

Práticas alimentares e situação social de famílias de crianças desnutridas*

EATING BEHAVIORS AND THE SOCIAL STATUS OF FAMILIES OF MALNOURISHED CHILDREN

COSTUMBRES ALIMENTARIAS Y SITUACIÓN SOCIAL DE FAMILIAS DE NIÑOS DESNUTRIDOS

Paula Chuproski¹, Priscila Antunes Tsupa², Elizabeth Fujimori³, Rosane Pilot Pessa Ribeiro⁴, Débora Falleiros de Mello⁵

RESUMO

Objetivou-se apreender o cotidiano das práticas alimentares e a situação social das famílias de crianças desnutridas. Estudo de natureza qualitativa envolvendo oito famílias. Os dados foram colhidos por observação participante e entrevistas semiestruturadas. A partir de análise temática, emergiram os temas: *alimentação da família; situação social da família e alimentação na infância; e presença de programas e equipamentos sociais*. A família não se reunia para as refeições e tinha alimentação baseada em alimentos fonte de carboidrato. Frutas e hortaliças eram escassas e consideradas alimentos que não sustentam. Existia diferença entre alimentação da família e das crianças. Programas e equipamentos sociais constituíam suporte social importante, com destaque para vínculo positivo com instituições e profissionais e acompanhamento da saúde da criança. A situação social não possibilita dispor da quantidade e qualidade adequada dos alimentos durante todo o mês, o que compromete o estado nutricional das crianças, que são privadas de uma alimentação adequada.

DESCRITORES

Alimentação
Família
Fatores socioeconômicos
Desnutrição
Criança

ABSTRACT

The objective of this study was to learn about the everyday eating behaviors and the social status of the families of malnourished children. This qualitative study involved eight families. Data were collected by participant observation and semi-structured interviews. Thematic analysis revealed the following themes: *family eating; the family's social status and eating during childhood; and the presence of social programs and equipment*. The family did not gather for meals and their food consisted basically of different sources of carbohydrates. Fruits and vegetables were very limited and considered to be food choices that did not provide sustenance. Differences were observed between the family's and the children's eating habits. Social programs and equipment provided important support, especially regarding the positive attachment with institutions and professionals and following the children's health. The family's social status does not allow the offering of appropriate quantities and quality of food throughout the month, thus compromising the nutritional status of the children, who are deprived of appropriate foods of adequate nutritional value.

DESCRIPTORS

Feeding
Family
Socioeconomic factors
Malnutrition
Child

RESUMEN

Se objetivó aprender las costumbres alimentarias cotidianas y situación social de familias de niños desnutridos. Estudio cualitativo involucrando ocho familias. Datos recogidos por observación participativa y entrevistas semiestruturadas. Del análisis temático, surgieron los temas: *alimentación de la familia; situación social de la familia y alimentación en la infancia y presencia de programas y equipamientos sociales*. La familia no se reunía para las comidas y tenía alimentación basada en carbohidratos. Escaseaban frutas y hortalizas, consideradas alimentos que no ofrecían sustento. Existía diferencia entre la alimentación de adultos y niños. Programas y equipamientos sociales constituían un importante soporte social, destacándose el vínculo positivo con instituciones y profesionales, y seguimiento de salud del niño. La situación social no posibilita disponer de cantidad y calidad razonable de alimentos durante todo el mes, lo que compromete el estado nutricional de los niños, privados de una alimentación adecuada.

DESCRIPTORES

Alimentación
Familia
Factores socioeconómicos
Desnutrición
Niño

* Extraído da dissertação "Práticas alimentares de crianças menores de dois anos de idade em Guarapuava-PR: experiência do cotidiano", Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2009. ¹ Professora Assistente do Departamento de Nutrição da Universidade Estadual do Centro-Oeste. Guarapuava, PR, Brasil. profpaulach@hotmail.com ² Professora Assistente do Departamento de Nutrição da Universidade Estadual do Centro-Oeste. Guarapuava, PR, Brasil. ptsupal@gmail.com ³ Professora Associada do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. efujimor@usp.br ⁴ Professora Associada do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. rribeiro@erp.usp.br ⁵ Professora Associada do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. defmello@erp.usp.br

INTRODUÇÃO

A alimentação é imprescindível à vida e à sobrevivência humana, sendo considerada uma necessidade básica e um direito humano. É moldada pela cultura e sofre os efeitos da organização e da distribuição da riqueza na sociedade. Apesar das escolhas alimentares não serem reguladas apenas pelo fator econômico, pois incluem a aprendizagem do que se come, a qual é específica nas distintas classes sociais, elas sofrem os efeitos do modo de produção capitalista e da organização das unidades domésticas na sociedade⁽¹⁾.

