



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM SAÚDE PÚBLICA

MARIA DE LOURDES BENEVIDES DE MAGALHÃES

**ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DE MÃES NA CONVIVÊNCIA
COM FILHOS DESNUTRIDOS**

Fortaleza

2012

MARIA DE LOURDES BENEVIDES DE MAGALHÃES

**ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DE MÃES NA CONVIVÊNCIA
COM FILHOS DESNUTRIDOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina, da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof.a Dr.a Márcia Maria Tavares Machado

FORTALEZA
2012

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências da Saúde

M167e Magalhães, Maria de Lourdes Benevides de
Estratégias de enfrentamento de mães na convivência com filhos desnutridos/ Maria de
Lourdes Benevides de Magalhães. – 2012.
151 f. : il.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Programa de
Pós-Graduação em Saúde Pública, Fortaleza, 2012.

Orientação: Prof.a Dr.a Márcia Maria Tavares Machado

1. Transtornos da Nutrição Infantil 2. Comportamento Materno 3. Cuidado da Criança 4.
Saúde I. Título.

CDD 362.1


MARIA DE LOURDES BENEVIDES DE MAGALHÃES

**ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DE MÃES NA CONVIVÊNCIA
COM FILHOS DESNUTRIDOS**

Dissertação submetida à Coordenação do Curso de Mestrado em Saúde Pública da Faculdade de Medicina, da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Aprovada em: 07/02/2012.

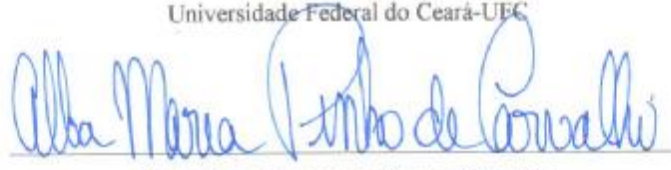
BANCA EXAMINADORA



Prof.ª Dr.ª Márcia Maria Tavares Machado (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará-UFC



Prof. Dr. Álvaro Jorge Madeiro Leite
Universidade Federal do Ceará-UFC



Prof.ª Dr.ª Alba Maria Pinho de Carvalho
Universidade Federal do Ceará-UFC

Às mulheres, a todas nós, por
sermos “desdobráveis”.

AGRADECIMENTOS

Carinhosamente, agradeço a todos os que, de alguma forma, contribuíram para a realização desse trabalho, em especial:

À minha orientadora e mestra, Márcia Machado, pela dedicação, disponibilidade, sabedoria e afetividade com que me conduziu nessa jornada.

A todos os que fazem o IPREDE pelo estímulo, amorosidade e confiança em meu trabalho, sempre. E em especial àqueles que mais diretamente incentivaram e facilitaram meu percurso desde o desejo de entrar no mestrado até sua conclusão: Dr Sullivan Mota, Dr Álvaro Leite, Dra Rita Brasil, Raphael Campos (não mais no IPREDE), Dayse Campos, Andréa Ferreira, Vandereide Luna, Vilani Cardoso, Alessandra Férrer, Lidiane, Marcelo, Flávio, Gorete.

Às sete mulheres maravilhosas que aceitaram percorrer comigo os caminhos desta pesquisa.

À querida amiga Ângela Andrade pelo apoio incondicional e por suas afetuosas e sensatas contribuições para minha análise.

À professora doutora Alba Carvalho por ter aceitado o convite para participar de nossas bancas, contribuindo para o enriquecimento do trabalho.

Aos professores do Mestrado em Saúde Pública, pela oportunidade de compartilhar conhecimento da maneira mais privilegiada.

À querida Zenaide, secretária do Mestrado em Saúde Pública, por sua paciência e solicitude em todas as horas.

Aos meus pais Valdenor (*in memoriam*) e Margarida, pelo incentivo aos estudos e por, de alguma forma, estarem sempre ao meu lado.

Aos meus filhos muito amados, Camila, Filipe e Lucas, por todo o crescimento que me proporcionaram na experiência de ser mãe.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES – pelo subsídio aos dois anos de pesquisa.

*A comida é uma metáfora; ela simboliza a
nossa maneira de encarar a vida e a forma
como lidamos com nossas emoções.*
(SPADA, 2007)

RESUMO

A desnutrição deve ser entendida como expressão de múltiplas dimensões, caracterizando uma série de situações e condições de vida bastante desfavoráveis que atuam em um indivíduo. O presente trabalho tem por objetivo compreender as percepções de mães de crianças desnutridas sobre sua realidade de vida, com base em um contexto socialmente desfavorecido, analisando, ao mesmo tempo, suas estratégias de enfrentamento diante das condições de vulnerabilidade em que vivem, assim como suas impressões a respeito da instituição onde seus filhos são atendidos. A pesquisa realizou-se com sete mulheres, mães de crianças desnutridas, participantes do Instituto de Promoção da Nutrição e do Desenvolvimento Humano – IPREDE, situado em Fortaleza, Ceará, no período de maio a outubro de 2011. Adotou-se a metodologia qualitativa, desenvolvendo percursos etnográficos, e o referencial teórico ancorado no campo interdisciplinar da Saúde Pública. Fez-se uma discussão triangulada com origem na observação sistemática e participativa, entrevistas individuais semiestruturadas, busca documental, interpretação da pesquisadora, com o auxílio do diário de campo e diálogo constante com a literatura especializada. O material empírico obtido foi analisado conforme a técnica de análise de discurso. Foram realizados acompanhamentos da vida dessas mulheres no seu local de moradia, nas idas ao atendimento em Unidades de Saúde e no IPREDE. Os resultados revelam forte associação entre desnutrição infantil e dificuldades na maternidade e no vínculo entre mãe e filho. As mulheres, marcadas pelas fragilidades e pela culpa, permanecem limitadas, fixadas nas preocupações com a maternidade, não vislumbrando saídas e oportunidades para viver melhor. Ante tantas privações, constatou-se que as informantes buscam estratégias para enfrentar as adversidades, tanto no sentido emocional quanto cognitivo, procurando lidar com as situações de estresse presentes em seu dia a dia. Buscam apoio na família, nos amigos ou nos vizinhos, trabalham, veem novelas, passeiam, dormem, rezam, procuram uma instituição de apoio, pensam positivo, mudam de companheiro, envolvem-se com um amante e procuram a justiça. No IPREDE, verificou-se a especial importância atribuída pelas mães aos espaços de troca e relacionamentos mais democráticos com profissionais, pois elas podem se expressar e ser ouvidas em suas “dores da alma”. Notou-se, também, a confiança no saber biomédico quando buscam orientação e compreensão quanto à saúde dos filhos. Tais espaços parecem ter contribuído em seu crescimento pessoal, fortalecendo suas possibilidades de enfrentamento. Supõe-se que programas de intervenção nutricional poderão obter resultados mais satisfatórios quando valorizada a história de vida das mães como fator coadjuvante no processo de determinação e recuperação da desnutrição. O fato de compreender como essa mulher convive com o filho em seu habitat natural poderá fornecer subsídios sobre como cuidar melhor, caso a caso. O planejamento de atividades lúdicas e com recursos audiovisuais pode promover situações de aprendizagem mais relaxantes e participativas. Sugere-se, também, realizar consultas às opiniões e preferências das mães, o que pode estimular sua inclusão e autoafirmação como sujeitos ativos em seu processo de cuidado e cura dos filhos. Entende-se que uma atenção psicoemocional mais individualizada e aprofundada à díade poderá favorecer o fortalecimento do vínculo mãe e filho.

Palavras-chave: Transtornos da Nutrição Infantil. Comportamento Materno. Cuidado da Criança. Desnutrição.

ABSTRACT

Malnutrition should be understood as a multi-dimensional expression characterizing a series of extremely unfavorable situations and living conditions that act upon an individual. To understand the perceptions of mothers of malnourished children regarding the realities of their lives, starting with a context of social disadvantage and at the same time analyzing their coping strategies in the face of their precarious living conditions. In addition, their impressions of the institution where their children are cared for were also recorded. The study was conducted with seven women, mothers of malnourished children cared for at the Institute for the Promotion of Nutrition and Human Development - IPREDE, located in Fortaleza, Ceará, between May and October 2011. A qualitative methodology was adopted, developing ethnographic accounts, and the theoretical framework was grounded in the interdisciplinary field of Public Health. A triangulated discussion was carried out using systematic and participatory observation of semi-structured individual interviews, document research and interpretation by the researcher, with the aid of a field diary and constant reference to the specialized literature. The empirical material obtained was analyzed using the technique of discourse analysis. The researcher monitored the lives of these women in their place of residence, visits to health care centers and IPREDE. The results reveal a strong link between child malnutrition and difficulties in the construction of motherhood and bonding between mother and child. The women, marked by fragility and guilt remain limited, fixed on concerns about motherhood; unable to see a way out or opportunities to live better. Faced with so many hardships, the subjects try to seek strategies to deal with adversity, in both the cognitive and the emotional sense, trying to cope with the stressful situations present in their day-to-day. They look for support from their family, friends or neighbors. They work, watch soap operas, walk, sleep, pray, seek a supportive institution, think positively, change partner, get involved with a lover and seek justice. At IPREDE, the mothers place particular importance on having a space for exchanges and more democratic relationships with professionals, where they can express themselves and share their "heartaches." Their confidence in biomedical knowledge when seeking guidance and understanding about their children's health was also observed. These spaces appear to have contributed to their personal growth; strengthening their chances of coping. It is concluded that nutritional intervention programs can obtain better results when the life story of the mothers is valued as a supporting factor in the process of determining and recovering from malnutrition. Understanding how a woman lives with her child in their natural environment may provide insights on a case by case basis. The planning of pleasant activities and audio-visual resources can promote more relaxed and participatory learning situations. It is also suggested that the mother's opinions and preferences be consulted, as this may stimulate their inclusion and self-affirmation as active subjects in their child's care and healing. Deeper and more individualized psycho-emotional care and attention to the dyad, may favor the strengthening of the mother-child bond.

Keywords: Child Nutrition Disorders. Maternal Behavior. Child Care. Malnutrition.

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

QUADRO 1 – Esquema do modelo transacional do estresse	44
QUADRO 2 – Classificação do estado nutricional de zero a 10 anos, considerando P/A, P/I e A/I, segundo a OMS (2006, 2007).	50
QUADRO 3 - Classificação do estado nutricional de zero a 10 anos, considerando o IMC, segundo a OMS (2006, 2007).	51
QUADRO 4 – Modelo de Análise	61
QUADRO 5 – Perfil socioeconômico das mães acompanhadas na pesquisa	62
QUADRO 6 - Perfil das crianças da pesquisa	77
FIGURA 1 – Programas assistenciais do IPREDE para a criança, sua mãe e sua família.	48
FIGURA 2 - Resultado da avaliação do estado nutricional e ações correspondentes	51

SUMÁRIO

1	NOSSA APROXIMAÇÃO COM O OBJETO DA PESQUISA.....	11
2	A DESNUTRIÇÃO EM QUESTÃO.....	16
2.1	As dimensões da desnutrição infantil.....	16
2.2	As consequências da desnutrição infantil.....	21
2.3	Pobreza, fome e desnutrição.....	24
2.4	Epidemiologia da desnutrição.....	29
2.5	Ser mãe: o cuidado e a convivência com o filho desnutrido.....	33
2.6	A qualidade da relação mãe e filho: sua importância para o desenvolvimento infantil.....	38
2.7	Teoria do Enfrentamento (<i>coping</i>).....	42
3	AS FERRAMENTAS DO NOSSO TRABALHO: UM CAMINHO ETNOGRÁFICO.....	45
3.1	Local e período de estudo.....	47
3.2	Percurso etnográfico.....	54
3.3	Organização e análise do material.....	58
4	REPRESENTAÇÕES DAS MÃES.....	60
4.1	Perfil das mulheres acompanhadas: trajetória de vida das mulheres.....	61
4.1.2	Reflexões acerca dos perfis das mulheres e de suas crianças.....	74
4.2	As experiências e os espaços percorridos.....	79
4.2.1	O itinerário no IPREDE.....	79
4.2.2	Nas casas visitadas.....	86
4.3	Categorias de análise.....	89
4.3.1	Cuidado materno à criança desnutrida.....	89
4.3.2	O contexto de vulnerabilidade social.....	107
4.3.3	Mãe e filho desnutrido na instituição.....	122

5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	132
	REFERÊNCIAS.....	135
	APÊNDICES.....	145
	ANEXOS.....	152

1 NOSSA APROXIMAÇÃO COM O OBJETO DA PESQUISA

Este ensaio versa sobre a compreensão das percepções de mães de crianças desnutridas sobre sua realidade, com base em um contexto socialmente desfavorecido, analisando, ao mesmo tempo, suas estratégias de enfrentamento ante às condições de vulnerabilidade em que vivem, assim como suas percepções a respeito da instituição onde são acolhidas com os filhos desnutridos, local onde se realizou parte significativa desta pesquisa.

As motivações que conduziram este percurso nasceram da identificação com o tema da maternidade, especialmente no que se refere ao vínculo mãe e filho, há muito tempo presente em nosso foco de interesses e estudos, tanto em relação aos trabalhos desenvolvidos profissionalmente, como também por ter sido mãe de três filhos, o que impulsionou uma série de buscas e descobertas pessoais. Acrescentamos a estas experiências o fato de havermos trabalhado no Instituto de Promoção da Nutrição e do Desenvolvimento Humano (IPREDE), com crianças e suas mães, o que nos inquietou no sentido de aprofundar o entendimento sobre seu contexto de vida marcado por tantas iniquidades. Além do mencionado, há poucos trabalhos atuais que apreendam as subjetividades maternas, em um âmbito social de estigmatizações. Observa-se que o foco de estudos envolvendo a desnutrição está preferencialmente direcionado à criança. Embora tenhamos desenvolvido este enfoque, procuramos aprimorar a escuta para a autopercepção das mulheres ante tais adversidades.

O IPREDE é uma instituição de referência no Estado do Ceará na área de nutrição infantil, desenvolvendo prestação de serviços assistenciais, atividades docentes e projetos de pesquisa em saúde infantil. Sua clientela é procedente, fundamentalmente, do Município de Fortaleza-Ceará e, em menores proporções, de municípios vizinhos. É uma entidade sem fins lucrativos registrada no Conselho Nacional de Assistência Social – CNAS.

Desde a sua fundação, em 16 de junho de 1986, o IPREDE consolida sua atuação com particular ênfase no desenvolvimento global de crianças com déficit nutricional. Atendeu até o ano de 2008 aproximadamente 25.000 crianças, realizou mais de 600.000 atendimentos, conseguindo êxito na recuperação das condições de saúde e desnutrição de mais de 70 % dessas crianças. Nos últimos anos, a instituição ampliou seus trabalhos e definiu um conjunto de estratégias de ação direcionadas à promoção do desenvolvimento neuromotor, sensorial e psicoafetivo da criança, assim como de competências familiares, direcionadas especialmente às mães (IPREDE, 2010). Consoante o próprio IPREDE (2010, p. 7),

Com a firme decisão de garantir cada vez mais a solidificação de sua política institucional no cuidar do desenvolvimento na primeira infância, o IPREDE vem se dedicando à tarefa de expandir suas ações para um horizonte de compromissos com as crianças e suas famílias, por intermédio de uma pauta de programas e atividades que possibilitem cuidar das crianças que ultrapasse a recuperação de seu peso insuficiente e caminhe na direção de apoiar o desenvolvimento de uma infância com raízes plenas de potencial, tendo como estratégia principal o desenvolvimento infantil, o fortalecimento da qualidade da interação da mãe e seus filhos, bem como das competências familiares. Neste momento, está em franco processo de desenvolvimento um conjunto de abordagens inovadoras utilizando-se de enfoques sistêmicos e do campo do pensamento complexo.

Assim, com tais mudanças, começamos a trabalhar no IPREDE, em 2006, como voluntária em psicomotricidade, realizando trabalhos na área de promoção do desenvolvimento infantil que estava em fase de implantação. Mais adiante, fomos solicitada a trabalhar no projeto de Mediação na instituição, como fonoaudióloga. Nesse momento, passamos a manter maior contato com as mães, pois nesses atendimentos elas são estimuladas e, até mesmo, ensinadas a brincar com os filhos: ou seja, a tornarem-se mediadoras do seu desenvolvimento. Uma equipe de profissionais composta por uma fonoaudióloga, uma psicóloga, uma terapeuta ocupacional e uma fisioterapeuta mediava a relação mãe e filho no sentido de, também, prepará-las para a função de mediadoras do desenvolvimento de seus filhos.

Enfim, após um ano na instituição, fomos convidada a realizar um trabalho de psicomotricidade com as mães. Estava sendo criado o Grupo Conviver, um espaço de escuta e estímulo à autoestima dessas mulheres, conduzido por uma psicomotricista e uma psicóloga, com aproximadamente dez mulheres em cada grupo, sem a presença de seus filhos. Permanecemos três anos neste trabalho e nos aproximamos muito das mulheres, quando passamos a ter um envolvimento aprofundado com relação às suas experiências de vida. Ouvindo-as, adentrando um pouco seu mundo de sofrimentos e superações, vendo-as se desnudando ou se reservando, enxugando suas lágrimas e incentivando-as, aprendemos muito como profissional e ser humano. Com tais aproximações, surgiu a oportunidade de realizar o mestrado em Saúde Pública, quando revelamos a intensão e interesse em direcionar nosso projeto de pesquisa para compreender o universo que as envolve, na qualidade de mães de crianças desnutridas.

Sabe-se hoje, por meio de várias pesquisas realizadas na área de saúde e desnutrição infantil, que o ambiente social e econômico em que vivem a criança e sua família é reconhecido como fundamental para as condições de saúde física e emocional de seus membros (ISSLER *et al.*, 1996; GOMES; PEREIRA, 2005; ASSIS *et al.*, 2007).

O próprio IPREDE realizou em 2007 um estudo interno sobre as condições de vida e saúde das crianças e de suas famílias assistidas na instituição, constatando que a maioria das famílias pertence a classes sociais muito baixas (D e E), com deficiente nível de escolaridade. 12% das mulheres e 6% dos homens praticavam violência física considerada grave contra os filhos e 98,1% praticavam violência não grave; cerca de 20% das mães sofriam violência conjugal e a maioria dos pais fazia uso de bebida alcoólica ou drogas ilícitas. Foi também evidenciado que a maioria das mães apresentava algum grau de sofrimento emocional. Chamaram-nos especial atenção os resultados sobre as condições emocionais das mulheres: 36,6% delas apresentaram humor depressivo, 3,2% estavam com sintomas de depressão, 16,4% revelaram ter tido ideia de acabar com a vida e 19% sentiam-se incapazes de desempenhar um papel útil em sua vida.

O estudo mencionado concluiu que o foco na pessoa da mãe é tão necessário quanto o foco na criança para a saúde delas; e que a nutrição e o desenvolvimento infantil precisam ser compreendidos com base na realidade de vida das famílias, nas dificuldades emocionais das mães e na convivência com violência conjugal e contra crianças.

Considerando, portanto, que a desnutrição infantil ainda é um problema sério em nosso meio, apesar da grande redução no Ceará nos últimos anos, esta pesquisa pretende dar visibilidade a essas famílias, focando a figura da mãe em sua dupla condição de mulher e cuidadora. Conforme citação documental do IPREDE (2010, p. 22), é ressaltado o fato de que:

O reconhecimento da influência que os pais, em especial, as mães, têm sobre o desenvolvimento dos filhos, aliado à constatação de que as mulheres exercem um papel de grande liderança na família com raio de influência na comunidade, fundamentam a proposição de institucionalizar ações para um Percurso da Mulher, compreendendo que, para chegar a resultados satisfatórios no que se refere à saúde da criança, é preciso também lançar um olhar sobre as famílias, principalmente sobre as mulheres - mães que são o centro de agregação das famílias.

Levando em consideração essas e outras informações sobre o contexto de pobreza e iniquidades que assola grande parte da população, trazendo consequências nefastas à saúde física e psíquica das famílias, este estudo buscará resposta para algumas questões, estimulando o debate e contribuindo na compreensão da realidade das crianças desnutridas e de suas famílias.

1. Como é para essas mulheres ter um filho desnutrido?

2. Como percebem a instituição como estratégia propulsora para o enfrentamento da desnutrição de seu filho?
3. Como vivenciam a realidade fora da instituição que as acolhe?
4. Como interagem no seu meio social?
5. Quais outros suportes (social e institucional) recebem na recuperação do seu filho e na sua recuperação, na qualidade de mulheres?
6. Quais seus desejos e conflitos, como mães de crianças desnutridas?

Tais questões resultaram na estruturação do seguinte **objetivo geral**: Compreender as percepções de mães de crianças desnutridas sobre sua realidade, com origem em um contexto socialmente desfavorecido; o qual desdobramos nos **objetivos específicos** a seguir:

- Conhecer o contexto de vida psicossocial, econômico e cultural de mães de crianças desnutridas.
- Compreender como se percebem na qualidade de mulheres e mães de crianças desnutridas, nos dias atuais.
- Identificar como essas mulheres são acolhidas na instituição (IPREDE) e em outros serviços de saúde e assistência social.
- Conhecer as estratégias de enfrentamento e superação ante a convivência com o filho desnutrido.

Para tanto, desenvolvemos nosso referencial teórico ancorado no campo interdisciplinar da Saúde Pública. Noutras palavras, utilizamos os diversos campos disciplinares, como Ciências Sociais, Psicologia, Psicanálise, Ciências Médicas, Antropologia para discussão e validação de nossos achados.

Outrossim, fizemos uma discussão triangulada com as categorias empíricas. Com origem na observação sistemática e participativa, nas entrevistas semiestruturadas, na busca documental, na nossa interpretação e diálogo constante com a literatura especializada, apresentaremos os resultados.

Acreditamos que esta investigação contribuirá no sentido de promover reflexões que possam ajudar na melhoria das práticas assistenciais e condições de vida das crianças e mulheres em situação de vulnerabilidade, podendo favorecer a recuperação de crianças em

risco de desnutrição e desnutridas crônicas, contribuindo para a redução da mortalidade infantil e para a saúde dessas crianças.

2 A DESNUTRIÇÃO EM QUESTÃO

2.1 As dimensões da desnutrição infantil

We are guilty of many errors and many faults, but our worst crime is abandoning the children, neglecting the foundation of life. Many of the things we need can wait. The child cannot. Right now is the time his bones are being formed, his blood is being made and his senses are being developed. To him we cannot answer "Tomorrow". His name is "Today".
[Gabriela Mistral, 1948 (WHO, 2010).]

A desnutrição energética protéica fetal/infantil (DEP) é compreendida pela Biomedicina como uma síndrome de carências que reúne variadas manifestações clínicas, antropométricas e metabólicas, em função da intensidade e duração da deficiência alimentar, dos fatores patológicos (sobretudo infecções agregadas) e fase do desenvolvimento biológico do ser humano (BATISTA FILHO, 2003; CALVASINA *et al.*, 2007). A desnutrição compreende uma série de doenças, cada qual com uma causa específica relacionada a um ou mais nutrientes (por exemplo, proteínas, iodo ou cálcio), caracterizando-se por um desequilíbrio celular entre o fornecimento de nutrientes e energia, por um lado, e pela demanda corporal, que assegura o crescimento, a manutenção e as funções específicas, por outro (SOLYMOS, 2002).

A prevalência da DEP pode ser avaliada mediante indicadores diretos: antropométricos (peso/idade, peso/altura, altura/idade, psicometria, por exemplo), clínicos e bioquímicos; e indiretos: mortalidade infantil e pré-escolar, mortalidade por doenças infecciosas; além de variáveis socioeconômicas, as quais podem ser consideradas preditivas do estado nutricional. O baixo peso ao nascer (< 2.500g) pode ser tomado como um bom indicador do risco da desnutrição materno-fetal (BATISTA FILHO, 2003).

Os indicadores diretos, fundamentalmente os antropométricos (a antropometria é o método mais utilizado para a avaliação nutricional), em razão do comprometimento precoce dos processos básicos de crescimento e desenvolvimento, descrevem a expressão clínica da fome, classificando-a, segundo o déficit, em aguda ou crônica (CALVASINA *et al.*, 2007).

Calculam-se os índices antropométricos – peso para idade (P/I), estatura para idade (E/I), e peso para estatura (P/E) - empregando-se as curvas de referência do *National Center for Health and Statistics*. As curvas internacionais são adotadas pela OMS e permitem a comparação de estudos nutricionais realizados em diferentes países. Segundo a recomendação da Organização Mundial de Saúde, esses índices devem ser expressos em unidades de desvio-padrão, ou seja, escore Z (ABREU, 2004).

Batista Filho (2003) esclarece que, nas crianças de menos de cinco anos, as curvas de crescimento pondoestatural podem ser tomadas como indicativas da situação nutricional prevalente. Dispostas em gráficos ou tabelas, baseadas em padrões internacionais, essas curvas podem ser expressas em termos de concordância com a variação normal (+ ou - 2 desvios padrões) ou afastamentos negativos (-2 ou -3 desvios-padrão) ou ainda usando pontos de corte em percentis (3, 10, 90, 97, por exemplo) (BRASIL, 2010; WHO, 2006). As diferenciações do estado de nutrição com base em medidas antropométricas resultam em três abordagens, as quais apresentam significação diversa: altura/idade (que denuncia sobretudo o passado nutricional), peso/altura (que demonstra a situação presente) e peso/idade (que depende dos índices anteriores) (BATISTA FILHO, 2003).

Os novos pontos de corte e nomenclaturas adotados para a classificação do estado nutricional de crianças e adolescentes são apresentados a seguir.

PARA CRIANÇAS DE ZERO A MENOS DE CINCO ANOS (REFERÊNCIA: OMS 2006)

Estatutura-para-idade:

VALORES CRÍTICOS		DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL
<Percentil 0,1	<Escore-z -3	Muito baixa estatura para a idade
≥ Percentil 0,1 e < Percentil 3	≥ Escore-z -3 e < Escore-z -2	Baixa estatura para a idade
≥ Percentil 3	≥ Escore-z -2	Estatura adequada para a idade

Peso-para-idade:

VALORES CRÍTICOS		DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL
<Percentil 0,1	<Escore-z -3	Muito baixo peso para a idade
≥ Percentil 0,1 e < Percentil 3	≥ Escore-z -3 e < Escore-z -2	Baixo peso para a idade
≥ Percentil 3 e ≤ Percentil 97	≥ Escore-z -2 e ≤ Escore-z +2	Peso adequado para a idade
> Percentil 97	> Escore-z +2	Peso elevado para a idade*

Peso-para-estatura:

VALORES CRÍTICOS		DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL
< Percentil 0,1	< Escore-z -3	Magreza acentuada
≥ Percentil 0,1 e < Percentil 3	≥ Escore-z -3 e < Escore-z -2	Magreza
≥ Percentil 3 e ≤ Percentil 85	≥ Escore-z -2 e ≤ Escore-z +1	Eutrofia
> Percentil 85 e ≤ Percentil 97	≥ Escore-z +1 e ≤ Escore-z +2	Risco de sobrepeso
> Percentil 97 e ≤ Percentil 99,9	≥ Escore-z +2 e ≤ Escore-z +3	Sobrepeso
> Percentil 99,9	> Escore-z +3	Obesidade

IMC-para-idade (idem anterior):

VALORES CRÍTICOS		DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL
< Percentil 0,1	< Escore-z -3	Magreza acentuada
≥ Percentil 0,1 e < Percentil 3	≥ Escore-z -3 e < Escore-z -2	Magreza
≥ Percentil 3 e ≤ Percentil 85	≥ Escore-z -2 e ≤ Escore-z +1	Eutrofia
> Percentil 85 e ≤ Percentil 97	≥ Escore-z +1 e ≤ Escore-z +2	Risco de sobrepeso
> Percentil 97 e ≤ Percentil 99,9	≥ Escore-z +2 e ≤ Escore-z +3	Sobrepeso
> Percentil 99,9	> Escore-z +3	Obesidade

PARA CRIANÇAS DE 5 A 10 ANOS (REFERÊNCIA: OMS 2007)

Estatutura-para-idade:

VALORES CRÍTICOS		DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL
< Percentil 0,1	< Escore-z -3	Muito baixa estatura para a idade
≥ Percentil 0,1 e < Percentil 3	≥ Escore-z -3 e < Escore-z -2	Baixa estatura para a idade
≥ Percentil 3	≥ Escore-z -2	Estatutura adequada para a idade

Peso-para-idade:

VALORES CRÍTICOS		DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL
< Percentil 0,1	< Escore-z -3	Muito baixo peso para a idade
≥ Percentil 0,1 e < Percentil 3	≥ Escore-z -3 e < Escore-z -2	Baixo peso para a idade
≥ Percentil 3 e ≤ Percentil 97	≥ Escore-z -2 e ≤ Escore-z +2	Peso adequado para a idade
> Percentil 97	> Escore-z +2	Peso elevado para a idade*

IMC-para-idade:

VALORES CRÍTICOS		DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL
< Percentil 0,1	< Escore-z -3	Magreza acentuada
≥ Percentil 0,1 e < Percentil 3	≥ Escore-z -3 e < Escore-z -2	Magreza
≥ Percentil 3 e ≤ Percentil 85	≥ Escore-z -2 e ≤ Escore-z +1	Eutrofia
> Percentil 85 e ≤ Percentil 97	≥ Escore-z +1 e ≤ Escore-z +2	Sobrepeso
> Percentil 97 e ≤ Percentil 99,9	≥ Escore-z +2 e ≤ Escore-z +3	Obesidade
> Percentil 99,9	> Escore-z +3	Obesidade grave

* Observação: Não há parâmetros de peso-para-estatura na referência da OMS 2007 (SISVAN, 2012).

Embora feita essa contextualização, entendemos que tal classificação separa as condições históricas, sociais e afetivas de quem vivencia o problema, pois a desnutrição não deve ser entendida apenas como doença orgânica, mas como fenômeno global, expressão de múltiplas dimensões, caracterizando uma série de situações e condições de vida bastante desfavoráveis que atuam em um indivíduo. Novas abordagens holísticas aprofundam a cultura de populações específicas ante a desnutrição infantil, reconhecendo-se todas as influências no seu desencadeamento (ABREU, 2004; CALVASINA *et al.*, 2007).

O ambiente social e econômico em que vivem a criança e sua família, por exemplo, é reconhecido como importante preditor das condições de saúde e nutrição na infância. As

precárias condições de vida normalmente se expressam na baixa renda da unidade familiar, no limitado poder de compra, particularmente dos alimentos; na baixa escolaridade dos pais, nas precárias condições de saneamento do domicílio e do meio ambiente; e no limitado e desigual acesso aos serviços de saúde com capacidade resolutiva. Essas adversidades imprimem um padrão de morbidade na infância, caracterizado por altas taxas de doenças infecciosas, parasitárias e carenciais, particularmente a desnutrição protéica energética e as carências específicas de micronutrientes (ASSIS *et al.*, 2007; MONTEIRO *et al.*, 2010).

Para testar a hipótese de que a população de baixo nível socioeconômico apresenta diferentes níveis de pobreza que repercutem em seu estado de saúde, Issler *et al.* (1996) realizaram estudo transversal envolvendo 477 famílias de uma população urbana pobre residente na Vila Grande Cruzeiro, em Porto Alegre, RS, Brasil. O nível de pobreza dessas famílias foi medido por meio de um instrumento especialmente elaborado para populações urbanas pobres. Crianças oriundas de famílias vivendo em extrema pobreza (quartil inferior) apresentaram maior taxa de mortalidade infantil, menor peso de nascimento, maior número de internações hospitalares e maiores índices de desnutrição, além de pertencerem a famílias mais numerosas.

Vale ressaltar que a desnutrição infantil é um problema multifatorial. Seu grau e distribuição em uma população dependem de fatores como situação política e econômica, nível de educação e sanitização, produção de alimentos, prática do aleitamento materno, prevalência de doenças infecciosas, existência e efetividade de programas nutricionais e disponibilidade e qualidade dos serviços de saúde. A prevalência da DEP apresenta diferenças importantes entre países, entre regiões de um mesmo país, entre populações urbanas e rurais, entre famílias vivendo em uma mesma comunidade e entre crianças de uma mesma família (SANTOS; MARTINS; SAWAYA, 2008).

Autores como Sampaio *et al.* (2007) alertam para a interferência dos condicionantes emocionais, incluindo o vínculo mãe e filho como causa da desnutrição. Estudo qualitativo, baseado no referencial psicanalítico, realizado por essas autoras no Instituto Materno-Infantil Prof. Fernando Figueira-IMIP, no Recife, PE, sugerem que estados extremos de desnutrição podem estar associados a faltas e/ou falhas nutricionais, bem como a vivências de privação ou excesso psicoafetivo.

Corroborando esses autores, Abreu (2004), também se posiciona, acertando que, embora a desnutrição infantil seja o resultado final de uma série de fatores adversos que

atuam negativamente no estado nutricional da criança, o fraco vínculo mãe e filho é uma das principais causas, visto que a maioria das mães dos desnutridos é de eutróficas ou obesas. Na opinião do autor, tal fato demonstra que a falta de alimentos não é o único fator responsável pelo déficit nutricional encontrado nessas crianças.

Contrastando com a ideia de fraco vínculo como possível causa de desnutrição, Paulo e Madeira (2006), em estudo realizado com mães de crianças desnutridas do Programa de Prevenção e Combate à Desnutrição de um centro de saúde em Belo Horizonte, constataram indícios de estreita ligação entre as mães e seus filhos desnutridos, as quais demonstravam afeto, preocupação e frequência às consultas e reuniões.

Para Martins *et al.* (2007) o crescimento, a saúde e o desenvolvimento geral, principalmente no que diz respeito às crianças de zero a cinco anos de idade, relacionam-se estreitamente com a disponibilidade de alimentos, com a salubridade do ambiente e, por fim, com a adequação dos cuidados dispensados à criança. Tais fatores mencionados são modulados pelo nível de renda que, por sua vez, pode ter sua influência atenuada ou intensificada por outros fatores, como ofertas de serviços públicos de saúde, saneamento, educação e auxílios governamentais de subsídios ou doação de alimentos. As autoras realizaram pesquisa em populações pobres, envolvendo dois municípios do Estado de São Paulo, constatando que a escolaridade materna, o número de cômodos do domicílio, a idade menor do que 24 meses, os problemas ao nascer, associaram-se ao déficit estatural das crianças; da mesma forma, a baixa estatura da mãe, principalmente quando acompanhada de obesidade. Verificaram também intensa associação entre o déficit estatural das crianças com a desnutrição crônica nos irmãos escolares/adolescentes (seis a 18 anos). As crianças com idade menor ou igual a 24 meses apresentaram maior risco de atraso no crescimento.

Segundo Santos, Martins e Sawaya (2008), a pobreza é a principal causa ligada à desnutrição e aos seus determinantes e ameaça a infância ao expor milhões de crianças a doenças que poderiam ser facilmente evitadas ou curadas por meio de medicamentos e de vacinas de baixo custo. A desnutrição causa baixa estatura e baixo peso associados a um aumento na morbidade e mortalidade. No Brasil, a prevalência de baixa estatura é duas vezes mais alta do que baixo peso.

Para Sawaya *et al.* (2003) as causas mais comuns da desnutrição infantil, em nosso meio, são: baixa escolaridade materna, falta de cuidados adequados no pré-natal e desmame inadequado (precoce ou associado à alimentação complementar inadequada). A autora aponta a associação desses fatores à falta de conhecimentos básicos de higiene, condições insalubres de moradia, falta de cuidados de saúde, falta de diversificação e adequação da dieta, além de

desemprego ou subemprego, alimentação deficiente e ganho de peso insuficiente na gestação. Reforça também a ideia de que o Brasil, nas últimas décadas, confirma uma tendência de enorme desigualdade na distribuição de renda e elevados níveis de pobreza, excluindo parte significativa de sua população do acesso a condições mínimas de dignidade e cidadania.

Nessa perspectiva de iniquidades, Martins *et al.* (2007) alertam para o fato de haver um mascaramento ou uma “suavização” do problema da desnutrição na atual contingência, já que a desnutrição moderada e leve, muitas vezes expressa apenas em termos de falha de crescimento, não deixa de ser, nos dias de hoje, a principal causa de morte entre as crianças menores de cinco anos. Para cada caso grave há muitos outros que são menos graves, às vezes sem sinais clínicos típicos da desnutrição. Diante do fato de que atualmente há menos crianças gravemente desnutridas, passou-se a minimizar a importância do problema e até a ignorar a existência da epidemia silenciosa de fome oculta e de desnutrição, expressa pelo contingente de crianças com desnutrição moderada e leve, por se apresentar de modo menos evidente (MARTORELL, 2001; MARTINS *et al.*, 2007).

2.2 As consequências da desnutrição infantil

Para Monteiro (2000), importa reconhecer a mútua e intensa dependência entre estado de saúde e estado de nutrição na infância. Do mesmo modo que más condições de saúde comprometem inevitavelmente a nutrição infantil, más condições de nutrição podem ser devastadoras para a criança, impedindo a plena realização do seu potencial de crescimento e desenvolvimento, minando sua capacidade de resistência a doenças e diminuindo suas possibilidades de sobrevivência. O autor complementa, lembrando que a nutrição das crianças é deveras sensível às condições gerais de vida desfrutadas por toda a sociedade. Um ótimo estado de nutrição na infância pressupõe bons antecedentes de nutrição fetal (decorrentes de boa saúde e nutrição das gestantes), dietas adequadas ao intenso ritmo de crescimento e desenvolvimento infantil e um ótimo estado geral de saúde.

Na perspectiva de Silveira *et al.* (2010), além do contexto social no qual a criança vive, a desnutrição infantil é também determinada pelo fator biológico, sendo a figura materna um forte interlocutor da criança-ambiente. Desta forma, a má nutrição materna durante a gestação implica no baixo peso ao nascer das crianças. Défices de desenvolvimento ocasionados pela desnutrição intrauterina e/ou na primeira infância poderiam levar a uma diminuição das necessidades energéticas com alterações na regulação do sistema endócrino.

Essas alterações têm efeito deletério a longo prazo, pois isso se dá à custa da redução do crescimento, tornando a baixa estatura um importante indicador de agravo nutricional de longa duração. Populações que sofreram fome crônica apresentam maiores índices de baixa estatura, quase sempre correlacionada a uma mais alta prevalência de obesidade. Martins *et al.* (2007) acreditam que a desnutrição crônica na infância e a obesidade associada à baixa estatura na fase adulta podem ter determinantes comuns de natureza biológica e socioambiental.

Martins *et al.* (2007) acrescentam que, do ponto de vista da Saúde Pública, pesquisadores e clínicos estão interessados na avaliação do crescimento e estado nutricional de crianças de até cinco anos, pois é essa a faixa etária crítica no tocante à mortalidade causada pela desnutrição protéico-energética. A nutrição e o crescimento estão intrinsecamente associados, uma vez que as crianças não atingem seus potenciais genéticos de crescimento, se não tiverem atendidas suas necessidades nutricionais básicas, acarretando défices estaturais para sua idade. As autoras também ressaltam que a baixa estatura é um importante indicador de agravo nutricional de longa duração. Nos países em desenvolvimento, a maioria dos problemas de saúde e nutrição durante a infância está relacionada com o consumo alimentar inadequado e infecções repetitivas, sendo essas duas condições intimamente relacionadas ao padrão de vida da população.

O acompanhamento da situação nutricional das crianças de um país constitui, portanto, instrumento essencial para a aferição das condições de saúde da população infantil, como também oportunidade ímpar para se obter medidas objetivas da evolução das condições de vida da população em geral, pois, para prevenir, bem como tratar, é necessário conhecimento da problemática. A importância da avaliação nutricional decorre da influência decisiva que o estado nutricional exerce sobre os riscos de morbimortalidade e o crescimento e desenvolvimento infantil. O diagnóstico e a vigilância das condições nutricionais das crianças brasileiras constituem forma prática e sensível de avaliar e, ao mesmo tempo, condições e tendências da saúde infantil, o grau com que são atendidos direitos humanos elementares da população e as próprias possibilidades de desenvolvimento da sociedade (MONTEIRO *et al.*, 2000).

Crianças desnutridas adoecem com maior frequência; apresentam maior risco de mortalidade precoce, comprometimento do desenvolvimento psicomotor, performance

escolar, intelectual e social prejudicada, bem como menor capacidade produtiva na idade adulta (MONTEIRO *et al.*, 2010).

A desnutrição é um estado crônico, no qual o organismo apresenta uma desaceleração, podendo ter uma interrupção em sua evolução normal, com prejuízos bioquímicos e funcionais. As alterações marcantes da DEP, em crianças, consistem no atraso do crescimento e do desenvolvimento, diminuição das massas muscular e adiposa, infiltração gordurosa do fígado, com ou sem hepatomegalia, lesões de pele, diminuição das proteínas séricas, redução da excreção urinária de hidroxiprolina e alterações enzimáticas. O marasmo, caracterizado por emagrecimento extremo, e o *kwashiorkor*, tipificado pelo edema dos membros inferiores e que se pode estender a outras partes do corpo, configuram as formas clínicas mais avançadas da DEP (BATISTA FILHO, 2003).

Algumas crianças desnutridas apresentam manifestações psíquicas, como depressão mental, certa apatia e irritabilidade, e acontece, em alguns casos, de morderem os punhos. Possuem alterações no cabelo, ficando estes secos, quebradiços, opacos, finos, descolorados, deixando de crescer naturalmente. Crianças desnutridas graves não demonstram interesse em interagir com outras crianças; para elas nem o alimento é razão de alegria (BARBOSA *et al.*, 2005).

A desnutrição é mais nociva em crianças e gestantes, pois o organismo, além de precisar se alimentar para a manutenção da vida necessita ainda crescer ou sintetizar tecidos corporais (SAWAYA *et al.*, 2003).

Monteiro (2000) ainda lembra, dentre tantos fatores danosos que constituem as conseqüências físicas, emocionais e sociais da desnutrição, que os custos envolvidos no tratamento desta e de suas complicações e a conseqüente pressão sobre recursos de saúde escassos, as dificuldades adicionais para o progresso da escolarização da população, assim como limitações, na idade adulta, na produtividade da força de trabalho, são desdobramentos da desnutrição infantil a médio e longo prazos, que atuam como obstáculos aos esforços da sociedade na busca de desenvolvimento; sem contar, ainda, segundo o mesmo autor, as evidências cada vez mais comprovadas de que a desnutrição intrauterina ou no primeiro ano de vida aumenta o risco de enfermidades, como a hipertensão arterial, a doença coronariana e o diabetes não insulino dependente.

Victora *et al.* (2008) confirmam os achados de Monteiro (2000) em estudo de revisão sobre a associação de desnutrição materna e infantil com o capital humano e risco de doenças na idade adulta, em países pouco desenvolvidos ou em desenvolvimento. Os autores encontraram evidências de que a desnutrição está intensamente associada com baixa estatura na idade adulta, baixa escolaridade, redução de produtividade e risco de dar à luz crianças de baixo peso, no caso das mulheres. O peso ao nascer é positivamente associado com a função pulmonar e com a incidência de alguns cânceres, e a desnutrição pode estar associada com doença mental e com redução do capital humano.

2.3 Pobreza, fome e desnutrição

[...] a exclusão é como um grande “guarda-chuva”, que apadrinhou muitos filhos. Esses foram marcados com diferentes nomes, porém cercados pelos mesmos “fantasmas sociais” que assombram as inúmeras vidas, lesadas em seus salários, sua educação, seus alojamentos, seus direitos humanos, formando e fortalecendo esse conjunto de deficiências que continuamente atinge o corpo social. (PRETTO, 2009, p. 61).

A história mostra que pobreza e desnutrição estão intimamente relacionadas. As crianças, por serem mais vulneráveis são as que mais sofrem os efeitos danosos da pobreza e da ignorância (ISSLER *et al.*, 1996).

Para melhor entendimento dessa associação, vale definir pobreza, fome e desnutrição no contexto deste trabalho. Pobreza corresponde ao estado de não satisfação de necessidades humanas elementares, como comida, abrigo, vestuário, educação, assistência à saúde, entre várias outras (MONTEIRO, 2003b). Pobreza refere-se à falta de recursos por parte de um indivíduo ou população. Em termos de indicadores, embora muitos incluam as variáveis educação, saúde, habitação e salário, é esta última a mais utilizada na mensuração do fenômeno (PAES-SOUSA; RAMALHO; FORTALEZA, 2003).

Para Eickmann (2003) a pobreza pode ser conceituada como um conjunto de condições e eventos que leva um indivíduo a ser frequentemente exposto às más condições de saúde, moradia inadequada, ambiente poluído e violento. Por tal razão, a pobreza é um tema de alta complexidade, tanto pela dificuldade em se obter parâmetros que a definam, como em determinar seu valor preditivo independente sobre a saúde de uma população. É consenso, segundo a mesma autora, que a pobreza pode alterar dramaticamente a dinâmica familiar, mas essas alterações estão associadas e/ou são mediadas por condições coexistentes, especialmente as características dos pais, da criança e do ambiente domiciliar onde ela vive. A literatura ressalta que o impacto da pobreza sobre a criança depende de como os adultos reagem a esta situação.

Na perspectiva de Fernandes (2003) a interação da pobreza (condição socioeconômica e familiar), com saúde e alimentação da criança conduz ao estado nutricional. Pinheiro e Carvalho (2010) acrescentam que a percepção sobre a totalidade e a complexidade do problema da fome revela-se em paralelo ao debate sobre a exclusão social, como também, sobre as evidências científicas e sociais que confirmam a necessidade de se abordar a má alimentação e a nutrição como fenômeno capaz de ensejar quadros nutricionais contraditórios e desiguais, os quais explicam a coexistência, na atualidade, da obesidade e da desnutrição.

Em uma perspectiva histórica, observa-se que o problema da fome entra na agenda política brasileira com a obra de Josué de Castro – um dos maiores intelectuais brasileiros no tema da alimentação e nutrição. Josué de Castro afirmava que a fome e a má alimentação e nutrição não constituem fenômenos naturais, mas sociais e, portanto, somente por meio de ações sociais e coletivas, como a implantação progressiva de políticas públicas de segurança alimentar e nutricional – poder-se-ia transformar em realidade o direito humano universal à alimentação (PINHEIRO; CARVALHO, 2010).

A segurança alimentar, segundo a Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN), é a garantia do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade e em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural, que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis. A situação de insegurança alimentar está relacionada com o processo de produção e distribuição desigual de bens e serviços, expressando, portanto, uma manifestação de iniquidade social. Dados recentes mostram que quase 35% da população brasileira vivem em situação de insegurança alimentar, sendo que, desta, 18,6% estão classificados com o grau mais grave de insegurança (VIEIRA; SOUZA; CERVATO-MANCUSO, 2010).

Muito mais do que a pobreza, que também pode ser generalizada, a fome adquire na literatura não científica a dimensão de uma carência generalizada com intenso conteúdo moral que a associa às injustiças sociais (PAES-SOUSA; RAMALHO; FORTALEZA, 2003). Esta fome crônica, permanente, da qual tratamos aqui, ocorre quando a alimentação diária, habitual, não propicia ao indivíduo energia suficiente para a manutenção do seu organismo e para o desempenho de suas atividades cotidianas (MONTEIRO, 2003b).

A fome crônica resulta, com efeito, em uma das modalidades de desnutrição: a deficiência energética crônica. A desnutrição ou, mais corretamente, as deficiências

nutricionais – porque são várias as modalidades de desnutrição – são doenças que decorrem do aporte alimentar insuficiente em energia e nutrientes ou, ainda, com alguma frequência, do inadequado aproveitamento biológico dos alimentos ingeridos – geralmente em razão da presença de doenças, em particular as infecciosas (MONTEIRO, 2003b).

