de Almeida, nº437
Telefone: (14)-38822043
E-mail: flaviacsilveira@yahoo.com.br

Pesquisadora

Orientadora: Gimol Benzaquen Perosa
Endereço: Quintino Bocaiúva, nº41
Telefone: (14)-38821007
E-mail: gimol@fmb.unesp.br

APÊNDICE B - Características das crianças do grupo MD

Criança	Sexo	Idade (meses)	Peso de Nascimento (g)	Escore Z Peso/idade	Escore Z Altura/idade	Escore Z Peso/altura
MD 1	F	11	2805	-1,90	-2,35	-0,14
MD 2	M	24	2900	-3,97	-2,86	-3,82
MD 3	M	18	3170	-2,0	-2,75	-0,6
MD 4	M	12	3340	-1,53	-1,88	-0,28
MD 5	F	19	3030	-2,45	-3,50	-0,67
MD 6	F	12	2805	-1,91	-2,57	-0,02
MD 7	F	12	2760	-1,74	-3,98	-1,83
MD 8	F	36	2780	-1,97	-3,74	0,31
MD 9	F	22	2590	-0,28	-1,76	0,92
MD10	M	16	3095	-2,47	-1,85	-1,89

APÊNDICE C - Características das crianças do grupo ME

Criança	Sexo	Idade (meses)	Peso de Nascimento (g)	Escore Z Peso/idade	Escore Z Altura/idade	Escore Z Peso/altura
ME 1	F	11	2925	0,46	0,33	0,43
ME 2	M	12	4745	-0,39	1,52	-1,39
ME 3	M	12	3150	1,16	0,72	0,99
ME 4	M	18	2945	0,43	0,52	0,27
ME 5	M	14	2980	0,08	1,28	-0,63
ME 6	F	27	4180	2,28	2,35	1,24
ME 7	M	19	2955	0,05	1,23	-0,58
ME 8	F	34	2930	0,05	0,01	0,12
ME 9	F	14	3310	0,48	0,45	0,39
ME10	F	23	3605	2,45	1,05	2,50

APÊNDICE D - Características maternas do grupo MD

Mães	Idade	Estado Civil	Escolaridade	Ocupação	Número de filhos
MD 1	29	Casada	5° série	Dona de Casa	3
MD 2	19	Solteira	2°colegial	Dona de Casa	1
MD 3	34	Amasiada	6° série	Empregada doméstica	3
MD 4	25	Casada	3° série	Dona de Casa	5
MD 5	20	Amasiada	6° série	Dona de Casa	4
MD 6	32	Amasiada	4° série	Dona de Casa	4
MD 7	29	Casada	6° série	Empregada doméstica	3
MD 8	40	Solteira	2° série	Auxiliar de limpeza	6
MD 9	27	Casada	Superior	Dona de Casa	1
MD10	28	Amasiada	5° série	Dona de Casa	1

APÊNDICE E - Características maternas do grupo ME

Mães	Idade	Estado Civil	Escolaridade	Ocupação	Número de filhos
ME 1	26	Solteira	2° grau comp	Dona de Casa	2
ME 2	33	Casada	3° série	Empregada doméstica	4
ME 3	30	Amasiada	4° série	Costureira	4
ME 4	30	Amasiada	5° série	Auxiliar de Produção	2
ME 5	31	Divorciada	2° grau comp	Agente comunitária	3
ME 6	22	Amasiada	2°colegial	Dona de Casa	1
ME 7	24	Amasiada	5° série	Dona de Casa	3
ME 8	31	Solteira	5° série	Dona de Casa	3
ME 9	34	Casada	5° série	Vendedora	1
ME10	24	Solteira	Superior incompleto (3° ano)	Professora de capoeira	1

APÊNDICE F - Número de eventos vitais e Escores maternos no Beck de ansiedade (BAI) e de depressão (BDI) do grupo MD