A desnutrição infantil é um problema de origem multicausal, ou seja, é determinada por uma rede de fatores⁽²⁻³⁾. Diversos modelos têm sido propostos para explicar a gênese da desnutrição⁽²⁻⁵⁾. A Organização Mundial de Saúde (OMS) sugere que o esquema *alimento-saúde-cuidados*, proposto pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), seja utilizado como instrumento analítico da interação dos vários determinantes da desnutrição nos diferentes níveis da sociedade. Neste esquema, a desnutrição infantil é mostrada como resultado da dieta inadequada e doenças que resultam de falta de segurança alimentar, de cuidados inadequados da mãe para com a criança e de serviços de saúde deficientes. As causas básicas que contribuem para esses fatores são sociais e estruturais, por sistemas políticos e ideologias, distribuição de riquezas e de recursos potenciais⁽²⁾.

As causas da desnutrição têm sido explicadas também por meio de determinantes proximais, intermediários e distais. Entre os determinantes proximais, destacam-se o consumo alimentar e a exposição a doenças, os quais estariam relacionados a uma série de fatores, como a disponibilidade de alimentos, os cuidados alimentares e de saúde, o saneamento do meio e os antecedentes reprodutivos, considerados determinantes intermediários. Esses seriam influenciados pela renda familiar e pela capacidade da família em utilizar racionalmente a renda, capacidade essa influenciada pela escolaridade materna. Dessa forma, renda e escolaridade materna seriam os determinantes distais da desnutrição⁽⁴⁾.

Com políticas públicas e implementação de programas e ações, o Brasil tem investido na busca pela segurança alimentar com promoção da alimentação saudável na infância, com vistas a combater os distúrbios nutricionais comuns nesse grupo, como a desnutrição⁽⁶⁻⁸⁾. As atuais diretrizes políticas apontam para a necessidade de garantir a qualidade dos alimentos disponíveis, promover práticas alimentares saudáveis, prevenir e controlar os distúrbios nutricionais e estimular ações intersetoriais para um efetivo acesso aos alimentos. A transferência de renda, dis-

tribuição de alimentos e educação nutricional constituem ferramentas a serem trabalhadas conjuntamente com a prevenção e o controle das doenças prevalentes na infância, diarreias, infecções respiratórias agudas e doenças imunopreveníveis, medidas essenciais para a promoção da saúde infantil e combate à desnutrição⁽⁷⁻⁸⁾.

Embora as transformações de ordem econômica, social e demográfica e as políticas e ações adotadas para promover práticas alimentares saudáveis tenham modificado consideravelmente o perfil nutricional e educacional da população, a desnutrição ainda representa um importante problema de saúde, principalmente onde as condições de pobreza prevalecem na população brasileira.

O cotidiano das práticas alimentares das famílias de crianças desnutridas pode revelar aspectos que vão além dos alimentos habitualmente consumidos por essas famílias, como a situação de vida enfrentada pelos sujeitos e os mecanismos de suporte para garantir alimentação e cuidados aos filhos, o que pode refletir no estado nutricional das crianças.

O objetivo do estudo é apreender o cotidiano das práticas alimentares e a situação social das famílias de crianças desnutridas, menores de dois anos de idade, com vistas a fornecer subsídios para a atenção à saúde da criança.

MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório descritivo de abordagem qualitativa⁽⁹⁾. Optou-se por esse delineamento para captar as experiências e explorar o cotidiano da alimentação das famílias de crianças desnutridas no ambiente onde elas realmente acontecem. O estudo foi realizado na cidade de Guaruapuava, localizada no centro-sul do estado do Paraná, cujos dados do Sistema de Infor-

mação da Atenção Básica indicavam que cerca de 2% das crianças menores de dois anos eram desnutridas, com base no índice peso/idade.

Os dados foram coletados pelo pesquisador principal, no período entre maio e agosto de 2008. Para a seleção das crianças, primeiramente, foi realizada avaliação antropométrica de todas as crianças menores de dois anos, em quatro unidades de saúde localizadas na região periférica do município. Para o presente estudo, foram incluídas aquelas que apresentavam os índices antropométricos peso/idade (P/I) e/ou estatura/idade (E/I) abaixo do percentil 3.

A escolha dos participantes foi intencional, com vistas a estudar as especificidades das experiências de famílias com crianças desnutridas. Assim, os critérios de inclusão adotados neste estudo foram: crianças menores de dois anos de idade, desnutridas, em seguimento em unida-

O cotidiano das práticas alimentares das famílias de crianças desnutridas pode revelar aspectos que vão além dos alimentos habitualmente consumidos por essas famílias, como a situação de vida enfrentada pelos sujeitos e os mecanismos de suporte para garantir alimentação e cuidados aos filhos...

des de saúde e mães que permanecessem no domicílio a maior parte do tempo. Os critérios de exclusão adotados foram: crianças prematuras, com peso ao nascer inferior a 2500g, gemelares, com outros problemas de saúde, frequentadoras de creches, cuidadas por outros responsáveis que não as mães e mães que trabalhassem fora do domicílio. A partir desse levantamento, foram encontradas 25 famílias com crianças desnutridas, sendo que participaram do estudo oito famílias, compostas por oito mães, quatro pais, onze irmãos, cinco avós, quatro tios e dois primos, totalizando 42 sujeitos. As crianças tinham idade variando entre 11 e 23 meses.