Consoante Spada (2007) a fome é manifestação do instinto e exige alívio. A fome biológica é desagradável, desprazerosa e dolorosa, e comer é a única forma de saciá-la.

Voltando à ideia de pobreza, no sentido ainda de defini-la e contextualizá-la, levam-se em conta a renda (monetária e não monetária) das famílias e uma linha de pobreza (nível crítico de renda) baseada no custo estimado para aquisição das necessidades humanas básicas. Contabilizam-se como pobres as famílias cuja renda seja inferior à linha da pobreza. Quando a linha da pobreza se baseia apenas no custo da alimentação, fala-se em pobreza extrema, indigência ou mesmo em insegurança alimentar. A pobreza, medida pela insuficiência de renda, alcança mais de um quarto da população brasileira e dissemina-se por todas as regiões e áreas do País, afligindo, entretanto, em particular, as populações do Norte e Nordeste e, ainda mais particularmente, a população rural dessa última região (MONTEIRO, 2003b).

As transformações ocorridas na política econômica do Brasil produziram profundas mudanças na vida econômica, social e cultural da população, ensejando altos índices de desigualdade social. Essa estrutura de poder mina as expectativas de superação desse estado de pobreza, reforçando a submissão aos serviços públicos. As desigualdades de renda impõem sacrifícios e renúncias para toda a família.

Souza, Silva e Caricari (2007) esclarecem que os países da América Latina acumulam historicamente uma desigualdade social estrutural, acentuada, nas últimas décadas, em decorrência do processo de aceleração da globalização e das suas consequências negativas: grande parte da população dos países em desenvolvimento não tem acesso ao mercado de trabalho, nem aos bens e serviços da sociedade, o que se reflete em condições desfavoráveis de vida e de saúde. A exclusão social, em consequência desse processo, acontece de modo dinâmico, resultando na transição dos indivíduos da integração à vulnerabilidade, ou da vulnerabilidade para a inexistência social, fenômeno cada vez mais evidente nas grandes metrópoles brasileiras.

O termo vulnerabilidade é usado frequentemente na literatura científica, especialmente após a década de 1980, em vários estudos epidemiológicos, principalmente focalizado para a perspectiva de risco. Vulnerabilidade é um conceito amplo que pode se referir à situação de um indivíduo ou de uma coletividade. Aqui vamos trabalhar com o

conceito de vulnerabilidade social, relacionando-o a processos de exclusão, discriminação ou enfraquecimento dos grupos sociais e de sua capacidade de reação (MUNOZ SANCHEZ; BERTOLOZZI, 2007).

No Brasil, a gravidade do quadro de pobreza e miséria constitui permanente preocupação e obriga a refletir sobre suas influências no social, principalmente na área de atuação junto à família. A família pobre, marcada pela fome e pela miséria, vê-se impossibilitada de responder às necessidades básicas de seus membros. Gomes; Pereira (2005) pesquisaram a família em situação de vulnerabilidade social e constataram relações familiares conflituosas ensejadas com base na pobreza a que estão sujeitas estas famílias.

Por sua vez, Assis *et al.* (2007) constataram, em estudo no Nordeste brasileiro sobre desigualdade, pobreza, condições de saúde e nutrição na infância, que as desigualdades sociais e econômicas restringem a satisfação das condições básicas de sobrevivência e imprimem marcas indelévels no estado de saúde e nutrição na infância, desnudando o aumento diferenciado de chance à proporção que se torna mais precária a condição de inserção familiar no contexto social e econômico.

Para Saglio-Yatzimirsky (2006), a condição de vida dos “pobres” das cidades brasileiras caracteriza-se por baixa escolaridade, gravidez na adolescência, desemprego ou subemprego, violência e isolamento social, drogadição e alcoolismo, condições de moradia e saneamento inadequadas, não acesso a saúde e educação. Esses fatores confluem para criar condições e causas de desnutrição: adolescentes com uma dieta imprópria durante a gravidez dão à luz bebês desnutridos; mães não amamentam porque precisam trabalhar; o leite materno é substituído por “leite de caixa” e/ou leite em pó, insuficientes em micronutrientes e sujeitos a contaminação no preparo.

Para Helman (2003), o rápido crescimento do número de pobres urbanos que vivem, muitas vezes, em favelas ou assentamentos ilegais à sombra da cidade, acompanha o crescimento da urbanização. Os pobres urbanos enfrentam inúmeros problemas de saúde, muitas vezes piores do que os problemas dos pobres da zona rural, pois no nível urbano convivem com a combinação das mazelas do subdesenvolvimento (como a desnutrição e as doenças infecciosas) e do desenvolvimento (como a poluição, o ruído, os acidentes de trânsito etc.). Esses problemas, ainda segundo o mesmo autor, podem ter três fontes principais, conforme descrito a seguir.

1. Problemas diretamente ligados à pobreza: desemprego, baixa renda, educação limitada, alimentação inadequada, falta de aleitamento materno e prostituição.
2. Problemas ambientais - por questões habitacionais, superlotação, fornecimento de água e saneamento inadequados, ausência de coleta de lixo, acidentes de trânsito, proximidade de indústrias poluentes e falta de terra para cultivar alimentos.
3. Problemas psicossociais - estresse, insegurança, ruptura de casamentos, depressão, alcoolismo, fumo, violência doméstica e dependência de drogas.

A pobreza, em conjunto com a desigualdade econômica, é responsável por mais problemas físicos e mentais de saúde do que qualquer outra causa. A pobreza extrema é a maior causa de sofrimento e de problemas de saúde em todo o Planeta (HELMAN, 2003).

Kageyama e Hoffmann (2006) analisam a pobreza no Brasil no período 1992-2004 combinando a medida tradicional da extensão da pobreza baseada na renda com aspectos relativos ao bem-estar ou desenvolvimento social, contemplando, assim, de modo mais abrangente, as diferentes situações da pobreza, utilizando os microdados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). Segundo os achados desses autores, os pobres foram classificados em três grupos: conforme ocorra essencialmente insuficiência de renda (**pobre tipo I**), apenas falta de acesso a pelo menos dois de três equipamentos básicos (água canalizada, banheiro e luz elétrica) (**pobre tipo II**), ou baixa renda combinada com a ausência dos três equipamentos básicos (**extremamente pobre**). Esses grupos foram descritos em comparação com a categoria dos não pobres.

A pobreza de tipo I, que afeta um terço da população brasileira, tendeu a apresentar variações cíclicas, sem tendência visível de melhoria. Os outros tipos de pobreza (especialmente a extrema pobreza) parecem depender bem menos dos ciclos econômicos, pois são sempre decrescentes no período, porque estão mais relacionados com efeitos de longo prazo do desenvolvimento regional e dos investimentos em infra-estrutura. A análise da distribuição dos frutos do crescimento econômico, feita com suporte na “curva de crescimento para pobres”, mostrou que, se for considerado o período 1993-2004, houve crescimento pró-pobre no Brasil como um todo, nas suas áreas urbanas e nas áreas rurais. Para qualquer grupo de relativamente pobres o crescimento da sua renda média foi maior do que o crescimento da média de toda a população, o que está necessariamente associado a uma redução na desigualdade da distribuição de renda (KAGEYAMA; HOFFMANN, 2006), o que afetou o quadro nutricional do País, como veremos adiante.

Para Kageyama e Hoffmann (2006), a pobreza tem dupla natureza: de um lado, decorre do subdesenvolvimento regional e local, que impõe privações em condições básicas de existência, como luz elétrica, água encanada e instalações sanitárias, bem como dificuldade de acesso aos serviços de saúde e educação; de outro lado, a pobreza tem raízes nas características demográficas e nas limitações do capital humano e financeiro das famílias, que prejudicam a capacidade de elevar a renda familiar. A superação do primeiro aspecto depende mais de investimentos públicos e privados em infraestrutura e serviços básicos; o segundo aspecto há de ser atacado em duas frentes: na melhoria da educação fundamental, incluindo programas de esclarecimento de controle da natalidade e de normas de higiene, e na melhoria das condições de acesso ao mercado de trabalho, seja pelo crescimento dos empregos assalariados, seja pelo apoio às atividades autônomas, ou pela diversificação das fontes de renda das famílias.

A fim de contextualizar ainda melhor o objetivo desta pesquisa, passa-se a descrever a epidemiologia da desnutrição, no Brasil e no mundo, e seu intenso vínculo com a pobreza, traçando-se o perfil dos acontecimentos que levaram a desnutrição de uma situação extrema ao que hoje se delineia em termos de superação deste quadro tão determinante para a saúde pública no Brasil.

2.4 Epidemiologia da desnutrição

O crescimento acelerado do sistema capitalista, ao mesmo tempo que acumulou riquezas, ocasionou aumento das desigualdades sociais, diminuição de oferta de empregos, escoamento do dinheiro público e o acesso a bens e serviços não compatíveis com a agenda nacional. Como consequência social, instaura-se a existência de uma população ambígua que “coexiste” com a riqueza, ao mesmo tempo vivendo em situação de extrema pobreza e em condições, muitas vezes, subumanas (MACHADO; VIEIRA, 2004).

Historicamente, já se podia constatar, na década de 1960, a articulação entre crescimento econômico e formação da pobreza, no Brasil – fundamentada pelos elevados níveis de exploração da força de trabalho – delineando as desigualdades sociais que se manifestavam em âmbito nacional. Paralelamente à configuração concreta de nosso subdesenvolvimento, podia-se perceber a dimensão social mediante a qual deveria ser encarada a ocorrência da desnutrição. No entendimento de Goldenberg (1988), impunha-se reportar a desnutrição à organização social de existência, de modo a subsidiar a real abrangência das medidas políticas propostas para o seu enfrentamento, as quais, nesse

período, circunscreviam-se, basicamente à suplementação alimentar. Foi durante os anos 1960 que se constatou, por meio de pesquisas sobre os motivos do aumento da mortalidade infantil, a presença da desnutrição como causa básica e associada de óbitos em menores de um ano (GOLDENBERG, 1988).

Atualmente, a WHO (2010) divulga que, em países em desenvolvimento, mais de 50% das mortes de crianças abaixo de cinco anos estão relacionadas à desnutrição, e a maior parte desse percentual decorre da grande suscetibilidade das crianças desnutridas a doenças infecciosas e parasitárias. Em países da Ásia e no Pacífico, excluindo a China e a Índia, é estimado que 12,3% do total de mortes referem-se à desnutrição infantil. A maior incidência da desnutrição infantil ocorre no período de seis a 18 meses na maioria dos países e os défices adquiridos nessa faixa etária são dificilmente compensados (WHO, 2010; MONTEIRO *et al.*, 2010).

A desnutrição é um problema latente no contexto latino-americano, que atinge principalmente a população menor de cinco anos. No Brasil, entre 1975 e 1989, como resultado dos ganhos econômicos e da grande expansão de serviço e programas de saúde, a prevalência da desnutrição infantil foi reduzida em cerca de 60%, representando mais de um milhão de crianças. A forma mais comum de desnutrição, no entanto, o déficit de altura por idade, está concentrado nas regiões mais pobres do País, evidenciando que o problema não está de todo controlado (MARTINS *et al.*, 2007).

Nas últimas décadas o Brasil experimentou substancial melhora dos indicadores de saúde e nutrição, em especial na infância. A melhora dos indicadores, entretanto, não se faz sentir de forma homogênea intra e entre as grandes regiões geográficas do País (ASSIS *et al.*, 2007). A ocorrência da desnutrição em menores de cinco anos declinou em todo o Brasil no período de 1986 a 1996, registrando-se redução de aproximadamente 51,7% para os défices linear grave e moderado avaliados pelo indicador antropométrico altura/idade, e de 12% para o déficit ponderal medido pelo indicador peso/idade. Malgrado esse declínio, notava-se que as crianças do Nordeste brasileiro detinham, ainda em 2007, os mais elevados défices do indicador altura/idade (17,9%) e peso/idade (8,3%) quando comparadas com aqueles calculados para as crianças da Região Sul, respectivamente, de 5,1% e 2%, uma das regiões mais ricas do País (ASSIS *et al.*, 2007).

Independentemente da distribuição diferenciada da ocorrência da desnutrição na infância no Brasil, o declínio da prevalência observado ao longo das décadas é expressivo. É

creditado à ampliação da cobertura vacinal, ao manejo adequado da diarreia e ao incentivo da prática do aleitamento materno. Outros componentes constrangedores, no entanto, ainda continuam a comprometer de forma expressiva o crescimento na infância, impedindo o pleno acesso desses serviços e/ou a aquisição de outros bens favoráveis à manutenção adequada do estado de saúde e nutrição. Consoante Monteiro (2009) a taxa anual de declínio de 6,3% na proporção de crianças com défices de altura para idade indica que em cerca de mais dez anos a desnutrição infantil poderia deixar de ser um problema de saúde pública no Brasil. A conquista desse resultado, entretanto, dependerá da manutenção das políticas econômicas e sociais que favorecem o aumento do poder aquisitivo dos mais pobres e de investimentos públicos que permitam completar a universalização do acesso da população brasileira aos serviços essenciais de educação, saúde e saneamento.

Segundo a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde – PNDS (BRASIL, 2008), a prevalência da desnutrição em nosso País é 5,7% nas crianças abaixo de cinco anos. A implantação do Programa Saúde da Família (PSF) em vários municípios brasileiros, mediante ações de vigilância nutricional, revela a desnutrição urbana em áreas de bolsões de miséria das cidades (ABREU, 2004). O Governo brasileiro priorizou, desde 2003, a eliminação da fome e da pobreza, e estudos recentes revelam sucesso dessas políticas redistributivas revertendo o quadro da desnutrição no país (MONTEIRO *et al.*, 2010), como confirma a pesquisa divulgada pelo IBGE (ENSP, 2010):

O Ministério da Saúde comemorou os números divulgados pelo IBGE que revelam a diminuição acentuada da desnutrição em todas as faixas de renda e em todas as regiões do país. De acordo com a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF 2008-2009), financiada pelo ministério e divulgada pelo IBGE nesta sexta-feira (27), o Nordeste é o território que mais reduziu os índices de desnutrição infantil, alcançando percentuais próximos aos do Sudeste e aos do Centro Oeste, que historicamente apresentavam índices menores. Caso a tendência seja mantida, o problema da desnutrição crônica, que é medida pelo déficit de altura em crianças, será superado na próxima década. “A desnutrição despenca rapidamente no país graças aos programas sociais e à atuação do Saúde da Família para orientar padrões alimentares”, afirmou o ministro da Saúde, José Gomes Temporão, no lançamento dos resultados da pesquisa [...]. O excepcional declínio do problema da desnutrição nesta década está associado às melhorias observadas no poder aquisitivo das famílias de menor renda, com a valorização do salário mínimo e à complementação da renda; ao aumento da escolaridade das mães; à universalização do ensino fundamental e à ampliação da cobertura de serviços básicos de saúde e saneamento [...].

O Ministério da Saúde (ENSP, 2010) ainda divulga o fato de que, segundo a POF 2008-2009, em duas décadas, o Nordeste teve uma redução de mais de três vezes nos índices de desnutrição em crianças de cinco a nove anos, já que antes, 24,5% dos meninos e 23,6% das meninas tinham défice de altura e, hoje os números são de 7,9% e de 6,9% para cada um

dos sexos. A POF demonstra que diminuíram as desigualdades sociais relacionadas ao déficit de altura em crianças: há 20 anos, a diferença entre a menor e a maior classe de renda era de nove vezes na faixa etária de cinco a nove anos. Atualmente, essa razão entre os 20% mais pobres e os 20% mais ricos (seguindo os mesmos parâmetros) é de três vezes. Em 2008, a pesquisa “Saúde Brasil” do Ministério da Saúde já mostrava que a ampliação do acesso à alimentação estava contribuindo para o aumento da estatura das crianças brasileiras. O estudo revelou que o déficit de altura nas meninas menores de cinco anos, um dos principais indicadores de desnutrição, caiu 85% de 1974 a 2007, enquanto entre os meninos a redução foi de 77% no mesmo período.

Tal mudança de panorama apresenta-se ligada ao surgimento de programas de transferência direta de renda, mais especificamente o Programa Bolsa-Família (PBF), na tentativa de compensar a população de baixa renda dos efeitos do crescimento econômico adotado pelo Brasil, de ordem neoliberal.

O Bolsa-Família é um programa de transferência direta de renda com condicionalidades, beneficiando famílias em situação de pobreza e de extrema pobreza. O Bolsa-Família atende mais de 12 milhões de famílias em todo o Território Nacional. A depender da renda familiar por pessoa (limitada a R\$ 140), do número e da idade dos filhos, o valor do benefício recebido pela família pode variar entre R\$ 22 a R\$ 200. Diversos estudos apontam para a contribuição do Programa na redução das desigualdades sociais e da pobreza. O Programa possui três eixos principais: transferência de renda, condicionalidades e programas complementares. A transferência de renda promove o alívio imediato da pobreza. As condicionalidades reforçam o acesso a direitos sociais básicos nas áreas de educação, saúde e assistência social. Já os programas complementares objetivam o desenvolvimento das famílias, de modo que os beneficiários consigam superar a situação de vulnerabilidade (BRASIL, 2011).

Nos últimos anos, o Estado do Ceará também acompanha as transformações significativas no campo socioeconômico e no campo da saúde. Ocorreram grandes incrementos no Produto Interno Bruto (PIB) e mudanças positivas em relação ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH); a desnutrição crônica foi reduzida para cerca de 6% e a mortalidade infantil no período foi reduzida de 106 mortes de crianças menores de um ano de vida por mil nascidos para 18 óbitos por mil nascidos (estimativa para 2008) (IPREDE, 2010).

Apesar desses investimentos do Governo e de a prevalência da desnutrição energético-proteica (DEP) ter diminuído muito no Brasil, principalmente no Nordeste, observa-se, porém, que tal agravo continua a ser relevante problema de saúde pública, em razão das diferenças sociais, especialmente em alguns bolsões de pobreza localizados nas periferias das grandes cidades (SILVEIRA *et al.*, 2010). Estudo realizado por Silveira *et al.* (2010), em favelas de Maceió (com 2075 mães e seus filhos), encontrou desnutrição crônica (-2 desvios-padrão/altura por idade) em 8,6% das crianças com idade menor ou igual a 24 meses, associada com a idade e escolaridade materna, tipo de residência, origem da água e baixo peso ao nascer (< 2.500g). Associação entre desnutrição infantil e baixa estatura materna também foi encontrada nesta pesquisa.

Para Santos, Martins e Sawaya (2008), apesar da melhoria das condições nutricionais das crianças no Brasil, a desnutrição ocorre de forma muito desigual e o problema ainda é muito grave nas regiões mais pobres do País e nos bolsões de pobreza das grandes cidades.

2.5 Ser mãe: o cuidado e a convivência com o filho desnutrido

Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilidade e de envolvimento afetivo com o outro. O cuidado entra na natureza e na constituição do ser humano. (BOFF, 2000, p. 131).

No início da década de 1990, a adequação do cuidado infantil foi reconhecida como uma das três vertentes determinantes da desnutrição, assim como a segurança alimentar, a salubridade do ambiente e o acesso a serviços de saúde. Esse novo enfoque situou a capacidade materna de manejar e otimizar os diversos recursos necessários a um adequado cuidado no centro da atenção de organismos voltados à formulação de políticas de combate às deficiências nutricionais (CARVALHAES; BENÍCIO, 2002). Para as autoras a adequação do cuidado depende diretamente das habilidades ou capacidades maternas, fruto de sua escolaridade e ambiente cultural; de seu estado de saúde física e mental; da autoconfiança e autonomia, isto é, poder para controlar e alocar os recursos disponíveis; de sua carga de trabalho e disponibilidade de tempo; e da possibilidade de contar com substitutos adequados quando é necessário se afastar do cuidado direto da criança e com ajuda da família e da comunidade nos momentos de crises de diferentes naturezas.

Silva *et al.* (2002) desenvolveram estudo na periferia de Belém-PA e encontraram menores frequências de comportamentos sensíveis entre mães de classe baixa do que entre mães de classe média, que possuíam mais escolaridade, mais idade e tinham com quem

dividir os cuidados infantis. Estes resultados sugerem que a sensibilidade materna é um fenômeno relacionado com variáveis socioculturais.

Solymos (2002) investigou a experiência de mães de pré-escolares desnutridos sobre as condições adversas em que viviam. Desse estudo surgiram as seguintes categorias representativas das experiências de vida relatadas por essas mulheres: solidão (não têm com quem compartilhar seus problemas); impotência (deparam continuamente dificuldades que não podem resolver, o que contribui para autodesvalorização: se ela não consegue alimentar o filho, não consegue ser mãe!); fatalismo (não vislumbram possibilidade de mudança, nada em sua vida vai se realizar); velamento (colocam um véu sobre a realidade, de modo a se proteger da culpa, por exemplo); ter um ideal (o ideal não realizado é fonte de grande frustração, que imobiliza, quando é realizável, renova-se a esperança); debilidade física ou psíquica (fragilidade que dificulta a criação do filho).

Solymos (2002) considera, portanto, que em condições adversas as pessoas fazem experiências que se potencializam. A debilidade da mãe, por exemplo, muito associada a tais condições, unida ao velamento (visão parcial da realidade) reforça a impotência para lidar com problemas e acentua uma concepção fatalista da própria vida. Tal concepção tende a exacerbar a influência das condições adversas, uma vez que a mãe, sem vislumbrar perspectivas de mudança, resigna-se à sua situação. Já a solidão parece reforçar a debilidade e o velamento experimentados pela mãe que não tem com quem compartilhar as dificuldades. Todo esse quadro pode ser transmitido ao filho desnutrido, o qual, muitas vezes, é o mais ligado à mãe, identificando-se com suas dificuldades, deixando de se alimentar adequadamente como ocorre com ela, absorvendo seu estresse e suas preocupações.

Cecconello *et al.* (2000) reforçam a atenção para a influência do contexto socioeconômico e cultural no relacionamento entre os pais e a criança e a escolha das práticas educativas a serem utilizadas. As dificuldades financeiras enfrentadas pelas famílias interferem na relação conjugal, muitas vezes aumentando a incidência de conflitos no relacionamento, o que afeta a relação dos pais com a criança. Assim, viver na pobreza constitui fator de risco que ameaça o bem-estar das famílias e pode provocar danos ao desenvolvimento das crianças.

Preocupadas com a capacidade materna de cuidar, Carvalhaes; Benício (2002) identificaram e mediram, por meio de estudo caso-controle desenvolvido em Botucatu, cidade de porte médio da região Centro-Sul do Estado de São Paulo, a magnitude do risco de desnutrição associada a fatores determinantes da capacidade materna de cuidado infantil: estrutura familiar, escolaridade, trabalho, saúde física e saúde mental maternas. Foram

identificados como fatores de risco de desnutrição: estrutura familiar adversa indicada pela ausência de companheiro; internação materna durante a gravidez; precária saúde mental materna expressa pela presença de três a quatro sintomas de depressão; fatores de estresse familiar, no caso, indícios de alcoolismo em pelo menos um membro da família. A idade da criança no início/retorno da mãe ao trabalho também se associou de modo independente à presença de desnutrição, porém os efeitos variaram: retorno precoce (criança de menos de quatro meses) não significou risco ou proteção; volta da mãe ao trabalho quando a criança tinha entre quatro e 12 meses constituiu fator de proteção.

Várias características maternas isoladas ou em combinação influenciam a qualidade do ambiente domiciliar. A educação materna está associada a um ambiente mais estimulador, a uma maior responsividade às crianças e à utilização de estratégias de socialização que enfatizam um comportamento autônomo. Esses atributos, por sua vez, estão associados a um melhor rendimento escolar. Por outro lado, mães limitadas intelectualmente são menos hábeis em propiciar um ambiente seguro e estimulador para seus filhos. Mães de crianças desnutridas também apresentam características comportamentais diferentes das mães de crianças eutróficas, como menor reação à criança, especialmente ao seu sucesso. Elas também se comunicam menos e demonstram menos afetividade em relação aos filhos. Quando questionadas sobre sua criança, mostram-se reservadas e na defensiva (EICKMANN, 2003).

Tradicionalmente, a Psicologia do Desenvolvimento sempre deu grande importância ao papel das primeiras relações, em particular aquelas estabelecidas com as figuras maternas e paternas (SILVA *et al.*, 2002). Este interesse pelas relações parentais culminou com a definição de apego dada por Bowlby (2002) como um construto definido pela busca constante da criança de proximidade e exploração do ambiente.

Bowlby (2006, p. 20) considerou que existe intensa relação causal entre as experiências de um indivíduo com seus pais e sua capacidade posterior para estabelecer vínculos afetivos. “O processo começa na infância desse futuro pai, na forma como seus pais o trataram e a seus irmãos/irmãs”. Sugere que as condições que contribuem para o desenvolvimento ou não do apego infantil incluem a sensibilidade da figura que cuida do bebê para responder aos seus sinais. Os comportamentos de cuidado são aprendidos pelos pais, alguns durante a interação com bebês e crianças e muitos mediante a observação de como outros pais se comportam.

Esta sensibilidade é vista como um construto diádico, já que só pode ser entendida no contexto do encontro do cuidador e uma criança específica. É uma variável influenciada não somente pela história dos vínculos afetivos da mãe, mas também por todas as características

do par que compõe a díade, ou seja, cuidador e criança. O processo de apego é uma via de mão dupla, constituindo-se com base na interação dos pais com a criança. Uma mãe sensível regula seu comportamento de forma que se harmonize com o de seu bebê: sua voz é gentil e num tom mais agudo que o normal, seus movimentos são mais vagarosos e ajustados ao ritmo do bebê, ela descobre o que mais lhe agrada e se comporta de modo a satisfazê-lo. O bebê, por sua vez, também ajusta gradualmente seu comportamento às intervenções de sua mãe, tornando-se cooperativo. Cria-se, portanto, um diálogo, é estabelecida uma sintonia entre a mãe e seu filho (BOWLBY, 2002). Para Maldonado (2005) os quadros de depressão anaclítica e hospitalismo demonstram por meio de sua extrema gravidade que a ausência de uma relação objetal satisfatória causada pela carência afetiva parcial ou total prejudica todos os aspectos do desenvolvimento.

Segundo Bowlby (2002) cuidar de um bebê ou criança não é tarefa para uma só pessoa, pois é necessário prestar grande assistência a quem se ocupa basicamente da criança para que possa exercer bem o cuidado e não chegue à exaustão. Nas diversas sociedades, a fonte de ajuda é variável, podendo vir do parceiro, da avó, de adolescentes ou de mulheres jovens. A experiência, durante a gestação, de sentimentos positivos com relação à criança, bem como o apoio recebido do pai e dos familiares, auxiliam na adaptação ao papel da maternidade (MALDONADO, 2005).

Silva *et al.* (2002) concordam com a idéia de que, com relação aos fatores maternos associados com a sensibilidade, é dada ênfase à rede de apoio, acrescentando também a classe social da mãe, bem como sua escolaridade. Dentro da rede de apoio, as relações que mais influenciam o comportamento materno são aquelas estabelecidas com os parceiros. Além do parceiro, a rede de apoio é constituída pelas relações estabelecidas entre a mãe e os outros membros da família ou comunidade.

Neves e Cabral (2008) trazem uma visão sociocultural da questão do cuidado atribuído sempre à figura feminina, no contexto da família. Os legados (da tradição, dedicação, abnegação, educação e socialização familiar e solidariedade feminina, aliados à obrigação moral) transmitidos culturalmente para as meninas da família contribuíram para que elas internalizassem a função de cuidadora principal da família, implicando uma exclusividade da mulher para o desenvolvimento do papel de cuidadora de crianças. Para as autoras, esses legados reforçam a noção de que o papel da mulher para cuidar é uma elaboração social ideologicamente determinada, o que constitui obrigação moral. Com efeito, para as mulheres é delegada a responsabilidade do cuidado de toda a família, como uma obrigação moral socioculturalmente constituída.

Historicamente, de fato, a família constituiu-se sob os cuidados da figura materna, no papel de principal educadora e cuidadora. Mesmo observando as transformações e conquistas advindas com a luta pela igualdade de direitos e oportunidades, esse papel social ainda é intensamente assumido pelas mulheres. A prática revela que as mulheres pelo lugar que ocupam na estrutura social e familiar e por características de influência e escuta, favorecem e facilitam a disseminação de concepções, valores e crenças que fortalecem o paradigma emergente, como cooperação, sensibilidade, intuição, versatilidade, solidariedade e cuidado. A participação feminina ultrapassa a questão de gênero e privilegia uma perspectiva de valores. Constatou-se que a figura da mãe ainda é referência na estrutura familiar e nas relações que a família estabelece com outras instituições (PARTILHA, 2008).

A cultura criou expectativas diferenciadas para ambos os sexos. O sexo feminino está associado à ideia de submissão, docilidade, contemplação, sensibilidade e a sociedade delega outras características, atribuições e exigências à mulher. As mulheres aprendem desde o início das suas vidas, que ser mulher é exercer funções associadas à maternagem, a cuidar da casa, do marido, das crianças (GROSSI, 2004).

Esta posição social que a mulher ocupa traz sentimentos e dificuldades de se reconhecer social e profissionalmente, vivendo uma eterna dialética: ao serem excelentes profissionais no trabalho, sentem-se fracassadas como esposas e como mães; caso contrário, quando a dedicação é exclusiva para a maternagem e para a vida matrimonial, sentem-se fracassadas como mulheres emancipadas (VASCONCELOS; NEDER, 2011).

Guacira Louro (1997) esclarece que esta questão não se limita à definição dos papéis sociais, os quais são, basicamente, padrões ou regras arbitrárias que uma sociedade estabelece para seus membros e que definem comportamentos, roupas, modos de se relacionar ou de se portar; aprendendo os papéis, cada um ou uma deve conhecer o que é considerado adequado (e inadequado) para um homem ou para uma mulher numa determinada sociedade, e responder a essas expectativas. A autora vai mais além, e defende a ideia de que a masculinidade e a feminilidade assumem múltiplas formas e envolvem complexas redes de poder que constituem hierarquias entre os gêneros (por meio das instituições, discursos, códigos, práticas e símbolos).

A família atual não é um todo homogêneo, mas um sistema permeado de contradições e conflitos. Em boa parte, esses conflitos tem origem e relacionam-se a questões de gênero. As expectativas em torno do papel da mulher a sobrecarregam com obrigações e

compromissos que são do interesse de toda a família. As políticas sociais parecem também reforçar esse cenário de eleger a mulher como principal interlocutor (PARTILHA, 2008).

Finalizando, Bowlby (1989, p. 18) alerta para um paradoxo constituído na sociedade ocidental no que diz respeito à importância dada aos cuidados infantis: a força de trabalho do homem e da mulher, devotados à produção de bens materiais, conta como um ponto a mais em todos os índices da economia, entretanto, a força de trabalho do homem e da mulher devotados à produção de crianças felizes, saudáveis e autoconfiantes, em seus próprios lares, não conta absolutamente. E continua sua reflexão crítica:

[...] assim como uma sociedade onde exista uma insuficiência crônica de alimentos pode considerar um nível inadequado e deplorável de desnutrição como normal, uma outra sociedade onde os pais de crianças pequenas as deixam sozinhas com uma insuficiência crônica de ajuda, também pode considerar este estado normal.

O que dizer de uma sociedade que faz as duas coisas - convive com a desnutrição e com o abandono afetivo de suas crianças?

2.6 A qualidade da relação mãe e filho: sua importância para o desenvolvimento infantil

As potencialidades inerentes à criança pequena são aceleradas no desenvolvimento, ou retardadas, de acordo com o envolvimento da mãe ou a ausência deste.

(FREUD,1980, p. 30)

A criança é um ser dinâmico, complexo, em constante transformação, que apresenta uma sequência previsível e também regular de crescimento físico e de desenvolvimento neuropsicomotor. Tal desenvolvimento é influenciado continuamente pelos fatores intrínsecos (físicos, emocionais) e extrínsecos (ambientais), de forma isolada, cumulativa ou interativa, provocando variações de um indivíduo para outro, tornando único o desenvolvimento de cada criança. O impacto desses fatores varia de acordo com a faixa etária da criança, no entanto as pesquisas salientam que a influência do meio ambiente sobre o desenvolvimento infantil aumenta com o progredir da idade. Dentre os fatores socioeconômicos, destacam-se a pobreza e sua interação com o ambiente e entre os biológicos, a desnutrição intrauterina e pós-natal, a anemia ferropriva e o aleitamento materno (BRASIL, 2002; EICKMANN, 2003).

É inquestionável a importância, para o desenvolvimento do ser, da dotação genética, da integridade do sistema nervoso central, da maturação e demais estruturas biológicas saudáveis, da alimentação. Sem a interação com o outro, entretanto, a criança não tem a possibilidade de se tornar um ser humano capaz de desejar e querer viver (BRASIL, 2002).

Para Brazelton e Greenspan (2002, p.11-21), poucos tentaram identificar as exigências fundamentais de uma infância saudável, procurando compreender as necessidades essenciais e

os tipos de cuidado sem os quais as crianças não podem crescer, aprender e se desenvolver. Segundo os autores, se não pudermos satisfazer as necessidades das crianças, podemos comprometer as capacidades das futuras gerações de manter famílias e propiciar estabilidade econômica e política.

Amorim, Vitoria e Rossetti-Ferreira (2000) chamam a atenção para a enorme plasticidade do bebê humano, o qual é capaz, com base em interações com outros membros da espécie, de adaptar-se aos mais variados contextos, tornando-se representante de determinada cultura.

Para Winnicott (*apud* NASIO, 1995) a “mãe suficientemente boa”, identifica-se estreitamente com o filho durante os seus primeiros meses de vida, adaptando-se perfeitamente às suas necessidades físicas e psíquicas. Enquanto isso a “mãe insuficientemente boa” não tem a capacidade de se identificar com as necessidades do filho; em vez de responder aos gestos espontâneos e às necessidades do bebê, ela os substitui pelos seus. Segundo o autor, a pior das mães é a imprevisível, aquela que passa subitamente da adaptação perfeita para a falha, de tal modo que o bebê não pode confiar nela, nem prever nenhuma de suas respostas.

Para Brazelton e Greenspan (2002), a pior coisa para um bebê é não ter uma pessoa amorosa em sua vida ou estar em dúvida sobre essa pessoa. O maior medo de uma criança é, segundo os autores, a perda de um relacionamento primário. Ao falar de relacionamento sustentador, positivo, os autores acentuam não se referir a um paraíso sem sofrimento, raiva, aborrecimentos, desafios, pois, a partir de poucos meses, podem ser vistas todas essas emoções em um bebê. Os pais que apresentam uma noção realística sobre um relacionamento podem ser mais educadores, considerando tais emoções como parte da relação, podendo ajudar o filho a conviver com suas emoções e as dos outros, e a entender que pode ficar aborrecido ou ser desafiador, mas eles continuarão lá. Opostamente a esta situação, a mãe que superprotege o filho anula seu *feedback* interno. A criança se torna dependente dela para sinais e para controle, não aprendendo a confiar em si mesma.

No recém-nascido, o comportamento é fruto de uma interação de certas predisposições desenvolvidas pela espécie e os repertórios disponíveis naquela cultura. A criança, entretanto, em seus primeiros dois anos de vida, tem o desenvolvimento mediado de maneira mais concreta pelo outro, pela pessoa com quem estabelece maior vínculo afetivo e com quem se encontra, até certo ponto, fundida, assujeitada. Enquanto isso, a mãe, como pessoa capaz de desdobramento, de reflexão sobre si própria e sobre os outros e o mundo (e nisto, diferente do bebê), pode ter momentos de diferenciação desse “assujeitamento”, na busca da própria

identidade. À medida que a criança se torna capaz de desdobramento, espelhamento e diferenciação, ela também pode opor resistências de caráter diverso à capturação por parte do adulto, assumindo um papel mais ativo no processo de interação (AMORIM; VITORIA; ROSSETTI-FERREIRA, 2000).

A rede/malha de significações culturais que envolve o ser humano é constituída por meio de suas experiências anteriores, podendo inscrever-se no corpo, no gesto, na forma de sentir e agir. No caso do recém-nascido, cuja experiência de vida é restrita e recente, suas habilidades para exercer os próprios processos de significação ainda estão muito pouco desenvolvidas. O suporte pessoal básico é mais de caráter biológico. Mesmo esse, porém, é interpretado na malha de significações da cultura, particularmente pelas ações dos outros que com ele interagem com maior constância, frequência e mais investimento afetivo. Nessas interações vão se inscrevendo e se construindo novos significados, tanto por/para aquele bebê, como por/para seus parceiros. A característica humana básica é sua imersão em um mundo simbólico, nas e por meio das interações estabelecidas com diferentes parceiros, o que resulta em uma contínua elaboração de significados, conhecimentos, sentimentos e em sua constituição como sujeito (AMORIM, VITORIA; ROSSETTI-FERREIRA, 2000).

Bowlby (2006) assevera que as raízes de nossa vida emocional mergulham na infância e procuram explorar a ligação entre acontecimentos dos primeiros anos de vida e a estrutura e funcionamento da personalidade adulta.

Winnicott (2006, p.77) ensina que um bebê que está se tornando uma criança ou um adulto, na melhor das hipóteses, levará consigo a memória latente de “um desastre ocorrido com o seu eu”, e gastará muito tempo e energia em organizar a vida de tal forma que esta dor não volte a ser experimentada. A teoria de Winnicott (2006) realça a importância dos cuidados disponibilizados pelos pais aos seus bebês, como estruturantes da personalidade. E assegura que tal cuidado se estenda pela vida, mediante “círculos de cuidado”, funcionando como reestruturantes do *self* em situações de vulnerabilidade ou fragilidade vivida pelo indivíduo.

A capacidade para estabelecer relações próximas com pessoas significativas é um aspecto essencial para o desenvolvimento humano. Os primeiros laços afetivos da criança são estabelecidos com seus pais ou cuidadores, por meio do apego (BOWLBY, 2006). O apego é definido por Bowlby (2002) como a busca e a manutenção da proximidade de outro indivíduo, consistindo em um vínculo afetivo no qual os pais proporcionam a satisfação das necessidades da criança, de cuidados, conforto, carinho e proteção. A qualidade da interação

de pais e filhos, nutrida pela sensibilidade dos pais para responder às necessidades da criança, contribui para o desenvolvimento de um senso de confiança e segurança, que servirá como base para o conhecimento e a exploração do ambiente.

As experiências de apego desenvolvidas entre a criança e seus cuidadores servem como um modelo para os próximos relacionamentos. Bowlby (2002, 2006) denomina este processo de modelo interno de funcionamento, no qual a criança constitui uma imagem de si mesma e de seus pais, a qual comandará seus sentimentos na interação com eles e com o mundo. Este modelo evolui à medida que a criança cresce, transformando-se em uma representação mental da relação de apego, que persiste por toda a sua vida.

Ainda durante a gestação, os pais instituem uma representação mental das relações de apego, criando expectativas e padrões de relacionamento para eles e para o filho, baseados nas próprias experiências precoces de apego (BOWLBY, 2002; MALDONADO, 2005). Após o nascimento, os pais devem se adaptar às características e necessidades da criança, pois as expectativas dos pais em relação aos filhos influenciam no desenvolvimento do vínculo entre ambos, podendo acarretar distorções que repercutirão por toda a vida. Nos primeiros meses que seguem ao nascimento do bebê, a mãe entra numa fase em que “ela é o bebê, e o bebê é ela”; afinal, ela também já foi um bebê e guarda as lembranças de tê-lo sido (WINNICOTT, 2006, p. 4). As recordações da mãe de que alguém cuidou dela tanto podem ajudá-la quanto atrapalhá-la em sua experiência como mãe.

As características iniciais da criança podem influenciar a maneira como a mãe cuida dela, assim como as características da mãe podem influenciar o modo como a criança lhe responde. A participação da mãe nesta situação deriva de suas relações interpessoais em sua família de origem, como também da integração de valores e práticas de sua cultura (BOWLBY, 2002). A experiência, durante a gestação, de sentimentos positivos com relação à criança, bem como o apoio recebido do pai e dos familiares, auxiliam na adaptação ao papel da maternidade (MALDONADO, 2005).

Sampaio *et al.* (2007) enfatizam a noção de reciprocidade e interdependência, pressupondo que a relação da criança com a mãe (ou cuidador) se dá em um processo bidirecional, constituído por um conjunto de fenômenos dinâmicos ocorrentes ao longo do tempo entre mãe e criança. As autoras complementam, ressaltando que as interações envolvem não só características manifestas dos envolvidos, como também elementos representacionais imaginários e fantasmáticos, os quais compreendem os conteúdos psíquicos inconscientes, como idealizações, representações e valores transmitidos transgeracional e intergeracionalmente, manifestados por meio do corpo, da linguagem e dos afetos. A

interação, entendida pelas autoras como a ação recíproca entre dois fenômenos, está no fundamento da subjetivação; o sofrimento psíquico na primeira infância geralmente está associado a dificuldades no processo interativo, resultando em desarmonias funcionais nos registros de troca, ilustrados pela oralidade (incorporação pela via oral, como no caso da alimentação), invocação (relação com o outro mediante a comunicação) e especularidade (relação por via das trocas envolvendo o olhar).

A depressão materna, por exemplo, tem grave impacto adverso no desenvolvimento tanto mental como motor das crianças de ambos os sexos, e quanto mais grave e mais prolongada, maior o efeito deletério sobre o desenvolvimento. Para as meninas, a depressão materna crônica tem maior impacto sobre o desenvolvimento cognitivo (EICKMANN, 2003).

A desnutrição infantil, sendo um processo multicausal, envolve condicionantes biológicos, emocionais e sociais, incluindo o vínculo mãe-filho. Para o entendimento da situação nutricional da criança, a alimentação deve ser avaliada além das necessidades fisiológicas, uma vez que os primeiros conflitos interacionais encontram expressão na esfera da alimentação (SAMPAIO *et al.*, 2007).

2.7 Teoria do Enfrentamento (*coping*)

Utilizamos a teoria do enfrentamento de Lazarus e Folkman (1984), dois dos principais pesquisadores interessados no desenvolvimento teórico e empírico do enfrentamento, de modo a ampliar a compreensão das percepções das mulheres quanto ao modo como lidam com as circunstâncias estressantes presentes em seu contexto, dentre estas o fato de serem mães de crianças desnutridas. A teoria mencionada aborda a concepção de enfrentamento como transação cognitiva entre o indivíduo e o ambiente, em um âmbito específico.

Estudos sobre os efeitos do estresse no processo saúde-doença são desenvolvidos, desde que pesquisas relacionadas à chamada síndrome de adaptação geral foram realizadas, mostrando que a resposta de estresse era caracterizada pelas reações fisiológicas do organismo, diante de demandas externas que prejudicavam a sua homeostase (SEIDL; TRÓCCOLI; ZANNON, 2001). A partir dos anos 1970, teorias psicológicas sobre o fenômeno estresse incorporaram outras variáveis aos modelos explicativos, como a avaliação cognitiva (*appraisal*) e as respostas de enfrentamento (*coping*) (LAZARUS; FOLKMAN, 1984). Assim, a perspectiva teórica que concebe estresse e enfrentamento com base na

interação do organismo com seu ambiente (*stress transactional model*) tem destaque especial na área da psicologia da saúde.

Lazarus e Folkman (1984) definem enfrentamento (*coping* em inglês) como esforços cognitivos, comportamentais e emocionais em constante mudança, com vistas a manejar demandas internas e externas que são avaliadas como excedendo os recursos do indivíduo. Trata-se de uma interação e o ponto central para a compreensão das estratégias de enfrentamento é o modo como a pessoa avalia a situação e o momento em que aciona suas estratégias de *coping*. O estresse psicológico é conceituado como uma relação particular entre o indivíduo e o contexto ambiental, avaliada pela pessoa como indo além do que pode suportar, isto é, sobrecarregando ou excedendo os recursos pessoais e ameaçando seu bem-estar. A Teoria do Enfrentamento (*coping*) se propõe desmistificar as várias formas particulares a cada indivíduo para lidar com situações de estresse.

A sistematização do estresse e do *coping* em termos conceituais é feita há algumas décadas, bem como este foi tomado como objeto de pesquisa no campo científico. Ainda não há, porém, um consenso acerca da definição dos termos que concilie todos os estudiosos (ANTONIAZZI; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998; KRUM; BANDEIRA, 2008).

O modelo de Folkman e Lazarus (1984) envolve quatro conceitos principais: (a) *coping* é um processo ou uma interação que se dá do indivíduo com o ambiente; (b) sua função é de administrar a situação estressora, em vez de controle ou domínio desta; (c) os processos de *coping* pressupõem a ideia de avaliação, ou seja, como o fenômeno é percebido, interpretado e cognitivamente representado na mente do indivíduo; (d) o *coping* constitui mobilização de esforço, mediante a qual os indivíduos irão empreender esforços cognitivos e comportamentais para administrar (reduzir, minimizar ou tolerar) as demandas internas ou externas que surgem da sua interação com o ambiente.

As respostas ou estratégias de enfrentamento são classificadas quanto à função em duas categorias: enfrentamento focalizado no problema e enfrentamento focalizado na emoção. Segundo Antoniazzi, Dell'Aglio e Bandeira (1998), o uso de estratégias de *coping* focalizando o problema ou a emoção depende de uma avaliação da circunstância estressora na qual o sujeito se encontra envolvido. Existem dois tipos de avaliação de acordo com esta teorização: a avaliação primária, que é um processo cognitivo por meio do qual os indivíduos checam qual o risco envolvido em uma determinada situação de *stress*; e a avaliação secundária, na qual as pessoas analisam quais são os recursos disponíveis e as opções para

lidar com o problema. Diferentes estratégias de enfrentamento podem ser utilizadas simultaneamente para lidar com determinada situação estressora.

No quadro 1, apresentamos uma adaptação do esquema do Modelo Transacional do Estresse, de Lazarus, desenvolvida por Glanz, Rimer e Lewis (2002 *apud* GARRETT *et al.*, 2009), com o intuito de tornar mais claras as considerações anteriores.

Quadro 1- Esquema do Modelo Transacional do Estresse

Conceito	Definição
1ª avaliação	Avaliação do significado do evento estressor e o grau de ansiedade que pode causar ao sujeito.
2ª avaliação	Avaliação do grau de controle que o indivíduo possui perante o evento estressor e os recursos ao seu dispor para enfrentar a problemática.
Esforços de coping	Estratégias utilizadas para mediar a primeira e a segunda avaliação.
Regulação emocional	Estratégias alcançadas para modificar a forma como o evento estressor é percebido e vivenciado pelo indivíduo.
Procura de informações	Estilos de pessoas que são atentas e vigilantes em relação ao seu problema de modo a resolvê-lo versus estilos de pessoas que evitam o conhecimento e não manifestam qualquer tipo de interesse em resolver seu problema.
Estilos de coping à disposição	Formas gerais de comportamento que podem afetar negativa ou positivamente as respostas emocionais e funcionais do sujeito perante as situações. Apresenta estabilidade ao longo do tempo.
Significado de base do coping	Processos que induzem o indivíduo a ter uma atitude positiva perante o problema no sentido de motivá-lo a desempenhar os mecanismos de coping.
Gestão do problema	Estratégias usadas diretamente para enfrentar e modificar o curso do problema de acordo com os desejos do sujeito.
Otimismo	Tendência para possuir expectativas positivas em relação aos resultados que se pretendem atingir.
Resultados	Bem-estar emocional; comportamento saudável; objetivo funcional atingido.

Fonte: GARRETT, 2009.

Pretendemos, por meio desta abordagem, analisar as estratégias de sobrevivência utilizadas pelas mulheres e seus mecanismos de enfrentamento diante das adversidades, podendo melhor compreender suas percepções acerca da realidade vivida.