Mães	Escala de Eventos Vitais	Beck-Ansiedade (BAI)	Beck-Depressão (BDI)
MD 1	6	9	20
MD 2	4	8	16
MD 3	1	2	4
MD 4	1	4	2
MD 5	9	35	13
MD 6	5	16	7
MD 7	2	1	5
MD 8	7	15	20
MD 9	2	9	23
MD10	7	4	1

APÊNDICE G - Número de eventos vitais e Escores maternos no Beck de ansiedade (BAI) e de depressão (BDI) do grupo ME

Mães	Escala de Eventos Vitais	Beck-Ansiedade (BAI)	Beck-Depressão (BDI)
ME 1	3	14	5
ME 2	8	6	3
ME 3	6	4	5
ME 4	4	2	8
ME 5	3	4	7
ME 6	0	5	0
ME 7	1	6	9
ME 8	4	0	0
ME 9	2	0	1
ME10	3	7	6

Anexas



ANEXO A- Inventário de Depressão de Beck (BDI) (BECK et al., 1961, com tradução e adaptação brasileira de CUNHA, 2001)**Inventário de Depressão de Beck***Beck Depression Inventory-BDI (Beck et al., 1961) versão revisada (Beck et al., 1979)*

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0,1,2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo que descreve melhor a maneira que você tem se sentido na última semana, incluindo hoje. Se várias afirmações em um grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.

- | | | |
|-----|---|---|
| 1. | 0 | Não me sinto triste |
| | 1 | Eu me sinto triste |
| | 2 | Estou sempre triste e não consigo sair disso |
| | 3 | Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar |
| 2. | 0 | Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro |
| | 1 | Eu me sinto desanimado quanto ao futuro |
| | 2 | Acho que nada tenho a esperar |
| | 3 | Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar |
| 3. | 0 | Não me sinto um fracassado |
| | 1 | Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum |
| | 2 | Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos |
| | 3 | Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso |
| 4. | 0 | Tenho tanto prazer em tudo como antes |
| | 1 | Não sinto mais prazer nas coisas como antes |
| | 2 | Não encontro um prazer real em mais nada |
| | 3 | Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo |
| 5. | 0 | Não me sinto especialmente culpado |
| | 1 | Eu me sinto culpado grande parte do tempo |
| | 2 | Eu me sinto culpado na maior parte do tempo |
| | 3 | Eu me sinto sempre culpado |
| 6. | 0 | Não acho que esteja sendo punido |
| | 1 | Acho que posso ser punido |
| | 2 | Creio que serei punido |
| | 3 | Acho que estou sendo punido |
| 7. | 0 | Não me sinto decepcionado comigo mesmo |
| | 1 | Estou decepcionado comigo mesmo |
| | 2 | Estou enojado de mim |
| | 3 | Eu me odeio |
| 8. | 0 | Não me sinto, de qualquer modo, pior que os outros |
| | 1 | Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros |
| | 2 | Eu me culpo sempre por minhas falhas |
| | 3 | Eu me culpo por tudo de mau que acontece |
| 9. | 0 | Não tenho quaisquer idéias de me matar |
| | 1 | Tenho idéias de me matar, mas não as executaria |
| | 2 | Gostaria de me matar |
| | 3 | Eu me mataria se tivesse oportunidade |
| 10. | 0 | Não choro mais do que o habitual |
| | 1 | Choro mais agora do que costumava |
| | 2 | Agora, choro o tempo todo |
| | 3 | Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queira |
-