Para coleta dos dados, utilizaram-se as técnicas de observação participante e entrevista semiestruturada, com enfoque nas práticas alimentares nos domicílios. A observação participante foi conduzida por meio de visitas domiciliares semanais às moradias das crianças, realizadas de acordo com o horário estabelecido pelas mães. Foram realizadas, em média, sete visitas por família, totalizando 56 visitas domiciliares, com duração de uma hora e meia a duas horas cada. Anotações em diário de campo, ressaltando os pontos de destaque para o foco do estudo foram feitas durante e após cada visita. As entrevistas semiestruturadas foram feitas com as mães nos domicílios, tendo por base um roteiro elaborado com questões sobre a desnutrição na infância. As entrevistas foram realizadas, geralmente, no último dia de observação das práticas alimentares, tiveram duração de 30 a 45 minutos e foram gravadas, com permissão das mães. Os dados da observação participante tiveram o consentimento dos sujeitos envolvidos na pesquisa.

Os dados foram submetidos à análise temática⁽⁹⁾. A organização de todo o material empírico foi processada durante e após a coleta dos dados. A análise implicou em leitura e releituras da transcrição, com leitura flutuante do conjunto, procurando identificar tendências e ideias relevantes das práticas alimentares observadas e dos relatos das mães, inseridas em seus contextos de vida.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNICENTRO, em Guarapuava, PR (Ofício nº 0113/2007 COMEP/UNICENTRO), sendo realizado de acordo com as Normas e Diretrizes Éticas da Resolução CNS 196/96 do Ministério da Saúde. No texto, a identificação dos sujeitos foi feita com codinomes.

RESULTADOS

Ao explorar as práticas alimentares das famílias de crianças desnutridas menores de dois anos de idade, emergiram os seguintes temas: Alimentação da família; Situação social da família e alimentação na infância; Presença de programas e equipamentos sociais. Os resultados trouxeram à tona elementos relevantes para a reflexão da saúde da criança que certamente contribuem para o aperfeiçoamento das intervenções. Cabe destacar que o principal cuidador da criança era a mãe.

As crianças caracterizavam-se como desnutridas, com peso e/ou estatura para idade abaixo do percentil 3, com história de hospitalizações por infecções, principalmente respiratórias e intestinais. Algumas crianças eram filhas de mães adolescentes, a escolaridade materna era baixa (menos de oito anos de estudo), algumas mães tinham mais de três filhos e o pai nem sempre coabitava com a criança. Os domicílios das famílias eram, de modo geral, de madeira, com poucos cômodos e o ambiente da cozinha nem sempre estava equipado com mesa, cadeiras, armários e pia.

Alimentação da família

Observar os momentos da alimentação da família foi importante para apreender como aconteciam as refeições, quais alimentos estavam disponíveis no domicílio e se existia diferença entre a alimentação da criança e da família. Notou-se que era comum que os alimentos preparados durante o café da manhã ou o almoço fossem deixados sobre o fogão. Nesses casos, cada um se servia individualmente, sendo as crianças servidas pelos adultos, e nem todos faziam a refeição ao mesmo tempo. Em nenhum domicílio se observou a família sentada ao redor de uma mesa. Cada um comia onde considerava mais apropriado, de forma que uns se sentavam em cadeiras, outros comiam em pé, e alguns em frente à televisão. Dos quatro pais que residiam com os filhos, dois almoçavam no trabalho, um que trabalhava ao lado da casa almoçava mais tarde, depois dos filhos, e outro no meio da tarde porque trabalhava no período noturno. Abaixo, apresentam-se notas de campo que exemplificam esses fatos:

O avô fez o prato e foi para a sala. A tia comeu melancia. A outra tia fez o prato e comeu um pouco sobre a pia da cozinha, em pé, e logo saiu (Diário de campo da Carolina).

A mãe preparou o prato dos sobrinhos e do filho mais velho. Colocou arroz, macarrão e batata e levou para a sala, onde todos comeram sentados no sofá e assistindo televisão (Diário de campo da Sílvia).

No presente estudo, verificou-se que os alimentos consumidos pelos familiares nem sempre faziam parte das refeições das crianças, que geralmente se alimentavam antes dos adultos. Observou-se que, em alguns domicílios, a comida diferenciada oferecida à criança geralmente era sopa. O almoço das famílias era constituído basicamente de arroz, feijão, macarrão, batata e, às vezes, carne. Observou-se que, quando havia hortaliças, essas não eram oferecidas às crianças, apesar das mães relatarem em suas falas que legumes e verduras faziam parte de uma alimentação adequada.