3 AS FERRAMENTAS DO NOSSO TRABALHO: UM CAMINHO ETNOGRÁFICO

Adotamos nesta pesquisa a metodologia qualitativa, por abordar fenômenos no campo da subjetividade e do simbolismo, já que realiza uma aproximação fundamental e de intimidade entre sujeito e objeto, considerando ambos da mesma natureza. A abordagem qualitativa envolve com empatia aos motivos, às intenções, aos projetos dos atores, com base nos quais as ações, as estruturas e as relações se tornam significativas (MINAYO, 2010).

Trata-se de “uma atividade que demarca o lugar do observador no mundo e que consiste num conjunto de práticas materiais e interpretativas que tornam o mundo visível”. (DESLANDES; GOMES, 2004, p. 103).

Nos últimos dez anos, a pesquisa em saúde foi acompanhada por um crescente interesse quanto à utilização de métodos qualitativos e seus instrumentos de pesquisa, aplicados durante todo o séc. XX pelas Ciências Sociais e na Antropologia, em particular, no estudo de outros grupos culturais. Este interesse é atribuído a diversas razões, como, por exemplo, a importância dada atualmente pelas políticas sanitárias nacionais à dimensão qualitativa da prestação dos serviços assistenciais oferecidos aos cidadãos, situando, de modo crescente, a necessidade de se introduzirem instrumentos de pesquisa e avaliação voltados à valorização do ponto de vista dos usuários. Portanto, os métodos de pesquisa qualitativa assumem particular relevância neste quadro de referência (CAPRARA; LANDIM, 2008).

Angrosino (2009) lembra que a pesquisa qualitativa não é mais apenas “pesquisa não quantitativa”, pois desenvolveu uma identidade própria (ou até mesmo várias identidades). E, apesar dos muitos enfoques relativos a ela, há características comuns que a determinam, como buscar entender, descrever e explicar os fenômenos sociais: analisando experiências de indivíduos ou de grupos, examinando interações e comunicações que estejam se desenvolvendo, investigando documentos. Existe o propósito comum em analisar o significado atribuído pelos sujeitos aos fatos, relações e práticas, avaliando tanto as interpretações quanto as práticas dos sujeitos (DESLANDES; GOMES, 2004).

Caprara e Landim (2008) acrescentam que a lógica da pesquisa qualitativa, muitas vezes, é mais do tipo indutivo do que dedutivo, e consiste na descrição de pessoas e grupos em situações particulares. A pesquisa qualitativa procura entender os significados e as experiências, e deve ser flexível, dinâmica (os métodos e os aspectos relacionados ao desenho do estudo podem, em parte, se modificar na medida em que novas informações são recolhidas). A análise e interpretação dos dados mudam com o tempo na medida em que o pesquisador acrescenta novos elementos e conhece melhor o contexto estudado. Além disso,

boas pesquisas qualitativas também procuram responder a perguntas bem formuladas. Atualmente, as características da pesquisa qualitativa estão no centro dos debates entre comunidade científica e sociedade, influenciando o desenvolvimento e a aplicação de métodos qualitativos de pesquisa, entre os quais a abordagem etnográfica, método de investigação por excelência da antropologia e enfoque metodológico do presente trabalho.

Nos últimos decênios, surgiu um interesse crescente na pesquisa em Saúde Coletiva para se entender a construção cultural da saúde e da doença elaborada pelos diferentes grupos culturais e estudada por meio da abordagem etnográfica. A pesquisa etnográfica parte de um interesse pela experiência individual, familiar e cultural da doença, o que requer uma aproximação dos sujeitos da pesquisa em seu ambiente natural (CAPRARA e LANDIM, 2008).

Etnografia significa literalmente a descrição de um povo, e estuda pessoas em grupos organizados, duradouros, que podem ser chamados de comunidades ou sociedades. Estudar a cultura de um povo, isto é, o modo de vida que o caracteriza, envolve um exame dos comportamentos, costumes e crenças aprendidos e compartilhados no grupo (ANGROSINO, 2009).

Para Minayo (2010), a etnografia (ou etnometodologia) refere-se a um conjunto de estratégias de pesquisa que buscam a descrição minuciosa dos objetos que pesquisa. Seus desenhos operacionais preconizam a observação direta e a investigação detalhada dos fatos no lugar em que ocorrem, com o fim de obter uma descrição minuciosa e densa das pessoas, de suas relações e de sua cultura. Inspira-se nas abordagens antropológicas, mas diferencia-se das mesmas por não pretender produzir análises culturais totalizantes.

Para Malinowski (1986) - antropólogo considerado pioneiro na metodologia científica qualitativa - na etnografia, o autor é, ao mesmo tempo, seu próprio cronista e historiador, suas fontes são complexas e enganosas, pois não estão incorporadas em documentos materiais imutáveis, mas no comportamento e na memória de homens vivos. A distância entre o material bruto das informações e a apresentação final dos resultados é frequentemente enorme.

A etnografia como uma abordagem de investigação científica, traz contribuições importantes ao campo das pesquisas qualitativas, especialmente aquelas que se interessam pelos estudos das desigualdades sociais e dos processos de exclusão (MATTOS, 2001), como é o caso deste estudo com mulheres que são mães em situação socioeconômica desfavorecida.

3.1 Local e período de estudo

O pesquisador qualitativo quer entender diferentes ambientes sociais no espaço social [...]. (BAUER; AARTES, 2002, p. 57).

As mulheres, sujeitos desta investigação, participam do Instituto de Promoção da Nutrição e do Desenvolvimento Humano (IPREDE), situado em Fortaleza, Ceará.

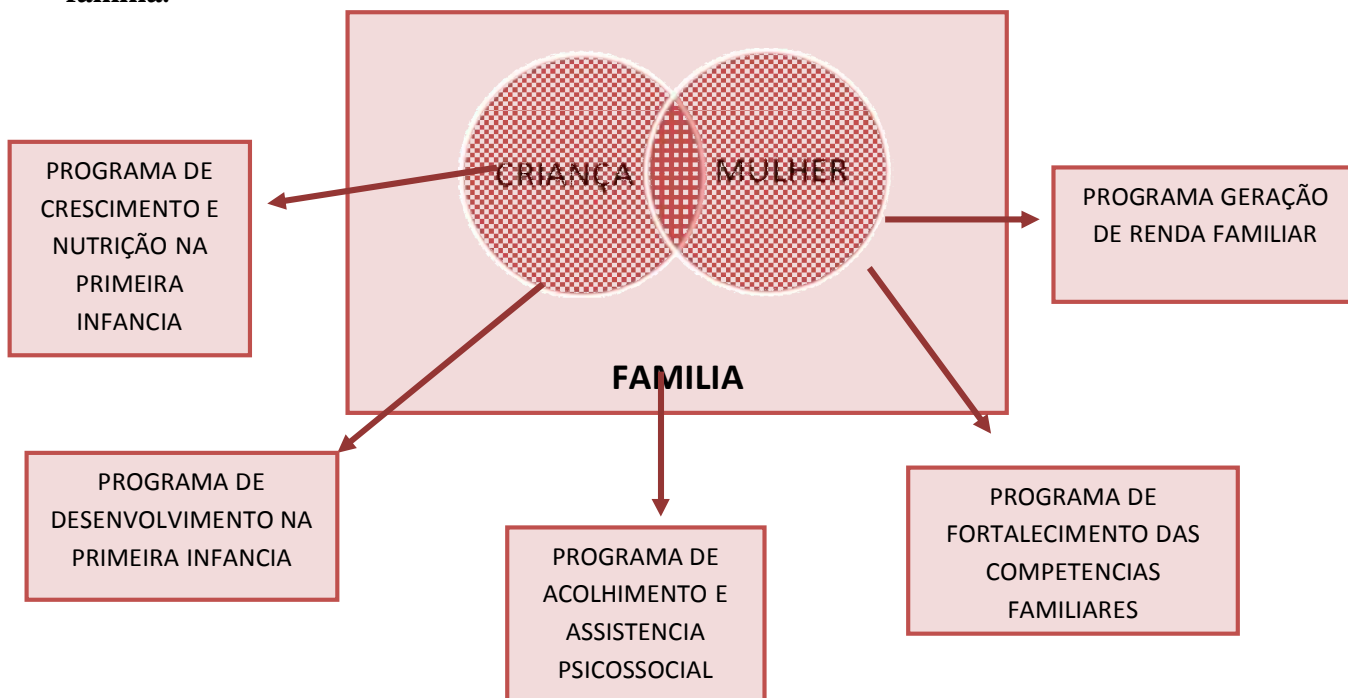
A pesquisa de campo foi realizada no período de maio a outubro de 2011. A população estudada constituiu-se de sete mulheres mães de crianças desnutridas consideradas mais graves pelo IPREDE, com idade acima de 18 anos e que estavam sendo acompanhadas lá por mais de seis meses, tendo desenvolvido vínculo com a instituição e participado de vários projetos e de setores de acompanhamento à mãe e à criança. Das sete mulheres participantes, três frequentavam a instituição no turno da tarde e quatro no turno da manhã.

Dentre as 60 crianças desnutridas com magreza ou magreza extrema (WHO/ANTHRO, 2010) identificadas na relação da instituição, excluimos os casos de comprometimento do estado nutricional por problemas neurológicos ou sindrômicos, como também aquelas que moravam fora de Fortaleza por motivo de dificuldade de acesso às suas residências. Várias dessas crianças não estavam frequentando o IPREDE há mais de três meses, portanto seus prontuários foram arquivados.

Consideramos importante esclarecer sobre os diversos setores de atendimento institucional, com foco naqueles frequentados pelas mães da pesquisa, para a compreensão da abordagem terapêutica oferecida pelo IPREDE, facilitando o entendimento dos resultados, como passamos a discorrer a seguir.

A instituição realiza diversas ações, por meio de programas e projetos, contando com uma equipe multidisciplinar constituída por médicos, nutricionistas, psicólogos, psicomotricistas, pedagogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos e assistentes sociais, além do corpo técnico. O trabalho tem início com o acolhimento das mães e seus filhos com desnutrição, seguindo-se dos atendimentos específicos para cada caso, como mostra a figura 1.

Figura 1 – Programas assistenciais do IPREDE para a criança, sua mãe e sua família.



Fonte: IPREDE (2010).

Os programas assistenciais apresentados na Figura 1 realizam suas atividades no espaço ambulatorial da instituição, nomeado **CENTRO DE SAÚDE E DO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA, DO ADOLESCENTE E DA FAMÍLIA**, composto por dois grandes núcleos: **Núcleo de Atenção à Criança e ao Adolescente** e **Núcleo de Promoção do Desenvolvimento da Criança e da Família**.

O **Núcleo de Atenção à Criança e ao Adolescente** envolve dois programas de atendimento: o Programa Acolhimento e Assistência Psicossocial e o Programa de Crescimento e Nutrição na Primeira Infância, dos quais participam as crianças e as mães de nossa investigação .

O **Programa Acolhimento e Assistência Psicossocial** é responsável pelo primeiro contato da família e suas crianças com a instituição. O objetivo é oferecer às famílias e às crianças um programa de assistência psicossocial, por meio de uma equipe multidisciplinar, com atendimento pautado no acolhimento e atitude humanizada.


O setor é formado por assistentes sociais, psicólogos e enfermeiras, equipe encarregada de realizar as primeiras aproximações com a clientela, por meio de roda de conversa, no sentido de acolher expectativas, apresentar a instituição e delinear os termos de

relacionamento e das ofertas. A estimativa que procuram cumprir atualmente é de que cada criança e sua família sejam assistidas na instituição por um período aproximado de 18-24 meses.

O **Programa de Crescimento e Nutrição na Primeira Infância** está organizado para avaliar o estado nutricional das crianças, promover atividades de educação e aconselhamento nutricional e oferecer orientações em consultas individuais ou em grupo. É realizado por médicos, enfermeiras e nutricionistas, com base nos conceitos da segurança alimentar, do aconselhamento e educação nutricional.

Os critérios de avaliação do estado nutricional das crianças estão baseados no WHO/ANTHRO, conforme tabelas seguintes.

Quadro 2 - Classificação do estado nutricional de 0 a 10 anos, considerando P/A, P/I e A/I, segundo a OMS (2006, 2007).

 CLASSIFICAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL (Crianças de 0 a 10 anos de idade) – OMS 2006 e 2007.		
ÍNDICE	SCORE Z	DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL
PESO para ALTURA (P/A)	< -3	Magreza acentuada
	≥ -3 a < -2	Magreza
	≥ -2 a $\leq +1$	Eutrofia
	$\geq +1$ a $\leq +2$	Risco de sobrepeso
	$\geq +2$ a $\leq +3$	Sobrepeso
	> +3	Obesidade
PESO para IDADE (P/I)	< -3	Muito baixo peso para a idade
	≥ -3 a < -2	Baixo peso para a idade
	≥ -2 a $\leq +2$	Peso adequado para a idade
	> +2	Peso elevado para a idade*
ALTURA para IDADE (A/I)	< -3	Muito baixa estatura para a idade
	≥ -3 a < -2	Baixa estatura para a idade
	≥ -2	Estatura adequada para a idade

Quadro 3 - Classificação do estado nutricional de 0 a 10 anos, considerando o IMC, segundo a OMS (2006, 2007).

 CLASSIFICAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL (Crianças de 0 a 10 anos de idade) – OMS 2006 e 2007.			
ÍNDICE	ESCORE Z	DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL	DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL
		0 a 04 anos	05 a 10 anos
IMC	< -3	Magreza acentuada	Magreza acentuada
	≥ -3 a < -2	Magreza	Magreza
	≥ -2 a $\leq +1$	Eutrofia	Eutrofia
	$\geq +1$ a $\leq +2$	Risco de sobrepeso	Sobrepeso
	$\geq +2$ a $\leq +3$	Sobrepeso	Obesidade
	> +3	Obesidade	Obesidade grave

As ações do programa com as crianças e suas mães estão divididas conforme o resultado da avaliação do estado nutricional de cada criança e suas necessidades específicas, conforme a figura 2:

Figura 2 – Resultado da avaliação do estado nutricional e ações correspondentes



Fonte: IPREDE (2010)

Para as crianças de zero a dois anos serão desenvolvidas ações de incentivo ao aleitamento materno e ao vínculo mãe-filho. Para aquelas com risco nutricional, atividades em educação e aconselhamento nutricional.

Crianças com peso baixo para a idade ($P/I >-3$ e <-2) e peso muito baixo para a idade ($P/I <-3$), estatura/altura baixa para idade ($A/I <-2$) e peso baixo para estatura ($P/A <-2$), conforme a WHO-ANTHRO, são de intervenção nutricional, acompanhadas em seu crescimento; as crianças de nossa pesquisa estão inseridas neste subgrupo.

O segundo grande núcleo - **Núcleo de Promoção do Desenvolvimento da Criança e da Família** - envolve o Programa de Desenvolvimento na Primeira Infância, o Programa de Fortalecimento das Competências Familiares e o Programa Geração de Renda Familiar.

O **Programa de Desenvolvimento na Primeira Infância** é destinado a assistir as crianças com ações de promoção do desenvolvimento, considerando as necessidades e potencialidades individuais, em parceria com as famílias, e tendo em vista o contexto social, econômico e cultural em que vivem. Este programa conta com uma equipe multiprofissional: pediatra do desenvolvimento, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, fonoaudióloga, psicóloga e psicomotricista. Os sujeitos de nosso estudo também estão incluídos neste programa.

O programa inicia com a triagem do desenvolvimento realizada pela equipe multiprofissional, utilizando instrumento de avaliação proposto pelo Ministério da Saúde, possibilitando classificar as crianças em três grupos:

- a) crianças sem alterações evidentes do desenvolvimento;
- b) crianças com alterações psicomotoras e adaptativas; e
- c) crianças com alterações psicoemocionais.

As crianças **sem alterações evidentes do desenvolvimento** apresentam risco em decorrência do seu estado nutricional, das condições de vulnerabilidade social e eventuais fragilidades no vínculo mãe-filho. Estas crianças passam por atendimento na sala de **Mediação**, junto com suas mães, para trabalhar a qualidade da interação do cuidador com a criança, utilizando a técnica MISC/ICDP da OMS; e pela **Psicomotricidade**, para serem estimuladas, por meio do movimento corporal e técnicas específicas, em seu desenvolvimento neuropsicomotor e socioafetivo. A maioria das crianças da pesquisa passa pelos atendimentos mencionados, pois são consideradas **sem alterações evidentes no desenvolvimento**.

O setor de intervenção precoce trata as crianças **com problemas no desenvolvimento** nas esferas adaptativa e motora, crianças com sequelas neurológicas e síndromes genéticas que comprometem o desenvolvimento. Uma das crianças da pesquisa é atendida neste setor por apresentar paralisia cerebral.

As crianças **com problemas psíquicos com algum comprometimento no desenvolvimento psicossocial** são avaliadas e acompanhadas pelo pediatra do desenvolvimento, podendo participar das ações dos setores de Mediação, Psicomotricidade e Atendimento psicológico individual.

Dentre as ações do **Programa de Fortalecimento das Competências Familiares**, desenhadas com o propósito de fortalecer o desenvolvimento das mulheres, destaca-se o Grupo Conviver, Projeto Mãe Colaboradora e o Projeto Mãe Acolhedora.

O **Grupo Conviver**, do qual participam eventualmente as mulheres envolvidas na pesquisa, é um espaço para mulheres que privilegia a escuta de suas aflições e alegrias, das impotências e resiliências, ou seja, da complexa dimensão das experiências cotidianas das mulheres/mães, assim como estimula a elaboração de propostas de superação e de projetos de vida; um atendimento pautado em atividades em grupo, facilitando a elevação da autoestima, o autoconhecimento e melhora da saúde mental das mulheres.

O **Projeto Mãe Colaboradora** tem a periodicidade de um ano e desenvolve ações de formação em serviço, objetivando desenvolver habilidades e competências para o universo do trabalho, com forte investimento em formação pessoal.

O **Projeto Mãe Acolhedora** tem como diferencial um programa de treinamento com teores específicos voltados para promoção dos cuidados à criança na primeira infância, desenvolvimento infantil e ludicidade.

O **Programa Geração de Renda Familiar** promove a ampliação das possibilidades de inserção no mundo produtivo, como também a elaboração de conceitos em relação ao planejamento e administração da renda familiar, além da conscientização dos mecanismos de acesso a direitos (IPREDE, 2010).

3.2 Percurso etnográfico

A finalidade real da pesquisa qualitativa não é contar opiniões ou pessoas, mas ao contrário, explorar o espectro de opiniões, as diferentes representações sobre o assunto em questão (GASKEL, 2002, p.68).

O contato inicial com o IPREDE foi realizado por meio da apresentação dos objetivos do projeto de pesquisa ao diretor da instituição, com a solicitação do termo de anuência para nossa entrada no campo (APENDICE A). Em seguida, contatamos a coordenação responsável, a fim de esclarecer o detalhamento técnico e metodológico da pesquisa. Desde então, adentraremos o campo de estudo.

A coleta de dados foi realizada de acordo com os seguintes passos:

1. *Consulta a documentos* (prontuários das crianças desnutridas cadastradas no IPREDE) - as mães das crianças foram identificadas em conversas com profissionais da instituição, como também de pesquisa nos prontuários, buscando identificar aquelas que atendiam às especificações da pesquisa. Na primeira triagem, verificamos as marcações de retorno das mulheres escolhidas, com suas crianças à instituição, com o intuito de abordá-las no momento propício para conversar sobre a pesquisa. A consulta aos prontuários também foi realizada para conhecer a história da díade na instituição, como também com a finalidade de obter dados considerados relevantes para a montagem e análise dos resultados.

As mulheres selecionadas foram convidadas a participar voluntariamente e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APENDICE B), o qual foi lido junto com elas. Seguindo a Resolução do Conselho Nacional de Saúde, que rege a ética de pesquisas realizadas *in anima nobili* (Resolução 196/96), todas as mães participantes da pesquisa foram informadas em detalhes sobre seus objetivos, acerca da gravação das entrevistas, proteção de anonimato, resguardo do sigilo, assim como foram científicas que poderiam participar ou não do estudo, tendo o direito de desistir caso quisessem, sem sofrer qualquer prejuízo.

2. *Observação descritiva* do itinerário percorrido pelas mães ao chegar à Instituição e sua participação em atividades rotineiras adotadas no seu seguimento, junto ao filho desnutrido. A observação descritiva, de acordo com Minayo (2010, p.

194), é aquela que se realiza de “forma totalmente livre”, embora com o foco no que constitui o objeto de estudo. Esta técnica é também denominada observação assistemática, em que o pesquisador procura recolher e registrar os fatos da realidade sem a utilização de meios técnicos especiais, ou seja, sem planejamento ou controle (BONI; QUARESMA, 2005).

As participantes foram acompanhadas em seu trajeto durante horas, dentro da Instituição: na recepção (momento da chegada à Instituição), no acolhimento (espaço onde esperam ser atendidas e onde são acolhidas com palestras, lanche e atividades lúdicas), durante os atendimentos (seus e de seu filho), no SAME (momento da marcação das próximas consultas e recebimento do dinheiro da passagem de volta para casa), no recebimento do leite ou doações outra que levam para seus lares, no refeitório (onde é servida a sopa ao meio-dia e às 4 e meia da tarde, ao final de cada turno de atendimento), no momento da triagem e até mesmo nos corredores; sempre exercendo uma observação participativa, permeada por conversas informais, pelo cuidado e interesse em relação ao tratamento da criança, assim como por seus sentimentos e bem-estar.

A observação descritiva foi realizada com foco nas seguintes questões: quais os atendimentos frequentados, procedimentos e objetivos destes; sobre o comportamento das mães nos vários espaços; relação da mãe com a criança dentro da instituição e o convívio dos profissionais de saúde com as mães e as crianças, nos vários setores.

3. *Observação livre e participante* fora da instituição acompanhando as mulheres, buscando compreender como vivenciam o dia a dia em seu habitat natural: solicitamos às mulheres uma visita mais aproximada, indo no seu domicílio, onde observamos como é o ambiente domiciliar e o lugar social onde vivem: como convivem no dia a dia com o filho desnutrido, em busca, por exemplo, do alimento e de melhores condições de vida; que outras instituições elas frequentam, que apoio recebem; como é sua vizinhança, qual o contexto socioeconômico e cultural de sua comunidade. Na observação participante (APENDICE C), compartilhamos a intimidade dessas mulheres que foram consideradas não mais como informantes a serem questionadas, e sim como hóspedes que nos recebem e mestras que nos ensinam (LAPLANTINE, 2001). A observação participante, técnica de origem etnográfica, surge para dirimir a tensão entre a análise científica e a experiência da vida cotidiana, quando se torna

dialética entre a experiência e a interpretação (CAPRARA; LANDIM, 2008). Trata-se de uma atividade de pesquisa no terreno por prolongados períodos, em contato direto com o objeto de estudo. Para registrar todos os passos adotados na pesquisa de campo, utilizamos como instrumento de apoio o *diário de campo*, que é um documento pessoal onde escrevemos as observações, experiências, sentimentos, sensações, até ‘percepções de pele’ (CAPRARA; LANDIM, 2008), durante a permanência no campo.

4. Realização de duas *entrevistas individuais semiestruturadas* com cada participante: uma na instituição e outra na residência, as quais seguiram um roteiro que foi sendo modificado, flexibilizando-se diante das necessidades de adaptação, segundo a compreensão e o interesse das informantes e nosso, sem sair do foco maior dos objetivos do trabalho.

Por entrevista semiestruturada entendemos aquela que combina perguntas fechadas e abertas em que o entrevistado tem a oportunidade de discorrer sobre o tema em foco sem se prender à indagação formulada (MINAYO, 2010). As entrevistas ofereceram suporte para aproximação e diálogo com as anotações do diário de campo e com as observações realizadas nos vários contextos. Para aprofundamento do fenômeno estudado, utilizamos o critério de saturação das informações - fenômeno ocorrente quando, após um certo número de entrevistas, o entrevistador começa a ouvir, de novos entrevistados, relatos muito semelhantes àqueles que já ouviu, havendo uma rarefação de informações novas (COSTA, 2007).

Ante a solicitude das depoentes, assim como em razão das visitas das mães com suas crianças à Instituição, acontecerem apenas quinzenalmente, a primeira entrevista (APENDICE D) foi logo realizada durante o primeiro contato no IPREDE, momento em que as mulheres foram abordadas e em que foi explicada a pesquisa. A segunda entrevista (APENDICE E) aconteceu durante as visitas realizadas posteriormente em seu domicílio em dia e horário escolhidos por elas; em alguns casos, a entrevista foi feita na primeira visita, noutros em visita posterior, sempre respeitando o momento mais tranquilo e oportuno para abordá-las em conversa tão pessoal. As entrevistas tiveram duração de 30 a 60 minutos.

Ao realizar uma pesquisa, qualitativa algumas questões são expressas de modo mais imediato, enquanto outras vão aparecendo no decorrer do trabalho de campo. Consideramos também importante salientar que, em ambiente doméstico, privado, parece haver mais

liberdade para expressão das idéias e menos preocupação com o tempo, durante as entrevistas. Por essa razão, algumas dessas entrevistas foram mais longas, mais densas e produtivas na residência das participantes (DUARTE, 2002). Todas as entrevistas foram registradas por meio de gravações (todas as entrevistadas permitiram, sem restrições), para que pudéssemos captar o conteúdo integral do que foi dito. Após as gravações, as entrevistas foram transcritas por nós para fins de análise.

Numa metodologia de base qualitativa, o número de entrevistas dificilmente pode ser determinado *a priori* – tudo depende da qualidade das informações obtidas em cada depoimento, assim como da profundidade e do grau de recorrência e divergência destas informações. Enquanto estavam aparecendo "dados" originais ou pistas que pudessem indicar novas perspectivas à investigação em curso, as entrevistas continuaram sendo feitas (DUARTE, 2002). Além das duas entrevistas formalmente realizadas e gravadas, conforme descrito há pouco, conversas mais informais e corriqueiras aconteciam espontaneamente durante as observações participantes nos diversos momentos de contato com as mulheres. Tais conversas muitas vezes se faziam esclarecedoras e complementavam informações anteriores, tendo sido, portanto, criteriosamente registradas e contextualizadas no diário de campo.

À medida que colhemos os depoimentos, foram sendo levantadas e organizadas as informações relativas ao objeto da investigação e, em razão do volume e da qualidade dessas informações, o material de análise se tornou cada vez mais consistente e denso.

Quando foi possível identificar padrões simbólicos, práticas, sistemas classificatórios, categorias de análise da realidade e visões de mundo do universo em questão, e as recorrências atingiram o ponto de saturação, demos por finalizado o trabalho de campo, sabendo que poderíamos voltar para esclarecimentos, como de fato aconteceu, por exemplo, no momento de confirmação dos dados obtidos junto às mulheres, por meio da leitura dos textos produzidos com base na interpretação de suas falas, da observação realizada e da consulta aos prontuários. Vale ressaltar que esta combinação de múltiplas técnicas de abordagem na coleta dos dados configura a *triangulação*, nas palavras de Minayo (2010), considerada um recurso fundamental para garantir maior fidedignidade aos resultados.

As situações de contato entre pesquisador e sujeitos da pesquisa também figuraram como parte integrante do material de análise. Procuramos registrar o modo como foram estabelecidos esses contatos, a forma como a entrevistadora foi recebida pelas entrevistadas, o grau de disponibilidade para a concessão do depoimento, o local onde foi concedida a entrevista (todas permitiram as visitas às suas casas), a atitude adotada durante a coleta do depoimento, gestos, sinais corporais e/ou mudanças de tom de voz, entre outras - tudo isto

forneceu elementos significativos para a leitura/interpretação posterior dos depoimentos, bem como para a compreensão do universo investigado (DUARTE, 2002).

3.3 Organização e análise do material

Todo o material resultante das entrevistas e observações foi organizado e categorizado segundo critérios relativamente flexíveis e previamente definidos, de acordo com os objetivos da pesquisa. Assim, fragmentos dos discursos, trechos de entrevistas, expressões recorrentes e significativas e registros de práticas constituíram traços, elementos em torno dos quais foram elaboradas hipóteses e reflexões, levantadas dúvidas ou reafirmadas convicções. Aqui, como em todas as etapas de pesquisa, foram necessárias visão e sensibilidade ancoradas à teoria, operando com os conceitos e construtos do referencial teórico, como se fossem o fio de Ariadne, que orienta Teseu na entrada do labirinto e a saída dele, constituído pelos documentos gerados no trabalho de campo. Daqui para frente, tratamos de compreender o fenômeno em sua totalidade (DUARTE, 2002).

O material empírico obtido, portanto, foi analisado conforme a técnica de análise de discurso (AD), cujo objetivo básico é realizar uma reflexão geral sobre as condições de produção e apreensão do significado de textos produzidos nos mais diferentes campos - religioso, filosófico, jurídico e sociopolítico. Ela visa a compreender o modo de funcionamento, os princípios de organização e as formas de produção social do sentido. É uma teoria crítica que trata da determinação histórica dos processos de significação (MINAYO, 2010).

Para a AD, é importante que sejam considerados os sujeitos, no caso, as mulheres deste estudo, em suas inscrições na história e as condições de produção da linguagem. Analisam-se, pois, as relações estabelecidas entre a língua e os sujeitos que a empregam e as situações em que se desenvolve o ato de falar. O analista do discurso busca certas regularidades no uso da língua em sua relação com a exterioridade. Assim, o estudo discursivo considera não apenas o que é dito em dado momento, mas também as relações que esse dito estabelece com o que já foi dito e, até mesmo, com o não dito, atentando, também, para a posição social e histórica dos sujeitos e para as formações discursivas às quais se filiam os discursos (FRASSON, 2007).

Nessa abordagem, o texto é uma organização dotada de mecanismos de coerência nos quais podemos perceber as visões de mundo dos sujeitos. Assim, enquanto o texto é uma produção individual, o discurso é uma posição social, pois materializa na linguagem e veicula

na sociedade a representação ideológica do sujeito, inscrita no texto. Neste enfoque, a identificação de temas ocorre pela análise dos três planos da estrutura do texto: o superficial, de maior concretude; o intermediário, no qual se definem os valores dos sujeitos, e o plano profundo, o nível mais abstrato, no qual a oposição reguladora dos sentidos pode ser percebida em temas que conferem unidade, aos elementos dos diversos planos, e significado ao todo (SILVA; BARROS, 2005). Com a identificação desses temas, foram produzidas as categorias empíricas deste estudo.

A análise propriamente foi realizada pela leitura exaustiva do material, para explorá-lo e formular o tratamento e a interpretação dos dados. Na ocasião, identificamos o contexto da produção do discurso para codificá-lo, identificando suas unidades de registros ou de significação, bem como as categorias que dele emergiram. As unidades de significação foram agrupadas como dimensões que revelaram significados constituídos com arrimo na realidade vivida pelas mulheres. As dimensões, por sua vez, foram reunidas em **temas centrais**.

O processo é exaustivo e muitas vezes pode ser realizado de formas diferentes; mas, em todas as maneiras, a aproximação do pesquisador com o material é um encontro entre sujeitos contextualizados histórica e socialmente determinados e com diversidades culturais e de subjetividades. Proceder à análise significa, necessariamente, considerar aspectos que mostram a heterogeneidade dos discursos, reconhecido nas falas interrompidas, na gramática irregular e na mudança do sentido das palavras (DESLANDES, 2004; MACEDO *et al.*, 2008).

Macedo *et al.* (2008) acrescentam que outros elementos podem ser identificados, de acordo com a diversidade dos discursos. É necessário, com efeito, estar atento ao silêncio, ao não verbalizado, ao que foi explicitamente incluído, ao tom da voz e mesmo às falas que se esvaziam de sentido para aquilo que está sendo discutido.

4 REPRESENTAÇÕES DAS MÃES

Um grande número de informações foi levantado com suporte no material registrado no diário de campo e nas entrevistas, bem como nas observações vivenciadas no contato direto com as mães nos contextos escolhidos, e até mesmo nos prontuários e conversas com profissionais.

Procuramos organizar os achados de modo a situar o leitor, paulatinamente, na compreensão do objeto pesquisado. Apresentamos, primeiramente, um perfil socioeconômico e emocional das mulheres e de seus filhos; em seguida, adentramos as observações realizadas na instituição e nas casas visitadas, desvelando as experiências e os espaços percorridos. Por fim, apresentamos os três temas centrais desenvolvidos com apoio nas homogeneidades captadas dos discursos das mulheres, buscando apreender os significados atribuídos por elas ao fato de serem mães de crianças desnutridas, em contexto de faltas e privações. As categorias centrais desenvolvidas foram as seguintes: **CUIDADO MATERNO** à criança desnutrida, contexto de **VULNERABILIDADE SOCIAL** vivenciado pelas mulheres, **MÃE E FILHO DESNUTRIDO NA INSTITUIÇÃO** pesquisada. Cada tema central foi produzido com arrimo nas dimensões permeadas dos sentidos apreendidos no campo. O modelo de análise desenvolvido pode ser assim representado.

Quadro 4 – Modelo de Análise

<i>MODELO DE ANÁLISE</i>			
<i>SUBCATEGORIAS CENTRAIS</i>	CUIDADO MATERNO À CRIANÇA DESNUTRIDA	VULNERABILIDADE SOCIAL	MÃE E FILHO DESNUTRIDO NA INSTITUIÇÃO
<i>DIMENSÕES</i>	“Eu não achei nada fácil ser mãe”	O pão nosso de cada dia	Percepções das mães sobre a instituição
	Ser mãe: conflitos e contradições	Suportes sociais	
	Feminilidade (Des) nutrida	“Vivo me espedaçando de trabalhar”	O poder das palavras
	Os sentimentos diante da desnutrição do filho	Estratégias de enfrentamento	

Fonte: Pesquisa Direta

4.1 Perfil das mulheres acompanhadas: a trajetória de vida das mulheres

Mulher é desdobrável, eu sou. (PRADO, 1999).

Quem são essas mulheres? Que caminhos percorreram em suas vidas? Quem as acompanhou e deu suporte nessa trajetória? Vamos conhecê-las um pouco mais com amparo nas suas histórias de vida.

As idades das sete mães variaram de 26 a 56 anos; quanto à escolaridade, duas nunca estudaram, as outras fizeram o primeiro grau incompleto; três delas trabalham e as outras quatro revelaram intenção de trabalhar, mas não têm com quem deixar os filhos. Apresentamos em um quadro explicativo (quadro 3) os dados socioeconômicos mencionados, com o intuito de facilitar a visualização do perfil geral de todas as mulheres envolvidas neste trabalho.

Os nomes verdadeiros das mães e de seus filhos foram substituídos por nomes fictícios, preservando-se a letra inicial de cada nome.

Quadro 5 - Perfil socioeconômico das mães acompanhadas na pesquisa

Nome da mãe	Idade	Escolaridade	Profissão	Sofreu maus-tratos?	Nº de filhos	Filho desnutrido	Tem companheiro	É pai do filho desn?	Renda	Moram na casa (pessoas)
Amália	26	6ª série	Do lar	Sim	3	Ian	Não	---	250 reais	7
Cláudia	41	1ª série	Do lar	Sim	6	Vera e Vânia	Sim	Sim	640 reais	6
Débora	43	7ª série	Vendas	Sim	3	Renato	Sim	Não	600 reais	5
Joelma	56	Analfabeta	Vendas	Sim	6	Wendel	Não	---	300 reais	6
Gil	29	7ª série	Do lar	Sim	6	Gabriel	Sim	Sim	Mil reais	8
Janaína	38	Analfabeta	Faxina	Sim	8	Gláucia	Sim	Sim	900 reais	10
Marília	29	1ª série	Do Lar	Sim	4	João e Jéssica	Sim	Não	360 reais	4

Fonte: Pesquisa Direta

Reunindo os dados, cuidadosamente transcritos, lidos e relidos, foi elaborada a trajetória de cada uma das mulheres acompanhadas, procurando contextualizar sua situação socioeconômica, por meio dos indicadores idade, escolaridade, número de filhos, situação conjugal, ocupação, condições de moradia, renda, tempo na instituição; assim como foram acrescentadas suas percepções e sentimentos expressos nas entrevistas semi-estruturadas, já que as mulheres espontaneamente contaram sua história de vida, destacando os momentos sofridos de sua infância, adolescência e idade adulta.

A situação do filho desnutrido, também foi privilegiada no que se refere a idade, tipo de parto, idade gestacional, peso ao nascer, amamentação, estado nutricional e comportamentos psicossociais, na intenção de oferecer subsídios para melhor compreensão dos resultados.

Os relatos aqui expostos foram confirmados junto às mães, por meio de leitura integral e conjunta, com discussão das informações registradas, sendo corrigidos quaisquer erros de interpretação.

AMÁLIA é mãe de IAN de oito anos; completou recentemente 27 anos, estudou até a 6ª série, é solteira, tem três filhos, cada um de um pai diferente; mora em Messejana com os filhos na casa da mãe adotiva, onde usufrui de relativo conforto, pois tem um quarto para si e para os filhos na casa de seis cômodos, feita de alvenaria, piso de cerâmica, com água encanada e boas condições de higiene.

Amália não trabalha porque não tem quem fique com os filhos de 12, oito e dois anos, “*porque lá onde eu moro, está parada a creche...*”. Sua mãe conta mais de 70 anos, é aposentada e sustenta-se com um salário mínimo mais uma pequena ajuda de dois filhos que também moram na casa; ela adotou Amália com um ano de idade, já que seus pais biológicos não puderam criá-la, o que causou revolta em Amália e um sentimento de rejeição e carência que a acompanha até hoje:

[...] quer dizer que essa daí não é mãe, aquela que abandona os filhos, dá pra outra... ela [a mãe] foi deixar eu até na casa dessa mulher, essa que me criou [...], eu não sei se ela tá dizendo a verdade ou é mentira, que ela ía trabalhar... como ela criou as outras, podia criar eu.

Os pais de Amália foram deixá-la na casa de uma senhora, Luíza, que tinha melhores condições do que eles. Luiza era casada e tinha filhos. Ela quis ajudar:

Fiquei com pena porque tem pobre que é mais sofrido que a gente.

Amália chegou à casa de Luiza com varicela, piolhos, “*ouvidos estourados*”, ela diz:

Quando eu vim morar ali, eu era tão doente, eu me lembro ainda [...].

A irmã de Amália de cinco anos também foi adotada por uma irmã de Luiza. Os pais de Amália sempre vinham visitá-la, ficaram com outros três filhos para criar. Amália diz que sente medo e raiva, “*não me sinto bem naquela casa*” (da mãe adotiva). Ela parece prisioneira de si mesma, sem um espaço afetivo no mundo, demonstra sentir-se desprotegida e manifesta

grande desejo de proteção e cuidado, além da crença de que um companheiro poderá salvá-la de todas as dificuldades:

Eu conhecer uma pessoa assim feliz, pra mim e pros meus filhos [...]. Queria muito apoio, muita força [...].

Amália fala da falta que sente de algo que não sabe bem o que é. Recentemente, durante cinco meses, morou com um rapaz que a maltratou, envolvido com drogas, agredia Amália na frente dos filhos, ameaçava matá-la se ela o deixasse e ainda a ameaça. Ela diz:

Fico gelada, todo canto que eu vou, tenho medo dele aparecer, me pegar por trás!

Esta foi mais uma de suas tentativas de melhorar sua vida por meio do que acredita ser a solução, ter um companheiro que a aceite com seus filhos para constituir sua família. Fala também da falta do pai biológico que foi morar longe e ela não vê há três anos:

[...] assim de tarde eu fico ali pedacinho, pensando na vida... Pra mim falta um bocado de coisa... [...] realmente, eu queria assim, ver o meu pai, nunca mais eu vi ele.

Ela revela desejo de acabar com a vida, sente-se humilhada pela mãe adotiva e os irmãos, que a mandam ir embora de casa:

Se não tivesse filho, eu tinha era acabado comigo! [...] não quero sofrer mais não, sendo humilhada.

As crianças presenciam a confusão e as discussões frequentes entre a mãe, os tios e a avó adotivos.

A renda da mãe de Ian não ultrapassa 250 reais, mas ela não sustenta a casa. Seu dinheiro, proveniente do Bolsa-Família e da pensão dos pais de seus dois filhos mais novos, é para os gastos com os garotos e seus gastos pessoais, inclusive alimentação.

Amália frequenta o IPREDE há quase quatro anos. Atualmente leva os dois filhos menores à Instituição, sendo que Iago de quase dois anos está no aleitamento e é eutrófico. Ian nasceu de parto normal, a termo, com 3.740 gramas e mamou por seis meses. É desnutrido desde que entrou na Instituição (com IMC/idade < -3 = magreza acentuada, além de ter muito baixo peso e baixa estatura para a idade, segundo a Classificação do Estado Nutricional da OMS – 2006, 2007); apresenta problemas de pele e oscilação no peso (ganha e perde peso), de acordo com busca no prontuário. A mãe, em alguns momentos, relata carência alimentar; em outros relatos, diz que o filho não aceita se alimentar bem, enquanto noutro

momento fala que “*ele é o pai todinho... a família do pai é muito magra*”. Vale ressaltar que os outros dois filhos nunca foram desnutridos ou estiveram em risco nutricional.

Ian demonstra ser muito ligado à mãe, seguindo-a por onde vai, chega a chorar se ela se afasta; entretanto é uma criança sorridente, ativa, atenta, não apresenta problemas de aprendizagem, tendo desenvolvido a leitura e a escrita.

CLAUDIA é madraستا das gêmeas VERA e VÂNIA; tem 41 anos, fez até a primeira série mas não sabe ler; é mãe de três filhos de seu primeiro companheiro, de quem sofreu maus-tratos, e cria três filhas do atual companheiro, PEDRO, com quem mora há três anos sentindo-se feliz:

Aí eu conheci ele e ele disse ‘eu estou precisando duma mulher pra tomar de conta das minhas filhas’, aí eu vim morar com ele e tá com 3 anos [...] eu me dou muito bem mais ele. [...] os outros que eu já arranjei, era diferente dele, sabe, os outros só fazia me maltratar.

Seus filhos do primeiro casamento foram desnutridos quando crianças, pois havia grande carência alimentar em casa.

A renda familiar é de um salário mínimo mais o Bolsa-Família. Moram em casa invadida no Benfica que em breve será demolida pelo METROFOR. Os filhos de Cláudia não moram mais com ela, mas eventualmente passam temporadas em sua casa. Ela não trabalha por exigência do companheiro que deseja que ela cuide exclusivamente de suas filhas de seis e oito anos, mas ela manifesta desejo de trabalhar:

[...] ele diz que o meu trabalho é só em casa, tomando conta das filhas dele: ‘eu dou tudo que você precisa, eu quero você dentro de casa, não quero você trabalhando’ [...] eu tenho vontade de trabalhar, as vezes eu quero comprar uma coisa pra mim, não posso.

Embora sua casa não esteja em condições satisfatórias de conservação, é de alvenaria, forrada, na cerâmica, possui sete cômodos, água encanada e esgoto; a higiene doméstica é precária.

Vera e Vânia estão com seis anos, nasceram prematuras de oito meses (33 semanas), com muito baixo peso (1350g e 950g respectivamente), de parto normal; Vera passou um mês e 13 dias em incubadora, enquanto Vânia passou dois meses e 14 dias. Não mamaram ao seio. Sua mãe morreu atropelada (era alcoólatra) quando tinham dois anos:

Elas duas nasceram prematuras e quando elas nasceram, nasceram já doentinhas, elas nasceram desnutridas, quem nasceu mais doentinha foi a Viviane. A mãe delas faleceu, foi de acidente de carro, em frente lá de casa, ela bebia demais, foi atravessar a pista, o carro pegou ela.

As meninas estão no IPREDE desde os quatro meses, sendo consideradas desnutridas em razão do seu peso para a idade (< -3, muito baixo peso para a idade) e estatura para a idade (< -3, muito baixa estatura para a idade), segundo a Classificação do Estado Nutricional da OMS – 2006, 2007. No prontuário, há registro de histórico de gripes, vermes e piolhos, além de oscilação de peso frequente. Foram atendidas no Núcleo de Tratamento e Estimulação Precoce – NUTEP (em sua extensão dentro do IPREDE), realizando estimulação para o desenvolvimento, mas a madrastra pediu desligamento em 2010 por não ter condições de levá-las às sessões (o que já acontecia de modo irregular); as gêmeas ainda apresentavam, segundo dados do prontuário, atraso cognitivo, de fala e de linguagem significativos.

DÉBORA é mãe de RENATO; tem 43 anos, cursou até a 7ª série; é mãe de três filhos (21, 14 e oito anos) de duas relações anteriores. O pai de seus dois filhos mais novos era muito violento e por isso ela o denunciou, vendeu a casa em que moravam e fugiu levando os filhos:

[...] ele rasgou minha roupa, ele só não fez uma arte comigo porque os vizinhos tomaram eu dele, dali eu criei mais um trauma [...] ele disse que eu não vendia a casa, eu vendi, graças a Deus, eu pedi muito a Deus, vendi a casa e saí [...] eu moro longe agora, não moro mais perto dele não...não tinha como eu continuar lá não, ele era muito violento.

Seu atual companheiro, JONAS, não é violento mas ela se queixa que pouco contribui nas despesas, embora trabalhe e ganhe salário mínimo. Renato é muito apegado a Jonas:

[...] chama ele de pai, a dificuldade d'eu me separar dele vai ser o menino, um dia assim se não der certo, porque o menino é doido por ele.

Débora sente falta da compreensão e do respeito do filho do meio adolescente, que não a obedece, e do companheiro atual que não tem dado suporte afetivo e financeiro. Chega a temer entrar em depressão:

Aí eu faço assim tudo pra mim não ficar pensando nisso, porque eu tenho medo duma depressão [...] porque pelo jeito deles eu não significo nada pra eles.

Pensa em separar-se do companheiro; os filhos mais velhos, ao contrário de Renato, não gostam dele:

Eu não vou deixar de ser pelos meus filhos pra ser por ele não.

Débora trabalha como vendedora Avon, de bijouterias e de peças de crochê que ela mesma faz, entre outras coisas. Não sabe dizer ao certo quanto ganha, mas recebe Bolsa-Família e ajuda do filho mais velho que estuda e trabalha:

[...] o mais velho eu confio nele até hoje, pode entregar ouro em pó.

Ela mesma construiu a casa em que mora atualmente, em terreno de invasão. Nessa conquista, ela contou com a contribuição do companheiro:

Ele [companheiro] trabalha [como servente]; ele ajudou muito nesse serviço dessa casa.

São Cinco cômodos e bastante terreno ao redor, toda de alvenaria, chão de cimento, com água encanada, sem esgoto, arejada e bem elevada no terreno; há boas condições de higiene e ela compra água em garrafão para beber.

Renato tem oito anos, nasceu prematuro de sete meses e meio, de parto cesariana, de muito baixo peso (1250g); ficou dois meses em incubadora e não mamou ao seio. Está no IPREDE há mais de seis anos, com desnutrição (IMC/idade < -2 = magreza, além de ter muito baixo peso para a idade e muito baixa estatura para a idade, segundo a Classificação do Estado Nutricional da OMS – 2006, 2007). No prontuário, há histórico de viroses, problemas de pele, vermes e anorexia; há relatos como:

Mãe alega que a criança só ganha peso quando está em uso de suplemento vitamínico, quando termina perde o apetite.

A criança aceita bem, no entanto, as guloseimas. Os registros também revelam oscilação de peso, com perdas mais frequentes do que ganhos, e que não há carência alimentar.

Renato mostra-se bastante dependente da mãe e apresenta problemas de concentração e aprendizagem.