-
- | | | |
|-----|---|---|
| 11. | 0 | Não sou mais irritado agora do que já fui |
| | 1 | Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava |
| | 2 | Atualmente me sinto irritado o tempo todo |
| | 3 | Não me irrita mais com as coisas que costumavam me irritar |
| 12. | 0 | Não perdi o interesse pelas outras pessoas |
| | 1 | Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar |
| | 2 | Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas |
| | 3 | Perdi todo o meu interesse pelas outras pessoas |
| 13. | 0 | Tomo decisões tão bem quanto antes |
| | 1 | Adio as tomadas de decisões mais do que costumava |
| | 2 | Tenho mais dificuldade em tornar decisões de que antes |
| | 3 | Não consigo mais tomar decisões |
| 14. | 0 | Não acho que minha aparência esteja pior do que costumava ser |
| | 1 | Estou preocupado por estar parecendo velho ou sem atrativo |
| | 2 | Acho que há mudanças permanentes na minha aparência que me fazem parecer sem atrativos |
| | 3 | Acredito que pareço feio |
| 15. | 0 | Posso trabalhar tão bem quanto antes |
| | 1 | Preciso de um esforço extra para fazer alguma coisa |
| | 2 | Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa |
| | 3 | Não consigo mais fazer trabalho algum |
| 16. | 0 | Consigo dormir tão bem como o habitual |
| | 1 | Não durmo tão bem quanto costumava |
| | 2 | Acordo uma a duas horas mais cedo que habitualmente e tenho dificuldade em voltar a dormir |
| | 3 | Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir |
| 17. | 0 | Não fico mais cansado do que o habitual |
| | 1 | Fico cansado com mais facilidade do que costumava |
| | 2 | Sinto-me cansado ao fazer qualquer coisa |
| | 3 | Estou cansado demais para fazer qualquer coisa |
| 18. | 0 | Meu apetite não está pior do que o habitual |
| | 1 | Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser |
| | 2 | Meu apetite está muito pior agora |
| | 3 | Não tenho mais nenhum apetite |
| 19. | 0 | Não tenho perdido muito peso, se é que perdi algum recentemente |
| | 1 | Perdi mais de dois quilos e meio |
| | 2 | Perdi mais de cinco quilos |
| | 3 | Perdi mais de sete quilos |
| | | Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim () Não () |
| 20. | 0 | Não estou mais preocupado com minha saúde do que o habitual |
| | 1 | Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou prisão de ventre |
| | 2 | Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa |
| | 3 | Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa |
| 21. | 0 | Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo |
| | 1 | Estou menos interessado por sexo do que costumava estar |
| | 2 | Estou muito menos interessado em sexo atualmente |
| | 3 | Perdi completamente o interesse por sexo |

NOME: _____

DATA: ____/____/____

ANEXO B - Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) (BECK, et al., 1988, com tradução e adaptação brasileira de CUNHA, 2001)

☐ Para paciente preencher

INVENTÁRIO DE ANSIEDADE DE BECK (BECK-A)

Abaixo temos uma lista de sintomas comuns à ansiedade. Favor preencher cada item da lista cuidadosamente. Indique agora os sintomas que você apresentou durante A ÚLTIMA SEMANA, INCLUINDO HOJE. Marque com um X os espaços correspondentes a cada sintoma.

	0	1	2	3
	<u>Ausente</u>	<u>Leve,</u> Não me incomoda muito	<u>Moderado,</u> é desagradável mas consigo suportar	<u>Grave</u> Quase não consigo suportar
1. dormência ou formigamento				
2. sensações de calor				
3. tremor nas pernas				
4. incapaz de relaxar				
5. medo de acontecimentos ruins				
6. confuso ou delirante				
7. coração batendo forte e rápido				
8. inseguro (a)				
9. apavorado (a)				
10. nervoso (a)				
11. sensação de sufocamento				
12. tremor nas mãos				
13. trêmulo (a)				
14. medo de perder o controle				
15. dificuldade de respirar				
16. medo de morrer				
17. assustado (a)				
18. indigestão				
19. desmaio / “cabeça leve”				
20. rosto quente/ enrubescido				
21. suor frio / quente				

TOTAL: _____

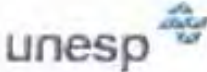
¹ Desenvolvida por: Beck, AT; Epstein N; et al. Na inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. J Consult Clin Psychol 1988: 55 893-897

ANEXO C - Eventos Vitais

Durante os últimos seis meses ocorreu na sua família algum dos seguintes acontecimentos?