(...) boa alimentação, né, comê bastante fruta, verdura, essas coisa mais saudável (...) na alimentação mesmo né, se dá só o que a criança precisa né, pra se desenvolve né, só verdura, fruta, legumes, essas coisa, se não dá nada assim de bobagê né, bolacha com recheio, essas coisa (...) (Entrevista da Evelin).

Mesmo entre os adultos, quase não se verificou ingestão de hortaliças, conforme se evidencia a seguir:

Observei o avô fazer o prato. Ele colocou farinha de milho, feijão, arroz, macarrão, salame frito e se sentou no sofá para comer (Diário de campo da Carolina).

Emanuele temperou a salada de alface com óleo, espremeu limão e acrescentou sal. Parte da salada foi reservada para ela e outra para a mãe. As crianças não foram servidas de salada (Diário de campo da Emanuele).

Situação social da família e alimentação na infância

No presente estudo, não se investigou diretamente a renda mensal das famílias, porém algumas mães e avós relataram espontaneamente os valores dos salários recebidos por elas, maridos ou outros membros da família.

De acordo com o período do mês em que se realizou a visita, foi possível notar que quando os membros da família recebiam o salário, havia maior quantidade e variedade de alimentos disponíveis sobre as mesas, caixas e armários. Já na metade desse período, com a disponibilidade reduzida, as refeições se resumiam aos alimentos considerados básicos (arroz, feijão, macarrão). Frutas, verduras e especialmente carnes acabavam e só seriam repostos com o próximo rendimento. Os relatos das mães e avós também mostravam que a falta de carnes diariamente era vista como uma situação de desconforto perante os filhos e a compra de partes menos nobres de carne ou de embutidos era uma solução encontrada para o consumo desse alimento, como mostra o texto abaixo:

(...) ela falou que quando não tem carne até come, mas que parece que falta alguma coisa. Ela gosta de carne de gado, principalmente, mas acaba comprando mais os miúdos, dorsos, pedaços com ossos porque são mais baratos, em quantidade que às vezes dá para dois dias, mas dependendo do corte só dá para uma refeição. Disse que nunca chegaram a ficar sem ter o que comer, mas que carne não tem todo dia, e que os filhos pedem ou questionam a falta de carne (Diário de campo da Clotilde).

A utilização do fogão a lenha, em detrimento do fogão a gás, também mostrou, indiretamente, a situação econômica das famílias. Em dois domicílios com seis pessoas, as mães faziam pão em casa. Essa foi a forma encontrada para economizar, como evidencia o texto abaixo:

Comentei que havia visto a fumaça na chaminé quando chegava para a visita. Ela então disse que tinha que usar o fogão a lenha porque não aguentava pagar o gás, e que já havia feito pão duas vezes na semana (Diário de campo da Silvia).

Em quatro domicílios, a ajuda financeira dos pais das crianças não existia ou era irregular. O uso controlado de fraldas descartáveis em quatro domicílios também evidenciava que as famílias tinham restrições e precisavam priorizar as compras. Assim, mães e avós referiram que

a criança só usava fralda descartável durante a noite, ou quando saía de casa, ou não as utilizava em nenhum momento porque não tinham condições para comprar.

Presença de programas e equipamentos sociais

Durante as visitas domiciliares, as famílias relataram alguns programas e equipamentos sociais aos quais as crianças do estudo estavam vinculadas: Programa Leite das Crianças, Programa Bolsa Família, Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Estratégia Saúde da Família (ESF) e Centro de Nutrição e a Pastoral da Criança.

Programa Leite das Crianças

Sete das oito famílias do estudo recebiam um litro de leite ao dia por filho cadastrado no programa e as mães relataram, principalmente, as idas mensais às unidades de saúde para a aferição do peso e algumas expressavam que, a partir do momento em que a criança começou a consumir o leite do programa, elas notaram um incremento no peso corporal.

(...) eu levo o fio pesá no postinho por causa do programa do Leite e da Bolsa né, que sempre eu vô de manhã né, eu gosto de manhã pesá, ali pelas nove, dez hora eu já tenho pesado e já tô na casa de volta (Entrevista da Clotilde).

(...) agora eu dô só o leite mesmo, mas esse leite já é mais, ele já é próprio né pra, pra eles. Tá. Tá, tá dando resultado também. Notei diferença nele, porque ele engordava muito pouquinho por mês, tinha mês que ele não engordava, não engordava nem 100 gramas, e depois que ele começou a mamar na mamadeira, que eu tirei ele também do peito que ele, ele começou comer melhor, ele começou mamá né, o leite, daí ele começou a engordar mais (Entrevista da Elizabete).