GIL é mãe de GABRIEL; tem 29 anos, cursou até a 7ª série; é mãe de seis filhos (12, oito, seis e três anos) do mesmo companheiro com quem vive até hoje; os três mais novos são gêmeos. Gil queixa-se muito do companheiro, FERNANDO, relatando episódios de agressividade e de abandono. Ele sai de casa sem tempo para voltar, envolvendo-se com drogas e mulheres, deixando-a passar necessidades com os filhos. Fernando também vendeu sua casa e sumiu com o dinheiro. Gil afirma:

Ele já me fez sofrer demais, em vista disso eu não tenho mais aquele amor que eu tinha por ele, assim eu prefiro viver só com os meus filhos!

Após passar por vários episódios agressivos, ela o denunciou há um ano, o que o fez recuar. Hoje ainda vivencia momentos de abandono e violência psicológica, quando ele bebe ou se envolve com drogas:

Eu botei ele na justiça, nós tava separado, aí eu não botei pra frente que ele disse que ia mudar... depois que chegou aqui, começou a dormir fora, aí eu fui me estressando, me estressando, arranjei outro! Se eu estou gostando de outra pessoa, foi culpa minha não, foi culpa dele que ele nunca deu atenção pra mim.

Gil manifesta sua raiva e indignação ante a situação quando o marido é omissivo e ausente; preocupa-se com o sustento e a tranquilidade dos filhos:

As vez eu tenho vontade, Deus me perdoe, d'eu tacar fogo nessa cama com ele! Eu sinto raiva!! Você vê aí os papel que ele recebe, é um bom dinheiro! E eu não vejo esse dinheiro! [...] se ele tem raiva de mim, ele não é pra fazer isso porque quem sofre é os meninos!

Fernando passa períodos mais sóbrio e equilibrado, contribuindo em casa, mas as separações e brigas são frequentes.

Atualmente a família mora em casa de três cômodos, alugada, em Messejana. A casa é de alvenaria, sem janelas, com piso de cerâmica, tem água encanada e esgoto, é bem localizada, está em condições precárias de conservação, como também as condições de higiene doméstica são precárias; bebem água da torneira. Gil não trabalha porque tem que cuidar dos filhos. Sua renda é o salário do companheiro (em torno de 640 reais) que não chega completo em suas mãos e o benefício de Gabriel (540 reais).

Gabriel tem paralisia cerebral leve, é um dos trigêmeos, todos considerados de risco nutricional pelo IPREDE, sendo Gabriel desnutrido (com muito baixo peso e muito baixa estatura para a idade, segundo a Classificação do Estado Nutricional da OMS – 2006, 2007), embora sua paralisia só afete os membros inferiores e não comprometa sua condição nutricional. Gabriel é independente e observador, segundo a mãe, embora seja tímido. Começou a andar recentemente e até já ensaia umas corridinhas sem muito equilíbrio, ele tem superado os obstáculos de seu comprometimento neurológico, surpreendendo os profissionais que o atendem.

Os trigêmeos nasceram prematuros de 29 semanas; Gabriel nasceu primeiro e foi o maior dos três, com 1.045 gramas. Foi também o primeiro a sair da incubadora após dois

meses e dez dias de hospitalização e o único a ficar com sequela. Gabriel é atendido no NUTEP (em sua extensão dentro do IPREDE), desde os cinco meses, realizando tratamento da paralisia, como também, pelo IPREDE em decorrência da desnutrição, e está sempre evoluindo em seu ritmo. Em seu prontuário, constam alterações frequentes no estado de saúde, como também oscilação entre ganho e perda de peso.

JOELMA é avó de WENDEL; tem 56 anos, é analfabeta; teve 11 filhos (dos quais dois morreram logo após o nascimento) e vários abortos. Ela explica:

Eu tive onze filhos. [...] só mais era morto (abortos). [...] teve dois de 9 meses que morreu. [...] eu sofri muito.

Ela trabalha na feira, vendendo picolés, debulhando feijão e comprando frutas e verduras de final de feira para vender de porta em porta com seu carrinho de mão:

Só trabalhar... cuidar da casa, trabalhar nas feiras, amanhã eu vou pra feira do Mucuripe, sexta-feira eu vou pra da Cidade 2000, sábado vou a dali da Praia do Futuro, domingo venho pra daqui. Se eu comprar as frutas, boto dentro do carrinho de mão e vou me embora vendendo no meio do mundo.

Joelma conta sobre sua infância e adolescência, trabalhando, primeiro, na roça com a família e, depois, como babá na cidade:

Meu pai botava a gente pra trabalhar na roça...amanhecia o dia, a gente tomava o café, se tivesse uma tapioca a gente comia [...].Com 14 anos eu vim me embora pra cá pra Fortaleza, não tinha nem 14 ano, quando eu vim pra cá, era tão pequena! Meu primeiro serviço aqui foi ser babá. [...] levei tanto nome de irresponsável, eu só fazia chorar! Minha infância e minha adolescência foi assim trabalhando.

É viúva há 20 anos do pai de todos os seus filhos - homem violento que bebia e maltratava Joelma e os filhos, embora sustentasse a família. Ela manifesta toda a perturbação que passava nessa época:

Meu marido era ignorante, ele não deixava tomar comprimido, sofri muito, muito, muito mesmo! Ele bebia, me batia muito (baixinho). Quando eu tinha um filho ele botava a faca em cima do meu peito e dizia que não era filho dele... [...] meu casamento foi tão perturbado que eu não conto as vez que eu cheguei na porta do quarto pra matar meu marido, eu era pra ter um crime nas minhas costas, (...) se ele não tivesse morrido eu matava ele.

Suas condições de moradia são precárias, pois mora em sobra de terreno de outras construções que ela invadiu, ficando abaixo do nível da rua, onde se entra por uma escada descendo cerca de doze degraus: [...] “é invadido, isso aqui é sobra de terreno, ninguém aqui sai mais não”. As paredes são das casas vizinhas, com uma coberta de telhas, dividida em três

cômodos e um pequeno quintal onde fica um banheiro rudimentar. Tem água encanada mas não tem pia; sem esgoto, as condições de higiene são precaríssimas. O chão é de terra, em parte coberto por um tapete surrado, tudo muito velho e quebrado; bebem água da torneira. Além de dois netos, moram com ela um filho, a nora e dois filhos do casal que não contribuí com o sustento da casa, e a renda de Joelma é instável (não sabe dizer quanto ganha).

Joelma sofre com dores pelo corpo, prováveis marcas de seu sofrimento, e não vai ao médico; “*não tem tempo*” pra se cuidar, mas, por outro lado, ela expressa seus medos de não poder mais trabalhar, ficar dependente dos outros, morrer ou adoecer e deixar o filho/neto sozinho:

[...] eu me preocupo, quando eu não puder mais trabalhar, que eu já tenho esse problema nas minhas pernas, como é que eu vou viver dentro de casa, pra mim viver dependente dos outros, Deus me livre! Minha ligação com ele (neto) é uma ligação muito forte mesmo! As vez eu penso ‘meu Deus, quando eu morrer’, sei lá, eu fico pensando besteira!

Wendel é criado por Joelma desde que nasceu e foi rejeitado pela mãe: “[...] *desde o nascimento dele que ele é assim, já nasceu desnutrido*”. A criança nasceu de oito meses, parto cesariana com baixo peso, 2.070 gramas, ficou duas semanas em incubadora, não mamou ao seio; o pai (filho de Joelma) na época de seu nascimento estava preso e a mãe abandonou o casal de filhos pequenos, quando Joelma os pegou para criar. Algum tempo depois os pais vieram pegar a filha e deixaram o garotinho com Joelma. Wendel tem cinco anos e é considerado desnutrido pelo IPREDE (com muito baixo peso e muito baixa estatura para a idade, segundo a Classificação do Estado Nutricional da OMS – 2006, 2007). No prontuário da Instituição, há registros frequentes de anorexia, gripe, eliminação de vermes, oscilação entre ganho e perda de peso, assim como de carência alimentar.

Wendel usa chupeta, toma mamadeira, a avó segura no colo como a um bebê para acalotá-lo, dorme com a avó na rede e mostra-se muito dependente e inquieto. Sobre isso ela relata:

[...] ai se ele nunca crescesse, ficasse toda vida desse tamanho pra mim era a coisa mais linda do mundo!”

Joelma apresenta oscilação de humor com Wendel, mimando-o ou brigando e ameaçando, alternando os cuidados maternos com picos de estresse, como expressa na fala a seguir, no momento em que banhava o filho no IPREDE:

Tem hora que o Wendel me cansa, oh! (Zangada).

Em outros momentos ela diz emocionada:

Eu acho que ele veio ao mundo pra me dar força pra mim viver, pra mim lutar, sabe?

JANAÍNA é mãe de GLÁUCIA; está com 38 anos e nunca estudou, pois começou a trabalhar aos nove anos para ajudar a mãe:

Assim, com 9 ano eu fui ser baba, era dificultoso, minha mãe morava só, são quatro filho, ela não tinha condições de criar e passava fome, fome mesmo, passava 2, 3 dia sem comer nada. Aí eu tive que sair pra trabalhar. [...] E a minha mãe era deficiente duma perna, e ficava difícil dela sair por aí procurando emprego.

Ela conta que sofreu abuso nas casas em que viveu, manifesta seu trauma e não permite que as filhas trabalhem na casa de ninguém:

Só quem sofreu que sabe. [...] você ser humilhado nas casa dos outro [...]. Muitas vez eu saía das casa nas carreira por causa dos homem, aqueles homem enxerido querendo me agarrar.

Janaína tem oito filhos (18, 16, 14, 12, oito, seis, três anos), estando grávida do oitavo durante a pesquisa. Seus primeiros quatro filhos são do seu relacionamento com um homem agressivo que a maltratava e não contribuía para o sustento da família.

(...) aí me juntei, meu primeiro marido... mas não deu certo porque ele me judiava, ele me batia. E assim eu sempre trabalhava, nunca parei de trabalhar pra dar de comer aos filho, ajudando... aí ele não quis prestar, eu deixei. Só que, quando eu deixei ele eu tava grávida da minha menina que tem 12 ano. Pronto, fiquei só trabalhando. Aí quando foi com uns dois, três anos mataram ele (...).

Janaína, então, conheceu JOSÉ, rapaz bem mais jovem, do interior, com quem passa a morar e com ele tem mais quatro filhos:

[...] aí conheci esse rapaz que é do interior e me juntei, pronto até hoje, e ele é bom pros meus filho, é bom pra mim. Me ajuda muito, se não fosse ele era mais difícil.

José sustenta toda a família com um salário mínimo, Janaína trabalhava duas vezes por semana como faxineira e ganhava 200 reais, mas, a partir de oito meses de grávida, parou o serviço. O Bolsa-Família complementa sua renda e o filho mais velho de Janaína começou a trabalhar. Moram em um barraco construído em um terreno no bairro Edson Queiroz de que a mãe de Janaína toma conta há muitos anos e lá mora com toda a família; cada filho de Dona Maria construiu seu barraco no terreno. O barraco de Janaína tem dois cômodos, o banheiro é o da casa da irmã, o chão é de areia, uma parede é de tijolo e as outras são de madeira e outros materiais, não há água encanada nem esgoto, nem água filtrada.

Janaína fala da angústia que sente quando falta algo para os filhos, principalmente o alimento:

[...] eu fico triste mesmo por dentro, ave Maria, as vezes eu fico doidinha quando eles pede uma coisa que não tem. Aí as vez eu vou ali de manhã, a menina me vende pão, eu pago final de semana.

Gláucia tem seis anos, nasceu com 1.000 gramas, a termo, de parto normal; passou 20 dias em UTI neonatal, mamou durante seis meses segundo a mãe, completando com mamadeira e sempre apresentou grande dificuldade em ingerir os alimentos:

[...] fazia era espremer o peito na boca dela pra ela pegar, que ela não queria! [...] eu dava um leitinho (mamadeira) assim: dava uma vez e dava o peito, pra ver se recuperava ela.

A criança está no IPREDE há seis anos apresentando-se desnutrida, tendo alcançado evolução recentemente, saindo da magreza extrema para a condição de magreza (IMC/idade ≥ -3 a < -2), atingindo altura considerada adequada para a idade. Em seu prontuário há histórico de oscilação entre perda e ganho de peso, gripes, problemas de pele, vermes, anorexia. Teve pneumonia, infecção intestinal e micoses graves. A condição da família é de enorme pobreza e há relatos de carência alimentar.

Gláucia atualmente se mostra independente, até porque a mãe tem dois filhos mais novos do que ela agora. Embora retraída, concentra-se em suas atividades e está começando a ler, aceita as estimulações nos atendimentos do IPREDE, mostrando-se solícita e interessada. Apresenta evolução em sua concentração, performance psicomotora e habilidade em se comunicar (segundo relato de profissionais da instituição).

MARÍLIA é mãe de JOÃO e de JÉSSICA; tem 29 anos, estudou até a primeira série embora não saiba ler ou sequer assinar o nome. Perdeu a mãe, aos seis anos, e a avó, com quem era muito apegada, aos 12. Ela conta:

Minha mãe morreu eu tinha 6 anos, eu era pequenininha, nem me lembro muita coisa dela não. [...] Ave Maria, a minha avó era uma pessoa maravilhosa pra mim, eu nunca sofri nas mãos dela.

É mãe de quatro filhos (10, oito, seis e quatro anos), tendo dado a última filha quando nasceu para adoção, por não poder criar. O pai de seus filhos era homem muito violento, envolvido com álcool e drogas, com quem estava unida desde a adolescência quando saiu da casa do avô também violento com ela:

[...] mas nas mãos do meu vô eu sofria demais. Minha avó morreu e o meu vô praticamente me abandonou [...] eu já sabia que o meu vô não me queria mais dentro de casa, aí eu tive que me juntar.

Marília fala da vida com o primeiro companheiro e pai de seus filhos. Os filhos presenciavam as agressões.

[...] depois quando ele começou a partir pra droga, aí começou a destruição dentro de casa. Foi preso, fiquei sofrendo. Sempre eu dizia a ele: um dia você vai entrar dentro da casa da sua mãe e você não vai me encontrar mais, ‘pois eu lhe mato’ ‘é se você for Deus’. Aí fui no sexto, fiz um B.O. (Boletim de ocorrência), todo dia era uma piza [surra] que eu levava dele, separada mesmo, todo santo dia os meus filho via aquilo.

Após o nascimento da última filha, separou-se e fugiu. Conheceu ANDRÉ e o namora até hoje, sem aceitar morar junto por medo de repetir a experiência da violência. Marília teme os efeitos da bebida sobre o companheiro:

[...] não tenho a companhia do pai, mas tenho outra pessoa que me ajuda com eles, quando ele vem dá muita atenção como se ele fosse o pai, meus filho gosta dele”. [...] Já, a bebida dele, eu tenho medo. [...] porque quando o homem tá bêbado, não quer saber de nada, quer saber se faz.

Marília não trabalha por não ter com quem deixar os filhos, embora diga que deseja muito. Ela explica:

Eu já perdi trabalho por causa disso, mas era pra mim tá trabalhando, eu perdi por causa deles, muita coisa. Tem uma mulher ali que fica com um menino por 200 reais. Dois meninos, vai meu dinheiro todinho, o que eu vou ganhar no final do mês? Não tem nem condições.

Sua renda é proveniente do Bolsa-Família, da ajuda do namorado e de uma pequena pensão instável do pai dos filhos (que hoje é casado com outra mulher, trabalha de carteira assinada e deixou as drogas). Sua casa é própria, embora não tenha terminado de pagar, situada em um beco na Messejana. A construção é antiga, baixa, de alvenaria, o chão é de cimento gasto, sem forro, com água encanada, sem esgoto; são cinco cômodos pequenos, a higiene é precária e bebem água da torneira.

Tendo como referência seu passado de grandes sofrimentos, Marília acredita que sua vida hoje é feliz, embora a situação de vulnerabilidade em que vive, ela diz:

[...] hoje minha vida é uma boa, graças a Deus hoje tudo é melhor pra mim. Apesar de tudo, d’eu passar dificuldade, d’eu passar necessidade, d’eu ver que meus filho não estão passando o que é pra eles passar, mas eu sou uma mulher feliz.

Apesar de se mostrar sempre forte, ela fala do desejo de chorar e desabafar, externar os sentimentos cuidadosamente reprimidos por temer reviver o passado e encarar as dificuldades do presente. Ela fala sobre isso com lágrimas:

Eu acho mais ruim é que eu não consigo chorar, eu não consigo botar pra fora, de jeito nenhum. [...] é o tanto de sofrimento que eu já sofri pra trás, que eu não levo mais pra frente, jamais, que hoje em dia eu sou uma pessoa muito legal, eu sou uma pessoa ótima.

Seus filhos, João, de seis anos e Jéssica, de oito, nasceram de parto normal, a termo, pesando 2.615g e 2.425g, respectivamente. Ambos mamaram por no mínimo seis meses. As duas crianças são consideradas desnutridas (com muito baixo peso e muito baixa estatura para a idade, segundo a Classificação do Estado Nutricional da OMS – 2006, 2007), e freqüentam a instituição há dois anos. Nos prontuários de ambos, há histórico de gripes, vermes e piolho, além de oscilação no peso e no apetite das crianças, assim como relatos de carência alimentar.

Jéssica mostra-se independente, ajuda a mãe em casa, mas Marília reclama de sua rebeldia; ainda não aprendeu a ler. João apresenta um comportamento mais dependente, a mãe reclama da falta de limites (de todos os filhos), da recusa alimentar e de que ele adocece com facilidade.

4.1.2 Reflexões acerca dos perfis das mulheres e de suas crianças

Procuramos, nos perfis constituídos sobre as mães, retratar o essencial de cada história. Embora as entrevistas sejam individuais, trata-se de um grupo que apresenta situação de vida muito semelhante, apesar das singularidades. Para Minayo (2010), a entrevista não estruturada pretende não só obter a descrição de cada caso individual, mas, também, a compreensão das especificidades culturais mais profundas dos grupos. Portanto, a entrevista pode ser reveladora de condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas.

As mulheres deste estudo pertencem a uma classe desprivilegiada, vítima de incapacitações e inibições que não se limitam à falta de oportunidades econômicas, mas que também incluem os *onera* que resultam de famílias desestruturadas, conduzidas muitas vezes por uma mulher sozinha, que tem que combinar o trabalho casual ou instável com a luta para resguardar os filhos; além de tudo, são provenientes de comunidades desorganizadas que não conseguem oferecer suporte para suas necessidades. Para muitas dessas pessoas a vida parece bloqueada, suas crenças naturalizam sentimentos de impotência, resignação e fuga (SOUZA, 2010).

A miséria corresponde a todo um modo de vida, que inclui mas não se esgota na falta de alimentos, vai muito além da pobreza material da família, envolvendo a falta de critérios de reconhecimento social que dignificam os mais frágeis além da sua “utilidade (ou inutilidade)” mais imediata para o trabalho (CARNEIRO; ROCHA, 2009, p. 130).

Para Carneiro e Rocha (2009, p. 131) as opções para as mulheres que vivenciam tal realidade são frequentemente duas: o casamento, que significa estar sob a “proteção” de um homem que, por sua vez, terá plenos direitos na exploração de seu corpo, tanto para o trabalho quanto sexualmente; e trabalhar em casa de família, como “agregadas”, situação esta que lhes traz benefícios e humilhações.

Nesse âmbito, a violência contra a mulher parece naturalizada e tem início ainda na infância, quando é maior a dependência. Assim, um marido “é bom” quando consegue proteger a mulher dos altos riscos de violência, inclusive aqueles oferecidos por ele mesmo, quando é capaz de frear seus impulsos egoísticos mais agressivos (CARNEIRO; ROCHA, 2009). Segundo Gama (2011), a tipologia da violência sofrida pela mulher, em Fortaleza, praticada por parceiro ou ex-parceiro íntimo, sob a óptica da violência física e não física desvelou o agravo de ambas. Para a violência não física, houve 57,2% de denúncias em delegacia especializada, enquanto para a violência física, foram registradas 42,8% das ocorrências. Aqui, entendemos a violência física como qualquer lesão que leve a algum dano físico e/ou sexual, mesmo que associado a alguma agressão não física; e violência não física como psicológica, moral, patrimonial, podendo ocorrer mais de uma violência nesta mesma categoria. Todas as mulheres de nosso estudo sofreram violência física e não física por parte de parceiros íntimos, como está registrado em seus perfis.

Estudo realizado por Vieira *et al.* (2008), em Fortaleza, sobre condições de risco para a violência doméstica, aponta para fatores que contribuem para agravar a ocorrência de violência no seio da família, como: o álcool, o uso da droga ilícita, o desemprego e a baixa escolaridade .

Em estudo inédito na Índia, sobre correlação entre desnutrição e violência, Ackerson e Subramanian (2008) encontraram associação entre múltiplos incidentes domésticos de violência e anemia e desnutrição em mulheres, além de relação sugestiva também entre as crianças filhas dessas mulheres. Os autores acreditam que a negação do alimento é uma das formas de abuso e pressão que caracterizam a violência doméstica. No âmbito de nosso estudo, ouvimos relatos de privação ocasionados pela recusa dos companheiros em contribuir

financeiramente, como forma de pressionar a mulher, o que prejudica diretamente as crianças que acabam passando fome.

Quanto às nove crianças desnutridas, filhas das mulheres entrevistadas, a maioria está na faixa etária de seis a oito anos, cinco delas tendo nascido pré-termo e sete nascido de baixo peso, como mostra o quadro 4, o que aponta para uma desnutrição já intrauterina de quase todas as crianças.

Silveira *et al.* (2010) expressam que a má nutrição materna durante a gestação resulta no baixo peso ao nascer de seus filhos. Défices de desenvolvimento ocasionados pela desnutrição intrauterina e/ou na primeira infância, possivelmente, levam a uma diminuição das necessidades energéticas com alterações na regulação do sistema endócrino. Tais alterações, a princípio tão necessárias para manter a vida, têm efeito deletério a longo prazo, pois isso se dá à custa da redução do crescimento, tornando a baixa estatura um importante indicador de agravo nutricional de longa duração. Os autores acrescentam, ainda, que populações transitadas por fome crônica apresentam maiores índices de baixa estatura, quase sempre correlacionada a uma mais alta prevalência de obesidade.

Para Eickmann (2003), especial atenção é conferida ao comportamento da mãe, pois, já na gestação, ela tende a reagir à privação econômica com aumento do estresse, piora da nutrição e dos cuidados da saúde, deixando de realizar um pré-natal adequado. Esses fatores estão associados a uma incidência mais elevada de prematuridade e baixo peso ao nascer, que, por si, são fatores de risco para o desenvolvimento infantil. Além do mais, mães em desvantagem econômica, em especial aquelas com filhos pequenos, apresentam distúrbios psicológicos muito mais frequentemente quando comparadas àquelas sem desvantagens financeiras. Vieira, Souza e Cervato-Mancuso (2010) acrescentam que há características frequentemente referidas como comuns entre mães de desnutridos, tais como gravidez indesejada, falta de apoio familiar durante o período de gestação e ausência de modelos parentais satisfatórios. Podemos encontrar tais características em quase todos os casos abordados neste estudo. A gravidez não desejada foi referida em todos os casos (ver quadro 2).

Quadro 6 – Perfil das crianças da pesquisa

Nome	Idade	Tempo no IPREDE	Foi desejada	IG	Peso ao nascer	Peso atual	Estatura atual	Mamou?	Comp. alimentar (percepções maternas)
Ian	8a e 7m	4 anos	Não	9m	3,740kg	16,900kg	116,5cm	Sim-6m	Seletivo/'recusa'
Vânia	6	5 anos	Não	8m	900g	12,000kg	97cm	Não	Seletiva/'recusa'
Vera	6	5 anos	Não	8m	1,350kg	13,500kg	98cm	Não	Seletiva/'recusa'
Renato	8	6 anos	Não	7,5m	1,250kg	16,200kg	111cm	Não	Seletivo/'recusa'
Wendel	5a e 5m	4 anos	Não	8m	2,070kg	12,700kg	94cm	Não	Seletivo/'recusa'
Gabriel	3a e 4m	3 anos	Não	6m	1,045kg	10,200kg	84cm	Não	Aceita bem
Gláucia	6	6 anos	Não	9m	1kg	14.400kg	110,5cm	Sim-6m (?)	Seletiva/'recusa'
Jéssica	8a e 7m	2 anos	Não	9m	2,425kg	14,500kg	104,5cm	Sim-2 anos	Aceita bem
João	6a e 4m	2 anos	Não	9m	2,615kg	11,800kg	95cm	Sim-3m	Seletivo/'recusa'

Fonte: Pesquisa Direta

Outro ponto que nos chamou bastante atenção foi o fato de as crianças, embora desnutridas, não aceitarem bem os alimentos e serem seletivas em seus gostos alimentares. O que estará por trás da recusa dessas crianças em comer? O relato de Janaína sobre sua filha Gláucia, uma das crianças com magreza extrema no início da pesquisa, mostra a tentativa em alimentar a criança, retratada como 'peleja' pelas mães:

Eu faço cuscuz e pelejo, pelejo, mas ela não quer comer, os outro não reclamam, comem tudo, já ela [...], eu faço cuscuz e ela 'oh, mãe, tão ruim esse cuscuz não tem nada, não tem nem um ovo'. Eu digo pra ela 'é minha filha', [...] quando tem eu boto um pouquinho de leite dentro, ela come um pouquinho, tudo é de pouquinho.

Kachani *et al.* (2005) esclarecem que um dos mais frequentes distúrbios alimentares é a seletividade alimentar, que não alcançou, ainda, um conceito definitivo nos colegiados médicos e de nutricionistas. Suas principais características clínicas, no entanto, são reconhecidas: recusa alimentar, pouco apetite e desinteresse pelo alimento. Os autores trazem o conceito de **anorexia infantil ou anorexia verdadeira**, a qual se caracteriza quando a criança não consome, espontaneamente, uma quantidade de alimentos suficiente para seu adequado crescimento e desenvolvimento.

As condições desfavoráveis à aceitação alimentar podem ser de origem orgânica ou comportamental. As questões de origem orgânica referem-se a infecções, problemas intestinais, transtornos metabólicos ou do sistema nervoso central, parasitoses, carência de vitaminas e minerais, além da própria desnutrição. Já as causas comportamentais ou psíquicas estão relacionadas a situações como: distúrbios da dinâmica familiar (alteração no vínculo mãe-filho, tensão familiar, dificuldade dos pais em estabelecer limites, mudanças na rotina, separação dos pais, falecimento na família, nascimento de um irmão); distúrbios emocionais da criança (problemas de ajustamento, negativismo, busca de atenção, satisfação de desejos); desmame e/ou introdução alimentar inadequados; condições ambientais físicas desagradáveis (KACHANI *et al.*, 2005).

Appolinário e Claudino (2000) consideram como **transtorno da alimentação da primeira infância** uma dificuldade em se alimentar adequadamente, o que leva a uma perda ponderal ou a uma falha em ganhar peso de forma apropriada, iniciando-se antes da idade de seis anos. Para os autores, deve-se proceder a uma avaliação dos pais e de fatores psicossociais que estejam contribuindo para o desenvolvimento e a manutenção do problema.

Podemos perceber que os fatores psicossociais são considerados relevantes na visão dos autores mencionados, principalmente quando condições orgânicas já foram descartadas como causa do transtorno alimentar. No caso das crianças deste estudo, não podemos desconsiderar a situação de falta de alimentos (insegurança alimentar) no que se refere tanto à quantidade como à variedade destes, como veremos mais adiante, nas categorias de análise, o que se torna um fator agravante para a condição nutricional e emocional de toda a família.

Para fundamentar esta afirmação, Vieira, Souza e Cervato-Mancuso (2010) realizaram estudo de caso-controle em escolas municipais de educação infantil no Jardim Jaqueline, área de alta vulnerabilidade social do Município de São Paulo, no qual constataram que tanto a insegurança alimentar familiar como o vínculo mãe-filho inadequado mostraram-se fatores determinantes da ocorrência da desnutrição na população estudada. O vínculo mãe e filho, de acordo com os autores, consiste na relação de apego desenvolvida entre a figura materna e sua criança e que resulta na capacidade materna de cuidar. Silva *et al.* (2002) mencionam que o vínculo mãe-bebê se desenvolve nas pequenas atividades diárias, como brincar, alimentar, vestir e banhar.

Com apoio nas inquietações suscitadas e considerações fundamentadas na literatura, vamos redimensionando o contexto da desnutrição, ampliando o escopo de possibilidades que deflagram sua ocorrência e permanência nas vidas dessas crianças e de suas mães.

4.2 As experiências e os espaços percorridos

Conforme deixamos claro na metodologia, percorremos com as mulheres espaços vivenciais, tanto na contextura institucional, quanto no âmbito familiar, quando visitamos as residências de nossas informantes.

Cada mãe foi acompanhada, por meio de observação participante, por três a quatro vezes, no IPREDE e de uma a três vezes em suas casas, com permanência entre quatro e seis horas a cada visita. Três das mães também foram acompanhadas em percursos externos às suas casas e ao IPREDE: para buscar o filho na escola, para ir em ônibus ao IPREDE, ou acompanhar do IPREDE à sua casa, e para levar a criança ao Núcleo de Terapia e Estimulação Precoce - NUTEP, em sua sede na Maternidade-Escola Assis Chateaubriand, da Universidade Federal do Ceará, para atendimento à criança. Passamos a descrever em sequência os percursos experienciados junto às mães e aos seus filhos.

4.2.1 O itinerário no IPREDE

Todas as mães frequentam o IPREDE quinzenalmente. Durante o seguimento das trajetórias das mães e suas crianças, percorremos com elas seu itinerário, sempre muito semelhante, dentro da Instituição. Chegavam à recepção após viagem de ônibus com os filhos, cinco delas trazendo mais de uma criança para acompanhamento; algumas moravam mais longe, outras mais perto, uma delas vinha às vezes de bicicleta, grávida e trazendo duas crianças por não ter o dinheiro da passagem (o IPREDE dá a passagem de volta).

Ao chegarem, assinavam as guias de presença e aguardavam ser chamadas para a triagem (momento com a enfermeira para saber como está a criança e orientar seu fluxo nos atendimentos). Em seguida, dirigiam-se ao acolhimento, onde esperavam as chamadas.

O “acolhimento”, local onde as mães e os filhos passam a maior parte do tempo na Instituição, é um lugar ventilado, com cadeiras dispostas em círculo em toda a sua extensão de modo que o meio da sala fica vazio (onde acontecem as atividades), há banheiro dentro e fora da sala, sempre limpos, berços para o descanso das crianças menores, além de um pátio externo aberto ao final da tarde; há propostas de brincadeiras variadas para as crianças (massa de modelar, desenho, narração de histórias, jogos de arremesso, jogos livres com brinquedos variados, balões, entre outros) conduzidas por uma estagiária de Pedagogia e pelas mães colaboradoras de modo animado e afetuoso. Há música infantil, o lugar é higienizado com frequência e é servido leite para as crianças uma vez pela manhã, outra à tarde.

Apresenta-se frequentemente bastante agitado e lotado. Em alguns momentos, quando as crianças e suas mães são chamadas para os atendimentos, fica quase vazio. Chamou-nos a atenção este fluxo, pois quase todos os grupos funcionam simultaneamente; ao mesmo tempo observamos que as díades esperam bastante tempo entre um atendimento e outro, como comentou Débora diante da demora em ser atendida: “*Cheguei tão cedo hoje!*”

As atividades no acolhimento são dirigidas em sua maioria às crianças; as mães, pelo que pudemos observar, participam de modo passivo ou interagem um pouco com os filhos quando é de sua vontade. As mulheres da pesquisa expressavam cansaço e enfado, às vezes cochilavam sentadas ou ficavam circulando pela Instituição. Escutamos relatos de outras mulheres sobre o cansaço e sugestões de que houvesse atividades também para as mães:

Deveria ter alguma coisa pra gente fazer, em vez de ficar só parada [...] esperar cansa mais que fazer as coisa em casa. (Mãe no acolhimento).

Uma vez por mês as crianças são pesadas e medidas. Oito das nove crianças acompanhadas na pesquisa passam pela sala de mediação com suas mães a cada visita; uma delas é atendida no NUTEP semanalmente, portanto não passa pela mediação; seu fluxo é um pouco diferente porque tem paralisia cerebral.

Na mediação, pudemos observar a relação entre as mães e as crianças durante jogos e brincadeiras. Normalmente, seis díades participam a cada sessão neste espaço lúdico. São três sessões de cerca de 20 minutos por turno. Todos tiram os sapatos, entrando descalços na sala e sentando-se no chão. As crianças escolhem os jogos organizados nos armários e levam até onde está sentada sua mãe para brincar com ela; os irmãos podem participar, mesmo que não sejam do IPREDE.

Quando necessário, as terapeutas orientam as escolhas dos jogos com o objetivo de estimular o desenvolvimento. São quatro profissionais na mediação: uma fonoaudióloga, uma terapeuta ocupacional, uma fisioterapeuta e uma psicóloga, desempenhando o papel de mediadoras da relação mãe e filho e estimulando o desenvolvimento global das crianças.

As mulheres da pesquisa demonstravam receptividade ao trabalho e às profissionais, normalmente mostrando-se um pouco inibidas, soltando-se à medida que iam recebendo atenção das terapeutas que se aproximavam com sorrisos, estímulos verbais e adotando comportamentos de referência para as mães, como elogiar as crianças ou participar de seu jogo, de modo a torná-lo interessante. As crianças mostravam-se geralmente à vontade,

algumas apresentavam pouco tempo de concentração e dificuldades com os limites, outras brincavam sozinhas enquanto a mãe observava próxima a ela, ou jogavam com a mãe divertindo-se com ela; algumas mães comandavam o jogo na relação com o filho (“*é assim que joga!*”), faziam do seu jeito ou brincavam sozinhas encantadas com o brinquedo e esqueciam do filho. Vejamos o exemplo de uma sessão de Débora e seu filho Renato de oito anos na mediação:

Renato vai ao armário e escolhe um jogo com a participação da fonoaudióloga. Leva o jogo para a mãe que está sentada no colchonete. A mãe responde de modo afetivo, entretanto joga sem interagir com a criança. Uma das profissionais se aproxima e orienta a mãe a dar umas dicas para o garoto, envolvendo-o no jogo, pois ele apresenta dificuldade em se concentrar. A mãe se mostra inquieta: “*Estou estressada com esse jogo, prefiro o meu crochê!*”. Renato permanece pouco tempo no jogo, desconcentra-se rápido, anda pela sala, observa outras crianças, é chamado de volta e estimulado com frequência pela profissional, a mãe também tenta mantê-lo na brincadeira e desabafa enquanto o filho se afasta mais uma vez: “*Ele é impaciente, não vai bem na escola, não está lendo.*” A sessão termina, Renato não conclui o jogo, mas a mãe faz questão de finalizar e requisita minha ajuda. Nós concluimos o jogo juntas. Renato guarda o material sob insistência da fonoaudióloga e desaparece pelos corredores. Vale ressaltar que o jogo mencionado era adequado à idade de Renato e que, quando ele conseguia se concentrar, acertava e se mostrava contente.

Todas as mulheres passam pelas palestras da Nutrição e do Serviço Social que acontecem separadamente e cuja duração é em torno de 20 minutos. As crianças da pesquisa e suas famílias deveriam ter encontros também individuais com os profissionais dessas áreas em razão das necessidades dos casos que são considerados de gravidade pela Instituição, entretanto, em seus prontuários não há registro no último ano desses atendimentos de forma individualizada, apenas das palestras. Conversando com as profissionais responsáveis, elas referem falta de profissionais para a grande demanda atual de famílias na instituição, o que inviabiliza os encontros individuais na frequência necessária. As mães manifestam preferir os atendimentos individuais:

Eu gosto das palestras, mas é melhor quando elas conversam com a gente, assim, acompanham ali, né, a gente entende melhor, diz como tá a criança. (JANAÍNA).

As palestras da Nutrição realizam-se pela manhã e à tarde para todas as mães, sempre que comparecem ao IPREDE. O trabalho é feito pela nutricionista ou por estagiárias do curso de Nutrição, em pequenos grupos. Nesses encontros, são abordados temas relacionados à alimentação saudável para as crianças e suas famílias (amamentação e alimentação complementar após os seis meses, sobre o exemplo dos pais, sobre evitar fazer as refeições

assistindo à televisão ou seguir a criança para dar o alimento, sobre a higiene, os malefícios dos alimentos artificiais, hidratação, vícios, entre outros). Às vezes são programadas oficinas de culinária no lugar das palestras, ensinando a fazer sucos especiais de frutas, vitaminas, bolos, “pizzas” mais saudáveis.

As crianças normalmente não acompanham as mães, ficando na brinquedoteca (sala ampla com vários brinquedos, sob os cuidados de mães colaboradoras – que são mães do IPREDE treinadas para cuidar das crianças).

As palestras da Nutrição ocorrem em sala apropriada, no ambulatório da Instituição, com as mães sentadas em cadeiras, formando um círculo. Presenciamos vários desses encontros junto às mães. Pudemos perceber que as palestras são rápidas, em linguagem geralmente técnica, utilizando palavras e expressões como: gordura saturada, carboidratos, conservantes, corantes, diluir, entre outras, e com uma gama considerável de informações; são utilizados cartazes para demonstração do conteúdo e exemplos. As profissionais buscavam interagir com as mães por meio de perguntas, alguns grupos mostravam-se mais participativos, outros pouco responsivos e inibidos. Cada vez que participávamos encontrávamos uma profissional ou estagiária diferente realizando a exposição.

Podemos notar melhor a dinâmica desses encontros com base nas seguintes anotações no diário de campo da pesquisa:

Estou acompanhando Joelma, cuidadora de Wendel de 5 anos. A estagiária de nutrição fala sobre amamentação e alimentação complementar após 6 meses. Ela faz perguntas às mães, Joelma responde (não escuto). A palestra me parece em linguagem técnica própria da nutrição, não há demonstração com fotos ou filmes. Uma mãe com um bebê no colo dá seu depoimento de que a filha já aumentou muito de peso com as orientações do IPREDE: “[...] porque antes só queria peito, agora come outros alimentos”. Outra mãe diz que o filho só quer mamar com 1 ano e 8 meses. A estagiária explica rapidamente como deve proceder e fala da importância do exemplo da alimentação dos pais, sobre comer vendo TV ou seguir a criança para fazê-la comer (Joelma relatou todos esses hábitos inadequados durante a entrevista comigo, mas nesse momento permanece calada). A profissional continua sua fala abordando agora sobre enlatados, temperos prontos, xilitos, bombons. Na mesma hora uma criança pequena que acompanhava a mãe está comendo xilitos, as mães começam a rir, o xilito cai no chão e a criança apanha pra comer; as mães observam e alertam a mãe da criança, ela toma o salgado. A estagiária aproveita e fala sobre higiene ligada à alimentação. Joelma cochila. Agora o tema é “variar o cardápio”, tornar a alimentação interessante, conversar com a criança. A estagiária pergunta se há dúvidas e dispensa ao grupo, pois todas permanecem caladas. Duas mães saem do grupo falando de sentir sono durante a palestra.

As palestras do Serviço Social da Instituição acontecem no início da manhã e no começo da tarde. São realizadas pelas assistentes sociais no espaço do acolhimento, abordando temas como cuidado materno, meio ambiente, Bolsa-Família, acesso a serviços de saúde, cursos que estão sendo oferecidos na Instituição, relacionamento interpessoal, comunicar mudanças na rotina do atendimento, higiene, divulgar campanhas (vacinas, benefícios de amparo social), situações pertinentes ao convívio familiar e social, apaziguar situações no interior do grupo, entre outros.

As crianças permanecem junto às mães durante o trabalho. Acompanhamos somente duas dessas palestras, pois nos encontrávamos com as mães em outros setores, já que, em razão do fluxo, nem todas as mulheres participam das palestras. Às vezes também as mães chegam à Instituição depois da palestra. A profissional procurava abordar os temas em linguagem acessível, interagindo com as mães por meio de brincadeiras, narração de histórias, perguntas e exemplos. Não presenciemos o uso de recursos como audiovisual ou cartazes.

Em contrapartida várias vezes tivemos a oportunidade de acompanhar os atendimentos individuais do Serviço Social, principalmente pela manhã. As mulheres procuravam espontaneamente a profissional ou eram chamadas para conversar sobre seu contexto de vida atual e fazer os encaminhamentos necessários. Os motivos das mães são os mais variados: não estão recebendo, por algum motivo, o Bolsa-Família ou querem orientação sobre algum benefício; como se proteger do companheiro violento; pedir um *kit* alimentar extra, pois há carência de alimentos em casa; ou pedir uma passagem de ônibus extra porque veio com acompanhante; solicitar informações sobre cursos na Instituição ou mesmo para conversar e receber uma atenção mais individualizada. O atendimento de Amália ilustra um dos acompanhamentos delicados desse serviço:

Amália chega nervosa ao IPREDE com seus três filhos porque encontrou seu ex-companheiro na entrada da instituição tentando abordá-la. Ele a tem perseguido e ameaçado porque ela fugiu de sua casa devido à violência com que era tratada por ele, durante os cinco meses em que moraram juntos. A enfermeira que a recebeu primeiro chamou a assistente social e a mim para acompanhar o caso. Após verificação de que o rapaz continuava em frente à instituição a esperar por ela, a assistente social ligou para o Centro de Referência da Mulher, para onde Amália já havia sido encaminhada pela instituição e feito uma denúncia contra ele. A assistente social, após explicar o caso ao telefone, passa o aparelho para Amália conversar com profissional responsável do órgão, contando sua história e ouvindo as orientações. Como não fora feito boletim de ocorrência, a polícia não podia ser chamada. Decidimos então que a mãe devia sair no carro da instituição para sua proteção. A assistente social pergunta à Amália se ela quer ir para casa ou se quer ir para o Centro de Referência da Mulher em busca de conseguir um abrigo até que eles tomem as providências necessárias. Ela prefere ir para o Centro de Referência, mostra-se muito apreensiva: *“Ele não tá brincando, estou*

toda me tremendo.”. Amália vai para o refeitório tomar a sopa com os filhos, enquanto a assistente social providencia o encaminhamento. Cerca de meia hora depois, o rapaz entra na instituição a procura de Amália. A Assistente Social conduz a moça a outro setor, simulando atendimento de outro profissional. Agiliza a transferência em um táxi, pois no momento não havia carro na instituição, direto para o Centro de Referência da Mulher Francisca Clotilde. O ex-companheiro pergunta à assistente social: “*Onde está Amália?*”. A Assistente Social informa que a criança de Amália foi transferida para o Hospital, ele não acredita e afirma que o menino não está doente e que Amália está escondida na instituição. A Assistente Social afirmou que ela não estava e perguntou quem ele era para estar perguntando por Amália. O mesmo identificou-se como ex-marido. A profissional pede seus documentos para que ele possa permanecer na instituição e ser devidamente atendido. Visivelmente irritado, retira-se verbalizando a ameaça: “*Eu vou quebrar a cara dela, quando ela chegar em casa!* (referindo-se à casa onde ela mora atualmente)” Não há segurança na instituição. Após a saída do mesmo do IPREDE, o ocorrido foi comunicado ao profissional do Centro de Referência da Mulher Francisca Clotilde, onde Amália já estava sendo atendida.

Além dos acompanhamentos já mencionados, as crianças passam pelo setor médico, uma vez ao mês ou, em caso de necessidade identificada no momento da triagem, pelo setor de enfermagem. Vamos acompanhar um dos atendimentos médicos realizados com Jéssica, filha de Marília:

Marília é encaminhada com a filha ao médico porque a criança está com piolhos. Esperamos meia hora no ambulatório conversando. A mãe comenta: “*Eu não gosto de médico, são tudo grosso, ignorante*” (Faz careta). Um médico jovem (talvez residente de medicina, pois a instituição mantém convênios com as universidades) atende Jéssica. Mostra-se brincalhão e coloca limites nas crianças que estão inquietas. Explica à mãe sobre a infestação por piolhos, os cuidados e como usar o remédio, Marília se mostra atenta e solícita. Passa então a receita e manda esperar. Esperamos por cerca de 15 minutos. Marília mostra-se impaciente e dá ‘xilitos’ e pipoca aos filhos enquanto esperamos. O médico chama e entrega a receita. A mãe vai na farmácia do IPREDE ver se encontra o medicamento, mas não tem. Ela volta para o acolhimento.

Outro atendimento pelo qual passam as crianças deste estudo é a sessão de Psicomotricidade que funciona de modo conjugado ao Grupo Conviver (grupo de mulheres). São dois grupos semiabertos, que funcionam simultaneamente: a criança segue para a sala de Psicomotricidade, enquanto a mãe para o Grupo Conviver.

Os atendimentos em Psicomotricidade são realizados somente com crianças acima de três anos, que aceitam ficar sem as mães. Um processo de adaptação pode ser feito no caso de crianças muito dependentes da mãe, quando então a mãe é convidada a participar junto com o filho por um período adaptativo. Estas sessões objetivam estimular o desenvolvimento das habilidades psicomotoras, a simbolização de conflitos, bem como a socialização das crianças,

e são realizadas por uma psicomotricista que realiza duas sessões por turno. Durante o período em que acompanhamos as mães, uma vez apenas presenciamos uma das crianças da pesquisa ser chamada, enquanto a mãe estava no grupo da Nutrição, pois às vezes este atendimento é conjugado ao grupo da nutrição. Parece que, em razão da grande demanda de crianças e das irregularidades no fluxo, somente 12 a 15 crianças, dentre as cerca de 40 presentes a cada turno na Instituição, são atendidas neste setor. Na sala de psicomotricidade não há móveis, exceto um armário embutido. As crianças brincam livremente com seu corpo, com a psicomotricista e com objetos, como: bolas, bambolês, cordas, tecidos, bonecas, bastões de piscina e outros materiais convidativos ao movimento e à relação.

O Grupo Conviver atende às mulheres da Instituição com uma proposta de acolhimento, escuta e trocas, lugar para compartilharem seus conflitos, medos, dores, insatisfações e também as conquistas realizadas, sob a orientação de psicólogas. Funcionam normalmente dois grupos por turno. A sala não tem cadeiras mas grandes almofadas onde as mães e a profissional sentam descalças e conversam com base em técnicas da dinâmica de grupo relacionadas aos temas abordados. Durante a pesquisa, nenhuma das mulheres acompanhadas foi chamada ao grupo, embora elas tenham se referido com frequência e de modo positivo a este atendimento.

Após os atendimentos referidos, as mães vão ao refeitório tomar a sopa com os filhos, caso desejem, no final da manhã e ao final da tarde. O refeitório é amplo. São 60 lugares, várias mesas e cadeiras novas, “gelágua”, pias externas para lavar as mãos. As mulheres fazem fila e duas ou três profissionais servem a sopa em pratos da Instituição. Elas comem sentadas à mesa com seus filhos. Acompanhamos algumas vezes as díades no refeitório, tomamos a sopa que nos pareceu muito gostosa. Passamos a relatar duas dessas experiências:

16:35 a sopa chega, as mães fazem fila. Duas profissionais servem. Uma avó com duas netas, pede que eu segure a neta de 6 meses muito desnutrida, enquanto ela pega a sopa e janta com a outra netinha maior. Depois eu tomo a sopa também, está gostosa.

Joelma toma a sopa ligeiro, o neto Wendel demonstra dificuldade em se aquietar para comer, ele come mas não aguenta tudo. Ela se mostra impaciente, briga, promete coisas para ele comer, dá na boca a última colherada. Ele parece cansado, bebe muita água antes de comer, o que pode ter diminuído seu apetite. Cuidadora e criança bebem no mesmo copo, comem na mesma colher, hábito que observei também na relação de outras mães com seus filhos. Joelma conversa, fala do cansaço e do desejo de viajar para o seu interior.