- () Mudança de casa
 - () Promoção no emprego
 - () Perda de emprego
 - () Perdas financeiras
 - () Problemas de drogas ou alcoolismo
 - () Separação
 - () Reconciliação matrimonial
 - () Casamento
 - () Ausência temporária de um dos membros da família
 - () Gravidez
 - () Nascimento na família
 - () Mudança do número de pessoas morando em casa
 - () Aumento da renda familiar
 - () Dívidas
 - () Morte de alguém da família ou amigo próximo
 - () Mudança de trabalho
 - () Dificuldades com a chefia
 - () Mudança de escola
 - () Problemas com professores na escola
 - () Problemas judiciais
-

ANEXO D – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

	Universidade Estadual Paulista Faculdade de Medicina de Botucatu	
Distrito Rubião Junior, s/nº - Botucatu - S.P. CEP: 18.618-970 Fone/Fax: (0xx14) 3811-6143 e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br		
		Registrado no Ministério da Saúde em 30 de abril de 1997

Botucatu, 08 de maio de 2.006

CEP 176-2006-CEP

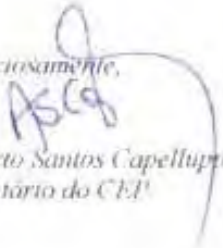
*Ilustríssima Senhora
Profª Drª Gumol Benzaquem Perosa
Departamento de Neurologia e Psiquiatria da
Faculdade de Medicina de Botucatu*

Prezada Drª Gumol,

De ordem da Senhora Coordenadora deste CEP, informo que o Projeto de Pesquisa "Interação alimentar entre mães e crianças desnutridas e eutróficas: a influência da saúde mental, das crenças e experiências maternas nos modos de interação", a ser conduzido por Flávia Cristina Pereira Silveira, orientada por Vossa Senhoria, recebeu do relator parecer favorável, aprovado em reunião de 08 de maio de 2.006.

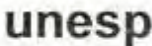
Situação do Projeto: APROVADO.

• Ao término deste projeto, apresentar ao CEP Relatório Final de Atividades.

Atenciosamente,


*Alberto Santos Capelluppi
Secretário do CEP*

ANEXO E – Justificativa de alteração no título do projeto de pesquisa

 DIVISÃO TÉCNICA ACADÊMICA	UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA CÂMPUS DE BOTUCATU FACULDADE DE MEDICINA Seção de Pós-Graduação	<table border="1" style="margin: auto;"><tr><td>Fis. _____</td></tr><tr><td>Proc. _____</td></tr><tr><td>Rub. _____</td></tr></table>	Fis. _____	Proc. _____	Rub. _____
Fis. _____					
Proc. _____					
Rub. _____					
BOTUCATU, SP - RUBIÃO JÚNIOR - CEP 18618-970 - PABX (0xx14) 3811-6022					
JUSTIFICATIVA DE ALTERAÇÃO NO TÍTULO DO PROJETO DE PESQUISA					
Declaramos que o Projeto de Pesquisa <i>"Interação alimentar entre mães e crianças desnutridas e eutróficas: a influência da saúde mental, das crenças e experiências maternas nos modos de interação"</i> aprovado pelo CEP em 08/05/2006, teve seu título alterado para <i>"Saúde mental e crenças sobre modos alimentares, desnutrição e inapetência infantil de mães de crianças desnutridas e eutróficas"</i>, sem nenhuma alteração no seu conteúdo metodológico da época de apresentação para análise do CEP. A presente alteração foi efetuada somente para adequação do título da Dissertação de Mestrado.					
Botucatu, 20/05/2008					
Nome/Assinatura do(a) aluno(a) <i>Flávia Cristina Pereira Silveira</i>					
Nome/Assinatura do(a) orientador (a) <i>Gimol Benzaquen Perosa</i> 					
Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva					
Preencher formulário em 2 vias e protocolar no respectivo CEP					
					