Em dois domicílios, verificou-se que o leite recebido como benefício para auxiliar a alimentação das crianças desnutridas era compartilhado com outros membros da família, principalmente, outras crianças do domicílio.

Programa Bolsa Família

Três famílias que recebiam o benefício do Programa Bolsa Família ressaltaram o acesso ao programa e os valores recebidos.

Clotilde disse que estava inscrita no Programa Bolsa Família, que antes era o Bolsa Escola, e que recebia R\$ 112,00 por mês dos 3 filhos mais novos (Diário de campo da Clotilde).

Outro aspecto que surgiu nos relatos referiu-se ao cumprimento de condicionalidades para manutenção da inscrição no programa.

Levamo todo meis pesá, (...) daí lá eles pesam, eles me-dim, todo meis nós imo (Entrevista da Paola).

O Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e a Estratégia Saúde da Família (ESF) foram mencionados nos relatos, com destaque para a visita do agente comunitário de saúde e a utilização da unidade de saúde da família.

A mãe comentou que utilizava os serviços do postinho, que o médico do PSF era pensativo, fazia as mesmas perguntas várias vezes e que ele escutava os pacientes. Falou da enfermeira, que gostava muito dela, pois emprestava peças do inalador para ela fazer inalação em casa, porque a filha tinha que fazer três vezes ao dia. Comentou que as agentes comunitárias iam sempre em três, que por último era a S. e que ela era muito 'pronta' (Diário de campo da Evelin).

Centro de Nutrição

O Centro de Nutrição, situado na cidade de Guarapuava, presta atendimento a crianças desnutridas da cidade e região. Assiste crianças na faixa etária de zero a seis anos de idade, em regime de internamento para aquelas com desnutrição grave e atendimento ambulatorial para crianças com desnutrição leve e moderada. Foi mencionado por três famílias, particularmente quanto à internação, acompanhamento e tratamento do baixo peso e da anemia, como relato a seguir:

(...) no começo eu fiquei muito nervosa, não sabia o que eu fazia, porque nunca ela ficou internada né, eu pensava que era outra coisa, daí eu fui vendo, fui conhecendo as mulheres de lá, (...) me ajudaram um monte, agradeço elas que me ajudaram um monte, é sei lá, sei que depois que a Marcela foi pra lá ela melhorou bastante. Foi bom pra ela, pra mim, porque ela não tava engordando, não se desenvolvia, e daí depois que ela foi pra lá ela se desenvolveu, ela engordou, comeu até melhor (...) (Entrevista da Carolina).

As mães expressavam preocupação com a situação de internação ou acompanhamento da criança nessa instituição, mas destacaram que mantinham vínculo com os profissionais, o reconheciam como suporte e percebiam que a criança começava a ganhar peso e a melhorar o apetite.

Pastoral da Criança

Em relação às ações da Pastoral da Criança, houve destaque para seus benefícios referentes ao acompanhamento do peso, alimentação, roupas, entre outros.

A avó comentou que levava Lorena na Pastoral da Criança, uma vez por mês. Eles aferiam o peso, davam multimestura e sopa com muitos legumes bem picadinhos. Ela disse que Lorena comia e gostava da sopa (Diário de campo da Célia).

DISCUSSÃO

A alimentação das famílias do estudo era constituída basicamente de alimentos ricos em carboidrato e, algumas

vezes, havia carne. Algumas crianças recebiam sopa. É importante considerar que a pequena capacidade gástrica das crianças impede que elas atinjam suas necessidades energéticas se os alimentos estiverem diluídos, de forma que as sopas, comuns em nosso meio, devem ser desencorajadas por apresentarem pouca densidade energética⁽⁶⁾.

Para as camadas populares, o arroz, o feijão, a carne, as massas e o milho são alimentos classificados como *comida* e nas representações aparecem como alimentos *fortes*, que sustentam, garantem a resistência e aptidão para o trabalho e protegem contra a fome, prolongando a sensação de saciedade. Por outro lado, legumes, verduras e frutas são considerados alimentos que servem para *tapear* a fome e associam-se à leveza e à não-saciedade. Não se trata de desconhecimento da população sobre o valor nutricional de frutas e hortaliças, mas na sensação deixada por esses alimentos⁽¹⁰⁻¹¹⁾. De fato, estudo realizado em duas favelas evidenciou que a fruta não fazia parte da dieta, ingeria-se pouca verdura e pouca carne⁽¹²⁾.

As crianças deste estudo não tinham o hábito de fazer as refeições com a família ao redor de uma mesa. Esse mobiliário não estava presente para a realização das refeições, o que poderia limitar o processo de socialização à mesa e a ingestão alimentar das crianças do estudo, pois além de fornecer nutrientes importantes para o crescimento e desenvolvimento da criança, a alimentação também é um momento de socialização⁽¹¹⁾. Para a criança, é uma rica oportunidade de compartilhar o momento das refeições com um membro familiar, seja a mãe, o pai, os irmãos ou outro parente próximo, sendo fundamental o estar com o outro, que pode contribuir para a formação dos hábitos alimentares, refletir na ingestão de alimentos e no estado nutricional da criança^(6,11).