Terminando a trajetória, elas seguem para o SAME, a fim de pegar seu cartão com a consulta remarcada, e para a leiteria receber o leite e algum mantimento a mais se houver

doações. Arrumam suas bolsas, já têm banhado e arrumado as crianças e seguem para a parada de ônibus.

4.2.2 Nas casas visitadas

As visitas às casas das mães aconteceram sem intercorrências, ligadas, por exemplo, à violência que tínhamos que pudesse ocorrer, pois alguns bairros onde elas moram são considerados de risco neste sentido. O IPREDE disponibilizou um carro para nos garantir transporte e segurança.

As mulheres mostraram-se solícitas quanto às visitas. Antes, porém, de conseguirmos marcar a primeira visita, Marília mostra receio em me receber dizendo: *“O que eu vou te servir quando tu for lá, de merenda, eu não tenho nada!”* Então, aos poucos, percebendo suas preocupações, fomos cuidando desses detalhes e levando, por exemplo, um lanche sempre que as visitava. Em suas casas demonstravam preocupação com nossa presença, que ficássemos confortável, limpavam toda a casa antes de chegarmos e falavam sem parar. Duas delas não arrumaram suas casas, mas nos receberam mostrando disponibilidade. Cinco delas nos ofereceram lanche ou almoço em suas residências, o que aceitamos, comendo junto com elas. Três delas nos ofereceram presentes simbólicos.

A ansiedade percebida no comportamento das mães durante os primeiros momentos das primeiras visitas foi diminuindo à medida que conversávamos. Aos poucos, mostravam-se mais à vontade e, no momento da despedida, convidavam-nos para voltar, como expressa Débora ao perceber que estava na nossa hora de ir embora: *“Já? Passou tão rápido! Quando vier de novo vai ter novidade”*. De fato, quando voltamos à sua casa novamente, havia um fogão novo que ela ganhou de uma amiga, a pia estava instalada e ela fez bolo para o lanche com café.

Todas as casas possuíam televisor, geladeira e fogão, embora geralmente em condições precárias; apenas uma das mulheres não tinha telefone celular. Elas demonstravam preocupação com a higiene, embora as condições não facilitassem quando não havia pia, o piso era de areia ou com buracos, muitos filhos, faltava material de limpeza, não havia filtro de água com vela adequada, nem instalação sanitária, entre outras dificuldades. Três mães afirmavam ter casa própria, entretanto não tinham qualquer documento. Os móveis e eletrodomésticos das suas casas são geralmente fruto de doações de patrões, vizinhos ou

instituições, como explica Cristina: *“Quase tudo aqui foi ele (companheiro) que ganhou no condomínio, lá onde ele trabalha”*.

Sobre a vizinhança de suas casas, elas afirmaram não ter amigos, só conhecidos. Quem tem família conta mesmo é com os parentes, como explica Gil: *“Eu me sinto só aqui, agora eu não me sinto tanto porque meu irmão tá perto de mim, porque é o que eu mais queria, ter alguém da minha família perto de mim.”* Próximo às casas sempre há escolas, supermercados, às vezes posto de saúde; nem sempre há creches. Elas relatam preferir lugares mais animados; é comum tocar música alta na vizinhança.

Seu tratamento com as crianças é de cuidado, embora percam a paciência em momentos de estresse. Marília, por exemplo, descontrola-se com a inquietação dos três filhos dentro da pequena casa e grita: *“sua chata” “nojenta” “vou te meter a peia”*. Gil se aborrece, briga, mostra a chinela, olha pra mim e reclama: *“Tá vendo? Viu quantas vezes eu já varri?”* Joelma repete irritada com Wendel: *“seu chato” “cabeça de bagre” “vou te mandar pra casa do teu pai”*.

Durante o envolvimento com as visitas às suas casas, surgiram algumas oportunidades de acompanhá-las além do contexto doméstico, como, por exemplo, ir buscar as crianças na escola com Joelma e Janaína. Os registros no diário de campo exprimem dessas experiências:

16:15 fomos buscar os filhos de Janaína na escola, é próximo, seis ou sete quarteirões que Janaína, grávida de oito meses, percorre para pegar seus meninos menores, entre eles Gláucia. As crianças se mostraram surpresas e inibidas com minha presença. Ao chegarem em casa elas vão logo pra rua brincar, alguns procuram o que comer.

Joelma se arruma para ir buscar o neto. Ela havia colocado água no fogo para fazer o arroz mas desistiu, mostra-se aperreada. 10:50 saímos para pegar Wendel. Andamos mais de dez quarteirões no sol, Joelma leva um guarda-chuva para me proteger do sol, mas ela não liga para si. A escola parece organizada, o garoto espera sozinho, os outros já foram para casa. Ele me abraça ao me ver: *“A tia!”* A professora logo aparece e ajuda Wendel a pegar suas coisas. Voltamos para casa. No caminho Joelma compra biscoitos recheados a pedido do menino, ela abre o pacote e entrega a ele, ele diz que não quer agora; Joelma diz: *“Olha, nem quer...se eu soubesse!”* Chegando em casa ela liga a televisão, ajuda o garoto a se despir, a tomar banho (sempre calçado de chinela), arruma-o e dá a vitamina de melão, goiaba e leite, como almoço. Ele come vendo TV, ela não come. Prepara-se agora para ir ao IPREDE.

Cabe acrescentar que o acompanhamento de Joelma se estendeu até o IPREDE neste dia, percorrendo o trajeto, junto com ela e o garoto, de ônibus, como relatamos a seguir:

[...] ela se organiza para ir à instituição: separa o lanche (toddin e biscoito, nada de frutas embora tenha algumas na geladeira), coloca em uma bolsa fralda, chupeta e

roupa para o neto. Wendel come um doce. Há movimento em casa, pessoas sempre passam, entram, conversam um pouco, pedem alguma coisa; a nora que mora com ela acorda com os dois filhos. Saímos meio dia. Ela passa no mercantil para comprar fralda descartável que sua filha pediu. Depois esperamos 10 minutos pelo ônibus na parada, vem meio lotado. Ela entra pela frente e senta em cadeira reservada para quem está com criança de colo. Eu entro por trás, pago sua passagem e fico em pé ao lado deles, não há assento livre. No terminal esperamos mais cerca de 15 minutos por outro ônibus, entramos pela frente e vamos sentadas. Wendel quase sempre no colo, ela agarrada a ele cheirando e dizendo palavras carinhosas: “Coisa linda da avó!” O garoto corresponde aos carinhos. Ele demonstra cansaço, pede a chupeta, ela coloca no colo, deitado e dá a chupeta amarrada na fralda. Na viagem até o IPREDE, ele dorme em seu colo. Nós conversamos sobre seus filhos, netos, a luta de casa, sua saúde. O ônibus está lotado. Chegamos ao IPREDE 13 horas e 30 minutos. Caminhamos até a instituição três quarteirões, ela leva o garoto no colo, embora ele esteja acordado.

Gil, mãe de Gabriel, convidou-nos para o aniversário dos trigêmeos, no dia 23 de julho, uma festa realizada com a participação dos vizinhos e a contribuição da família. Como sua casa é muito pequena, a festa foi na calçada larga em frente à casa. Em agosto, Gil ligou-nos convidando para acompanhá-la ao NUTEP para uma aplicação de “botox” em Gabriel. Chegamos à sua casa às seis e meia da manhã, pegamos três ônibus de ida e três de volta, além do percurso a pé; retornamos ao meio dia. Sintetizando as observações realizadas, registramos o seguinte sobre esta experiência:

Quando cheguei todos estavam acordando, mas Gil já havia feito o mingau dos garotos e se preparava para banhá-los e arrumá-los com a ajuda da filha; o companheiro não ajuda no cuidado com as crianças, mas foi comprar o pão e levará os dois gêmeos de Gabriel para a creche de bicicleta. Gabriel não foi aceito na creche porque não anda direito, talvez o botox possa ajudar. Os dois filhos mais velhos já haviam saído para a escola. A casa é muito abafada. Eu procuro participar arrumando os garotos e dando o mingau. A luz e a água foram cortadas por falta de pagamento. Pegamos o ônibus pouco mais de sete horas, vamos sentadas até o primeiro terminal, pegamos o segundo ônibus, Gabriel muito quieto no colo da mãe, Gil conversa o tempo todo. Pegamos o terceiro ônibus, dessa vez lotou, eu dei minha cadeira a uma senhora, Gil foi sentada com o filho. Descemos do ônibus e andamos 5 quarteirões com Gabriel no colo. No NUTEP encontramos atendimento agilizado, pessoas solícitas, nada de fila, pouca espera, tudo muito limpo e organizado; Gil elogia os profissionais, já foi atendida aqui várias vezes: “*Gosto muito daqui, só é longe.*” Gabriel foi avaliado, os profissionais se mostram afetuosos, surpreendem-se com as habilidades do garoto apesar da paralisia, a mãe sempre perto. Depois esperamos, sentados no corredor, pela aplicação do botox. Gil mostra-se sensibilizada com o filho, sempre atenciosa, preocupa-se porque ele vai sentir dor. Chamam para a aplicação do medicamento. É tudo muito rápido, Gabriel chora muito. Agora arrumamos o pequeno e aguardamos ele ficar mais tranquilo para realizarmos nossa jornada de volta.

Com as observações apresentadas, pretendemos situar o leitor quanto aos contextos de vida das mulheres e de suas famílias, vindo a complementar as informações evidenciadas nos seus perfis. Aqui não apresentamos reflexões ou interpretações, mas uma descrição da jornada

observatória participante, com o intuito de, desde esse “mergulho”, desenvolver as categorias de análise, ampliando a compreensão sobre as percepções das mulheres acompanhadas.

4.3 Categorias de Análise

4.3.1 O cuidado materno à criança desnutrida

Cuidar de uma criança é tarefa complexa, principalmente em um contexto de perdas e inequidades no qual vive a maioria das mulheres que frequentam o IPREDE: falta de um companheiro presente e participativo na sua função paterna, de condições financeiras para sustentar o filho, de conhecimento sobre o desenvolvimento de uma criança, de referenciais de afeto seguros e estruturantes na infância da mãe para subsidiar o equilíbrio emocional necessário à delicada função materna, além da inexistência de moradia, de creches, de assistência médica de qualidade, dentre tantas outras.

Tais perdas e faltas detectadas neste estudo foram apontadas em achados de outros estudos que revelam a relação determinante entre desnutrição e baixa renda familiar (NUDELMANN; HALPERN, 2011; ASSIS *et al.*, 2007; MONTEIRO *et al.*, 2010; SANTOS; MARTINS; SAWAYA, 2008); situação nutricional e falhas na relação mãe e filho por ausência de apoio familiar e/ou de referenciais de afeto na história de vida da mãe (ABREU, 2004; SAMPAIO *et al.*, 2007; SILVA *et al.*, 2002; VIEIRA, SOUZA; CERVATO-MANCUSO, 2010).

A condição socioeconômica das mães caracterizada pela baixa renda e suas consequências, a baixa escolaridade, o grande número de filhos, infância infeliz materna e violência intrafamiliar estão associadas às causas da desnutrição infantil. Em países em desenvolvimento, as crianças experimentam duplo desafio: estarem mais suscetíveis às doenças infectocontagiosas, assim como, sofrerem as consequências das condições sociais adversas, estando expostas aos distúrbios familiares e à violência em seu cotidiano (NUDELMANN; HALPERN, 2011).

Cuidar de um filho com desnutrição em meio a todas estas vulnerabilidades envolve aspectos psicossociais com origem nos quais pudemos estabelecer características comuns manifestadas pelas mulheres, como medo, tristeza, vergonha, apreensão, conflito, angústia, culpa, raiva, indignação, somatização, superação. Relatos das mulheres entrevistadas ilustram esses sentimentos:

Preocupada, né, sei lá a gente pensa tanta besteira, porque eu acho que toda mãe quer ver seu filho bem, né, alegre, brincando, correndo, eu acho que é isso. (JANAÍNA).

[...] mas eu queria que ele fosse um menino mais forte, assim como os outro. (JOELMA).

Quando eles perde [peso] eu fico triste, quando eles ganha eu fico alegre! (MARÍLIA).

Com base na exposição dos sentimentos e mais as percepções reveladas durante as entrevistas com relação à maternidade e ao cuidado por parte de mães das crianças desnutridas, surgiram as seguintes subcategorias: **a) “Eu não achei nada fácil ser mãe”;** **b) Ser mãe: conflitos e contradições;** **c) Feminilidade (des)nutrida;** **d) os sentimentos diante da desnutrição do filho.**

Estas subcategorias, abordadas a seguir, ajudam a compreender sobre o contexto de vida dessas mulheres.

a) “Eu não achei nada fácil ser mãe”

[...] dá vontade de jogar tudo pro alto.

As mulheres demonstram seus sentimentos e dificuldades em ser mães. Seus discursos parecem revelar o peso da função materna em um contexto de privações, somando-se à ausência de uma figura paterna estável e presente. A maioria delas deflagra suas sensações ante a responsabilidade em assumir os dois papéis, de mãe e de pai, pensando em alguns momentos em desistir dessa condição materna, sentindo-se estressadas, tristes ou “conformadas” como demonstram em suas falas:

Pra mim, cada vez vai ficando mais ruim pra mim. Porque a minha vida, logo que eu tive filho, né, e que nenhum pai deles aceitou assim pra morar comigo, botar assim dentro de uma casa... por isso eu morei com a minha mãe. (AMÁLIA).

Eu fico conformada porque assim nós que somo mãe, é pra passar tudo isso, eu não achei nada fácil ser mãe, é tanto que às vezes eu falo que não gostei de ser mãe, porque é difícil [voz mais aguda] ...a mãe que é mãe, o pai que é pai, eu acho difícil. É aquela que é 24hora, né, preocupada direto. [...] Pra gente ser mãe, ser a mãe e o pai ao mesmo tempo, ter que assumir de tudo. Aí eles exigem coisas às vezes que a gente não pode. [...] Assim, se eu pensasse, se a gente visse esse ponto...se tivesse pensado mais não era? (DÉBORA).

As vez eu digo que vou jogar tudo pro alto e vou abandonar tudo e vou é me embora pro meu interior, mas eu não tenho essa coragem [...] a coisa pior que existe no

mundo, se eu soubesse que era tão ruim fazer papel de pai e de mãe, eu nunca tinha querido homem na minha vida, que é muito pesado pra uma pessoa. (JOELMA).

Mas meu coração fica tão pequeno, tão apertado, as vez me dá vontade de jogar tudo pro alto, dá vontade de mandar aqueles meninos tudo pra casa do pai deles, mas as vez eu penso antes de fazer. [...] eles me stressam demais. (MARÍLIA).

Não desejar ser mãe e vivenciar rejeição, frustrações e medos por essa condição existencial podem desencadear distúrbios alimentares infantis como consequência das dificuldades no vínculo mãe e filho, na visão de vários autores (CARVALHAES; BENÍCIO, 2002; EICKMANN, 2003; SOLYMOS, 2002; VIEIRA; SOUZA; CERVATO-MANCUSO, 2010). A nutrição fisiológica está relacionada à nutrição afetiva desde os primeiros contatos da díade. Não podemos deixar de frisar que a preparação para a maternidade se dá muito antes do nascimento de uma criança, estando vinculada às experiências das infâncias dos próprios pais (BOWLBY, 2002; MALDONADO, 2005).

Para Zornig (2010, p.456), o processo de tornar-se pai e tornar-se mãe é um longo percurso que se inicia muito antes do nascimento de um filho e, se este percurso se inicia na infância de cada um dos pais, o nascimento de um filho produz uma mudança irreversível no psiquismo parental, podendo inclusive, auxiliar na retificação da história infantil dos próprios pais. A “pré-história” da criança se inicia na história individual de cada um dos pais; o desejo de ter um filho reatualiza as fantasias de sua infância e do tipo de cuidado parental que puderam ter.

De acordo com Piccinini *et al.* (2008), a constituição da maternidade tem início muito antes da concepção, a partir das primeiras relações e identificações da mulher, passando pela atividade lúdica infantil, pela adolescência, depois pelo desejo de ter um filho e pela gravidez propriamente dita. Contribuem também para isto aspectos transgeracionais e culturais, associados ao que se espera de uma menina e de uma mulher, tanto dentro da família como numa determinada sociedade.

Ser mãe em um contexto simbólico e cultural é ter capacidade de "nutrir" um ser humano, em todas as dimensões de que ele necessita. A pequenês e magreza das crianças desnutridas, no caso de nosso estudo, parecem associadas à situação vivencial das mães, com todo o peso e as marcas de suas histórias. Não comer, ou desenvolver algum distúrbio alimentar, é assinalar que a mãe não tem o principal alimento a oferecer: o bem-estar em receber o filho, a alegria e o regozijo em seu desenvolvimento. Portanto, de maneira inconsciente, as mensagens subliminares dessas mães

podem resultar em um questionamento no psiquismo de seus filhos: desenvolver para quê, se o solo seguro para esse desenvolvimento é escasso?!

Para a teoria psicanalítica alimentar/ser alimentado refere-se às primeiras trocas entre o bebê e seu cuidador, câmbios que implicam uma passagem do real, da necessidade fisiológica para o mundo simbólico, da demanda e do desejo, delimitando um tempo originário no advir do sujeito. O alimento ganha, nos primórdios da existência, um estatuto simbólico, podendo ser aceito ou recusado pela criança, dependendo do sentido que lhe é conferido na relação com a mãe. Sendo assim, a criança pode apresentar uma recusa persistente do alimento como uma resposta ao que se passa entre ela e seus cuidadores (CARVALHO, 2011).

No perfil das mulheres, pudemos perceber que a maioria delas sofreu maus-tratos, não recebeu apoio de familiares ou do pai da criança, passando por momentos de violência e abandono durante a gravidez e não desejando aquele filho que iria nascer em um contexto de grande tensão e insegurança. Tais achados são semelhantes aos descritos por Nudelmann e Halpern (2011) sobre a relação entre gravidez indesejada e fatores importantes para a formação e o desenvolvimento do vínculo mãe-filho. Estes autores confirmam estar a desnutrição associada a uma falta de sincronia entre a mãe e o bebê, além da falta de alimento.

Zenidarci (2010), escrevendo na Revista *Psique* sobre Psicoembriologia, explica que o cordão umbilical, sendo o meio pelo qual o bebê se alimenta, é o primeiro seio materno, sendo por este meio que surgem a inter-relação física, emocional e energética entre mãe e filho, assim como os primeiros contatos com o meio externo, por meio dos vínculos emocionais da mãe em relação ao que pensa e sente diante de situações que vivencia em seu cotidiano. Desse modo, as alterações neurais, hormonais ou humorais da mãe, decorrente de alguma perturbação emocional, orgânica ou social, causam liberação de determinadas substâncias na corrente sanguínea que são levadas ao feto pelo cordão umbilical, agindo diretamente no seu estado emocional, imprimindo sensações proprioceptivas e determinando a memória celular.

Somando-se a todo esse contexto emocional intenso, está a condição de pobreza, com suas consequências nefastas, produzindo inseguranças e estresse. Segundo Eickmann (2003), pais e mães em situação de vulnerabilidade social podem alterar seu comportamento em relação à criança, punindo, bloqueando a afetividade, não respondendo adequadamente às demandas psicossociais do filho, chegando a ser negligentes ou abusivos.

Para Maldonado (2005), as mudanças provocadas pela vinda do bebê são complexas e não se limitam a variáveis psicológicas e bioquímicas, mas também aos fatores socioeconômicos. Privações reais sejam afetivas ou econômicas aumentam a tensão e a preocupação com o futuro, ensejando frustração, raiva e ressentimentos que impedem a mulher de encontrar satisfação na maternidade.

No caso do nosso estudo a mãe assume praticamente sozinha a responsabilidade com os filhos, o que lhe confere posição ainda mais fragilizante. A maternidade se configura em suas vidas de modo conflituoso: por um lado, devem corresponder ao ideal social de amor materno, dedicando-se aos filhos de “corpo e alma”; por outro, internamente, devem lidar com sua desalentadora condição de cuidadoras solitárias e carentes de cuidado e proteção para si mesmas.

Para Badinter (1998), o amor materno não constitui um sentimento inerente à condição de mulher, ele não é algo biologicamente determinado, mas algo que se adquire, é produto da evolução social desde princípios do século XIX, já que, como o exame dos dados históricos mostra, nos séculos XVII e XVIII, o próprio conceito do amor da mãe aos filhos era outro: as crianças eram geralmente entregues, desde tenra idade, às amas, para que as criassem, e só voltavam ao lar depois dos cinco anos. Desse modo, o amor de mãe, como todos os sentimentos humanos, varia de acordo com as flutuações socioeconômicas da história.

Bowlby (1989) defende a ideia de que o pai pode ser tão competente em cuidar dos filhos quanto a mãe e que é necessária grande assistência a quem cuida da criança: parceiro e outros familiares devem estar integrados na tarefa do cuidado materno. Em nossa pesquisa, por exemplo, uma das mães parece levar a maternidade com maior tranquilidade, provavelmente porque conta com o apoio da mãe e o suporte financeiro do companheiro, pai da filha desnutrida, considerando-o um parceiro em sua vida. Ela ri da pergunta: como é ser mãe de tantos filhos?

Não é muito bom e nem é tão ruim não [risos]. Tem hora que querem uma coisa, querem outra, tem hora que a gente não pode dar, aí eu tenho que conversar, que eu não posso, que é isso, que é aquilo. Os maiores entende, mas os menores... (JANAÍNA, oito filhos).

Estudo realizado por Silva *et al.* (2002) evidenciou que as mães que dividiam a tarefa de cuidar da criança com outras pessoas (companheiro, avó, babá) emitiram com maior frequência comportamentos positivos do que as mães que executavam estas tarefas sozinhas. Os filhos destas mulheres apresentaram mais comportamentos indicadores de apego, como vocalização, pegar objeto e olhar para mãe. Os autores consideram possível que, ao dividir os

cuidados com outra pessoa, a mãe se ache menos estressada, mais tranquila, mais capaz de se comportar sensivelmente perante as demandas infantis quando se encontra na relação com a criança. Segundo Ainsworth (1969 apud SILVA *et al.*, 2002), a sensibilidade materna apresenta quatro componentes essenciais: atenção aos sinais infantis, precisão na interpretação dos sinais, resposta apropriada aos sinais e tempo de que a mãe precisa para responder às solicitações da criança.

A relação mãe-criança apresenta-se como reflexo da relação da mãe com todos os membros, próximos ou distantes, da unidade familiar. Assim, as relações não somente com outros possíveis cuidadores, como é o caso da avó, mas também a relação com o parceiro, com os outros filhos, com seus próprios pais, constituem uma rede grande de relações que atuam sobre o padrão comportamental adotado pela mãe ao se relacionar com seu filho.

b) Ser mãe: conflitos e contradições

Aqui surge claramente o paradoxo entre a negação ou o mal-estar em ser mãe (referido na subcategoria anterior) e o desempenho dos cuidados maternos de forma satisfatória. As mulheres expressam a dedicação aos filhos, consideram-se boas mães e quem melhor pode cuidar da criança; necessitam da aprovação daqueles com que convivem, inclusive dos próprios filhos; sentirem-se importantes para os filhos parece recompensá-las; as mulheres são apegadas aos filhos e eles a elas. As mães de nossa investigação se contradizem, vivem permeadas por paradoxos e ambiguidades. Não queriam ser mães, mas, em contrapartida, cuidam bem do filho:

Sou [uma mãe cuidadosa]. Se eu não fosse, não tava nem aí, tava nem ligando pra eles... se eu não fosse... igual essa que é minha mãe... fez, me teve e deu, né? [...] Eu perguntei uma vez a ele se ele queria morar com o pai dele, ele não quis. Quer morar comigo. É muito apegado em mim [o filho desnutrido]. Pra onde eu vou ele quer ir. (AMÁLIA).

[...] eu ajeito elas, todo mundo sabe que eu cuido elas bem direitinho. Só quem cuida delas sou eu, tanto faz na doença delas, nos problema quando tá doente, eu tenho mais cuidado porque elas são como são. [...] eu quero muito bem a elas, ave Maria, eu faço tudo por essas menina, tudo. (CLAUDIA).

É, ele é muito ligado comigo. [...] eu brinco é muito mais ele, fico abraçando, beijando ele. Se eu não tivesse ele, eu acho que era mais ruim pra mim, sabe, tem hora que ele me faz raiva, eu dou umas palmada nele, mas meu dia-a-dia com ele é um dia alegre, sabe? O Wendel, eu peguei ele desde a hora que chegou do hospital, não foi eu que tive ele, mas eu tenho ele como se fosse eu que tive ele, entendeu? (JOELMA).

Pelos meus filho, pode ser o que for, mas a gente nunca abandona, né, filho?
(Débora).

[...] cuidado deles três bem e pra mim significa muita coisa eles três [...] por tudo que eles precisarem de mim se eu tiver eu ajudo eles, porque é meus filho, eu tenho que ajudar mesmo. (MARÍLIA).

A responsividade materna é considerada como um elemento central para a compreensão do desenvolvimento infantil e este conceito é articulado com a teoria do apego (RIBAS; MOURA, 2004). Segundo Bowlby (2002), a sobrevivência das crianças depende da manutenção da proximidade de adultos que desempenhem funções de proteção e fornecimento de alimentação, conforto e segurança. Esse autor exprime que a tendência em estabelecer vínculos com determinados indivíduos é um componente essencial da natureza humana e que já está presente ao nascer.

Bowlby (2002) e outros teóricos do desenvolvimento infantil (MALDONADO, 2005; WINNICOTT, 2006) defendem, entretanto, o argumento de que a garantia dos cuidados maternos em si não é suficiente para a constituição psíquica do sujeito. Esses cuidados maternos básicos sem o solo fundante, que é a apropriação da mulher em se constituir como mãe, resulta em falhas e distúrbios no processo de desenvolvimento, separação e autonomia.

Ribas e Moura (2004) explicam que a qualidade das relações de apego (ex.: seguro ou inseguro) depende das interações da díade mãe-criança. O apego seguro, por exemplo, depende da responsividade continente dos pais em relação ao bebê, ou seja, da capacidade do adulto em mostrar-se sensível às pistas da criança e responder nos momentos adequados com o sorriso, a fala, o toque. Nos relacionamentos com as crianças, os cuidadores podem expressar diferentes tipos de responsividade, estabelecendo a confiança ou não na figura de apego, o sentimento de rejeição ou afeição, o sentimento de que o outro é ou não uma base segura para exploração do mundo, definindo a qualidade do apego.

Acrescentamos, ainda, que algumas das relações mãe e filho foram percebidas nesta pesquisa como superprotetoras ou de excesso psicoafetivo por parte da cuidadora. A criança vive, então, muito ligada à figura materna, tendo-a como único referencial de afeto e segurança. As mães parecem superproteger para compensar, inconscientemente, o que elas não têm em sua essência - a vivência positiva e gratificadora em ser mãe. Talvez seja este o verdadeiro alimento que falta a essas crianças, não negando as questões socioeconômicas de privação e desigualdades.

Krugman e Dubowitz (2003) complementam, afirmando que uma conduta negligente ou mesmo superprotetora por parte dos pais pode acarretar falha no desenvolvimento, comprometendo a alimentação e resultando em baixo peso e baixa estatura para a idade.

Após o nascimento, o ambiente em que a criança vive, os cuidados que lhe são dispensados pelos pais passam a fazer parte significativa do processo de maturação que leva da dependência à independência. Diferentemente das estruturas biológicas, em que os fatores congênitos são determinantes, o psiquismo do ser humano se constitui no decorrer das relações e trocas realizadas entre a criança e os outros, desde os primórdios de sua vida. Neste comenos, tem relevo a participação daqueles que fazem parte do mundo da criança, especialmente a mãe ou substituto (BRASIL, 2002).

c) **Feminilidade (des)nutrida**

Desenvolver esta subcategoria teve por finalidade procurar significar como nossas informantes ocupam e transitam entre os papéis constituintes da feminilidade. Elas falam, entretanto, da dificuldade em dar conta de suas diversas funções: falta tempo para si, o dinheiro não é suficiente para seu sustento e da família, sentem-se cansadas e desestimuladas com relação a autocuidado, voltando-se completamente para o sustento e o bem-estar dos filhos. Parecem esquecer de sua existência, independentemente de serem mães:

[...] aqui e acolá eu deixo a mulher de lado e... me interessa só a mãe mesmo. Às vezes o pai delas diz que eu não me cuido, sabe? Tenho tempo não! [...] As vezes ele chega em casa, eu não estou nem banhada! Porque assim é a luta. Chegam do colégio, aí vou fazer janta pra elas, vou dar janta, vou dar banho, aí quando eu termino de fazer tudo, é que eu vou no banheiro tomar um banho, o tempo não dá não, ele se dana [risos], mas é o jeito! (CLÁUDIA).

Ah, dizer assim 'ah, eu vou me cuidar, eu vou ajeitar meu cabelo, eu vou fazer isso' eu não tenho tempo. É cansativo quando você tem menino pequeno. (GIL).

[...] mas eu penso mais neles do que em mim, só que tem hora que eu tenho que pensar em mim também. (DEBORA).

A mulher fica sempre nos canto [risos]. [...] tu fala assim eu me arrumar, desse tipo assim, como assim? [...] é isso que fica esquecido, né, porque, nem tempo de me arrumar eu não tenho. Se bem que eu não gosto. Quando eu era solteira, aqui e acolá eu botava uns brinquinho, mas agora gosto não, eu deixei, agora eu só vivo pros meninos [voz mais baixa, meio pra dentro]. [...] mas dizer que me arrumar que nem essas mulher vaidosa que gosta dessas coisa, não gosto não. (JANAINA).

Spindola e Santos (2004) encontraram resultados semelhantes sobre a ambivalência e conflito das mulheres ao terem que decidir como conciliar seus diversos papéis, culminando

por negligenciar o autocuidado e a própria sexualidade, esquecendo-se até mesmo de ser mulher, tudo em prol das muitas atividades que realizam.

Uma das mães, com a situação financeira bastante limitada, dá um depoimento diferente sobre cuidar de si, sobre sua feminilidade. Pode-se perceber em sua fala uma preocupação com a aparência, tanto física quanto emocional.

Eu tenho que me cuidar também, né, além d'eu cuidar deles eu tenho que me cuidar, [...] me vestir bem, eu gosto de me pintar, passar batom, lápis de olho, eu gosto de ser vaidosa, né, eu sou muuito vaidosa. Eu gosto de mim porque eu sou assim, eu sou alegre, não tenho tristeza que eu não demonstro a ninguém, e o que eu passo dentro da minha casa, não é...pra eu tá falando pra ninguém, né. Eu cuido muito de mim, eu gosto de mim porque eu me cuido. Assim, eu só não tenho maquiagem mesmo, mas eu tenho batom e passo, as vezes eu vou lá na minha tia, digo assim 'me empresta aí tua maquiagem'.(MARÍLIA).

Louro (2001 *apud* PRETTO, 2009) fala que a inscrição dos gêneros – feminino ou masculino – nos corpos é feita, sempre, no contexto de uma determinada cultura e, portanto, com as marcas dessa cultura. Essa cultura chega carregada de etapas diferenciadas e com sua história. A autora acrescenta que as identidades de gênero e sexuais são, portanto, compostas e definidas pelas relações sociais: elas são moldadas pelas redes de poder de uma sociedade.

Nossas informantes vivem imersas em todo esse contexto histórico e cultural que atribui à mulher uma série de responsabilidades e comportamentos, como ser mãe, dona de casa, esposa dócil, submissa, sempre atenta. Outras subjetividades e prazeres tipicamente femininos ficam negados, são omitidos em função de uma missão maior; ela então se torna abnegada e se esquece de si, voltando-se para os outros, dedicando-se ao cuidado e à manutenção de sua família. Culpa e outros sentimentos ambivalentes parecem também permear suas decisões e escolhas, lançando-a num círculo vicioso interminável de insatisfações inconscientes.

Considerando a questão de gênero no cuidado infantil, Bowlby (1989) alivia o peso da pressão sobre as mães, assinalando que, embora na maioria das culturas, se não em todas, os pais assumam a maternagem com muito menos frequência do que as mães, quando eles preenchem esse papel junto ao filho podem desenvolver uma relação de apego tão eficiente quanto a que possa ser desenvolvida pela própria mãe. Uma criança pode inclusive ter um relacionamento seguro com o pai e não o ter com a mãe.

Badinter (1998) complementa, acentuando que, em algumas sociedades primitivas, estudos contradizem a ideia do instinto maternal e constataram ser o pai mais cuidadoso e dedicado do que a mãe, ou que as mães eram indiferentes e até cruéis na relação com seus

bebês. Esta autora defende a ideia de ser a maternidade uma elaboração social e cultural, variável, portanto, de acordo com a época e os costumes.

Historicamente, a maternidade é função feminina por excelência, embora as concepções e práticas em torno do relacionamento mãe-criança nem sempre tenham ocorrido da mesma forma, sendo as variações que passaram ao longo do tempo uma formulação social. Nesta perspectiva, um itinerário histórico entrelaçado ao ritual biológico perpassa a vida da mulher e legitima a importância da maternidade (MAZZINI *et al.*, 2008).

De acordo com Mazzini *et al.* (2008) a conquista da identidade é um fenômeno psicossocial que se constitui no cotidiano de cada pessoa, baseado nas relações estabelecidas em seu contexto vivencial. Desde a infância, é possível identificar os fatores sociais que atuam na definição dos papéis, estando a criança submetida aos estereótipos relacionados à identidade masculina ou feminina presentes no grupo social em que se insere, internalizando, no decorrer da socialização, o modelo cultural que lhe é transmitido, seja do gênero masculino, seja do feminino.

Todo esse contexto é fortemente impresso na realidade de homens e mulheres que se submetem sem questionar, pautando suas vidas sobre pilares ideológicos que definem seus papéis na sociedade. Além do cuidado relacionado aos filhos, cuidar da casa e do companheiro (e até dos mais velhos e dos doentes) também é função feminina, sobrecarregando as mulheres física e emocionalmente, mesmo as que se dedicam quase exclusivamente ao lar.

As mulheres acompanhadas em nossa pesquisa, por exemplo, consideram sua rotina atribulada, quando mencionam que ficam exaustas com tantas tarefas e sofrimentos. A rotina é semelhante para todas elas: preparar a alimentação, levar para a escola ou creche, buscar de volta, cuidar da casa e do marido, entre outras responsabilidades. Algumas ainda trabalham fora, conforme relatam:

Ai, meu Deus, não gosto nem de pensar, meu dia com essas meninas, é o dia todinho falando, dou graças a Deus quando tem aula pra elas. (CLAÚDIA).

[...] é uma correria né, e eu sei que o Gabriel tem que ter mais atenção! Porque tem a alimentação [...] é... muito difícil, né, porque eu tenho que cuidar deles, dá atenção a eles [...]. Eu não tenho nem muito tempo pra mim.”(GIL).

Eu, tem dia assim que eu esqueço até de comer, tem dia que a minha luta dentro de casa é tão grande que eu não como. (JOELMA).

[...] eu acordo 6 hora, aí faço café pros meninos, aí vou botar feijão no fogo, vou lavar umas roupa, aí a Carla [filha] lava os prato, é assim. Me ajuda, né, elas. Aí

quando é meio dia, vou deixar os meninos no colégio, vou buscar. (JANAÍNA – grávida de 8 meses).

Ah, é muito aperreado! Aperreado até demais! (MARÍLIA).

Uma situação em que a mulher não vive para si, mas exclusivamente em função dos outros da família, sob a pressão constante de uma situação econômica desfavorecida, ameaçada em sua integridade, perseguida pela cobrança de ser uma boa mãe, pode ser comprometedora para sua saúde mental.

Em estudo realizado por Araújo; Pinho; Almeida (2005), utilizando como instrumento o *Self Reporting Questionnaire (SRQ-20)*, foi constatado que mulheres com alta sobrecarga doméstica apresentavam prevalência de transtornos mentais comuns (TCM) mais elevada (48,1%) do que mulheres com baixa sobrecarga doméstica (22,5%). A expressão transtornos mentais comuns caracteriza sintomas como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas. Em termos gerais, transtornos mentais comuns designam situações de sofrimento mental. Os autores acrescentam que não dedicar tempo semanal ao lazer, além de ter baixo nível de escolaridade e baixa renda, ser viúva, negra, separada, ter filhos e ser chefe de família são características associadas à ocorrência de TMC.

Na conjuntura de vida das mulheres de nossa pesquisa, elas utilizam algumas estratégias para relaxar, provavelmente numa busca instintiva de aliviar o estresse, como dormir, assistir a novelas, conversar na calçada, ir na casa da mãe, entre outros. Às vezes uma ou outra consegue viajar ou ir a uma praia. Algumas falas parecem insinuar que se divertir, ter prazer é proibido, é preciso estar cuidando sempre.

Quando é assim, nas festa de Juazeiro, eu faço sacrifício, pago passagem, vou passear com elas [...] mas deixar assim [as filhas] pra viver, pra sair assim...sou muito chegada, não, as vez eu saio lá pro meu pai, mas também levo sempre elas, sair muito assim, não gosto não. Quando eu estou com vontade eu peço a ele pra ir numa praia mais elas, domingo passado eu fui pra praia com elas, foi bom [sorriso]. Se divertir um pouquinho! Assim um domingo é bom. (CLAUDIA).

(...) A noite nós fica conversando aí fora até 8 hora, 9 hora, enquanto não começa a minha novela, né. (MARCELA).

Eles [filhos] troca de roupa e disaba lá pra mãe. Eles gosta muito de ir pra lá. (JANAÍNA).

Durante as observações em campo, com proximidade ao dia a dia delas, pudemos constatar em seus relatos que sempre à tarde elas se deitam, muitas vezes com os filhos, para que eles se acalmem e durmam (dessa forma, elas também têm sossego); como também sobre

o prazer em assistir às novelas da tarde e da noite, chegamos a vê-las “vidradas” na televisão. Quem tem mãe ou um familiar com forte afinidade vai com frequência à sua casa para conversar. Ficar na calçada vendo os filhos brincarem ou conversar no quintal de casa parece ser outro hábito rotineiro nos momentos de trégua. Algumas mulheres, entretanto, se queixam de que não conseguem ter um lazer como gostariam:

Ultimamente eu não estou andando mais não, só pro IPREDE e trabalhar. Não tem mais assim um lazer de nada, nem na minha tia eu não fui mais! [...] Eu não vivo, eu acho que eu vegeto [...] é porque não tem dinheiro! Eu vou sair e gastar no lugar de eu fazer umas compra pros meus filhos, não vou, porque faz falta, se eu gastar 50, 100 reais faz falta. (DÉBORA).

[...] nunca mais eu saí pra me divertir, não sei mais nem qual foi o ano que eu fui numa praia”. (JOELMA).

As vez pra eu não ficar muito estressada, pego eles, vou pra mãe, passo o dia lá, aí quando é umas hora da tarde, eu venho com eles, aí eles já vem cansado, aí dorme, e eu já tenho mais sossego, entendeu? (GIL).

A falta de lazer mencionada pelas informantes é uma lacuna preocupante em suas vidas marcadas pela dureza. Muitas vezes esta situação sequer é reconhecida por elas quando afirmam: “*eu vivo para os meus filho*” “*gosto de sair não*”. Elas praticamente só dispõem das horas de sono para se recuperarem da fadiga diária, fadiga esta que parece ir muito além dos aspectos meramente orgânicos e se estender a toda uma existência de sobrecarga física e psíquica. É necessário nutrir esta outra dimensão do mundo feminino; ter lazer, ter sonhos, desejar e poder realizar pode ser estruturante no sentido de ressignificar potencialidades e de reaver a autoestima.

d) Sentimentos ante a desnutrição do filho

Sentimentos de culpa e vergonha pela magreza do filho permeiam o discurso das mulheres. Elas demonstram certa confusão sobre os fatores que levaram o filho a ser e se manter desnutrido, principalmente quando os outros filhos não o são. Vejamos o que elas expressam:

É assim, com vergonha de sair com ele... pro meio da rua... os pessoal fica tudo olhando. É porque eu acho que pode ser que as outra fala assim: ‘ó aí ó, não tem cuidado’. [...] É porque o outro [irmão]... O pessoal fala que: ‘esse daí é mais gordo do que o outro’... Porque...que...não sei se é d’eu. Sinto, culpada. (AMÁLIA).

[...] eu me sinto culpada pelos meus filho, porque eu acho assim que eu não estou... mas sempre eu faço a comida certa, na hora certa. (MARÍLIA).

Marília revela em sua fala sobre a culpa e se defende, dizendo que faz o que é certo, mas, em visita à sua residência, pudemos perceber que falta alimento e que as crianças algumas vezes comem, fora de hora, doces (sorvete, balas), tomam café puro ao acordar, comem o alimento que cai no chão. Parece haver dificuldades com os limites na educação alimentar e limites da existência do alimento em casa. Esta próxima fala também sugere isso:

[...] é difícil, às vezes um quer comer aquilo, o outro não quer comer, ‘ah, mãe eu quero salsicha’, as vez eu tenho 50 centavos, ‘pois vá ali, compre 50 centavos de salsicha’, ou então ‘compre ovo, que é muito mais melhor!’ porque o ovo é como lá no IPREDE diz, o ovo tem mais sustança, mais coisa pra dar sustança a ele no cérebro, né, mas ele diz ‘ah, mãe, eu quero é salsicha’ ‘ai! vai, vai, vai menino, compra o que tu quiser lá’, pronto!.

Verificamos achados semelhantes em outros estudos sobre a grande preocupação das mulheres relativamente à alimentação dos filhos, como os de Lindsay *et al.* (2008), no qual foram encontradas evidências, nos discursos das mães, de que a desnutrição e a fome estavam entre suas principais inquietações. As autoras também destacam que as mães se sentem confusas e humilhadas diante de suas famílias e vizinhos em decorrência da magreza dos filhos, preocupadas com o possível julgamento de que não seriam capazes de alimentar bem suas famílias.

Associando esse contexto às referências das mães sobre suas dificuldades em exercer a maternidade, uma questão nos inquieta: a sensação de confusão e a falta de limites quanto a regular a alimentação dos filhos não estariam ligadas à culpa inconsciente pelo fato de não desejar ser mãe? Tais sentimentos parecem ser emblemáticos da desestrutura emocional materna para cuidar desse filho que expressa em seu corpo, por meio de sua magreza e de sua não aceitação do alimento que ela lhe oferece, a própria insatisfação e aprisionamento da mãe em um contexto vivencial que, no fundo, revela revolta e medo. Imaginamos que a criança fecha a boca enquanto diz simbolicamente, em simbiose com sua cuidadora: “o alimento de que mais necessito deve vir de sua alma, mamãe!” Ou até mesmo: “Vou crescer para a vida quando puder sentir que minha mãe está feliz e segura”.

Estudo realizado por Solymos (2002) revela que, em alguns casos, ocorre uma identificação da criança desnutrida com sua mãe ou com algum aspecto dela que contribui para a desnutrição. Nesses casos, parece haver uma ligação mais forte entre a mãe e o filho, na medida em que a criança se identifica com a fragilidade da mãe, suas preocupações, seu estresse, com suas dores. Determinadas características das mães são apontadas como relacionadas à desnutrição infantil: mãe com idade inferior a 19 ou superior a 35 anos; história nutricional pobre da mãe; história de uma infância problemática; gravidez não desejada;

intervalo interpartal abaixo de dois anos; cuidados pré-natais deficientes; desmame precoce; disposição a doenças físicas ou mentais; ansiedade, estresse, depressão, apatia; personalidade imatura. A autora defende a noção de que a complexidade das interações desses fatores poderia explicar o motivo de a desnutrição ocorrer em ambientes de alto risco em algumas famílias e em outras não, ou atingir somente uma criança na família.

Várias características inventariadas por Solymos (2002) estão presentes nas histórias de vida de nossas informantes, o que nos faz refletir sobre a possibilidade dessa identificação da criança com os comportamentos e as situações de sofrimento experienciadas pelas mães desde a gravidez. Chama-nos a atenção o fato de estas crianças estarem sendo acompanhadas por uma instituição competente na área da Nutrição, há mais de dois anos, e permanecerem desnutridas.

As mulheres da pesquisa afirmavam, durante nossos encontros, saber qual a alimentação correta que deve ser dada à criança, segundo a orientação da Instituição, chegando a dizer que já sabem tudo o que é “ensinado” nas palestras do IPREDE, entretanto, na prática, oferecem guloseimas aos filhos. Identificamos o fato de que circulam, na maioria das casas, balas, iogurtes, pacotes de salgadinhos, refrigerantes, sorvetes de cores fortes, biscoitos recheados, salsicha. Vários desses produtos também circulam na sala de espera do IPREDE (acolhimento), oferecidos pelas mães aos seus filhos.

Ao mesmo tempo em que as mulheres mencionavam durante as entrevistas toda a preocupação com a alimentação adequada para os filhos, obrigando-os mesmo a comer quando necessário, algumas ofereciam dinheiro, em nossa presença, para que eles comprassem (ou elas mesmas compravam) as guloseimas solicitadas por eles, sem aparentar qualquer conflito ou preocupação, e muitas até comiam junto ao filho.

Embora haja aqui um aparente descuido, estas atitudes das mães podem estar ligadas ao seu contexto emocional de faltas, como também às faltas econômicas e aos apelos sociais relacionados ao consumo e à alimentação. Sensações de cansaço e preocupações, inclusive em como obter o alimento, podem produzir aparentes descaso e permissividade, como reflexo de sentimentos de impotência, debilidade e velamento (SOLYMOS, 2002), diante das circunstâncias carenciais pelas quais as mulheres passam frequentemente.

Os estudos de Saglio-Yatzimirsky (2006) trazem uma justificativa para a “desestruturação” da alimentação saudável que fica comprometida na cultura urbana: o alimento industrializado e a televisão. Ao contrário dos pobres rurais, na cidade, as pessoas

não têm como consumir produtos agrícolas próprios; e entretanto, têm maior acesso a uma comida variada e industrializada, consumindo diariamente refrigerantes, salgadinhos e biscoitos, bem como à informação, muitas vezes alienante, veiculada pela TV sobre alimentação. A comida de porção se desenvolve de forma geralmente não equilibrada (salgados, “pizzas”, frituras etc.), com a vantagem de ser barata. É comum ver a criança comer batatinha e biscoito. Por um real, a mãe compra um pacote de biscoito que sacia a fome.

Somando-se a essas observações, ouvimos de seis das sete mulheres deste estudo relatos de recusa alimentar por parte das crianças, principalmente com relação à “comida de panela”, refeição considerada de grande importância em seus lares:

Besteira assim [bananada, laranja e bolo] ele come, mas comida de panela, tem dificuldade pra comer. (AMÁLIA).

Surge então uma necessidade de forçar o filho a ingerir o alimento considerado saudável para ganhar algum peso. Aparecem a preocupação constante e o medo de perder o filho em razão de sentimentos de impotência ou culpa. Tentativas frustradas de fazer a criança comer também cansam e confundem as mães.

Pergunta [as pessoas perguntam] se ele não come: ‘mulher ele come mas é a força, né’, eu dou a força a ele. [...] ele é ruim, ele fica bibicando, igual passarinho, aí devolve o comer todinho, aí lá vai eu dar de novo. (AMÁLIA).

Elas não tem vontade de comer, a gente tem que dar a elas a força mesmo. (CLÁUDIA).

Eu achava que ela num ia nem se criar! Eu tinha era pena, ela era desse tamanho [mostra com as mãos], uma boneca era maior do que ela! Ainda hoje ela é ruim pra comer [...] tem que tá obrigando ali, [...] ela adoce com frequência, tem que ter tudo na hora certa, quando já falta alguma coisa eu fico logo preocupada, pensando como eu vou fazer, né? (JANAÍNA).