Em função do modo de produção capitalista, a alimentação cotidiana sofreu profundas transformações. A alimentação familiar se reduziu da mesma forma que o tempo gasto com as refeições, que geralmente são compartilhadas com outras atividades como trabalhar, assistir televisão, andar e estudar. Os tipos e jornadas de trabalho, bem como os horários escolares dos filhos, interferem nos horários das refeições cotidianas no domicílio urbano⁽¹⁾.

As visitas domiciliares possibilitaram constatar como a questão econômica interferia na alimentação da família e, conseqüentemente, na alimentação da criança. Alimentos perecíveis acabavam antes do final do mês, as famílias utilizavam fogão a lenha, as mães faziam pão em casa, não contavam com a ajuda dos pais da criança e algumas crianças não usavam fraldas descartáveis.

Pesquisa sobre práticas alimentares de crianças menores de três anos de idade em risco nutricional constatou que, ao lado da carne, frutas, verduras e legumes são os alimentos que mais podem faltar nos domicílios, e quando há uma hierarquização dos alimentos, predominam-se os básicos como primeira escolha nas compras⁽¹³⁾. Estudo sobre a vigilância de fatores de risco e proteção para do-

enças crônicas por inquérito telefônico, realizado nas 26 capitais brasileiras, apontou que o consumo de frutas e hortaliças tende a ser maior nas mulheres que nos homens, aumenta com o nível de escolaridade das pessoas e com a idade. Já o consumo de carnes com excesso de gordura tende a ser bem mais frequente em homens e diminui com a idade e com o nível de escolaridade⁽¹⁴⁾.

Trabalho com mães de crianças de baixo peso revelou que a desnutrição infantil é vista por elas como um conjunto de carências com destaque para a falta de recursos e alimentos, provenientes da situação econômica e, também, da falta de tratamento e cuidado materno, ou, ainda, está relacionada à natureza da criança⁽¹⁵⁾. Estudo que avaliou a comida dos moradores de favelas constatou que quando não se tinha gás, preparava-se fogo no chão, evidenciando o desenvolvimento de estratégias de sobrevivência⁽¹²⁾.

A falta de auxílio financeiro dos pais preocupava as mães e avós, pois as necessidades básicas das crianças podiam não ser preenchidas, como a compra de alimentos e medicamentos e, ainda, outras necessidades como atividades de lazer. Além do processo de crescimento sem a figura paterna, o fato de não coabitar com o pai comprometeu o orçamento doméstico das famílias do presente estudo, que não contou com ajuda financeira no que se refere à aquisição de alimentos e gêneros essenciais, que agravam o déficit nutricional das crianças.

Diante desses resultados, evidencia-se que as famílias participantes deste estudo apresentavam insegurança alimentar (IA) importante que, apesar de não ter sido medida diretamente, pode ser considerada grave. No Brasil, a Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios realizada em 2009 revelou que a prevalência de domicílios com pessoas em IA era de 30%, distribuída dos níveis leve (19%), moderado (6%) e grave (5%). Apesar de ter havido um declínio dessas taxas em relação ao levantamento de 2004, a pesquisa mostrou que nos domicílios com crianças as prevalências de IA eram maiores, diminuindo à medida que aumentava a idade dos moradores⁽¹⁶⁾.

As famílias do estudo participavam de programas assistenciais do governo estadual e federal. O Programa Leite das Crianças é um programa social do governo do estado do Paraná, iniciado em 2003, com o objetivo de reduzir as deficiências nutricionais das populações carentes por meio de ações que contribuam para a redução dos índices de morbimortalidade e de desnutrição infantil. Tem como público alvo crianças de 6 a 36 meses de idade, com prioridade para aquelas pertencentes a famílias com renda média *per capita* mensal inferior a meio salário mínimo. As famílias recebem um litro de leite fluido ao dia por criança inscrita no programa e devem fazer o acompanhamento mensal do peso da criança em unidades de saúde. O leite é distribuído à mãe ou responsável pela criança nas escolas estaduais do município⁽⁸⁾.

O fato de a mãe ter que cumprir uma agenda de controle de peso do seu filho pode ser benéfico na identi-

ficação, acompanhamento e recuperação de crianças desnutridas, pois condiciona o contato da mãe/cuidador com a unidade de saúde e profissionais, que podem auxiliar na prevenção de agravos à saúde da criança. Além disso, o intuito do programa é o melhor estado nutricional das crianças atendidas e uma das formas encontradas para verificar se o programa está sendo efetivo ou não é o controle do peso da criança⁽⁸⁾; porém, essa não seria a única forma de avaliação da efetividade do programa. Cabe mencionar que novas pesquisas são necessárias para analisar outros aspectos pertinentes a essa temática.

O leite recebido para a alimentação das crianças do estudo era compartilhado com outros membros da família. Fato semelhante foi encontrado em um estudo que buscou compreender como a família convivia com a problemática da desnutrição infantil. Nessas famílias, era comum as mães dividirem o leite recebido no posto de saúde com todos os membros familiares⁽¹⁷⁾. Em duas favelas de São Paulo, mulheres se queixavam que os homens trocavam leite do programa Viva Leite por cigarros, além de crianças serem mandadas pelos pais ao posto de saúde para revender o leite que a família recebia⁽¹²⁾.

O cumprimento da agenda de controle antropométrico da criança, que favorece a vigilância do estado nutricional, também foi mencionado pelas mães que participavam do Programa Bolsa Família, mostrando que esse controle era feito pela inserção em mais de um programa assistencial voltado, em geral, para famílias pertencentes a uma classe social menos favorecida. Apesar da importância do programa para as famílias estudadas, trata-se de uma política assistencial. Considerando que as deficiências nutricionais acham-se estreitamente associadas ao quadro estrutural da pobreza, a erradicação completa da desnutrição depende da própria erradicação dos grandes contrastes econômicos e sociais, gerados e mantidos pelo processo de produção, de forma que seu combate exige políticas de emprego e educação^(12,18).

Foi possível perceber que existia um vínculo entre os profissionais de saúde (médico, enfermeiro e ACS) e as mães do estudo, apontando uma relação positiva entre os mesmos. Essa relação se torna mais importante no caso de crianças comprometidas nutricionalmente, que são mais suscetíveis a infecções e agravamento da saúde, pois a possibilidade de contato permanente dos cuidadores com a equipe de saúde, além de favorecer o restabelecimento do quadro nutricional, favorece também a captação precoce de crianças com quadros enfermos.

A formação de vínculo entre a equipe de saúde e o usuário garante laços de confiança e corresponsabilidade no trabalho dos profissionais junto ao usuário. Estratégias como saber ouvir e escutar as queixas fazem com que o usuário sinta-se importante, aumentando a confiança no profissional e, conseqüentemente, facilitando a formação de vínculo. O atendimento de qualidade também faz com que o usuário sinta que seus direitos de cidadão estão sendo garantidos e respeitados⁽¹⁹⁾.

Os problemas de saúde devem ser enfrentados por meio de ações intersetoriais, pois extrapolam a responsabilidade exclusiva do setor saúde. Entretanto, as atuais políticas públicas são, em geral, de caráter assistencialista e não evidenciam expressiva melhora nas condições de trabalho e vida da população⁽²⁰⁾. Para as famílias do presente estudo, os programas e equipamentos sociais constituíam suporte social importante, com destaque para o vínculo positivo com as instituições e profissionais para o acompanhamento da saúde da criança.

É fundamental a garantia de políticas públicas abrangentes, a efetividade de políticas sociais intersetoriais e programas estruturados e planejados que possibilitem melhores condições de vida e, conseqüentemente, de saúde dos indivíduos⁽²⁰⁻²¹⁾. Ademais, as atuais diretrizes políticas apontam para a importância de garantir a qualidade dos alimentos disponíveis, visando a promoção de práticas alimentares saudáveis, prevenção de agravos e controle dos distúrbios nutricionais. Além do estímulo às ações intersetoriais para um efetivo acesso aos alimentos, o trabalho em rede é fundamental para que profissionais de saúde e de outros setores sociais articulem ações que caminhem para a integralidade da atenção à saúde das crianças e das famílias⁽⁷⁾.

CONCLUSÃO

A realização deste estudo possibilitou apreender que existe diferença entre alimentação da família e das crianças. A família não se reúne para as refeições e sua alimentação baseia-se em alimentos fonte de carboidrato, mais acessíveis à população menos favorecida, com a justificativa de que prolongam a sensação de saciedade. Frutas e hortaliças são consideradas alimentos que não sustentam e em uma escala de prioridades podem faltar. Quando presentes, não eram oferecidas às crianças.

A situação social das famílias não possibilita dispor de quantidade e qualidade suficiente de alimentos durante todo o mês, representando um quadro de insegurança ali-

mentar grave que compromete diretamente o estado nutricional das crianças, privadas de uma alimentação adequada, direito humano imprescindível à cidadania.

As famílias e as crianças vinculavam-se a programas e equipamentos sociais de distribuição de alimentos, transferência de renda e acompanhamento de saúde. De acordo com os relatos, o vínculo a esses programas requer cumprimento de condicionalidades, que além de contribuir para melhorar o estado nutricional, favorecem a vigilância nutricional e representam suporte social importante.