Isso é outro motivo que eu converso muito com ele ‘tu vai morrer, tu vai morrer porque tu não come’, mas ele só come se eu tiver com a chinela ali na hora, aí ele come todinho, mas se eu não tiver ele não come. [...] ele é difícil comer. [...] eu fico assim, sem alegria, sem nada, uma tristeza ‘oh, os meus meninos nunca engorda, nunca pega peso, nunca engorda, nunca pega peso!’ (MARÍLIA).

Os estudos de Lindsay *et al.* (2008) corroboram o que foi evidenciado pelas mães entrevistadas quanto às preocupações e atitudes das mães relativamente à alimentação de seus filhos. As autoras registraram que várias mulheres explicaram ter que forçar suas crianças a comer alguns alimentos porque eram ‘bons para elas’; e que as mães manifestavam querer o

melhor para seus filhos em todos os aspectos, inclusive assegurando-se de que suas crianças se alimentassem bem. Rotenberg (1999) também registrou em seu estudo com moradores da Rocinha, no Rio de Janeiro, que uma das queixas mais frequentes das mães de crianças desnutridas é “meu filho não come”- revelando a recusa alimentar por parte dos filhos.

Aquino e Madeira (2003), entretanto, explicam que, algumas crianças quando forçadas a comer, criam um mecanismo de repulsa, inicialmente apenas não aceitando o alimento, depois reagindo energicamente à imposição que lhe é feita, podendo atingir grandes proporções, como o reflexo condicionado de vomitar à simples menção ou apresentação do alimento. Uma das cuidadoras refere este tipo de reação por parte de suas enteadas gêmeas:

Elas não tem vontade de comer, a gente tem que dar a elas a força mesmo, brincando, quando uma começa a inguiar [...]. (CLAUDIA).

As crianças rejeitam o alimento ao ponto de engulhar, ou seja, manifestar ânsia de vômito. Na visão das autoras, oferecer sempre o mesmo tipo de alimento, por falta de condições de ampliar o aporte nutricional, leva à monotonia e ao desinteresse, pois ter apetite significa ter desejo de comer, derivado não só de necessidade orgânica, mas também de sensações agradáveis ligadas ao ato de se alimentar.

Podemos constatar tais semelhanças entre os sentimentos e percepções de todas as mães acompanhadas, quanto à desnutrição de suas crianças e quanto à necessidade de obrigá-las a comer, exceto no caso de Gil, cujo filho não recusa a alimentação. Para ela a situação é de insegurança alimentar mesmo:

[...] eles [gêmeos] não são uns meninos de dizer assim ‘ não vou dar isso porque faz mal’ tudo eles comem, eles comem tudo! [...] porque nem todo dia eu estou com dinheiro pra comprar a massa. [...] se eu pudesse eu dava mais né, pra eles.

Soares e Coelho (2008) realizaram estudo em busca de compreender as experiências e sentidos do cuidado infantil por parte das cuidadoras, no município de Caldas de Cipó, na Bahia. As autoras descobriram que, entre as várias dimensões do cuidado infantil, a alimentação constitui uma das principais preocupações das mães, sobretudo pelas condições de pobreza em que vivem. A garantia da comida conforma o elemento-chave do cuidado alimentar. Não podemos desconsiderar o fato de que as experiências do cuidar, informadas pelas mães, dialogam não só com suas histórias de vida, mas também com relações que guardam com o mundo cotidiano, num tempo e espaço particulares.

Krugman e Dubowitz (2003), pediatras em Baltimore, partindo de um ponto de vista clínico e biomédico, aconselham que os pais, diante dos filhos com dificuldades alimentares que comprometem seu desenvolvimento, devem encorajar, mas não forçar suas crianças a comer, que as refeições devem ser prazerosas, regulares e nunca apressadas. Segundo os autores, ajuda se os pais se alimentarem junto com a criança, em posição confortável. Iniciar com pequenas porções de alimento, oferecendo mais vezes, funciona melhor do que oferecer grandes quantidades. Por fim, os pais devem considerar a comida de que a criança gosta.

Nas visitas realizadas às famílias, em seu contexto de faltas e privações, foi exatamente o oposto que encontramos: a criança tem que comer o que houver em casa, ou alguma guloseima barata para “enganar o estômago”, não há horário regular para as refeições (às vezes o lanche é muito próximo da hora do almoço, por exemplo, ou a mãe não está disposta a fazer o almoço, dando uma “vitamina” à criança), mamadeiras e pratos cheios são ofertados (na maioria das vezes só com arroz e feijão ou macarrão); a mãe coloca a comida da criança no prato e “dá na boca”, depois é que a mãe come; normalmente não há mesa nas casas e é hábito comum as crianças comerem na frente da televisão, assim como os pais.

As mães avaliam sua atuação como ‘fazendo o que sabem’ que é necessário e ‘faz bem’ ao filho, dentro de um meio cultural que lhe é próprio. Elas justificam a magreza do filho, acentuando que ele ‘não gosta da comida’ e ‘come pouquinho’.

Um aspecto importante, entretanto, nos chamou atenção no contexto da recusa alimentar, em razão do seu aspecto contraditório, evidenciando mais uma vez o paradoxo na história das mulheres e de seus filhos desnutridos: as crianças aceitam se alimentar nas “casas dos outros”, ingerindo inclusive o que não aceitam comer em casa:

[...] nas casa dos outro ele come só, ninguém dá na boca dele. (AMÁLIA).

É isso que eu quero dizer, quando eu vou pra casa da minha família pra gente almoçar, elas comem tudo, come carne, come verdura, come tudo, na casa dos outro! Agora em casa dá trabalho pra comer. Até eu nas casa dos outro eu como tão bem também! As vezes as pessoa, as criança enjoa as comida de casa. Não sei, na casa do meu pai tem a mesma coisa que tem aqui e elas come. (CLÁUDIA).

[...] na minha casa ele não quer comer a comida direito, porque na casa do pai ele come, porque se ele não come, ele vai ficar com fome porque ela não vai fazer outra comida pra ele”. (JOELMA)

[...] mas eu acho engraçado é que quando ele tá nas casa ele come, pra mim, ali é uma vergonha! Tem comida em casa, o menino não come, quando está nas casa come!

Eu tenho raiva dele por causa disso. Até no meio da rua, o que as pessoa der ele come e em casa ele não come. (MARÍLIA)

Ousamos mais uma vez lançar um questionamento perante os fatos revelados: esta recusa ao alimento preparado pelas mães não carregará um conteúdo simbólico de proteção a esse "alimento contaminado"? A comida de casa é feita pelas mães e o alimento oferecido pertence ao plano simbólico dessas mães desvitalizadas. Ou seja, a rejeição, a infelicidade, a vergonha que perpassam suas existências estão, de alguma forma, no "tempero" dessa comida que eles (os filhos) negam. Negam a comida como uma forma de negação à rejeição. Interessante é observar também que, apesar de as mães afirmarem que as crianças “não gostam de comer”, “não aceitam se alimentar”, eles aceitam os alimentos industrializados, comem até com certa voracidade e demonstram preferência por esse tipo de comida. Não nos esqueçamos de que tais alimentos vêm de fora, fora delas (mães), é preparado pela indústria. Então, comer "na casa dos outros", e "besteira", direciona essas crianças para ingerir, colocar para dentro, o que não vem de suas cuidadoras.

Ante a dificuldade de conseguir alimentar adequadamente o filho, livrando-o da desnutrição, confusas, mergulhadas em seus conflitos existenciais, essas mães se defendem, explicando que o problema é com os filhos, que sua magreza é hereditária, ou decorre de problemas de saúde, que é ‘seu calibre mesmo’ (referem ao biotipo das crianças); algumas mencionam carência alimentar, outras se justificam pelo receio de não serem consideradas boas mães, procurando medicar os filhos. Novamente, nos parece que a desnutrição da criança denuncia toda uma realidade de vida difícil de “engolir”:

Sim eu tenho [cuidado], né, mas o negócio dele [a desnutrição] é dele mesmo, não é de mim. [...] o peso dele tava muito baixo...aí perguntou [na instituição] por que ele tava mais magro, né, aí eu disse: não porque ele é ruim pra comer, já comprei tanto de vitamina pra ele, mas ele continua do mesmo jeito, cada vez vai ficando mais magro. (AMÁLIA).

[...] eu alimento elas bem direitinho, aí quando elas tão pegando peso, elas recaí, é gripe, é febre, é tudo. Que é que eu posso fazer? [...] eu já dei vitamina, dou remédio pra verme, dou tudo, elas não gostam de comer. [...] eu acho que é o peso normal delas mesmo, o calibre delas mesmo, é da família. (CLAUDIA).

Eu tinha muita vontade que ele saísse dessa desnutrição dele, as vez eu penso que pode ser o calibre dele também, que meu menino mais novo era pouquinho, pouquinho! [...] toda vida ele foi ruim pra comer. Wendel não quer comer carne, não quer comer frango, não quer comer peixe, não quer comer ovo. Eu acho que pra ele sair da desnutrição se ele comesse bem arroz, feijão, macarrão, a verdura, ele não aceita comer bem. (JOELMA).

[...] só Deus mesmo porque as coisas que eu sei que ele é pra comer e que faz bem pra ele, eu não deixo faltar e continua [a desnutrição]. Ele diz que não gosta da comida, ele come pouquinho, ele só come melhor quando tá na vitamina e é aquela pevitin. (DÉBORA).

Aquino e Madeira (2003) esclarecem que as substâncias ditas “estimulantes do apetite” são frequentemente requisitadas pelos familiares das crianças como recurso para solução rápida da recusa alimentar ou anorexia. Muitas vezes, na verdade, essas drogas agem como tranquilizante para uma mãe aflita, melhorando a relação entre ela e a criança, tendo como consequência o aumento do apetite dela. Geralmente, no entanto, esta ação é transitória, já que as causas fundamentais prevalecem.

Reforçamos, segundo Sampaio *et al.* (2007), o fato de que a psicopatologia alimentar reflete uma dinâmica interativa complexa e conflitiva da relação mãe e filho, representada por aspectos tais como: insuficiência ou excesso de investimento libidinal¹, falta de estímulos, descontinuidade da relação, incoerência na leitura e na resposta às solicitações, interação cronicamente vazia ou bruscamente esvaziada, enfim, irregularidades no vínculo entre o cuidador e sua criança.

4.3.2 O contexto de vulnerabilidade social

A constante luta ontológica para dizer quem são é visível em seus corpos maltratados e feridos por cortes profundos num mundo não-virtual, esses corpos traçados por profundas cicatrizes, marcas históricas, que estigmatizam suas almas. (PRETTO, 2009, p.67).

Constatamos neste estudo a situação de vulnerabilidade em que se encontram as mães de crianças desnutridas e seus filhos, marcados pela miséria e por carências básicas à sua sobrevivência digna. Estas famílias estão excluídas, em graus diferenciados, da riqueza social (GOMES; PEREIRA, 2005), portanto, permanecem à margem do progresso social. Nesta categoria analítica, pretendemos apresentar ao leitor as percepções dessas mães quanto ao seu contexto de fragilidades socioeconômicas e emocionais.

A realidade de famílias pobres, como as que investigamos, não traz no seu interior a harmonia para que possam ser propulsoras do desenvolvimento saudável de seus

¹ Investimento libidinal é uma expressão psicanalítica que designa a ligação de determinada energia psíquica ao campo libidinal. A libido, segundo Freud é a energia das pulsões que se referem a tudo o que se pode incluir sob o nome de amor (LAPLANCHE; PONTALIS, 1996).

componentes, uma vez que seus direitos estão sendo negados. Suas marcas profundas permitem identificar, sem necessitar olharmos atentamente, as iniquidades sociais de que são vítimas.

É fato conhecido que, em qualquer sociedade, a pobreza, como reflexo da apropriação de um rendimento econômico que não é capaz de satisfazer as necessidades mínimas para a sobrevivência da família, associa-se às piores condições de saúde e nutrição (ASSIS *et al.*, 2007).

As subcategorias ou dimensões desta temática surgiram da escuta e das observações no meio social de nossas informantes, vivenciando com elas seus sentimentos diante da falta de alimentos, inclusive em momentos mais críticos; adentrando seu contexto familiar e conhecendo sua rede de apoio social, ouvindo suas declarações, explicações e queixas sobre como conseguem recursos para manter a família; assim como reconhecendo suas formas de lidar e sobreviver psicologicamente às iniquidades. Tais práticas e reflexões resultaram nas seguintes subcategorias: **a) O pão nosso de cada dia; b) Suportes sociais; c) “Me espedaçando de trabalhar”;** **d) Estratégias de enfrentamento.**

a) O pão nosso de cada dia

Os depoimentos das mulheres revelam que o alimento é uma conquista a cada dia. Elas dividem o que ganham com as diversas despesas domésticas e parece não sobrar o bastante para investir na alimentação suficiente e equilibrada.

[...] tem dia que falta as coisa dentro de casa, que nem hoje, hoje eu saí e só deixei arroz. Porque assim, o pai dela só recebe dinheiro no final do mês, a gente tem que pagar aluguel, 150 de aluguel, tem que pagar água, luz, tem que comprar comida [...] a gente compra o que dá. (JANAÍNA)

[...] falta, as vez falta comida. Quando eu não posso ir trabalhar, aí falta, né. (JOELMA)

Se a senhora vê eu preciso, a senhora chegar na minha casa, a senhora vai ver, as vez tem, as vez não tem [...] quando eu tem só o arroz e feijão, eles vão comer só isso, ontem nós comemos só arroz e feijão: ‘vocês vão comer o que tem dentro de casa’. Nós sentamos nós quatro e comemos”. (MARÍLIA)

As tendências da alimentação das pessoas de baixa renda podem ser assim definidas: proporção maior de gasto com alimentos no orçamento familiar, maior suscetibilidade às variações de preço, resistência à informação alimentar, consumo no domicílio, dieta monótona e pobre, com pouca diversidade. As mães não têm como educar seus filhos do

ponto de vista alimentar, e, quando eles crescem, compram para eles o que sacia a fome e é mais barato na venda. Instala-se um círculo vicioso (SAGLIO-YATZIMIRSKY, 2006).

Algumas das cuidadoras entrevistadas se contradizem, ao falar da carência alimentar, pois parece haver dificuldade em revelar que falta alimento. É importante para elas poder manter os filhos, responsabilizar-se pelo seu sustento (LINDSAY *et al.*, 2008). Assegurar que não falta nada é salvaguardar sua identidade como cuidadora, a própria dignidade. O papel de mãe confere-lhe uma identidade social. Ao adentrarmos mais seu mundo existencial, porém, surge uma miríade de contradições.

Nos primeiros contatos elas relatavam que não faltava o que comer, como podemos confirmar a seguir:

Lá em casa não falta porque o pai delas trabalha de zelador, lá em casa nunca faltou nada pra gente comer. Quando a gente vai fazer compra, a gente faz no cartão, nós não, né, ele pede à patroa dele, a gente faz bastante, eu compro mais alimentação pra elas do que pra gente. (CLÁUDIA)

Às vez tem que comprar fiado, né, mas faltar, não deixo não... as frutas deles, o suco, as coisa [...]. (DÉBORA)

Com a aproximação no campo, outras entrevistas e encontros foram sendo realizados e elas descortinaram, aos poucos, a verdadeira face dessa dura realidade e acabaram por expor, num desabafo, as dificuldades em alimentar toda a família, durante um mês inteiro com um salário mínimo (ou até menos do que isso):

[...] porque tem dia aqui que a gente não tem dinheiro nem pra comprar pão pras criança comer, né! (CLÁUDIA)

Verificamos também a contradição e o conflito na fala dessa outra mãe, quando ela se remete a justificativas feitas para a Instituição sobre a alimentação adequada dos filhos que perderam peso; novamente sua identidade materna parece abalada, pois garantir a comida em quantidade e qualidade representa ser capaz de cuidar bem do filho (SOARES; COELHO, 2008), portanto ela se defende:

[...] tá faltando comida [perguntam na instituição]? Falta, eu não vou dizer que não falta, que falta, falta e não é pouco não. Eu recebo meu dinheiro do bolsa-família, quando eu vou ver, tudo é pra mim pagar o que eu estou devendo na bodega, né. Aí elas [profissionais] diz assim, ó: no lugar de você dá um nissin miojo, dê uma banana, eu dou! Tudo eu compro pros meus meninos. (MARÍLIA)

A falta de variedade na alimentação por falta de recursos também é clara na fala dessa outra mãe:

Tempero que eu falo é assim, o peixe ou um pedacinho de carne ou frango. É o que realmente não tem, acabou-se [...], fruta eu compro dia de quarta, mas hoje não tinha nem um tostão, eu não comprei. Pai dela ficou de mandar um dinheiro aí, as vez ele manda pelo irmão dele sabe? Até agora não mandou. [...] só tem o feijão e o arroz aí e o macarrão. (JANAÍNA)

Em duas favelas estudadas por Saglio-Yatzimirsky (2006), os achados são semelhantes aos encontrados em nossa investigação. Os alimentos mais preparados são: fubá, arroz, feijão, pão e leite de caixinha. A fruta não faz parte da dieta, ingerem-se pouca verdura e pouca carne, muito açúcar e gordura. Não existe uma refeição nutricionalmente completa, ou seja, com arroz, feijão, carne e salada juntos. Os estudos de Sawaya *et al.* (2003, p. 22), numa favela em Maceió, também confirmam as preparações mais comuns na “mesa” da população de baixa renda: arroz, feijão, cuscuz, macarrão, pão, biscoito e carne.

A insegurança alimentar está associada tanto aos fatores socioeconômicos como à desnutrição infantil (PIMENTEL; SICHIERI; SALLES-COSTA, 2009). Segundo Oliveira *et al.* (2010), em muitos países e regiões em desenvolvimento, particularmente em relação aos grupos sociais e famílias de baixas condições socioeconômicas, o acesso regular e permanente a uma cesta básica de produtos suficiente e adequada para boa condição de saúde e nutrição mostra-se problemático, representando, assim, uma situação de insegurança.

Shi e Zhang (2011) alertam para a noção de que a alimentação complementar quando insuficiente e de baixa qualidade nutricional introduzida, após os seis meses de vida, está entre as maiores causas de desnutrição.

Portanto, além do problema da qualidade da comida, há o da quantidade. Nos estudos de Saglio-Yatzimirsky (2006), os moradores das favelas acordam tarde, às dez horas, por hábito, por falta de trabalho, por depressão latente (embora muitas vezes não tenham consciência de seu estado). A criança toma o desjejum ao meio-dia e almoça às 15 horas, às vezes só come uma vez por dia. E, quando dorme, a “fome passa”. Nessa família deteriorada, a alimentação não mais estrutura o ritmo cotidiano. As pessoas não comem juntas e a alimentação perde seu papel de promotora da convivência.

Tal situação é, em parte, confirmada nas falas de algumas de nossas informantes, assim como em nossas observações em seus domicílios: algumas mulheres acordam às 9, 10 horas da manhã, geralmente dormem à tarde, falta trabalho, crianças de mais de cinco anos dormem à tarde, alimentam-se na escola, as pessoas não comem juntas:

Depois de 9 e meia 10 horas levanto, vou arrumar a casa, lavar os pratos, fazer o almoço e esperar pra almoçarem, ele [companheiro] chega 11 e meia, sai 12 e meia; as vezes chega 5 hora, 6 hora. Quando ele sai depois do almoço, eu vou deixar as meninas no colégio, quando chego é cansada! Aí vou tomar banho e vou me deitar, quando eu me levanto 3 hora, 4 hora, que eu vou ajeitar as coisas. (CLÁUDIA).

Ele chega do colégio, eu boto pra dormir, eu me deito com ele, a gente dorme, todos dois. (DÉBORA).

A desnutrição energético-protéica implica um somatório de fatores cujos determinantes precisam ser observados: diminuição da quantidade de alimentos + qualidade inadequada (falta proteínas de boa qualidade, vitaminas e minerais) + aumento da frequência, duração e intensidade de infecções. Estes três fatores estão associados entre si, formando um círculo vicioso perverso, cada qual aumentando a influência negativa do outro. A insuficiência alimentar (quantidade e qualidade) prejudica o sistema imunológico, levando a uma menor resistência às infecções; e o aumento da duração, intensidade e frequência das infecções prejudica a alimentação e absorção dos alimentos. Este círculo vicioso é tão intenso que apenas a distribuição de alimentos ou o tratamento isolado das patologias associadas (em unidades de saúde), não são efetivos para a recuperação do estado nutricional e a manutenção da saúde (SAWAYA *et al.*, 2003).

Por fim, nossas informantes revelam seus sentimentos em relação à insegurança alimentar em seu dia a dia: ficam tristes, angustiadas, quando não podem oferecer aos filhos, não apenas o alimento necessário, mas também aquilo que eles gostam de comer, atendendo às preferências de suas crianças. Tal desalento pode provocar sentimentos de impotência nas mães, representando mais um fator de insegurança para os filhos.

[...] eu sou alegre quando tem...quando eu posso comprar aquilo que eu vejo que dá pra mim comprar pros meus filhos [...] Ali é minha alegria, eu ver eles comendo... e eu dizer assim 'hoje meus filhos tão felizes também, porque eles tão comendo o que eles me pediram, que eu não pude dar mas hoje eu pude'. É uma tristeza, quando eu não tenho...pra dizer que... 'hoje não tem nada pra vocês comerem'. [...] me deixa lá embaixo! Lá embaixo mesmo, ali eu me sinto muito triste. Eles três estando ali comigo sentadinho, almoçando junto, ali é minha alegria com eles. (MARÍLIA)

[...] eu fico triste mesmo por dentro, Ave Maria, as vezes eu fico doidinha quando eles pede uma coisa que não tem. Aí as vezes eu vou ali de manhã, a menina me vende pão, aí eu pago final de semana. (JANAÍNA)

Consideramos importante ressaltar que a relação entre pobreza e alimentação escolhida não é determinada apenas pelo que o dinheiro pode ou não comprar, mas passa por inúmeras mediações de ordem ideológica e até mesmo psicológica. O significado dos hábitos alimentares ultrapassa o ato biológico de comer. A comida é um dos elementos constitutivos

da identidade individual e de classe, afirma um lugar no mundo. Alguns alimentos, em seus aspectos simbólicos, vão ao encontro de um desejo que está além do potencial nutritivo. Os consumidores não são passivos, aspiram à ascensão social, à praticidade por meio do consumo de alimentos que tragam *status* social, procuram alimentos semiprontos, que os ricos também comem. Paradoxalmente, alimentos ricos em valor nutritivo, feitos para pobres, são rejeitados. Com efeito, ainda temos que, na conjuntura atual, uma oferta bastante diversificada de alimentos perpassa o consumo, principalmente no contexto urbano, confundindo e seduzindo todas as classes sociais (ROSENBERG, 1999; CANESQUI, 2005).

b) Suportes sociais

Percebe-se, pelas informações expostas até aqui, que a rede de apoio oferecida às mulheres de nossa investigação, muitas vezes, é instável ou não suficiente ante a situação de privação econômica, cultural e afetiva enfrentada, mas é nesses poucos suportes que elas se agarram para dar algum equilíbrio e integridade às suas vidas e criar seus filhos.

O conceito de suporte social é estabelecido nos campos da Psicologia Social e da Saúde Comunitária, em torno de duas ideias centrais: o estabelecimento de vínculos interpessoais, grupais ou comunitários próximos, proporcionando sentimentos de proteção e apoio às pessoas envolvidas; e a repercussão desses vínculos na integridade física e psicológica dos indivíduos (CAMPOS, 2006).

Os suportes sociais recebidos e percebidos pelas pessoas são imprescindíveis para a manutenção da saúde mental; para o enfrentamento de situações estressantes, como tornar-se mãe; para o alívio dos estresses físico e mental; assim como para a promoção de efeitos benéficos nos processos fisiológicos relacionados aos sistemas cardiovascular, endócrino e imunológico. Estes suportes são, também, fatores importantes para a adequação dos comportamentos maternos em relação aos filhos (DESSEN; BRAZ, 2000).

Os suportes sociais mencionados pelas mães estão relacionados aos aportes intra e extrafamiliares vivenciados por elas, tais como: Bolsa-Família, companheiro, a família de origem, às vezes um filho, pensão do ex-companheiro, instituições, creche, vizinhos ou amigos, seu trabalho. Elas revelam onde se apoiam nos momentos difíceis. Podemos constatar a solidariedade que traz conforto moral e ajuda a lidar com um contexto vulnerável:

Tem, tem posto. [...] as vez quando tem muita dificuldade de consultar elas, eu levo logo pro Albert Sabin". [...] a minha nora me ajuda, a minha filha também. [...] É muito bom eu gosto, a maioria das minha viagem é com a minha família. Meu pai vai,

as minhas irmã vai e o resto dos amigo que a gente conhece vai. Muito bom. (CLÁUDIA)

[...] esse meu menino, o J., qualquer coisa que eu precisar dele, graças a Deus, ele me ajuda. (JOELMA)

[...] também teve uma vizinha que ela ajudou muito, mas eu não confiava deixar o menino [recém nascido], quando eu cheguei de resguardo, ela que lavava a roupa, fazia minha comida, limpava minha casa e passava o pano. [...] eu não tenho mais mãe. Eu não tenho família, mas minhas amigas, eu conto com elas, como se fosse minha família, a minha tia também, a gente se dá bem. [...] o IPREDE e o Hospital do Coração, com as consulta dele. (DÉBORA)

Eu fui atrás quando eu tava grávida [dos trigêmeos]... a Pastoral da Criança ... eles foram deixar lá em casa, eu nem esperei! Eu não me aperreei porque me ajudaram muito. [...] As vez eu vou na casa da minha mãe, minha mãe me dá, vou na casa da mãe dele. (GIL)

Tem também meu Bolsa-Família que eu recebo. (JANAÍNA)

As vizinha... tem uma mulher, lá embaixo, que o nome dela é S, ela que me deu o fogão, isso aqui foi a G [outra vizinha], me deu essa cama. [...] Eu não conto com a minha família pra nada. Porque nenhum me ajuda, nenhum. (MARÍLIA).

Tais achados são similares aos encontrados por Dessen; Braz (2000) sobre a importância do apoio psicológico e financeiro, mencionado pelas mães e pelos pais, tanto da parte de familiares como de não familiares, para o seu bem-estar e da família durante o período pós-parto e na educação dos filhos.

Para Dessen e Braz (2000), a família atual é compreendida como um sistema complexo, composto por vários subsistemas (pai-mãe, irmão-irmão, genitores-filhos) em constante interação, influenciando e sendo influenciados uns pelos outros. Vários outros sistemas fora da família exercem importante influência nas interações e no desenvolvimento dos membros familiares, como a escola, o local de trabalho, a vizinhança, a comunidade e a rede social, promovendo, assim, melhoria na qualidade de vida. Os próprios membros familiares, outros parentes da família extensa (avós, tios, primos), amigos, companheiros, vizinhos e profissionais, podem auxiliar de maneiras diversas, como: fornecendo apoio material ou financeiro, executando tarefas domésticas, cuidando dos filhos, orientando e prestando informações e oferecendo suporte emocional.

Dentre os membros familiares, o apoio do marido/companheiro foi bastante valorizado por nossas informantes, em consonância com os estudos de Carvalhaes e Benício (2002), Silva *et al.* (2002), Dessen e Braz (2000), que exprimem ser o suporte do companheiro considerado prioritário dentre os demais suportes familiares e sociais.

Constatamos nos relatos das mulheres a valorização atribuída à relação estabelecida entre o companheiro e os filhos, entendida por elas como demonstração de amor: quando o companheiro, mesmo que não seja o pai dos filhos, se importa, cuida, dá limites e afeto, ele é mais aceito e respeitado pela mulher; suas falhas com ela são perdoadas. Quando, em contrapartida, mesmo sendo o pai biológico, ele não se compromete com o sustento e o cuidado dos filhos, a mulher tende a afastá-lo e a não ter por ele vínculo de respeito, afeto e tolerância. Em outras palavras, elas se mostram gratas e seguras quando o companheiro é presente na função paterna, ou ressentidas, aborrecidas e desprotegidas, quando eles são ausentes e omissos. Portanto, ser um bom pai é significado por elas como sendo também um bom companheiro.

Tem meus meninos também que gosta muito dele [companheiro atual] e ele respeita os meninos, o que vale é isso, e os menino respeita ele. (JANAÍNA).

É ele ajuda muito com o menino, ai de quem disser alguma coisa com esse menino. (DÉBORA).

[...] ele foi trabalhar ontem e não veio pra casa e não trouxe dinheiro. [...] ele diz que gosta dos filho, mas eu acho que não gosta não. [...] aí os bichinho chega: ‘pai trouxe dinheiro, tem dinheiro?’ ele diz não, é desse jeito, é só o que ele diz... Eu acho que vai melhorar pra mim se eu morar perto da minha mãe porque pro que eu precisar a minha mãe está ali perto de mim. (GIL).

Que as vez ele dá, as vez ele não dá... criança precisa de tudo, né? (AMÁLIA).

Nossos achados condizem com os de Losekann e Rocha-Coutinho (2011) sobre o companheiro ideal para estas mulheres, os quais devem possuir características importantes para o desenvolvimento de um bom convívio com seus filhos; sua vida amorosa está, portanto, subordinada à sua função de mãe.

c) “Vivo, me espedaçando de trabalhar”

O trabalho remunerado é outro suporte social mencionado pelas mulheres. Optamos por destacá-lo em uma subcategoria em virtude das intensas repercussões que estar ou não estar incluídas no mercado de trabalho parece ter em suas vidas.

Dados do Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE, 2007) informam que se tornou crescente a importância da participação da renda obtida pelo trabalho da mulher para o sustento da família, sem contar que muitas vezes as mulheres que ocupam a chefia de família têm de lidar com a ausência do companheiro e com

o fato de não poderem contar com qualquer tipo de ajuda de outros membros, como pais ou irmãos.

O número de famílias chefiadas por mulheres cresceu 35%, entre 1995 e 2005, dos domicílios brasileiros (IBGE, 2010). Os domicílios chefiados por mulheres geralmente têm um nível de renda inferior ao daqueles encabeçadas por homens. Quando a mulher é a responsável pelo domicílio, ela não apenas tem que arcar com as atividades domésticas, como ainda necessita buscar trabalho fora de casa para sustentar a família. Essa situação pode explicar, pelo menos parcialmente, a maior vulnerabilidade das famílias chefiadas por mulheres, situação que se intensifica no caso das famílias de baixa renda (LOSEKANN; ROCHA-COUTINHO, 2011).

Algumas mulheres de nosso estudo são chefes de família e trabalham fora, mantendo a dupla jornada de trabalho: dentro e fora de casa. Elas reclamam do cansaço e de não ter com quem deixar a criança (ou as crianças), submetendo-as a ficar com terceiros pouco confiáveis ou levando-as consigo; seus trabalhos fora de casa consistem em faxinas ou lavagem de roupa e vender na feira ou de porta em porta (frutas, verduras, bijuterias, Avon), são trabalhos considerados informais por não haver vínculo empregatício legalizado, portanto não gozam férias e nem de outros direitos propiciados pelo emprego “com carteira assinada”. Por outro lado, elas expressam certa segurança por ter o próprio rendimento e poder contribuir no sustento de sua família. O trabalho também parece representar contatos fora de casa e aprendizado.

[...] às vez quando a minha patroa me chamava pra fazer uma faxina, aí eu trazia ela [Gláucia, a filha desnutrida recém-nascida] e trazia minha menina pra ficar com ela. Tá com 12 ano que eu trabalho lá [como faxineira duas vezes por semana]. (JANAÍNA).

[...] porque eu vendendo na feira, eu tenho meu dinheiro pra mim comprar um açúcar, um arroz, um café, o que falta dentro de casa. A feira cansa muito, a gente fica muito cansada mas o trabalho é muito mais melhor, [...] melhor a gente tá fazendo amizade no meio do mundo, conversa com um e com outro quando vai vender. Gosto. Porque não tem outra coisa pra eu fazer né, a gente aprende, eu tava dizendo pros meninos ‘eu já estou virando uma feirante!’ [Risos]. (JOELMA).

Sábado, eu saí era meio dia com o Renato [filho desnutrido], a gente entregou os pedido da Avon, sábado de tarde [...] eu só fico sem fazer nada se eu não agüentar e se eu quiser porque tem os crochê [ela faz e vende crochê], quando eu termino essa luta da casa, aí tem os crochê. (DÉBORA)

Nossos achados correspondem aos resultados dos estudos de Losekann e Rocha-Coutinho (2011), que apontam algumas características presentes nas mulheres que trabalham

fora de casa: angústia de não ter com quem deixar os filhos, possuindo uma rede de apoio restrita; encaram a maternidade como sua principal função, e não têm tempo para dedicar a si e para o seu convívio social em razão da dupla jornada de trabalho a que estão submetidas. Para as mães, a entrada no mercado de trabalho é motivada basicamente por três fatores: a necessidade econômica, a obtenção de independência e liberdade e a possibilidade de optar pela separação conjugal.

Trata-se de uma exaustiva realidade, com um sem-fim de tarefas, tanto na rua, quanto em casa, num somatório de atividades que acrescenta formas de trabalho produtivo, comunitário e até sexual, ao trabalho reprodutivo – histórica e culturalmente de responsabilidade da mulher (NAZARETH, 2003).

A mulher pobre chefe de família possui tripla fragilidade – ser mulher, ser pobre e ser chefe de família. Estudos sobre a “feminização da pobreza” apontam para o fato que estas famílias são as mais pobres entre os pobres. E, se, por um lado, o trabalho remunerado possibilita que as mulheres sejam provedoras de suas famílias, por outro, geralmente, elas continuam como responsáveis sozinhas pelos cuidados da casa e dos filhos. Desse modo, a chefia familiar parece apresentar contradições, pois, ao mesmo tempo em que propicia a elevação da autoestima e permite que sejam provedoras financeiras de suas famílias, também as mantém em condições precárias de vida, já que elas se sobrecarregam com o acúmulo do trabalho realizado fora e dentro de casa (LOSEKANN; ROCHA-COUTINHO, 2011).

A preocupação com o sustento na velhice surgiu na fala de uma das cuidadoras, provavelmente por sua idade mais avançada (56 anos) e o acúmulo de tantos anos de trabalhos duros e sofrimentos. Ela reclama da insegurança e do cansaço de sua posição solitária de provedora, sempre atendendo às solicitações domésticas e do ambiente de trabalho; ao mesmo tempo teme ter que depender dos outros quando já está habituada à própria independência. Sonha poder parar de trabalhar e viver tranqüila, cuidando de sua casa:

[...] assim de juntar uma michariazinha e abrir uma conta pra mim ir juntando pra minha velhice, entendeu, porque quando eu não puder mais trabalhar, eu ir comendo devagarzinho, né, que pra ser dependente e esperar por filho, eu já não gosto. Assim, se eu chegar a me aposentar, eu não vou mais viver trabalhando como eu vivo, me espedaçando de trabalhar, vou viver só dentro de casa, cuidando da minha casa. (JOELMA).

Já as mulheres que não trabalham justificam não ter com quem deixar os filhos e afirmam desejar trabalhar para que se achem mais independentes e realizar seus sonhos de consumo:

Eu quero aprender a costurar, se aparecer eu quero. Meu sonho também é saber costurar, porque minhas irmã são tudo costureira, sabe, costureira profissional. (CLÁUDIA)

Eu imagino botar uma pessoa pra cuidar deles e começar a trabalhar. Porque nem toda hora a gente tem as coisa que a gente quer, tem que trabalhar pra ter o que a gente quer né? (GIL)

É como Deus quer, né, porque se eu tivesse condições de trabalhar, eu já tinha ajeitado minha casa todinha! Mas cadê, não tem ninguém pra ficar com os meu menino. Meu desejo é trabalhar e ter tudo que eu pretendo assim, com a boa vontade de Deus, que um dia eu vou possuir isso aí que eu quero. (MARÍLIA)

O consumo de bens de conforto surge para mulheres desfavorecidas como possibilidade para viver melhor, assim como para tentar obter algum reconhecimento social (CARNEIRO; ROCHA, 2009).

Uma das mulheres menciona a oposição do marido a que ela trabalhe, ficando clara a posição de gênero: homem é para trabalhar fora e sustentar a família, enquanto a mulher deve ser a cuidadora dos filhos em tempo integral; mas esta mãe já revelou (em fala anterior) que seu sonho é ser costureira. Parece surgir, então, o conflito entre ser mãe integralmente e ser profissional dedicada a tarefas externas no mercado de trabalho:

Eu já trabalhei, já... aqui e acolá quando aparece faxina no condomínio aí ele [companheiro] me chama, a mulher lá manda ele me chamar, eu vou, lavagem de roupa... Mas assim, eu faço mas é contra a vontade dele, que ele não quer que eu vá trabalhar. Não sei por que, ele diz que o meu trabalho é só em casa, tomando conta das filha dele: 'eu dou tudo que você precisa, eu quero você dentro de casa, não quero você trabalhando'. Se eu for trabalhar, quem vai tomar de conta dessas menina, ele já não confia (...) quem pastora bem mesmo sou eu. (CLÁUDIA)

Concordamos com Nazareth (2003) na idéia de que a maternidade é uma função ligada às características biológicas da mulher, portanto exclusivamente feminina; entretanto a maternagem - função social de cuidado e criação dos filhos - a princípio, poderia ser exercida por qualquer membro da família, mas se tornou prerrogativa feminina, socialmente constituída (BADINTER, 1998; BOWLBY, 1989).

Tentar conciliar seu papel de esposa e mãe com o trabalho fora de casa parece se relacionar a uma grande contradição vivida por boa parte das mulheres na atualidade: a interiorização de discursos distintos e, por vezes, contraditórios, em diferentes momentos de sua vida, como o discurso tradicional, a exaltar que o modelo de mulher ideal está associado ao papel tradicional de mãe e o discurso mais atual e libertador, que impulsiona a mulher a buscar também a realização pessoal no mundo público do trabalho remunerado.

d) Estratégias de enfrentamento

O dinheiro acaba, falta o alimento, o filho desnutre, diversas formas de violência e abandono assolam suas vidas: assim vivem as mulheres em situação desfavorecida. Nesse ínterim, nos questionamos: como, afinal, as mulheres de nosso estudo suportam todo esse contexto vulnerável? Quais suas estratégias de enfrentamento emocionais e cognitivas?

Considerando que o contexto de vida das mulheres pesquisadas apresenta uma série de fatores que podem conduzir ao estresse psicológico, pretendemos compreender os meios que elas utilizam para lidar com as situações estressantes.

Nos relatos apresentados até aqui, pudemos identificar algumas das estratégias utilizadas para conviver com as dificuldades e pressões cotidianas: buscar apoio na família, nos amigos ou nos vizinhos, trabalhar, ver novelas, passear, dormir, rezar, procurar uma instituição de apoio, pensar positivo, mudar de companheiro, envolver-se com um amante, procurar a justiça. Cada uma encontra seus meios de reagir às iniquidades que ameaçam sua estabilidade e seu equilíbrio.

As respostas ou estratégias de enfrentamento serão abordadas nesta subcategoria, seguindo o modelo de Lazarus; Folkman (1984), considerando sua definição de estresse, como já discutido. No modelo interativo do estresse, o enfrentamento é compreendido como esforços cognitivos e comportamentais voltados para o manejo de exigências ou demandas internas ou externas, que são avaliadas como sobrecarga aos recursos pessoais do indivíduo (ANTONIAZZI; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998; SEIDL; TRÓCCOLI; ZANNON, 2001).

Neste modelo que aceita a hipótese da ansiedade orientada para o estímulo, a avaliação da ameaça é tida como mediadora essencial para o desenvolvimento do estresse, Lazarus (1984) distingue dois estádios de avaliação: um **primário**, onde é determinado se o estímulo é irrelevante, positivo ou de fato estressante, e um **secundário** (apenas utilizado no caso da avaliação primária ter dado o estímulo como estressante), que corresponde a um conjunto complexo de processos com o objetivo de otimizar os mecanismos de *coping*. Ansiedade (como outras emoções negativas) surge quando, após a avaliação, conclui-se que o estímulo é estressante e que os recursos do indivíduo estão aquém do que lhe é exigido para suportá-lo (TELLES-CORREIA; BARBOSA, 2009).

De acordo com Garrett *et al.* (2009), é importante verificar que são os componentes cognitivos do sujeito os determinantes para o tipo de resposta, ou seja, na realidade, não existe

situação com efeito estressor, mas trata-se do modo como o indivíduo avalia o evento. As reações ao estresse estão diretamente relacionadas com a forma como cada pessoa constrói o significado do evento e procede às reações adequadas, de acordo com seu padrão de personalidade.

As estratégias de enfrentamento foram categorizadas em dois tipos quanto à sua função: *coping* focado na emoção e *coping* com sede no problema.

As estratégias de *coping* centrado na emoção definem-se como esforços para regular o estado emocional associado ao evento estressor. Direcionados ao nível somático ou afetivo, têm por função reduzir as sensações desagradáveis de uma circunstância estressora – para o que podem incluir, de acordo com Lazarus e Folkman (1984), distanciamento, autocontrole, evitação, minimização, atenção seletiva, comparação positiva e atribuição de valor positivo para eventos negativos. Por exemplo, fumar um cigarro, tomar um tranquilizante, assistir a uma comédia na TV e sair para correr são exemplos de estratégias dirigidas a um nível somático de tensão emocional. A função destas estratégias é reduzir a sensação física desagradável de um estado de estresse. Percebemos algumas dessas estratégias no comportamento de nossas informantes, tais como: ouvir música, assistir a novelas, namorar - distanciando-se do problema – ou pensar positivamente, minimizar o problema, ter autocontrole. As falas a seguir ilustram o *coping* focado na emoção:

*[...] como tudo, até feijão com farinha eu como, se tiver...eu num tenho besteira pra nada não, tem gente que Ave Maria ‘só como se tiver isso’ eu não! E eu digo pros meus meninos ‘negrada, pior é gente que tem por aí que não tem nem arroz, nem feijão pra comer e vocês tem’. A minha menina mais velha as vez reclama ‘não tem um pedaço de carne...’ eu digo ‘é pra agradecer a Deus, você ter o feijão e o arroz pra comer’. E ela, ‘oh, mãe, eu não gosto de ser pobre’, ‘mas é o jeito, ninguém gosta não, fazer o quê, roubar num pode, se vender, pior, droga, muito pior...’ ‘é mesmo!’ (JANAÍNA – **atribuindo um valor positivo para eventos negativos**).*

*[...] domingo passado eu fui pra praia com elas, foi bom! (CLAÚDIA - **distanciamento**).*

*Eu fico calma, porque se eu for ficar nervosa é pior, fica até ruim pra criança, né? (DÉBORA – **autocontrole**)*

*Agora também eu vivo com outra pessoa. (DÉBORA – **comparação positiva**)*

*Seguir em frente é alevantá a cabeça sem olhar pra trás. (Amália - **autocontrole**).*

*Tem muita coisa que eu me estresso, mas eu fico só na minha, não vou descontar em ninguém, fica dentro da minha casa mesmo, fora eu já sou outra pessoa (**autocontrole**). [...] pensar muitas besteira... Não, penso não, eu tenho um radinho lá, que esse namorado meu comprou pra mim...eu boto música, eu escuto, eu danço, eu brinco, as vez meus menino ta lá, eu brinco com eles, eu danço com eles, eu sou*

alegre! (distanciamento) Tendo dentro de casa ou não tendo, eu sou a mesma pessoa. Não, meu destino não é tá chorando, é eu ser uma mulher guerreira, eu sou mais chorar dentro de casa! Sozinha, tranqüila, ouvindo rádio e chorar só, e falar sozinha, eu gosto. (MARÍLIA – autocontrole)

Já as estratégias de *coping* com centro no problema constituem os esforços para atuar no fato que produziu o estresse, no sentido de alterá-lo, envolvendo desde a definição do problema e a geração de opções de solução até a avaliação de custo-benefício. A ação, neste caso, pode ser dirigida para si mesmo - reestruturação cognitiva, como a mudança no nível de aspiração, redução do envolvimento do ego; ou para o ambiente - negociação verbal para resolução de um conflito interpessoal, busca de recursos e até mesmo agressividade. (KRUM; BANDEIRA, 2008; ANTONIAZZI; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998). Vejamos quais as estratégias focadas no problema encontradas em nossa investigação:

Ontem eu fui vender churrasco, o dinheiro que eu apurei só deu mesmo pra comprar o frango do almoço hoje e o pão pra comer de noite, faltou manteiga, que não deu pra comprar manteiga. Tava faltando arroz, eu comprei o arroz, aí eu não ia deixar de comprar o arroz pra fazer o almoço pra comprar manteiga pra comer com pão. (JOELMA – ação dirigida para o ambiente: definição do problema e geração de opções de solução até a avaliação de custo-benefício).

[...] eu nunca, assim, me desanimo não, porque nem que seja emprestado eu arranjo, eu não fico assim pensando e nem vou chorar por nada não, eu sempre fui conformada, porque, assim, às vezes né, a gente é culpada, a gente não procurou? O primeiro [filho] já era pra eu ter aprendido e eu não aprendi. (DÉBORA – ação dirigida para si: reestruturação cognitiva mudando o nível de aspiração).

Outra filha com ele. Eu ainda vivi com ele mas eu não sabia que ele tinha outra mulher fora eu. Eu dei [a filha]. Eu dei pra uma mulher de São Paulo. (MARÍLIA - ação dirigida para o ambiente: definição do problema e geração de opções de solução até a avaliação de custo-benefício – ela não podia sustentar sozinha a quarta filha).

Eu sei engomar, sempre a minha mãe me ensinou, desde pequena, eu sei lavar roupa, arrumar uma casa, tudo isso eu sei, comida eu sei, não sei fazer comida chique, mas eu sei! Porque eu vou morrer? (...) taí saiu ontem [o companheiro] e não deixou nada, meus filho não vão morrer que eu levantei, era 5 hora, e fui atrás pra ter a comida deles. (GIL - ação dirigida para o ambiente: busca de recursos).

[...] porque eu já disse a ele 'o que você fizer, eu vou na delegacia e dou parte de você e eles vai puxar o seu BO e vai constar, então você nem se aproxime de mim!' (GIL – ação dirigida para o ambiente: agressividade).

Eu acho assim, que ninguém vai resolver o que você está passando, você tem que resolver por si próprio. (MARÍLIA – ação dirigida para si: autoconfiança).

[...] quando meu menino tinha 4 ano, eu fui pro hospital Gonzaguinha, aí o médico passou pra ele vir pra cá pro IPREDE, porque ele tava desnutrido demais. Aí eu vim e trouxe a minha menina porque pra mim ela ainda estava precisando [a filha já tinha sido do IPREDE]. (MARÍLIA – **ação dirigida para o ambiente: busca de ajuda para a saúde dos filhos**).

Os autores exprimem, ainda, que, em situações avaliadas como modificáveis, o *coping* focalizado no problema tende a ser empregado, enquanto o *coping* com foco na emoção tende a ser mais utilizado nas situações avaliadas como inalteráveis.

Se observarmos os depoimentos anteriores, verificamos que o *coping* focado na emoção traduzido pelas mães passa uma sensação de estado mais permanente, não há reação de saída, mas de tentativa de ajuste emocional. Já nas falas referentes ao *coping* focado no problema, há reações mais resolutivas, no nível de planejamento e execução.

Além do mais, estas duas categorias são facilmente percebidas a princípio, mas seus efeitos podem ser confundidos: o *coping* focado na emoção pode facilitar o *coping* centrado no problema por remover a tensão e, similarmente, o *coping* com fulcro no problema pode diminuir a ameaça, reduzindo assim a tensão emocional. Os estudos indicam que ambas as estratégias de *coping* são usadas durante praticamente todos os episódios estressantes, e que o emprego de uma ou de outra pode variar em eficácia, dependendo dos diferentes tipos de estressores envolvidos (ANTONIAZZI; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998). Por exemplo, quando uma das mães diz: “*Seguir em frente é alevantar a cabeça sem olhar pra trás [...]*”, ela busca recursos emocionais para reagir ao fato de ter sido tantas vezes abandonada e de não ter ao seu lado um companheiro; ao mesmo tempo, abre perspectivas para encontrar outras possibilidades de levar sua vida em frente. Outro exemplo, agora relativo ao *coping* focalizado no problema, é o de Gil quando reage ao marido violento: “[...] *porque eu já disse a ele ‘o que você fizer, eu vou na delegacia e dou parte de você e eles vai puxar o seu BO e vai constar, então você nem se aproxime de mim!’*” Com tal atitude resolutiva, ela se protege da ameaça constante e reduz seu nível de estresse emocional.

Esta contextualização implica que as estratégias de *coping* são ações deliberadas que podem ser aprendidas, usadas e descartadas. Portanto, mecanismos de defesa inconscientes e não intencionais, como negação, deslocamento e regressão², não podem ser considerados

² Mecanismos de defesa inconscientes e não intencionais são diferentes tipos de operações utilizadas pelo ego em que a defesa pode ser especificada. O objetivo defensivo pode utilizar as mais diversas atividades, incidindo em tudo o que pode suscitar um desenvolvimento de angústia, como emoções, situações, exigências do superego, entre outros.

A **negação** é o processo pelo qual o sujeito, defende-se negando algo que lhe pertença, mesmo tendo formulado um desejo, pensamento ou sentimento recalcado, defende-se dele negando que lhe pertença.

A **regressão** é explicada como um retorno em sentido inverso de um ponto já atingido até um ponto situado anterior a esse, considerando-se um processo psíquico de desenvolvimento.

como estratégias de *coping*. Além disso, somatização, dominação e competência são vistas como resultado dos esforços de *coping* e não como estratégias em si (ANTONIAZZI; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998).

No modelo de *coping* e estresse proposto por Lazarus; Folkman (1984), qualquer tentativa de administrar o estressor é considerado *coping*, tenha ela ou não sucesso no resultado. Desta forma, uma estratégia de *coping* não pode ser considerada como intrinsecamente boa ou má, adaptativa ou mal adaptativa. Torna-se, então, necessário considerar a natureza do estressor, a disponibilidade de recursos de *coping* e o resultado do esforço de enfrentamento (ANTONIAZZI; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998).

Portanto, podemos considerar que nem sempre nossas informantes terão sucesso em suas tentativas de enfrentamento das situações estressantes às quais estão frequentemente expostas, entretanto, percebemos sua luta constante, são “guerreiras” cuja principal arma é sua capacidade de adaptação e resistência.

4.3.3 Mãe e filho desnutrido na instituição

Nunca duvide que um pequeno grupo de cidadãos preocupados e comprometidos possa mudar o mundo; de fato, é só isto que o tem mudado.

(MARGARET MEAD).

Nesta categoria de análise, passamos a apresentar as percepções das mães sobre o processo de cuidado vivido no IPREDE, a organização não governamental que frequentam, em busca de tratamento para o filho desnutrido. Conforme já explicitamos durante o percurso de estruturação deste trabalho, o IPREDE é uma instituição em fase de crescimento e expansão de sua assistência, como também de seu foco de atuação, dedicando-se cada vez mais à família, com atenção especial ao desenvolvimento humano global - estimulando suas potencialidades - e à inclusão social visando ao resgate da autonomia do sujeito. A missão dessa instituição perpassa o desenvolvimento de crianças sob condições de vulnerabilidade social, trazendo, como objetivo maior,

[...] promover a nutrição e o desenvolvimento na primeira infância articulando-os com ações que visam ao fortalecimento das mulheres e da inclusão social de famílias que vivem em situação de vulnerabilidade social e pobreza. (IPREDE, 2010, p. 1).

Já o **deslocamento** é um mecanismo de defesa no qual o sujeito passa de uma representação intensa em importância e interesse para outras originariamente pouco intensas, mas ligadas à primeira representação por uma cadeia associativa. (LAPLANCHE; PONTALIS, 1996).

Organizações não governamentais, como o IPREDE, possuem um papel importante como representantes da sociedade civil na solução de problemas de interesse social. Essas instituições cumprem importante função na diminuição de desigualdades, ensejando trabalho e renda ou reduzindo os efeitos nocivos provocados pela exclusão. Como maior benefício, essas iniciativas promovem o resgate da cidadania e a inclusão social. As ONGs configuram-se como uma das opções que causam grande impacto como iniciativa de inclusão socioeconômica dentro do sistema capitalista, as quais estimulam e geram credibilidade a formas de associação econômica e de sociabilidade não capitalista (SILVA, 2004).

Embora as portas do IPREDE estejam abertas a todas as classes sociais, são as pessoas em situação de baixa renda as que mais procuram seu apoio, pelo fato de os distúrbios nutricionais na infância estarem intensamente associados às conseqüências da condição socioeconômica desfavorecida.

No âmbito desta pesquisa, compreender como as mães de crianças desnutridas percebem o IPREDE nos põe em contato com várias nuances que envolvem trabalhos institucionais voltados ao atendimento de crianças e de suas mães, destinados à atenção à saúde.

As mães chegam à Instituição com o filho desnutrido, encaminhadas por profissional da saúde, por parentes ou vizinhos. Algumas já trouxeram todos os filhos, um-a-um para consultar, sempre em busca de apoio e esclarecimentos, conforme elas mesmas expressam:

Quando ele tava pesando 9 quilo pra 10, com 5 ano [levou ao IPREDE]. Pela boca dos pessoal, sabe como é, os pessoal, né, disse assim: ‘ah, tá muito magrinho!’ (AMÁLIA).

[...] quando eu cheguei aqui eu não conhecia nada, eu vim através da minha filha, com o encaminhamento do posto [o posto diagnosticou a desnutrição, mas a filha indicou O IPREDE]. (JOELMA).

Pra mim foi porque não é a primeira vez que eu venho, né? Desde o meu primeiro menino que eu venho pra cá, desde o aleitamento que eu trago eles. (GIL).

A agente de saúde que encaminhou porque ele tava com o peso baixo. (DÉBORA).

Nesta categoria central, analisamos os relatos das mulheres sobre seu convívio no ambiente institucional, abordando como significam o IPREDE em seu contexto de necessidades: o que mais valorizam, o que entendem e o que não entendem sobre o suporte institucional oferecido, que mudanças ocorreram em suas vidas após sua entrada na Instituição, trazendo os filhos. Com tais reflexões, surgiram as seguintes subcategorias: **a) Percepções das mães sobre o cuidado prestado na Instituição; b) O poder das palavras.**

a) Percepções das mães sobre o cuidado prestado na Instituição

As mulheres avaliam os atendimentos prestados na Instituição, a elas e aos filhos, nos diversos setores. Falam dos pontos positivos, revelam seus gostos, preferências e valores. Importância particular é atribuída a cada atendimento, por parte de cada informante. Aprendizado, relaxamento, segurança, escuta, comodidade, orientação, apoio financeiro surgem em seu repertório, sendo valorizados. Nem sempre sabem dizer os nomes dos atendimentos frequentados, mas demonstram uma compreensão genérica de seus objetivos:

Elas [assistente social e nutricionista] fala: como é que eu estou, não fala só dos meninos, fala de mim também. É, quer saber o que eu vivo. [...] É, ela [no grupo de mães] fala, né, ela fala...como é que as pessoa tá...se tá bom, se tá ruim...eu digo pra ela assim, 'pra mim tá mais ou menos', né? 'Tá muito bom não'. [...] É a...como é que chama, aquela sala dos brinquedos [mediação], ela [profissional] fica perguntando um bocado de coisa: 'como é que ele tá?' 'tá bem!' (AMÁLIA).

Eu acho muito bom [o grupo de mulheres], a gente aprende muita coisa. Teve uns dia aí que eu passei bem 3 vez, 4 vez sem ir, aí eu perguntei 'não vai me chamar mais não?' 'Tenha paciência, mãezinha'. Aí quando foi noutra vez que eu vim ela me chamou. As vez demora. [...] eu acho bom, a gente relaxa, eu adoro, quando eu não vou eu fico triste, aí eu fico por ali, aí ela diz assim 'hoje não foi sua vez não, mas de outra vez dá certo', tá 'certo'.(CLÁUDIA).

Ele vai na mediação, ele vai para aquela outra sala [psicomotricidade] quando eu vou pro grupo de mães. O que eu gosto mais mesmo é quando eu vou pro grupo que tem a psicóloga, das mãe, ali eu gosto, ela fica conversando com todas nós, né, ali eu gosto. (JOELMA).

São da desnutrição, né, que são o [pausa, parece tentar lembrar], é da desnutrição, tem...a A. que conversa muito com a gente, tem da mediação, das criança ali...eu me esqueço o nome... [psicomotricidade]. Ali eu gosto é muito [do grupo de mulheres], que assim, eu, no começo eu era assim, não gostava de conversar, eu era só na minha, depois que eu comecei no grupo, pronto, me solto que eu acho que falo mais que todo mundo lá dentro [sorrindo]. É assim, de mês em mês elas chama, porque tem muitas mãe também pra ir, né, mas eu gosto, eu gosto do grupo. (JANAÍNA).

Podemos perceber em suas falas o valor atribuído às conversas com os profissionais, seja de modo individual ou em grupo. As mães demonstram que se sentem acolhidas em alguns setores da Instituição. O fato de serem vistas e ouvidas parece ter especial importância no contexto institucional, pessoal e do tratamento do filho.

Filgueiras (2006) esclarece que a ação de saúde, além de diagnosticar e tratar, deve garantir a participação e envolvimento no processo. A integralidade na assistência, para se concretizar, depende do encontro singular e significativo entre indivíduos, permeado pelo reconhecimento e valorização. A autora enfatiza a importância do relacionamento, para a

constituição de vínculos, acolhimento e autonomização, buscando sanar as deficiências geradas pelo modelo de atenção médico-centrada. O eixo central dessa forma de atendimento é a pessoa e não a doença, priorizando o estabelecimento de uma relação de confiança entre profissional e usuário.

Segundo Leite (2010), o campo das “Humanidades Médicas” presente no currículo da maioria das escolas médicas fora do País, propõe essa mudança de paradigma: de um modelo médico-centrado, para o um modelo centrado no paciente. Ser médico, nesse referencial, torna-se um empreendimento complexo de grande envergadura civilizatória, uma medicina para o homem inteiro, o “homem enfermo e sua ampla biografia”, nas palavras do autor.

Para Watzlawick, Beavin e Jackson (2011), o veículo da interação dos seres humanos é a comunicação, mas, segundo os autores, a comunicação terapêutica deve transcender necessariamente os conselhos, pois um sintoma é sempre algo involuntário e, por conseguinte, autônomo, não é passível de controle pelo paciente, ou seja, não depende da sua força de vontade. O sintoma é uma manifestação para ser investigada, portanto, o usuário precisa ser escutado em suas queixas. A atitude humana do terapeuta é de inegável importância na relação com o paciente. Comportamentos e atitudes, como compreensão, compaixão e sinceridade, são fundamentais.

Corroborando a ideia dos autores mencionados, o depoimento de uma das mulheres revela o aprendizado desenvolvido desde a aceitação e da escuta nos trabalhos desenvolvidos na Instituição. Ela acentua ter incorporado valores que a dureza e as dificuldades no seu contexto de vida não lhe permitiam perceber e assumir:

[...] com a minha convivência no IPREDE, eu aprendi muita coisa, conversando, tem aquele grupo que a gente vai pra conversar com a psicóloga e tudo, e eu aprendi o amor que não tinha, entendeu, tinha mais era assim um amor meio rebelde, né? Aprendi a conviver com as pessoas... eu convivia com as pessoas mas era um conviver que era assim ignorante, sabe? Se a pessoa falasse comigo mais alto um pouco, eu já respondia no tom da ignorância, aí agora não, agora eu já aprendi aqui no IPREDE. (JOELMA).

As mães continuam se referindo aos atendimentos, expressando a confiança nos profissionais de saúde pelos quais passam na Instituição, considerando importantes as orientações e suportes recebidos. Nutricionista e médico parecem ser profissionais considerados ‘condutores’ de seus comportamentos quanto à saúde dos filhos, tratados com desnutrição. Nesses espaços clínicos, elas vão para escutar, em busca dos esclarecimentos e

prescrições. É possível que esse acompanhamento seja assegurador e “desculpabilizante” para nossas informantes no cuidado com os filhos desnutridos:

O lado assim de médico que tem pra saúde dele, que me orienta, qualquer coisa assim se eu não souber [...] porque é difícil você encontrar uma ficha pra consultar no hospital pediátrico [...] só isso aí já é bom pra mim...só em você estar enfrentando fila em posto e as vez você nem consegue uma ficha, entendeu, então isso aí pra mim é bom, bom demais! (DÉBORA).

Todas as salinha daqui, ela vai. Assim, o que eu acho mais importante é quando eu falo com a nutricionista, né, porque ela me explica o que eu devo fazer, me orienta de alguma coisa, porque antes eu fazia do meu jeito, aí ela me orienta, a hora, o que eu tenho que fazer com a Gláucia, essas coisa, as coisa que ela pode, que ela não pode. (JANAÍNA).

O mais importante que eu gosto mesmo é o grupo dos médico que eu vou com o Wendel, sabe? Porque ali eu já sei tudo que tá acontecendo com ele. Eu me sinto muito segura, por causa desse atendimento dele lá, por isso é que eu gosto mesmo. (JOELMA).

Como registramos em categoria anterior, nossas entrevistadas expressam culpa pela desnutrição dos filhos. Acreditamos que as mulheres de nosso estudo, ao procurarem tratamento para suas crianças e ao persistirem nele, assiduamente, aceitando integralmente as recomendações (mesmo que às vezes não consigam cumprí-las), busquem asseguramento e tranquilidade, aliviando-se também da culpa pelas falhas e condições adversas sobre as quais se consideram responsáveis, já que devem prover, como mães, tudo de bom para os filhos.

A culpa materna foi descrita por Badinter (1998) como um sentimento associado ao papel de boa mãe e às responsabilidades maternas com o filho. A autora assinala que a responsabilidade em relação à família e ao papel de mãe incidiu sobre a mulher no século XIX, e transformou-se em culpa materna no século seguinte, como resultado da cobrança sobre a mulher, sempre que algo a impedisse de desempenhar o papel de boa mãe. Sendo assim, o sentimento de culpa das mulheres também reflete a cultura da sociedade, que determina padrões de comportamento e valores para as pessoas, sobretudo para as do sexo feminino.

Este é um foco importante a ser considerado nos serviços de saúde: a culpa da mãe por tudo o que acontece com os filhos, como condição naturalizada socialmente e, portanto, fora de seu entendimento consciente. Conhecedores da delicadeza deste fato, profissionais da saúde podem investir em tal aspecto junto às mães, desculpabilizando-as. A culpa pode dificultar ainda mais a relação mãe e filho, produzindo tensões e angústia, comprometendo a recuperação infantil.

Além do mais, a escuta e a compreensão dos sentimentos, por parte dos profissionais, abrem caminho para se estabelecer uma relação de confiança com o paciente. O encontro entre profissionais e usuários envolve pessoas com saberes, valores, crenças, preocupações, desejos e projetos de vida próprios, que precisam dialogar, apesar das diferenças, abrindo possibilidades de produzir saúde. O paciente deve ter direito à voz e poder compartilhar com o profissional seu sofrimento, não apenas físico, mas suas dúvidas, medos, como também alegrias e esperanças (FILGUEIRAS, 2006).

Para Caprara; Rodrigues (2004), não é mais suficiente organizar os serviços de saúde visando a sua maior eficiência técnica, e sim considerar o respeito aos valores subjetivos do paciente, a promoção de sua autonomia e a tutela das diversidades culturais.

Mitre (2006) enfatiza que toda instituição deve estar envolvida nesse investimento acolhedor e integrador, do gestor ao porteiro, para que se faça gradativamente um modelo de atendimento que privilegie a complexidade do adoecer e a singularidade de cada indivíduo.

Algumas mães durante as entrevistas falaram do cansaço de muito tempo na Instituição e questionaram os atendimentos: por que os filhos não saem da desnutrição, o que falta ser feito para curá-los já que, em sua percepção, elas fazem o que é orientado?

[...] venho pra cá, praticamente que eu sei que eles tem que vir que é pra mim acompanhar, pra médica dizer o que é que eles tem. [...] as vez eu digo, eu pergunto pra mim mesma: o que é que eu vou fazer no IPREDE, meus filho não estão crescendo e não estão pegando peso!(MARÍLIA).

[...] é tem dias que a gente tá cansada, né? Chega o dia, já estou é acostumada, trago o meu crochê. Eu acho que... é importante, se eles não deram alta ainda pra ele é porque não está no tempo, né?. (DIANA).

[...] mas ele continua do mesmo jeito, cada vez vai ficando mais magro. (AMÁLIA).

As mulheres demonstram mais uma vez, sua confusão sobre as causas da desnutrição dos filhos. Parecem esperar que a Instituição realize a cura da problemática nutricional, por meio de medicações e procedimentos milagrosos, acreditando na força ilimitada de um saber biomédico tão propagado no meio sociocultural.

Mesmo com todo o avanço científico e tecnológico obtido pela Medicina nos últimos tempos, segundo Jatene (2010), o homem não mudou, pois diante da doença, continua necessitando de confiar em quem o trata. Essa confiança o faz entregar-se sem reservas.

Os questionamentos sobre a situação do filho desnutrido na Instituição assinalam a limitada compreensão do processo terapêutico, o que resulta em cansaço e dúvida. Surge a confusão: “sei que eles têm que vir” mas “o que eu vou fazer lá?”

Autores como Filgueiras (2006) esclarecem que pode acontecer uma sensação de fragmentação do seguimento terapêutico por parte dos usuários no caso de pouca interação das equipes multiprofissionais na sequência do tratamento oferecido na instituição. Os trabalhadores da saúde e os próprios usuários, neste caso, perdem a noção do processo de atenção que o paciente vive dentro da unidade e acabam por desconhecer o resultado final da ação de saúde desenvolvida pelo serviço como um todo.

Durante as observações realizadas no IPREDE, chamou-nos a atenção certa descontinuidade no segmento das mães e de seus filhos acompanhados na pesquisa, provavelmente por serem pacientes mais antigos na Instituição. São mães de crianças consideradas gravemente desnutridas; entretanto, não recebem acompanhamento psicológico individualizado e não estão frequentando regularmente o grupo de apoio psicossocial; como também, estão participando apenas de palestras durante todo o último ano, sem acompanhamento individualizado nos setores de assistência social e desnutrição, como é norma da Instituição.

Tomamos conhecimento, por meio da coordenação e de leitura de documentos institucionais, que mudanças estão sendo implantadas na trajetória das crianças e de suas famílias. Atualmente, o IPREDE desenvolve um projeto de fluxo que pretende atender a díade, utilizando um acompanhamento sistemático, por um prazo aproximado de dois anos, conduzindo seu processo de cura do distúrbio nutricional por meio de um elaborado investimento terapêutico, envolvendo o trabalho com a criança e sua família.

b) O poder das palavras

As palavras têm um poder, dependendo de como são ditas e entendidas, dependendo das emoções e intenções envolvidas na relação entre o emissor e o receptor, sem desconsiderar o contexto em que ambos se implicam no momento da comunicação. O mais importante, porém, se torna o não dito que se soma ao discurso falado, que permeia a comunicação, a mensagem por trás das próprias palavras, compreendidas no gesto, na expressão, na comunicação não verbal.

Em meio aos elogios dedicados à Instituição, uma das mães faz uma queixa. Ao mesmo tempo em que expressa gratidão, relata que em alguns momentos leva “carão”, ou seja, é questionada a respeito de seus cuidados na qualidade de mãe. Ela, então, fica em conflito: se pergunta sobre os filhos, leva “carão”, se não pergunta, não cumpre seu papel de mãe. No final de sua fala, podemos perceber confusão e raiva: “o que eu posso fazer?”

Toda vida que eu venho, sou bem atendida, converso com todo mundo, conheço já, né, aí pronto, daí eu estou aqui, graças a Deus. (MARÍLIA).

Tem dia que eu pergunto [o peso dos filhos], mas tem dia que eu não pergunto porque eu tenho medo delas me dá carão, né. [...] eu tenho medo de levar carão...se você me dá um carão sem eu merecer eu choro, fico ali todo tempo pensando, eu sou sentida, muito sentida, então as vez eu não pergunto, já pra mim não dizer: ‘ai ele perdeu, ai não sei quê’, não, eu não pergunto de jeito nenhum... mas as vezes pra mim, meu modo de ser de mãe, é pra mim perguntar. Elas diz assim: ‘ah, por que ele perdeu, mãe? Por que você não está dando de comer? Ou por que você dá comida na hora errado? Não pode ser assim!’ [faz um tom de voz de tomada de satisfação].

[...] mas o que é que eu posso fazer, eu não posso botar minhas gordura neles? Eu não posso botar minha altura, porque eu sou baixa, o pai deles são baixo, eles não pode crescer mais alto que eu não e nem pode engordar mais que eu não. (MARÍLIA).

Figueiras (2006, p. 411) assevera que, ao se relacionar apenas com a doença, o profissional ocupa lugar de adversário – “aquele que luta contra o mal”. Relacionando-se com a pessoa, ele ocupa lugar de parceiro e, como tal, deverá pensar junto com o paciente, numa relação democrática, em estratégias para lidar com o sofrimento e buscar a saúde.

Silva (2000) considera de fundamental importância repensar o modelo biomédico focado nas desordens somáticas, quando aplicado ao tratamento dos transtornos alimentares, já que não se pode fugir às determinações psicoafetivas desse tipo de distúrbio.

A história das díades da nossa investigação deixa transparecer a ideia de que, questões ligadas a comportamentos inconscientes das mães, fruto de suas histórias, provavelmente comprometeram o vínculo mãe e filho, o que pode ter desencadeado, entre uma lista de outros fatores, o processo de desnutrição, uma desnutrição que também se mostra afetiva e emocional. Desse modo, é pouco provável que conselhos ou repreensões possam ajudá-las no processo terapêutico de seus filhos.

Com a legitimação da terapêutica prescrita pelo médico, as mães podem internalizar a culpa pela desnutrição dos filhos. Para Calvasina *et al.* (2007), em vez de motivá-las a cuidar o melhor possível do seu bebê em um contexto de extrema pobreza, injustiça e desigualdades

sociais, o discurso médico pode castigá-las e deprimi-las. As autoras advertem sobre o processo insidioso da culpabilização de pessoas já fragilizadas por aquelas que as dominam - autoridades, profissionais e elites - desviando a atenção do alvo, que requer uma mudança sistemática sobre as injustiças sociais.

Para Leite (2010, p. 93), a doença produz sofrimento físico, psicológico, familiar e social; tolhe a autonomia e amplia a sensação de vulnerabilidade e solidão. Portanto, aconselha aos médicos que compreendam a função psicoterapêutica da relação médico-paciente. O autor reforça a idéia de que é preciso superar a noção de que a Medicina é uma disciplina das doenças e lembra que “a doença do médico não corresponde à doença do paciente”.

Soares e Camargo Jr. (2007) preconizam que é preciso superar a dimensão autoritária ou paternalista dessas relações, entre profissionais da saúde e usuários, caminhando no sentido de possibilitar a expansão da autonomia, à medida que avança o investimento terapêutico. Não se pode desconsiderar o fato de que, quando adoecemos, queremos e precisamos do cuidado dos outros, seja pelo conhecimento especializado que um profissional tem a compartilhar, seja pelo afeto e apoio emocional que tanto os profissionais quanto os amigos e familiares podem trazer. Isso, contudo, não diminui a autonomia de uma pessoa doente; ao contrário, pode até fortalecê-la. Deve ser evitado, segundo a opinião dos autores, é que essa relação se torne uma relação de dependência, de sujeição daquele que, em um determinado momento de vida, está mais fragilizado e dependente do outro.

Finalizamos nossa exposição com depoimentos de carinho e agradecimento apreendidos no discurso das mulheres atendidas pelo IPREDE, pois, se há falas que às vezes ferem, há também palavras e atos que edificam e dignificam. Essas mães consideram a Instituição uma parceira em suas dores, as “dores da alma” e, mesmo quando questionadas sobre em que aspectos acreditam que a Instituição possa melhorar, elas consideram que o processo de atendimento e assistência prestada as satisfaz. O IPREDE parece ter se tornado um oásis em seus desertos, deserto como metáfora de uma vida dura, de ‘securas e amarguras’, onde: “o que me oferecem é lucro”.

Eu gosto daqui...primeira vez quando eu vim, gostei, senti assim, mais aliviada, né, me senti mais... respiro bem aqui. [...] é mesmo que tá em casa, tudo pra mim aqui é ótimo. O IPREDE eu agradeço muito...fez tudo isso por mim, por mim e pelos meus filho. (AMÁLIA).

Aí desde que eu cheguei aqui eu gosto muito, ele é muito bem tratado [...] já estou pensando quando o Wendel sair, eu já vou sentir saudade! [...] no dia que diz assim ‘hoje é dia de nós ir pro IPREDE’ ‘borá agora?’. (JOELMA).

Eu agradeço muito o IPREDE porque tenta ajudar as criança. Tem mãe as vez que nem agradece, né? (GIL)

Porque é assim, eles me ajuda né, aqui e acolá, as vez eu venho pra cá, eu estou sem nada, né, nem o leite das menina eu não tenho, aí aqui eu consigo, eu já vou mais alegre porque eu tenho ao menos o leite pra dar a elas. Acho bom, não tenho o que reclamar do IPREDE não. [...] quando tem dá um alimento, essas coisa, é uma ajuda, pra mim já é uma ajuda. O que me derem hoje em dia, pra mim é lucro. (JANAÍNA).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Buscar compreender as percepções de mães de crianças desnutridas sobre sua realidade de vida configurou-se uma experiência ímpar de sensibilização pessoal, admiração e respeito ante a capacidade de resistência e enfrentamento dessas mulheres perante as inúmeras adversidades vivenciadas cotidianamente.

Neste estudo, a desnutrição configurou-se associada a dificuldades no estabelecimento da maternidade e do vínculo mãe e filho. Os discursos das mulheres nos revelaram fatores que corroboram tal pensamento: elas afirmaram suas dificuldades em exercer a maternidade por se sentirem despreparadas e desprotegidas, sem companheiro ou familiares presentes e participativos; todas as mulheres foram maltratadas, vítimas de violência e abandono no período da infância e/ou durante a gravidez de seus filhos; mencionaram frequentemente a recusa alimentar dos filhos, os quais, embora não aceitassem o alimento preparado por sua mãe, aceitavam aqueles industrializados e os oferecidos por outras pessoas de sua convivência, evidenciando uma ruptura no vínculo com a mãe. Além desses achados, o fato de haverem irmãos não acometidos por desnutrição levou-nos a refletir sobre a possibilidade de “identidade desse filho” desnutrido com as condições socioemocionais da mãe e o momento em que ele foi gestado.

Observamos na investigação que as mulheres, marcadas pelas fragilidades e pela culpa, permanecem limitadas, fixadas nas preocupações com a maternidade, não conseguindo conciliar seus diversos papéis e não vislumbrando saídas e oportunidades de uma vida melhor. “A mulher fica esquecida”, ou seja, seus referenciais femininos ficam encobertos, prejudicando as relações afetivas, seu lazer e sua sexualidade. Como consequência, forma-se um círculo vicioso e a própria maternidade sobra comprometida. Cansaço, medo, tristeza, revolta resultam desse processo inconsciente.

Contradições e ambivalências demarcam seus discursos, evidenciando a confusão de seu psiquismo em um contexto conturbado pela insegurança alimentar, pelo meio violento em que estão imersas e pelas redes de apoio instáveis. Em seu estado de miséria e com tantos filhos, a ajuda social de instituições como o IPREDE e do Governo (benefícios e Bolsa-Família) não são suficientes para sanar suas necessidades, pois tais suportes apenas amenizam seu sofrimento. Suas condições de moradia e de acesso a bens e serviços são bastante

precárias, pois faltam saneamento básico, água filtrada, espaços salubres para residir e conviver.

Hajam vistas tantas privações, constatamos que as mulheres buscam estratégias para enfrentar as adversidades, tanto no sentido emocional quanto cognitivo, procurando lidar com as situações de estresse presentes em seu dia a dia. Buscam apoio na família, nos amigos ou nos vizinhos, trabalham, veem novelas, passeiam, dormem, rezam, procuram uma instituição de apoio, pensam positivo, mudam de companheiro, envolvem-se com um amante e procuram a Justiça. Estas são algumas atitudes utilizadas para reagir às iniquidades e incertezas que lhes ameaçam a estabilidade e o equilíbrio.

O consumo de alimentos industrializados e de bens de conforto também surge como estratégia de inclusão, influenciada pelo movimento capitalista, para tentar obter algum reconhecimento social, inclusive de seu papel de mãe que trata bem o filho, sendo capaz de oferecer alimentos que os ricos também comem.

Por outro lado, nos prontuários das crianças, encontramos as consequências de sua situação vulnerável marcada em seus corpos e denunciada por sua baixa estatura e baixo peso, nas oscilações de peso frequentes, com ênfase nas perdas, anorexia, vermes, pediculoses, gripes, problemas de pele. Além dos registros de carência alimentar.

Tendo em mente os efeitos deletérios que a desnutrição pode causar na criança, acreditamos que a identificação de situações ligadas à história de vida das mães pode auxiliar de forma decisiva às crianças com risco nutricional. Supomos, então, que programas de intervenção nutricional poderão obter resultados mais satisfatórios quando valorizada a história de vida das mães como fator coadjuvante no processo de determinação e recuperação da desnutrição infantil. Compreender como essa mulher convive com o filho em seu *habitat* natural, poderá fornecer subsídios para aprimorar o cuidado caso a caso.

Quanto ao acompanhamento no IPREDE, verificamos a especial importância atribuída pelas mães aos espaços de troca e relacionamentos mais democráticos com os profissionais, em que elas podem se expressar e ser ouvidas em suas “dores da alma”. Percebemos também a confiança no saber biomédico, quando buscam orientação e compreensão quanto à saúde dos filhos. Tais espaços parecem ter contribuído em seu crescimento pessoal, fortalecendo suas possibilidades de enfrentamento.

Pudemos identificar, no contexto institucional, grandes investimentos na humanização do cuidado e na assistência à mulher. Em nossas observações, entretanto, identificamos, também, necessidade de priorização no tocante à autonomização da clientela, assim como a constituição de vínculos entre profissionais e pacientes, visando à integralidade na assistência à saúde. Outro ponto sobre o qual consideramos importante refletir diz respeito à adequação de alguns atendimentos ao contexto intelectual e socioafetivo das mães. O planejamento de atividades mais lúdicas e com recursos audiovisuais pode promover situações de aprendizagem mais relaxantes e participativas, além de assimilação da mensagem oferecida durante as palestras. Deve-se, também, realizar consultas às opiniões e preferências das mães sistematicamente, o que pode estimular a inclusão e a autoafirmação das mulheres como sujeitos ativos, com voz e vez em seu processo de cuidado e cura dos filhos. Entendemos também que uma atenção psicoemocional mais individualizada e aprofundada à díade poderá favorecer o fortalecimento do vínculo mãe e filho.

Uma das limitações encontradas neste estudo pode ser considerada o fato de estarmos abordando nossas informantes dentro da instituição/IPREDE, o que nos vincula a esta, inclusive para aquelas que não nos conheciam na posição de funcionária. As mulheres podem ter se reservado, por algum nível de inibição, quanto a manifestar opiniões ou críticas relativas ao trabalho institucional, pelo receio de parecerem ingratas ou de serem prejudicadas. Ao mesmo tempo, nosso acesso a elas pode ter sido facilitado em razão desses mesmos vínculos, o que poderia ter acontecido de modo diferente, caso a abordagem viesse de uma pessoa desconhecida.

Finalizamos, reiterando nosso desejo de que as reflexões aqui desenvolvidas possam contribuir para novas investigações no âmbito da interferência do vínculo mãe e filho nos estados nutricionais infantis. Acreditamos que uma janela se abre para estudos futuros no tocante à estruturação de uma metodologia para intervenção no cuidado, congregando e sistematizando todos esses achados, presentes também em outros estudos que envolvem os distúrbios alimentares, particularmente a desnutrição, visando contribuir para a melhoria do trabalho desenvolvido por instituições que se dedicam à nutrição e ao desenvolvimento infantil.

REFERÊNCIAS

- ABREU, J. S. Terapêutica nutricional em desnutridos graves hospitalizados. In: CARDOSO, A. L.; LOPES, L. A.; TADDEI, J. A. A. C. (Coord.). **Tópicos atuais em nutrição pediátrica**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2004.
- ACKERSON, L. K.; SUBRAMANIAN, V. Domestic Violence and Chronic Malnutrition among Women and Children in India. **Am. J. Epidemiol.**, v. 167, p.1188–1196, Mar. 2008.
- AINSWORTH, M.D.S. Object relationships, dependency, and attachment: a theoretical review of the infant-mother relationship. **Child Development**, v. 40, p. 969-1026, 1969.
- AMORIM, K. S.; VITORIA, T.; ROSSETTI-FERREIRA, M. C. Rede de significações: perspectiva para análise da inserção de bebês na creche. **Cad. Pesqui.**, n. 109, p. 115-144, mar. 2000.
- ANGROSINO, M. **Etnografia e observação participante**. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- ANTONIAZZI, A. S.; DELL'AGLIO, D. D.; BANDEIRA, D. R. O conceito de *coping*1: uma revisão teórica. **Est. Psicol.**, v. 3, n. 2, p. 273-294, 1998.
- APPOLINÁRIO, J. C.; CLAUDINO, A. M. Transtornos Alimentares. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 22, Supl. 2, p. 28-31, 2000.
- AQUINO, L. A.; MADEIRA, I. R. Problemas de abordagem difícil: “não come” e “não dorme”. **J. Pediatr.**, v.79, Supl.1, 2003.
- ARAÚJO, T. M.; PINHO, P. S.; ALMEIDA, M. M. G. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, v.5, n.3, p. 337-348, 2005.
- ASSIS, A. M. O.; BARRETO, M. L.; SANTOS, N. S.; OLIVEIRA, L. P. M.; SANTOS, S. M. C. Desigualdade, pobreza e condições de saúde e nutrição na infância no Nordeste Brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2337-2350, out. 2007.
- BADINTER, E. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. 9. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1998.
- BARBOSA, L. C.; MARTINS, M. C.; SILVA, V. A. G.; CARVALHO, Q. C. M. Dor na criança desnutrida: percepção da mãe. **Rev. Latinoam. Enferm.**, v. 13, n. 4, p. 596-598, jul./ago. 2005.
- BATISTA FILHO, M. Alimentação, nutrição e saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. de. **Epidemiologia e saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.
- BAUER, M. W.; AARTS, B. A construção do corpus: um princípio para a coleta de dados qualitativos. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som: um manual prático**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano: compaixão pela terra**. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

BONI, V.; QUARESMA, S. J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Rev. Eletr. Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC**, v. 1, n. 3, p. 68-80, jan./jul. 2005.

BOWLBY, J. **Formação e rompimento dos laços afetivos**. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

_____. **Apego e perda**. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

_____. **Uma base segura: aplicações clínicas da teoria do apego**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Bolsa Família**. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/bolsafamilia>>. Acesso em: 9 fev. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher: Relatório 2006**. Brasília, DF, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. (Série cadernos de atenção básica, n.11).

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. **Curvas de crescimento da Organização Mundial da Saúde – OMS**. Disponível em: <http://nutricao.saude.gov.br/sisvan.php?conteudo=curvas_cresc_oms>. Acesso em: 20 out. 2010.

BRAZELTON, T. B.; GREENSPAN, S. I. **As necessidades essenciais das crianças**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

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**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 371-380, fev. 2007.

CAMPOS, E. P. Equipe de saúde: cuidadores sob tensão. **Epistemo-somática**, v.3, n.2, p. 195-222, 2006.

CANESQUI, A. M. Mudanças e Permanências da Prática Alimentar Cotidiana de Famílias de Trabalhadores. In: CANESQUI, A. M.; GARCIA, R. W. D. (Org.). **Antropologia e nutrição: um diálogo possível**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

CAPRARA, A.; LANDIM, L. P. Etnografia: uso, potencialidades e limites na pesquisa em saúde. **Interface Comunic. Saúde Educ.**, v.12, n.25, p. 363-376, abr./jun. 2008.

CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p.139-146, 2004.

CARNEIRO, M. T.; ROCHA, E. “Do fundo do buraco”: o drama social das empregadas domésticas. In: SOUZA, J. A **Ralé Brasileira**: quem é e como vive. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2009.

CARVALHAES, M. A. B. L.; BENÍCIO, M. H. D’A. Capacidade Materna de Cuidar e Desnutrição. **Rev. Saúde Pública**, v. 36, n. 2, p. 188-197, 2002.

CARVALHO, A. S. **Desnutrição infantil e os impasses nas trocas alimentares**: uma discussão psicanalítica. 2011. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2011.

CECCONELLO, A. M.; KRUM, F. M. B.; KOLLER, S. H. Indicadores de Risco e Proteção no Relacionamento Mãe-Criança e Representação Mental da Relação de Apego. **Psico**, v. 32, n. 2, p. 81-122, 2000.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. (Brasil). **Resolução nº 196**, de 10 de outubro de 1996. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/conselho/resol96/RES19696.htm>>. Acesso em: 07 fev. 2011 =

COSTA, A. M. N. O campo da pesquisa qualitativa e o Método de Explicação do Discurso Subjacente (MEDS). **Psicol. Refl. Crít.**, v. 20, n. 1, p. 65-73, 2007.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004.

DESLANDES, S. F.; GOMES, R. A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde: notas teóricas. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004.

DESSEN, M. A.; BRAZ, M. P. Rede Social de Apoio Durante Transições Familiares Decorrentes do Nascimento de Filhos. **Psic.: Teor. e Pesq.**, v. 16 n. 3, p. 221-231, set./dez. 2000.

DIEESE. **Anuário dos Trabalhadores 2007**. 8. ed. São Paulo, 2007.

DUARTE, R. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. **Cad. Pesqui.**, n. 115, p. 139-154, mar. 2002.

EICKMANN, S. H. **Desenvolvimento infantil**: fatores determinantes e impacto de um programa psicossocial. 2003. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Nutrição, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2003.

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA (Brasil). **Queda da desnutrição em todo o país reduz desigualdades regionais**. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-nsp/informe/materia/index.php?matid=22863>>. Acesso em: 20 out.2010.

ESCODA, M. S. Q. Para a crítica da transição nutricional. **Ciênc. Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 7, n. 2, 2002.

FERNANDES, B. S. Nova abordagem para o grave problema da desnutrição infantil. **Est. Avan.**, v. 17, n. 48, 2003.

FIGUEIRAS, S. L. Eu não sou só o HIV que eu tenho: humanização, acolhimento e escuta no atendimento a mulheres que vivem com AIDS. In: DESLANDES, S. F. (Org.). **Humanização dos Cuidados em Saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. 414p.

FRASSON, C. B. **Análise do discurso: considerações básicas**. Campinas, 2007. Disponível em: <<http://www.fucamp.com.br/nova/editora06.php>>. Acesso em: 14 fev. 2011.

FREUD, A. **Infância normal e patológica: determinantes do desenvolvimento**. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.

GAMA, I. S. **Violência contra a mulher por parceiro íntimo: magnitude e fatores associados encontrados em delegacia especializada de atendimento à mulher**. 2011. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Fortaleza, Fortaleza, 2011.

GARRETT, A.; TEIXEIRA, Z.; MARTINS, F. Modelo transaccional do stresse: período que antecede ao reinício da sexualidade do lesionado vértebro-medular. **Rev. Fac. Ciênc. Saúde**, n. 6, 2009.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som: um manual prático**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

GOLDENBERG, P. **Repensando a desnutrição como questão social**. Campinas: UNICAMP, 1988.

GOMES, M. A.; PEREIRA, M. L. D. Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 10, n. 2, p. 357-363, 2005.

GROSSI, M. P. A Revista Estudos Feministas faz 10 anos: uma breve história do feminismo no Brasil. **Est. Feministas**, Florianópolis, v. 12, p. 264, set./dez. 2004.

GÜNTHER, H. Pesquisa qualitativa *versus* pesquisa quantitativa: esta é a questão? **Psicol. Teor. Pesqui.**, v. 22, n. 2, p. 201-210, maio/ago. 2006.

HEIN, V; ARRUDA, A. A desnutrição infantil representada por mães de crianças com baixo peso. **Rev. Gaúch. Enferm.**, Porto Alegre, v. 30, n. 4, p. 585-593, 2009.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

IBGE. **IBGE detecta mudanças na família brasileira**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=774>. Acesso em: 12 jan. 2012.

IPREDE. **Dados institucionais**. Fortaleza, 2010. Não publicado.

IRIART, J. A. B.; CHAVES, J. C.; ORLEANS, R. G. Culto ao corpo e uso de anabolizantes entre praticantes de musculação. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 773-782, abr. 2009.

ISSLER, R. M. S.; GIUGLIANI, E. R. J.; KREUTZ, G. T.; MENESES, C. F.; JUSTO, E. B.; KREUTZ, V. M.; PIRES, M. Nível de pobreza e estado de saúde das crianças: um estudo de fatores de risco em população urbana de baixo nível socioeconômico. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 30, n. 6, dez. 1996.

KACHANI, A. T.; ABREU, C. L. M.; LISBOA, S. B. H.; FISBERG, M. Seletividade Alimentar. **Pediatria**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 48-60, 2005

KAGEYAMA, A.; HOFFMANN, R. Pobreza no Brasil: uma perspectiva multidimensional. **Econ. Soc.**, Campinas, v. 15, n. 26, p. 79-112, jan./jun. 2006.

KRUGMAN, S. D.; DUBOWITZ, H. Failure to Thrive. **Am. Fam. Physician**, v. 68, n. 5, Sept. 2003.

KRUM, F. M. B.; BANDEIRA, D. R. Enfrentamento de desastres naturais: O uso de um *coping* coletivo. **Paideia**, v. 18, n. 39, p. 73-84, 2008.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. B. **Vocabulário da Psicanálise**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1992. 535p.

LAPLANTINE, F. **Aprender Antropologia**. São Paulo: Brasiliense, 2001.

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

LEITE, A. J. M. Medicina: desejo profundo? In LEITE, A. J. M.; COELHO FILHO, J. M. **Você pode me ouvir, doutor?** – Cartas para quem escolheu ser médico. Campinas: Saberes Editora, 2010.

LINDSAY, A. C.; MACHADO, M. M. T., SUSSNER, K. M.; HARDWICK, C. K.; KERR, L. R. F. S.; PETERSON, K. E. Brazilian mothers' beliefs, attitudes and practices related to child weight status and early feeding within the context of nutrition transition. **J. Biosoc. Sci.**, v. 41, p. 21-37, 2009.

LIMA, C. M. G.; DUPAS, G.; OLIVEIRA, I.; KAKEHASHI, S. Pesquisa etnográfica: iniciando sua compreensão. **Rev. Latinoam. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 1, p. 21-30, jan. 1996.

LOSEKANN, R. G. C. B.; ROCHA-COUTINHO, M. L. Trabalho, Chefia Familiar, Identidade e Empoderamento de Mulheres de Baixa Renda: Desafios, Conquistas e Dificuldades. In: ENCONTRO NACIONAL ABRAPSO, 16., 2011, Recife. **Apresentação Oral...** Recife, 2011.

LOURO, G. L. **Gênero, sexualidade e educação: uma perspectiva pós-estruturalista**. Petrópolis: Vozes, 1997.

MACEDO, L. C.; LAROCCA, L. M.; CHAVES, M. M. N.; MAZZA, V. A. Análise do discurso: uma reflexão para pesquisar em saúde. **Interface Comun. Saúde Educ.**, v.12, n. 26, jul./set. 2008.

MACHADO, M. F. A. S.; VIEIRA, N. F. C. Participação na perspectiva de mães de crianças desnutridas. **Rev. Latinoam. Enferm.**, v.12, n.1, jan./fev. 2004.

MALDONADO, M. T. P. **Psicologia da gravidez**. 17. ed. Petrópolis: Saraiva, 2005.

MALINOWSKI, B. Introdução: o assunto, o método e o objeto desta investigação. In: DURHAM, E. R. (Org.). **Malinowski**: Antropologia. São Paulo: Ática, 1986. p. 24-28.

MARTINS, I. S.; MARINHO, S. P.; OLIVEIRA, D. C.; ARAÚJO, E. A. C. Pobreza, desnutrição e obesidade: inter-relação de estados nutricionais de indivíduos de uma mesma família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 12, n. 6, nov./dez. 2007.

MARTORELL, R. Consequências de longo prazo da subnutrição no desenvolvimento físico e mental. **Anais Nestlé**, v. 61, 2001.

MATTOS, C. L. G. **A abordagem etnográfica na investigação científica**. Rio de Janeiro: UERJ, 2001

MAZZINI, M. L. H.; ALVES, Z. M. M. B. (*in memoriam*); SILVA, M. R. S.; SAGIM, M. B. Mães adolescentes: a construção de sua identidade materna. **Cienc. Cuidado Saúde**, v. 7, n. 4, p. 493-502, out./dez. 2008.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. Rio de Janeiro: Hucitec, 1992.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo – Qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, jul./set. 1993.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2010.

MITRE, R. M. A. O brincar no Processo de Humanização da Produção de Cuidados Pediátricos. In: NÓBREGA, F. J. **Distúrbios da Nutrição**: na infância e na adolescência. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2007.

MONTEIRO, C. A. A dimensão da pobreza, da desnutrição e da fome no Brasil. **Rev. Inst. Est. Avan. USP**, v. 17, n. 48, 2003a.

MONTEIRO, C. A. Fome, Desnutrição e Pobreza: além da Semântica. **Saúde Soc.**, v.12, n.1, p.7-11, jan./jun. 2003b.

MONTEIRO, C. A. Evolução da Nutrição Infantil nos anos 90. In: MONTEIRO, C. A. (Org.). **Velhos e novos males da saúde no Brasil**: a evolução do país e de suas doenças. 2. ed. aum. São Paulo: Hucitec, 2000. cap. 22.

MONTEIRO, C. A.; BENÍCIO, M. H. D'A.; IUNES, R. F.; GOUVEIA, N. C.; CARDOSO, M. A. A. Evolução da Desnutrição Infantil. In: MONTEIRO, C. A. (Org.). **Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças**. 2. ed. aumentada. São Paulo: Hucitec, 2000. cap.5.

MONTEIRO, C. A.; BENÍCIO, M. H. D'A.; KONNO, S. C.; SILVA, A. C. F.; LIMA, A. L. L.; CONDE, W. L. Causas do declínio da desnutrição infantil no Brasil, 1996-2007. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, n. 1, p. 35-43, 2009.

MONTEIRO, C. A.; BENÍCIO, M. H. D'A.; KONNO, S. C.; SILVA, A. C. F.; LIMA, A. L. L.; CONDE, W. L. Causas do declínio acelerado da desnutrição infantil no Nordeste do Brasil (1986-1996-2006). **Rev. Saúde Pública**, v. 44, n. 1, p. 17-27, 2010.

MUNOZ SANCHEZ, Alba Idaly and BERTOLOZZI, Maria Rita. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva?. **Ciênc. saúde Coletiva**, v.12, n.2, p. 319-324, 2007.