Conhecer o ambiente onde as famílias vivem, sua situação social e o cotidiano de suas práticas alimentares ajudam os profissionais de saúde a aperfeiçoarem suas intervenções com vistas à promoção da saúde, que inclui práticas alimentares saudáveis, com alimentos adequados e aceitos social e culturalmente, e também no direcionamento do tratamento de distúrbios nutricionais, como a desnutrição. A aproximação com a realidade evidencia elementos ricos que contribuem para a integralidade da atenção, em especial quando se trata da desnutrição infantil, que requer visão integrada das vulnerabilidades sociais, visto que o problema da desnutrição extrapola a responsabilidade exclusiva do setor saúde, demandando ações intersetoriais para seu enfrentamento.

Cabe mencionar que este estudo limitou-se a aprofundar o cotidiano das práticas alimentares de algumas famílias de crianças desnutridas, vinculadas a quatro unidades de saúde de um município, de forma que os resultados não podem ser generalizados. Entretanto, retrata particularidades importantes que indicam a necessidade de se explorar o cotidiano das práticas alimentares das famílias, a participação de seus membros, o ambiente em que ocorrem e suas experiências, fundamentais para articular o processo saúde-doença ao cuidado em realidades concretas. Também cabe ressaltar que outros espaços de discussão e de pesquisas poderão trazer outras dimensões, sendo importante o desenvolvimento de estudos que investiguem e avaliem a efetividade dos programas e equipamentos sociais para as famílias.

REFERÊNCIAS

1. Canesqui AM. Mudanças e permanências da prática alimentar cotidiana de famílias de trabalhadores. In: Canesqui AM, Garcia RWD, organizadoras. *Antropologia e nutrição: um diálogo possível*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2005. p. 167-210.
2. Monte CMG. Desnutrição: um desafio secular à nutrição infantil. *J Pediatr*. 2000;76(3):285-97.
3. Fernandes BS. Nova abordagem para o grave problema da desnutrição infantil. *Estud Avançados*. 2003;17(48):77-92.
4. Monteiro CA, Conde WL. Tendência secular da desnutrição e da obesidade na infância na cidade de São Paulo (1974-1996). *Rev Saúde Pública*. 2000;34(6):52-61.
5. Victora CG, Adair L, Fall C, Hallal PC, Martorell R, Richter L, et al. Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital. *Lancet*. 2008;371(9609):340-57.
6. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Organização Pan Americana da Saúde. *Guia alimentar para crianças menores de dois anos*. Brasília; 2002.
7. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Alimentação e Nutrição*. Brasília; 2007.

8. Paraná. Secretaria de Estado do Trabalho, Emprego e Promoção Social. Programa "Leite das Crianças" [Internet]. Curitiba; 2004 [citado 2010 set. 13]. Disponível em: <http://www.leite.pr.gov.br/>
9. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9ª ed. São Paulo: Hucitec; 2006.
10. Zaluar A. As mulheres e a direção do consumo doméstico. In: Almeida MSK, Corrêa M, Stolcke V, Brandão CR, Feldmann-Bianco B, Zaluar A, et al. Colcha de retalhos: estudos sobre a família no Brasil. São Paulo: Brasiliense; 1982. p. 159-84.
11. Romanelli G. O significado da alimentação na família: uma visão antropológica. *Medicina*. 2006;39(3):333-9.
12. Saglio-Yatzimirsky M-C. A comida dos favelados. *Estud Avancados*. 2006;20(58):123-32.
13. Rotenberg S, De Vargas S. Práticas alimentares e o cuidado da saúde: da alimentação da criança à alimentação da família. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2004;4(1):85-94.
14. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde; Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. VIGITEL Brasil 2007: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília; 2008.
15. Hein V, Arruda A. A desnutrição infantil representada por mães de crianças com baixo peso. *Rev Gaúcha Enferm*. 2009;30(4):585-93.
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - Segurança Alimentar: 2009. Rio de Janeiro; 2010.
17. Frota MA, Barroso MGT. Repercussão da desnutrição infantil na família. *Rev Latino Am Enferm*. 2005;13(6):996-1000.
18. Batista Filho M, Rissin A. Deficiências nutricionais: ações específicas do setor saúde para o seu controle. *Cad Saúde Pública*. 1993;9(2):130-5.
19. Monteiro MM, Figueiredo VP, Machado MFAS. Bonding to implement the Family Health Program at a basic health unit. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2009 [cited 2010 Sept 15];43(2):358-64. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/en_a15v43n2.pdf
20. Sousa FGM, Terra MG, Erdmann AL. Organização dos serviços de saúde na perspectiva da intersetorialidade: limites e possibilidades da prática integralizadora. *Online Braz J Nurs* [Internet]. 2005 [citado 2010 maio 25];4(3). Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/44/17>
21. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2008.