NASIO, J.- D. **Introdução às obras de Freud, Ferenczi, Groddeck, Klein, Winnicott, Dolto, Lacan**. Rio de Janeiro: Zahar, 1995.

NAZARETH, J. S. C. **Na hora que tá em sufoco, um ajuda o outro**: Um estudo sobre famílias chefiadas por mulheres urbanas de baixa renda. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

NEVES, E. T.; CABRAL, I. E. Empoderamento da mulher cuidadora de crianças com necessidades especiais de saúde. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 3, p. 552-560, jul./set. 2008.

NUDELMANN, C.; HALPERN, R. O papel dos eventos de vida em mães de crianças desnutridas: o outro lado da desnutrição. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 16, n. 3, p. 1993-1999, 2011.

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**, Rio de Janeiro, v. 9, supl. 1, p. 14-27, 1993.

OLIVEIRA, J. S.; LIRA, P. I. C.; MAIA, S. R.; SEQUEIRA, L. A. S.; AMORIM, R. C. A.; BATISTA FILHO, M. Insegurança alimentar e estado nutricional de crianças de Gameleira, zona da mata do Nordeste brasileiro. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 10, n. 2, abr./jun. 2010.

PAES-SOUSA, R.; RAMALHO, W. M.; FORTALEZA, B. M. Pobreza e desnutrição: uma análise do Programa Fome Zero sob uma perspectiva epidemiológica. **Saúde Soc.**, v.12, n.1, p. 21-30, jan./jun. 2003.

PARTILHA: pesquisa, criação e disseminação de tecnologia social. Fortaleza: EDISCA, 2008. Apostila de curso.

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

PICCININI, C. A.; GOMES, A. G.; NARDI, T.; LOPES, R. S. Gestação e a constituição da maternidade. **Psicol. Est.**, Maringá, v. 13, n. 1, p. 63-72, jan./mar. 2008.

PIMENTEL, P. G.; SICHIERI, R.; SALLES-COSTA, R. Insegurança alimentar, condições socioeconômicas e indicadores antropométricos em crianças da Região Metropolitana do Rio de Janeiro/Brasil. **R. Bras. Est. Pop.**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 283-294, jul./dez. 2009.

PINHEIRO, A. R. O.; CARVALHO, M. F. C. Transformando o problema da fome em questão alimentar e nutricional: uma crônica desigualdade social. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, jan. 2010.

PRADO, A. **O tom de Amélia Prado**: poesia. Audiolivro. Karmim (CD).

PRETTO, V. **Construção de conhecimentos em situações de exclusão social e questões de gênero**. Tese (Doutorado) — Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, RS, 2009.

RIBAS, A. F. P.; MOURA, M. L. S. Responsividade Materna e Teoria do Apego: Uma Discussão Crítica do Papel de Estudos Transculturais. **Psicol.: Refl. Crít.**, v.17, n. 3, p.315-322, 2004.

ROTENBERG, S. **Práticas alimentares e o cuidado da saúde da criança de baixo peso**. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde da Mulher e da Criança, Instituto Fernandes Figueira – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1999.

SAGLIO-YATZIMIRSKY, Marie-Caroline. A comida dos favelados. **Estud. Avan.**, v. 20, n.58, p. 123-132, 2006.

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. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 7, Supl. 1, p. S29-S36, nov. 2007.

SAWAYA, A. L.; SOLIMOS, G. M. B.; FLORENCIO, T. M. M. T.; MARTINS, P. A. Os dois Brasis: quem são, onde estão e como vivem os pobres brasileiros. **Estud. Avan.**, v. 17, n. 48, 2003.

SANTOS, R. B.; MARTINS, P. A.; SAWAYA, A. L. Estado nutricional, condições socioeconômicas, ambientais e de saúde de crianças moradoras em cortiços e favela. **Rev. Nutrição**, Campinas, v. 21, n. 6, p. 671-681, nov./dez. 2008.

SEIDL, E. M. F.; TRÓCCOLI, B. T.; ZANNON, C. M. L. C. Análise Fatorial de Uma Medida de Estratégias de Enfrentamento. **Psicol. Teor. Pesqui.**, v. 17, n. 3, p. 225-234, set./dez. 2001.

SHI, L.; ZHANG, J. Recent evidence of the effectiveness of educational interventions for improving complementary feeding practices in developing countries. **J. Trop. Pediatr.**, v. 57, n. 2, 2011.

SILVA, A. C. A. **Para Além dos Sintomas**: a trilogia do desamparo no vivido de mulheres com transtornos do comportamento alimentar. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Fortaleza, Fortaleza, 2000.

SILVA, A. T. M. C.; BARROS, S. O trabalho de enfermagem no Hospital Dia na perspectiva da reforma psiquiátrica em João Pessoa – Paraíba. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 39, n. 3, p. 310-316, 2005;

SILVA, G.F. A importância das formas associativas de organização e do desenvolvimento local integrado sustentável no resgate da cidadania: a Cooperativa 100 Dimensão. **Em Tese**, v. 2, n. 1, p. 52-74, jan./jul. 2004.

SILVA, S. S. C.; LE PENDU, Y.; PONTES, F. A. R.; DUBOIS, M. Sensibilidade materna durante o banho. **Psicol. Teor. Pesqui.**, v. 18, n. 3, p. 345-352, 2002.

SILVEIRA, K. B. R.; ALVES, J. F. R.; FERREIRA, H. S.; SAWAYA, A. L.; FLORÊNCIO, T. M. M. T. Associação entre desnutrição em crianças moradoras de favelas, estado nutricional materno e fatores socioambientais. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 86, n. 3, p. 215-220, maio/jun. 2010.

SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL – SISVAN. **Política Nacional de Alimentação E Nutrição**: Perguntas e Respostas sobre Vigilância Nutricional. Disponível em:

<http://nutricao.saude.gov.br/sisvan.php?conteudo=perguntas_respostas_omc#pergunta11>.

Acesso em: 03 jan. 2012.

SOARES, J. C. R. S.; CAMARGO JR., K. R. A autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde. **Interface** (Botucatu), v.11, n.21, p. 65-78, 2007.

SOARES, M. D.; COELHO, T. C. B. O cotidiano do cuidado infantil em comunidades rurais do Estado da Bahia: uma abordagem qualitativa. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 8, n. 4, p. 463-472, out./dez. 2008.

SOLYMOS, G. M. B. **Vencendo a desnutrição**: abordagem psicológica. São Paulo: Salus Paulista, 2002.

SOUZA, E. S.; SILVA, S. R. V.; CARICARI, A. M. Rede social e promoção da saúde dos “descartáveis urbanos”. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 41, n. esp., p. 810-814, 2007.

SOUZA, J. **A Ralé brasileira**: quem é e como vive. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2009, 483 p.

_____. **Os batalhadores brasileiros**: nova classe média ou nova classe trabalhadora? Belo Horizonte: Editora UFMG, 2010.

SPADA, P. V. Aspectos Psicológicos da Alimentação/Nutrição. In NÓBREGA, F. J. **Distúrbios da Nutrição**: na infância e na adolescência. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2007.

SPINDOLA, T.; SANTOS, R. S. Trabalho versus vida em família: conflito e culpa no cotidiano das trabalhadoras de enfermagem. **Cienc. Enferm.**, v.10, n.2, p. 43-52, 2004.

TELLES-CORREIA, D.; BARBOSA, A. Ansiedade e depressão em medicina - Modelos Teóricos e Avaliação **Acta Med. Port.**, v. 22, p. 89-98, 2009.

VASCONCELOS, S.; NEDER, F. **O que é ser mulher na atualidade**. [S.l.]: Real Sociedade Portuguesa de Beneficência Dezesesseis de Setembro, 2004. Disponível em: <<http://www.hportugues.com.br/saude/cuidados/mulher/DocImageBig.2004-03-02.0934>>. Acesso em: 25 jan. 2011.

VICTORA, C. G.; ADAIR, L.; FALL, C.; HALLAL, P. C.; MARTORELL, R.; RICHTER, L.; SACHDEV, H. S.; Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital. *Maternal Child Undernutrition 2*. **Lancet**, v. 371, p. 340–357, Jan. 2008.

VIEIRA, V. L.; SOUZA, J. M. P.; CERVATO-MANCUSO, A. M. Insegurança alimentar, vínculo mãe-filho e desnutrição infantil em área de alta vulnerabilidade social. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 10, n. 2, p. 199-207, abr./jun. 2010.

VIEIRA, L. J. E. S.; PORDEUS, A. M. J.; FERREIRA, R. C.; MOREIRA, D. P.; MAIA, P. B.; SAVIOLLI, K. C. Fatores de risco para violência contra a mulher no contexto doméstico e coletivo. **Saude Soc.**, v.17, n.3, p. 113-125, 2008.

WATZLAWICK, P.; BEAVIN, J. H.; JACKSON, D. D. **Pragmática da Comunicação Humana**: um estudo dos padrões, patologias e paradoxos da interação. São Paulo: Cultrix, 2011.

WHO. Multicentre Growth Reference Study Group. **WHO Child Growth Standards**: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: Methods and development. Geneva, 2006. Disponível em: <http://www.who.int/childgrowth/standards/Technical_report.pdf>. Acesso em: 20 out. 2010.

WHO. Department of Nutrition for Health and Development. Global Database on Child Growth and Malnutrition. **Age range, indicators of malnutrition, measles vaccination coverage and mortality**. Disponível em: <<http://www.who.int/nutgrowthdb/en/>>. Acesso em: 7 out. 2010.

WINNICOTT, D. W. **Os bebês e suas mães**. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

ZENIDARCI, A. Psicoembriologia: um desafio precoce. **Psique**, ano 5, n. 60, p. 45-53, dez. 2010.

ZORNIG, S. M. A.-J. Tornar-se pai, tornar-se mãe: o processo de construção da parentalidade. **Tempo Psicanal.**, v. 42, n.2, p. 453-470, 2010.

APÊNDICE A**MODELO DE TERMO DE ANUÊNCIA**

(Em papel timbrado da instituição)

Declaramos, para os devidos fins, que estamos de acordo com a execução do projeto de pesquisa intitulado **ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DE MÃES NA CONVIVÊNCIA COM FILHOS DESNUTRIDOS**, da autoria de Maria de Lourdes Benevides de Magalhães, fonoaudióloga, mestranda do Program de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, sob orientação da Prof.a Dr.a Márcia Maria Tavares Machado, o qual será realizado, em parte, nesta instituição.

Fortaleza, __ de _____ de 2011.

Prof. Dr. Sulivan Mota
Presidente do IPREDE

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA MÃES

Prezada Senhora,

Sou fonoaudióloga, aluna do Mestrado em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará, Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina. Estou desenvolvendo, no Município de Fortaleza-CE uma pesquisa intitulada “**ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DE MÃES NA CONVIVÊNCIA COM FILHOS DESNUTRIDOS**”, sob a orientação da Prof.a Dr.a Márcia Maria Tavares Machado.

Com esta pesquisa, tenho como objetivo compreender as percepções de mães de crianças desnutridas graves sobre sua realidade. Para tanto, realizarei duas entrevistas individuais com duração de 40 minutos cada uma, para conhecer melhor como é a convivência com seu filho em estado de desnutrição: a primeira entrevista acontecerá no IPREDE, quando a senhora estiver na Instituição para acompanhamento de sua criança, e a outra em sua casa, em dia e hora que a senhora preferir marcar. Solicito que essas entrevistas sejam gravadas, para que eu possa lembrar de tudo o que a senhora falou e analisar o que foi dito. A qualquer momento, a senhora terá acesso às fitas gravadas e às anotações das informações obtidas, inclusive para resolver dúvidas que possam ocorrer.

É por meio deste termo, que lhe peço a autorização para contribuir com este estudo, confirmando que aceita e concorda com os dados preenchidos. Garanto que esta pesquisa não oferece nenhum risco para a senhora. Também asseguro a privacidade, pois não citarei seu nome em lugar nenhum deste trabalho e os dados fornecidos serão salvos e de uso restrito do estudo. É importante que saiba que para participar da pesquisa não lhe será oferecido nenhum pagamento; sua participação será voluntária. Esse Termo de Compromisso está impresso em duas vias, sendo a primeira para a senhora e a outra ficará sob a responsabilidade da pesquisadora.

A senhora tem a liberdade de retirar sua autorização ou consentimento a qualquer momento, sem que isto lhe traga prejuízo algum. Caso precise entrar em contato comigo, informo-lhe meu nome e endereço: Maria de Lourdes Benevides de Magalhães, residente na Avenida Edilson Brasil Soares, 881, casa 10, telefone: (85) 88979663.

Certa de que posso contar com a sua colaboração, desde já agradeço.

Fortaleza, _____ de _____ de _____.

Atenciosamente,

Maria de Lourdes Benevides de Magalhães

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará encontra-se disponível para esclarecer dúvidas e/ou reclamações em relação à sua participação no referido estudo por meio do telefone (85) 33668338. O endereço é rua Cel. Nunes de Melo, 1127, Rodolfo Teófilo.

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIMENTO

Tendo sido satisfatoriamente informada sobre a pesquisa “**ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DE MÃES NA CONVIVÊNCIA COM FILHOS DESNUTRIDOS**”, em Fortaleza-CE, realizada pela fonoaudióloga Maria de Lourdes Benevides de Magalhães, e estando ciente de meus direitos, DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADA OU OBRIGADA.

Fortaleza, ____ de _____ de _____

<hr/> <p>(Assinatura ou digital) da voluntária do estudo</p>	<hr/> <p>Maria de Lourdes Benevides de Magalhães (Responsável pela pesquisa)</p>
--	---

(1ª via pesquisador; 2ª via participante)

APÊNDICE C

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

Data: ___/___/___ Hora da observação: _____

Nome da participante: _____

Endereço: _____

Condições de vida da mulher em seu *habitat*

- condições de moradia (pavimentação das ruas, água, esgoto, lixo; tipo de casa – alvenaria, plástico, barro..., quantos cômodos; eletrodomésticos, móveis, utensílios...; número de pessoas morando) -
- vizinhança (compartilham suas vidas, ajudam-se mutuamente, isolamento, familiares morando próximo) -
- creche, escola, posto de saúde, mercearia, igreja próximos –
- como se locomove para seus compromissos (a pé, de ônibus...) –

Comportamentos, atitudes e práticas da mulher em sua rotina

- como é sua rotina com o filho desnutrido (como cuida, alimenta, banha, seu comportamento com a criança, outros filhos, como realiza os afazeres domésticos, recebe ajuda de alguém) –
- quais suas estratégias de sobrevivência (como consegue alimento e outros gêneros de necessidade, trabalha, recebe benefícios, ajuda de terceiros ou institucionais) –
- que instituições frequenta sozinha ou com a criança –
- que apoio busca para si (amigos, grupo de apoio, igreja, estuda, namora) –
- como demonstra seus sentimentos (conversa, briga, xinga, bate, grita, chora, permanece em silêncio)
- como se relaciona com familiares e vizinhos -

Pesquisadora no campo

- como foi o primeiro contato –
- lugares e situações observados além do contexto doméstico (visita ao posto de saúde, percurso para a instituição, compras com a mãe, visita à casa da vizinha...)
- percepções e sensações (impressões pessoais) –
- formas de registro -

APÊNDICE D

ROTEIRO PARA PRIMEIRA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA COM MÃES

Data: ___/___/___ Nº da entrevista: _____ Início: _____ Término: _____

Nome da participante: _____

Data de Nascimento: ___/___/___ Idade: _____ Idade da criança: _____

Grau de instrução: _____

Situação conjugal: _____ Ocupação: _____

Nº Filhos: _____ Idades e sexo: _____

Endereço: _____

Mora com quem? _____

Renda familiar: _____

Recebe algum benefício? _____ Qual? _____

Tempo na instituição (IPREDE): _____

PERGUNTAS NORTEADORAS

1. Como a senhora chegou até o IPREDE com seu (sua) filho (a)?

Explorar inicialmente como descobriu a desnutrição da criança e seu percurso até chegar à Instituição.

2. Conte-me como foi sua gravidez e como foi a vida de sua criança desde que nasceu?

Buscar começar a conhecer como é a vida dessa mulher com seu filho desnutrido, como engravidou, se teve companheiro durante esse percurso, como se desenvolveu a criança sob seus cuidados, que suportes recebeu, a que atribui a causa da desnutrição.

3. Fale-me como se sente nesta situação. Como é para a senhora ter um filho com desnutrição?

Explorar as percepções e sentimentos da mulher em relação à desnutrição de sua criança.

4. Conte-me como é participar do IPREDE. Participa também de outras instituições ou programas sociais (igreja, associações, programas assistenciais)?

Começar a conhecer a rede social de apoio que envolve essa mulher, a quem recorre em busca de ajuda, que benefícios recebe.

5. Na sua opinião, o que seria necessário para que seu filho saísse da desnutrição e ficasse saudável?

Explorar seu entendimento sobre as causas e quais suas perspectivas de solução relativamente à situação: embora receba orientações, em que de fato acredita.

APÊNDICE E

ROTEIRO PARA SEGUNDA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA COM MÃES

Data: ___/___/___ N° da entrevista: _____ Início: _____ Término: _____

Nome da participante: _____

PERGUNTAS NORTEADORAS

1. Conte-me como é ser mulher e ao mesmo tempo mãe de uma criança com desnutrição?

Buscar compreender seu contexto psicossocial: como se percebe como mulher e mãe de uma criança desnutrida; quais seus desejos, medos, dificuldades; como concilia o lado mulher com o fato de ser mãe de uma criança desnutrida.

2. A senhora trabalha, já trabalhou, qual a sua fonte de renda? Como faz para conseguir os alimentos e outros gêneros de necessidade?

Explorar suas estratégias de sobrevivência; como faz para enfrentar o problema.

3. Com quem fica a criança quando a senhora precisa realizar algum trabalho ou resolver algo fora de casa (vizinhos, creche, familiares)?

Explorar o contexto sociocultural da mulher e sua rede de apoio no dia a dia.

4. Conte-me como é a convivência com sua criança no dia a dia. Como é sua rotina com ela?

Conhecer a rotina da mulher com sua criança desnutrida e suas estratégias de enfrentamento das dificuldades.

5. Quais são seus desejos; como imagina seu futuro?

Conhecer suas expectativas e sonhos diante de sua realidade atual.

“É assim, com vergonha de sair com ele”: percepções de mães de crianças desnutridas, em um meio socialmente desfavorecido

“It’s like this, I’m ashamed to go out with him”: the perceptions of mothers of malnourished children, in a context of social disadvantage

| ¹Maria de Lourdes Benevides de Magalhães, ²Márcia Maria Tavares Machado, ³Álvaro Jorge Madeiro Leite, ⁴Alba Maria Pinho de Carvalho, ⁵Ângela Cardoso Andrade Timóteo da Silva |

RESUMO

INTRODUÇÃO: A desnutrição deve ser entendida como expressão de múltiplas dimensões, caracterizando uma série de situações e condições de vida bastante desfavoráveis que atuam em um indivíduo ou coletividade. **OBJETIVO:** Compreender as percepções de mães de crianças desnutridas sobre sua realidade de vida, considerando o contexto de vulnerabilidade social e pobreza em que estas mulheres estão inseridas. **METODOLOGIA:** A pesquisa realizou-se com sete mulheres, mães de crianças desnutridas, que participam do Instituto de Promoção da Nutrição e do Desenvolvimento Humano – IPREDE, situado em Fortaleza, Ceará, no período de maio a outubro de 2011. Adotou-se a metodologia qualitativa, desenvolvendo percursos etnográficos com observações sistemáticas e entrevistas semiestruturadas. O material empírico obtido foi analisado conforme a técnica de análise de discurso. **RESULTADOS:** Revelam forte associação entre desnutrição infantil e dificuldades na maternidade e no vínculo entre mãe e filho. As mulheres afirmaram em seus discursos dificuldades em exercer a maternidade por se sentirem despreparadas e desprotegidas; foram vítimas de violência e abandono no período da infância e/ou durante a gravidez de seus filhos; mencionaram recusa alimentar dos filhos aos alimentos preparados por elas, evidenciando uma ruptura no vínculo com a mãe. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Supõe-se que programas de intervenção nutricional poderão obter resultados mais satisfatórios quando valorizada a história de vida das mães como fator coadjuvante no processo de determinação e recuperação da desnutrição. Entende-se que uma atenção psicoemocional mais individualizada e aprofundada à díade poderá favorecer o fortalecimento do vínculo mãe e filho.

Palavras-chave: Transtornos da nutrição infantil. Comportamento materno. Saúde da Criança. Desnutrição

ABSTRACT

INTRODUCTION: Malnutrition should be understood as a multi-dimensional expression characterizing a series of extremely unfavorable situations and living conditions that act upon an individual or group. **OBJECTIVE:** To understand the perceptions of the mothers of malnourished children regarding the realities of their lives, taking into account the context of their social vulnerability and poverty. **METHODOLOGY:** The study was conducted with seven women, mothers of malnourished children cared for at the Institute for the Promotion of Nutrition and Human Development - IPREDE, located in Fortaleza, Ceará, between May and October 2011. A qualitative methodology was adopted developing ethnographic accounts with systematic observations and semi-structured interviews. The empirical material obtained was analyzed using discourse analysis techniques. **RESULTS:** The results reveal a strong link between child malnutrition and difficulties with motherhood and mother/child bonding. The women relate difficulties in

¹ Fonoaudióloga, Mestre em Saúde Pública

Universidade Federal do Ceará (UFC) Faculdade de Medicina

Professora Convidada da Universidade Estadual do Ceará

Endereço eletrônico: lurdesmag5@yahoo.com.br

² Professora Adjunta e Pesquisadora do Departamento de Saúde Comunitária

Universidade Federal do Ceará (UFC) Faculdade de Medicina

Pós-doutora pela Harvard School of Public Health

Endereço eletrônico: marciamachadoce@uol.com.br

³ Professor Titular e Pesquisador do Departamento de Saúde Materno-Infantil

Universidade Federal do Ceará (UFC) Faculdade de Medicina

Endereço eletrônico: alvaromadeiro@yahoo.com.br

⁴ Professora Associada I do Departamento de Ciências Sociais

Universidade Federal do Ceará (UFC)

Pós-doutorado em Sociologia no Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra CES/UA Portugal.

Endereço eletrônico: albacarvalho@gmail.com

⁵ Psicóloga, Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Ceará

Professora Assistente da Universidade de Fortaleza

Endereço eletrônico: angelaandrade@unifor.br

exercising motherhood because they feel unprepared and unprotected; they were victims of violence and abandonment during infancy and/or during their pregnancies. They mention their children's refusal to eat the food they have prepared, evidence of a rupture in the link with the mother. **CONCLUSION:** It is concluded that nutritional intervention programs can obtain better results when the mother's life story is valued as a supporting factor in the process of determining and recovering from malnutrition. Deeper and more individualized psycho-emotional care and attention to the dyad may favor the strengthening of the mother-child bond.

Keywords: Child nutrition disorders. Maternal behavior. Child Health. Malnutrition

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) divulga que, em países em desenvolvimento, mais de 50% das mortes de crianças abaixo de cinco anos está relacionada à desnutrição, a maior parte desse percentual deve-se à grande suscetibilidade das crianças desnutridas a doenças infecciosas e parasitárias (WHO, 2010; MONTEIRO *et al.*, 2010).

No Brasil, o declínio da prevalência da desnutrição observado ao longo das décadas é expressivo, fundamentalmente na região nordeste do país onde a desnutrição foi reduzida em um terço de 1986 a 1996 (de 33,9% para 22,2%) e em quase três quartos de 1996 a 2006 (de 22,2% para 5,9%). Mantida esta taxa de declínio observada entre 1996 e 2006, o problema da desnutrição infantil na região Nordeste, como também no restante do país, poderia ser considerado controlado em menos de dez anos. Para se chegar a este resultado, no entanto, será preciso manter o aumento do poder aquisitivo dos mais pobres e assegurar investimentos públicos para completar a universalização do acesso a serviços essenciais de educação, saúde e saneamento (MONTEIRO *et al.*, 2010).

A desnutrição infantil é considerada atualmente um problema multifatorial (SANTOS; MARTINS; SAWAYA, 2008). Vale ressaltar aqui que este agravo não deve ser entendido apenas como uma doença orgânica, mas como fenômeno global, expressão de múltiplas dimensões, caracterizando uma série de situações e condições de vida desfavoráveis que atuam em um indivíduo e/ou coletividade (ABREU, 2004; CALVASINA *et al.*, 2007). A rigor, no fenômeno da desnutrição infantil interferem condições objetivas de pobreza e vulnerabilidade social, como também, dimensões subjetivas da trajetória de vida da própria mãe e das relações que configuram o contexto sócio-familiar.

Sampaio *et al.* (2007), Nudelman e Halpern (2011) alertam para a interferência dos condicionantes emocionais, incluindo o vínculo mãe e filho como importante determinante da desnutrição. Os autores sugerem ainda que estados extremos de desnutrição podem estar associados a faltas e/ou falhas nutricionais, bem como, a vivências de privação ou excesso psicoafetivo. Para a compreensão da situação nutricional da criança, a alimentação deve ser avaliada para além das

necessidades fisiológicas, uma vez que os primeiros conflitos interacionais encontram expressão na esfera da alimentação.

Como uma referência analítica é deveras importante considerar no âmbito da investigação sobre a desnutrição infantil, como fenômeno sócio-cultural, as representações existentes no imaginário social sobre a criança desnutrida. São múltiplas representações que bem revelam padrões e valores da cultura vigente interferindo nas percepções das mães de crianças desnutridas.

A desnutrição, muitas vezes desvelada apenas em termos de falha de crescimento, não deixa de ser, nos dias de hoje, a principal causa de morte entre as crianças menores de cinco anos, no mundo. Para cada caso grave há muitos outros que são menos graves, às vezes sem sinais clínicos típicos da desnutrição. Diante do fato de que há menos crianças gravemente desnutridas, passou-se a minimizar a importância do problema e até a ignorar a existência da epidemia silenciosa de fome oculta e de desnutrição, expressa pelo contingente de crianças com desnutrição moderada e leve, por se apresentar de modo menos evidente (MARTORELL, 2001; MARTINS *et al.*, 2007).

Considerando, que a desnutrição infantil ainda é um problema sério em nosso meio, apesar da grande redução no Ceará nos últimos anos (PESMIC 2008), esta pesquisa, que é o recorte de uma pesquisa de mestrado, teve como intenção dar visibilidade a essas famílias, focando a figura da mãe em sua dupla condição de mulher e cuidadora. O nosso propósito é compreender as percepções das mães de crianças desnutridas sobre o cuidado materno, em um meio socialmente desfavorecido.

METODOLOGIA

Diante do contexto mencionado, foi realizada uma investigação qualitativa que, segundo Minayo (2010), afirma-se no campo da subjetividade e do simbolismo, buscando entender, descrever e explicar os fenômenos sociais. Existe, nesta abordagem metodológica, o propósito de analisar o significado atribuído pelos sujeitos aos fatos, relações e práticas, avaliando tanto as interpretações quanto as ações dos atores sociais (DESLANDES; GOMES, 2004; BOSI *et al.*, 2012). Neste sentido, empreendemos um esforço etnográfico, buscando compreender as mães nas suas trajetórias e no seu universo de vida.

SUJEITOS DA PESQUISA E LOCAL DO ESTUDO:

As mulheres, sujeitos desta investigação, são participantes do Instituto de Promoção da Nutrição e do Desenvolvimento Humano (IPREDE), situado em Fortaleza, Ceará. Essa Instituição é referência no estado do Ceará na área de nutrição infantil. Sua clientela é oriunda fundamentalmente do Município de Fortaleza e, em menores proporções, de municípios vizinhos. É uma entidade sem fins lucrativos que vem ampliando seus trabalhos e implementando um conjunto de estratégias de ação direcionadas à promoção do desenvolvimento neuromotor, sensorial e

psicoafetivo da criança, assim como de competências familiares, direcionadas especialmente às mães (IPREDE, 2010).

Dentre as 60 crianças desnutridas com magreza ou magreza extrema identificadas na relação da instituição, excluimos os casos de comprometimento do estado nutricional por problemas neurológicos ou sindrômicos, como também aquelas que moravam fora de Fortaleza por motivo de dificuldade de acesso às suas residências. Várias dessas crianças não estavam frequentando o IPREDE há mais de três meses, portanto seus prontuários foram arquivados.

COLETA DAS INFORMAÇÕES E PERÍODO DO ESTUDO:

A pesquisa foi concretizada entre os meses de maio e outubro de 2011. Foram realizados acompanhamentos da vida dessas mulheres no seu local de moradia, nas idas ao atendimento em Unidades de Saúde e no IPREDE.

Após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (parecer No 070/11) e anuência da instituição, observações sistemáticas e entrevistas semiestruturadas, foram realizadas com sete mães de crianças desnutridas (com idades entre 3 e 8 anos), selecionadas a partir dos prontuários e de conversa com os profissionais, apresentando idade acima de 18 anos e que estavam sendo acompanhadas há mais de seis meses, tendo desenvolvido vínculo com a instituição e participado de vários projetos e de setores de acompanhamento à mãe e à criança. Das sete mulheres participantes, três frequentavam a instituição no turno da tarde e quatro no turno da manhã.

Solicitamos às nossas depoentes uma visita mais aproximada, indo no seu domicílio, onde observamos como é o ambiente domiciliar e o lugar social onde vivem: como convivem no dia a dia com o filho desnutrido, em busca, por exemplo, do alimento e de melhores condições de vida; que outras instituições elas frequentam, que apoio recebem; como é sua vizinhança, qual o contexto socioeconômico e cultural de sua comunidade.

As entrevistas (a primeira realizada no IPREDE e a segunda em suas casas) foram gravadas com o consentimento das depoentes percorrendo 30 a 60 minutos de conversação; elas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido após explicados os objetivos do estudo e a proteção do anonimato. Utilizou-se como questão norteadora: como é para a senhora ser mãe de uma criança com desnutrição?

ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DO MATERIAL

A análise foi realizada pela leitura exaustiva do material, para explorá-lo e formular o tratamento e a interpretação dos dados. Na ocasião, identificamos o contexto da produção do

discurso para codificá-lo, identificando suas unidades de registro ou de significação. As unidades de significação foram agrupadas como dimensões que revelaram significados constituídos com arrimo na realidade vivida pelas mulheres. As dimensões, por sua vez, foram reunidas em categorias centrais.

Os nomes verdadeiros das mães e de seus filhos foram substituídos por nomes fictícios, preservando-se a letra inicial de cada nome. Neste artigo apresentaremos a categoria “**O cuidado materno à criança desnutrida**”.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As idades das sete mães variaram de 26 a 56 anos; quanto à escolaridade, duas nunca estudaram, as outras fizeram o primeiro grau incompleto; três delas trabalham e as outras quatro revelaram intenção de trabalhar, mas não têm com quem deixar os filhos. Apresentamos em um quadro explicativo (quadro 1) os dados socioeconômicos mencionados, com o intuito de facilitar a visualização do perfil geral de todas as mulheres envolvidas neste trabalho.

QUADRO 1. PERFIL SOCIOECONÔMICO DAS MÃES ACOMPANHADAS NA PESQUISA

Nome da mãe	Idade	Escolaridade	Profissão	Sofreu maus-tratos	Nº de filhos	Filho desnutrido	Tem companheiro	É pai do filho desn?	Renda	Moram na casa (pessoas)
Amália	26	6ª série	Do lar	Sim	3	Ian	Não	----	250 reais	7
Cláudia	41	1ª série	Do lar	Sim	6	Vera e Vânia	Sim	Sim	640 reais	6
Débora	43	7ª série	Vendas	Sim	3	Renato	Sim	Não	600 reais	5
Joelma	56	Analfabeta	Vendas	Sim	6	Wendel	Não	----	300 reais	6
Gil	29	7ª série	Do lar	Sim	6	Gabriel	Sim	Sim	Mil reais	8
Janaína	38	Analfabeta	Faxina	Sim	8	Gláucia	Sim	Sim	900 reais	10
Marília	29	1ª série	Do Lar	Sim	4	João e Jéssica	Sim	Não	360 reais	4

FONTE: PESQUISA DIRETA

O cuidado materno à criança desnutrida

Cuidar de uma criança é tarefa complexa, principalmente em um contexto de perdas e iniquidades no qual vive a maioria das mulheres que frequentam o IPREDE: falta de um companheiro presente e participativo na sua função paterna, de condições financeiras para sustentar o filho, de conhecimento sobre o desenvolvimento de uma criança, de referenciais de afeto seguros e estruturantes na infância da mãe para subsidiar o equilíbrio emocional necessário à delicada função materna, além da inexistência de moradia, de creches, de assistência médica de qualidade, dentre tantas outras.

Cuidar de um filho com desnutrição em meio a todas estas vulnerabilidades envolve aspectos psicossociais com origem nos quais pudemos estabelecer características comuns manifestadas pelas mulheres, como medo, tristeza, vergonha, apreensão, conflito, angústia, culpa, raiva, indignação, somatização, superação.

Com base na exposição dos sentimentos e mais as percepções reveladas durante as entrevistas com relação à maternidade e ao cuidado por parte de mães das crianças desnutridas, surgiram as seguintes subcategorias: **a) “Eu não achei nada fácil ser mãe”;** **b) Ser mãe: conflitos e contradições;** **c) os sentimentos diante da desnutrição do filho.**

Estas subcategorias, abordadas a seguir, ajudam a compreender sobre o contexto de vida dessas mulheres.

a) “Eu não achei nada fácil ser mãe”

As mulheres demonstram seus sentimentos e dificuldades em ser mães. Seus discursos parecem revelar o peso da função materna em um contexto de privações, somando-se à ausência de uma figura paterna estável e presente. A maioria delas deflagra suas sensações ante a responsabilidade em assumir os dois papéis, de mãe e de pai, pensando em alguns momentos em desistir dessa condição materna, sentindo-se estressadas, tristes ou “conformadas” como demonstram em suas falas:

Eu fico conformada porque assim nós que somos mãe, é pra passar tudo isso, eu não achei nada fácil ser mãe, é tanto que às vezes eu falo que não gostei de ser mãe, porque é difícil [voz mais aguda] ... Pra gente ser mãe, ser a mãe e o pai ao mesmo tempo, ter que assumir de tudo. Aí eles exigem coisas às vezes que a gente não pode. [...] Assim, se eu pensasse, se a gente visse esse ponto...se tivesse pensado mais não era? (DÉBORA).

[...] a coisa pior que existe no mundo, se eu soubesse que era tão ruim fazer papel de pai e de mãe, eu nunca tinha querido homem na minha vida, que é muito pesado pra uma pessoa. (JOELMA).

Mas meu coração fica tão pequeno, tão apertado, as vezes me dá vontade de jogar tudo pro alto, dá vontade de mandar aqueles meninos tudo pra casa do pai deles, mas as vezes eu penso antes de fazer. [...] eles me estressam demais. (MARÍLIA).

Não desejar ser mãe e vivenciar rejeição, frustrações e medos por essa condição existencial podem desencadear distúrbios alimentares infantis como consequência das dificuldades no vínculo

mãe e filho, na visão de vários autores (EICKMANN, 2003; SOLYMOS, 2002; VIEIRA; SOUZA; CERVATO-MANCUSO, 2010). A nutrição fisiológica está relacionada à nutrição afetiva desde os primeiros contatos da díade. Não podemos deixar de frisar que a preparação para a maternidade se dá muito antes do nascimento de uma criança, estando vinculada às experiências das infâncias dos próprios pais (BOWLBY, 2002; MALDONADO, 2005).

Ser mãe em um contexto simbólico e cultural é ter capacidade de "nutrir" um ser humano, em todas as dimensões de que ele necessita. A pequenês e magreza das crianças desnutridas, no caso de nosso estudo, parecem associadas à situação vivencial das mães, com todo o peso e as marcas de suas histórias. Não comer, ou desenvolver algum distúrbio alimentar, é assinalar que a mãe não tem o principal alimento a oferecer: o bem-estar em receber o filho, a alegria e o regozijo em seu desenvolvimento. Portanto, de maneira inconsciente, as mensagens subliminares dessas mães podem resultar em um questionamento no psiquismo de seus filhos: desenvolver para quê, se o solo seguro para esse desenvolvimento é escasso?

Para a teoria psicanalítica alimentar/ser alimentado refere-se às primeiras trocas entre o bebê e seu cuidador, mudanças que implicam uma passagem do real, da necessidade fisiológica para o mundo simbólico, da demanda e do desejo, delimitando um tempo originário no advir do sujeito. O alimento ganha, nos primórdios da existência, um estatuto simbólico, podendo ser aceito ou recusado pela criança, dependendo do sentido que lhe é conferido na relação com a mãe. Sendo assim, a criança pode apresentar uma recusa persistente do alimento como uma resposta ao que se passa entre ela e seus cuidadores (CARVALHO, 2011).

No perfil das mulheres, pudemos perceber que todas elas sofreram maus-tratos, não receberam apoio de familiares ou do pai da criança, passando por momentos de violência e abandono durante a gravidez e não desejando aquele filho que iria nascer em um contexto de grande tensão e insegurança. Tais achados são semelhantes aos descritos por Nudelmann e Halpern (2011) sobre a relação entre gravidez indesejada e fatores importantes para a formação e o desenvolvimento do vínculo mãe-filho. Estes autores encontraram que a desnutrição está associada a uma falta de sincronia entre a mãe e o bebê, além da falta de alimento.

Somando-se a todo esse contexto emocional complexo, está a condição de pobreza, com suas consequências nefastas, produzindo inseguranças e estresse. Segundo Eickmann (2003), pais e mães em situação de vulnerabilidade social podem alterar seu comportamento em relação à criança, punindo, bloqueando a afetividade, não respondendo adequadamente às demandas psicossociais do filho, chegando a ser negligentes ou abusivos.

Para Maldonado (2005), as mudanças provocadas pela vinda do bebê são complexas e não se limitam a variáveis psicológicas e bioquímicas, mas também aos fatores socioeconômicos.

Privações reais, sejam afetivas ou econômicas, aumentam a tensão e a preocupação com o futuro, ensejando frustração, raiva e ressentimentos que impedem a mulher de encontrar satisfação na maternidade.

No caso do presente estudo a mãe assume praticamente sozinha a responsabilidade com os filhos, o que lhe confere posição ainda mais fragilizante. A maternidade se configura em suas vidas de modo conflituoso: por um lado, devem corresponder ao ideal social de amor materno, dedicando-se aos filhos de “corpo e alma”; por outro, internamente, devem lidar com sua desalentadora condição de cuidadoras solitárias e carentes de cuidado e proteção para si mesmas.

Estudo realizado por Silva *et al.* (2002) evidenciou que as mães que dividiam a tarefa de cuidar da criança com outras pessoas (companheiro, avó, babá) emitiram com maior frequência comportamentos positivos do que as mães que executavam estas tarefas sozinhas. Os filhos destas mulheres apresentaram mais comportamentos indicadores de apego, como vocalização, pegar objeto e olhar para mãe. Os autores consideram possível que, ao dividir os cuidados com outra pessoa, a mãe se ache menos estressada, mais tranquila, mais capaz de se comportar sensivelmente perante as demandas infantis quando se encontra na relação com a criança.

b) Ser mãe: conflitos e contradições

Aqui surge claramente o paradoxo entre a negação ou o mal-estar em ser mãe e o desempenho dos cuidados maternos de forma satisfatória. As mulheres expressam a dedicação aos filhos, consideram-se boas mães e quem melhor pode cuidar da criança; necessitam da aprovação daqueles com que convivem, inclusive dos próprios filhos; sentirem-se importantes para os filhos parece recompensá-las; as mulheres são apegadas aos filhos e eles a elas. As mães de nossa investigação se contradizem, vivem permeadas por paradoxos e ambiguidades. Não queriam ser mães, mas, em contrapartida, cuidam bem do filho:

Eu perguntei uma vez a ele se ele queria morar com o pai dele, ele não quis. Quer morar comigo. É muito apegado em mim [o filho desnutrido]. Pra onde eu vou ele quer ir. (AMÁLIA).

[...] eu ajeito elas, todo mundo sabe que eu cuido elas bem direitinho. Só quem cuida delas sou eu, tanto faz na doença delas, nos problema quando tá doente, eu tenho mais cuidado porque elas são como são. [...] eu quero muito bem a elas, ave Maria, eu faço tudo por essas menina, tudo. (CLAUDIA).

A responsividade materna é considerada como um elemento central para a compreensão do desenvolvimento infantil e este conceito é articulado com a teoria do apego (RIBAS; MOURA, 2004). Segundo Bowlby (2002), a sobrevivência das crianças depende da manutenção da proximidade de adultos que desempenhem funções de proteção e fornecimento de alimentação, conforto e segurança. Esse autor exprime que a tendência em estabelecer vínculos com determinados indivíduos é um componente essencial da natureza humana e que já está presente ao nascer.

Bowlby (2002) e outros teóricos do desenvolvimento infantil (MALDONADO, 2005; WINNICOTT, 2006) defendem, entretanto, o argumento de que a garantia dos cuidados maternos em si não é suficiente para a constituição psíquica do sujeito. Esses cuidados maternos básicos sem o solo fundante, que é a apropriação da mulher em se constituir como mãe, resulta em falhas e distúrbios no processo de desenvolvimento, separação e autonomia.

Ribas e Moura (2004) explicam que a qualidade das relações de apego (ex.: seguro ou inseguro) depende das interações da díade mãe-criança. O apego seguro, por exemplo, depende da responsividade continente dos pais em relação ao bebê, ou seja, da capacidade do adulto em mostrar-se sensível às pistas da criança e responder nos momentos adequados com o sorriso, a fala, o toque. Nos relacionamentos com as crianças, os cuidadores podem expressar diferentes tipos de responsividade, estabelecendo a confiança ou não na figura de apego, o sentimento de rejeição ou afeição, o sentimento de que o outro é ou não uma base segura para exploração do mundo, definindo a qualidade do apego.

Acrescentamos, ainda, que algumas das relações mãe e filho foram percebidas nesta pesquisa como superprotetoras ou de excesso psicoafetivo por parte da cuidadora. A criança vive, então, muito ligada à figura materna, tendo-a como único referencial de afeto e segurança. As mães parecem superproteger para compensar, inconscientemente, o que elas não têm em sua essência - a vivência positiva e gratificadora em ser mãe. Talvez seja este o verdadeiro alimento que falta a essas crianças, não negando as questões socioeconômicas de privação e desigualdades.

Krugman e Dubowitz (2003) complementam, afirmando que uma conduta negligente ou mesmo superprotetora por parte dos pais pode acarretar falha no desenvolvimento, comprometendo a alimentação e resultando em baixo peso e baixa estatura para a idade.

c) Sentimentos ante a desnutrição do filho

Sentimentos de culpa e vergonha pela magreza do filho permeiam o discurso das mulheres. Elas demonstram certa confusão sobre os motivos que levaram o filho a ser e se manter desnutrido, principalmente quando os outros filhos não o são. Vejamos o que elas expressam:

É assim, com vergonha de sair com ele... pro meio da rua... os pessoal fica tudo olhando. É porque eu acho que pode ser que as outra fala assim: 'ó aí ó, não tem cuidado'. [...] É porque o outro [irmão]... O pessoal fala que: 'esse daí é mais gordo do que o outro'... Porque...que...não sei se é d'eu. Sinto, culpada. (AMÁLIA).

[...] eu me sinto culpada pelos meus filho, porque eu acho assim que eu não estou... mas sempre eu faço a comida certa, na hora certa. (MARÍLIA).

Marília revela, em sua fala, sobre a culpa e se defende, dizendo que faz o que é certo, mas, parece haver dificuldades com os limites na educação alimentar e limites da existência do alimento em casa.

[...] é difícil, às vezes um quer comer aquilo, o outro não quer comer, 'ah, mãe eu quero salsicha', as vez eu tenho 50 centavos, 'pois vá ali, compre 50 centavos de salsicha', ou então 'compre ovo, que é muito mais melhor!' porque o ovo é como lá no IPREDE diz, o ovo tem mais sustança, mais coisa pra dar sustança a ele no cérebro, né, mas ele diz 'ah, mãe, eu quero é salsicha' 'ai! vai, vai, vai menino, compra o que tu quiser lá', pronto!.

Verificamos achados semelhantes em outros estudos sobre a grande preocupação das mulheres relativamente à alimentação dos filhos, como o de Lindsay *et al.* (2009), no qual foram encontradas evidências, nos discursos das mães, de que a desnutrição e a fome estavam entre suas principais inquietações. As autoras também destacam que as mães se sentem confusas e humilhadas diante de suas famílias e vizinhos em decorrência da magreza dos filhos, preocupadas com o possível julgamento de que não seriam capazes de alimentar bem suas famílias.

Várias características inventariadas por Solymos (2002) estão presentes nas histórias de vida de nossas informantes, o que nos faz refletir sobre a possibilidade dessa identificação da criança com os comportamentos e as situações de sofrimento experienciadas pelas mães desde a gravidez. Chama-nos a atenção o fato de estas crianças estarem sendo acompanhadas por uma instituição competente na área da Nutrição, há mais de dois anos, e permanecerem desnutridas.

Somando-se a essas observações, ouvimos de seis das sete mulheres deste estudo relatos de recusa alimentar por parte das crianças, principalmente com relação à “comida de panela”, refeição considerada de grande importância em seus lares:

Besteira assim [bananada, laranja e bolo] ele come, mas comida de panela, tem dificuldade pra comer. (AMÁLIA).

Surge então uma necessidade de forçar o filho a ingerir o alimento considerado saudável para ganhar algum peso. Aparecem a preocupação constante e o medo de perder o filho em razão de sentimentos de impotência ou culpa. Tentativas frustradas de fazer a criança comer também cansam e confundem as mães.

Eu achava que ela num ia nem se criar! Eu tinha era pena, ela era desse tamainho [mostra com as mãos], uma boneca era maior do que ela! Ainda hoje ela é ruim pra comer [...] tem que tá obrigando ali, [...] ela adoece com freqüência, tem que ter tudo na hora certa, quando já falta alguma coisa eu fico logo preocupada, pensando como eu vou fazer, né? (JANAÍNA).

Isso é outro motivo que eu converso muito com ele 'tu vai morrer, tu vai morrer porque tu não come', mas ele só come se eu tiver com a chinela ali na hora [...]. (MARÍLIA).

O estudo de Lindsay *et al.* (2009) corrobora o que foi evidenciado pelas mães entrevistadas quanto às preocupações e atitudes das mães relativamente à alimentação de seus filhos. As autoras

registraram que várias mulheres explicaram ter que forçar suas crianças a comer alguns alimentos porque eram ‘bons para elas’; e que as mães manifestavam querer o melhor para seus filhos em todos os aspectos, inclusive assegurando-se de que suas crianças se alimentassem bem.

Um aspecto importante, entretanto, nos chamou atenção no contexto da recusa alimentar, em razão do seu aspecto contraditório, evidenciando mais uma vez o paradoxo na história das mulheres e de seus filhos desnutridos: as crianças aceitem se alimentar nas “casas dos outros”, ingerindo inclusive o que não aceitam comer em casa:

É isso que eu quero dizer, quando eu vou pra casa da minha família pra gente almoçar, elas comem tudo, come carne, come verdura, come tudo, na casa dos outro! Agora em casa dá trabalho pra comer. Até eu nas casa dos outro eu como tão bem também! As vezes as pessoa, as criança enjoa as comida de casa. Não sei, na casa do meu pai tem a mesma coisa que tem aqui e elas come (CLÁUDIA).

[...] mas eu acho engraçado é que quando ele tá nas casa ele come, pra mim, ali é uma vergonha! Tem comida em casa, o menino não come, quando está nas casa come! Eu tenho raiva dele por causa disso. Até no meio da rua, o que as pessoa der ele come e em casa ele não come (MARÍLIA).

Ante a dificuldade de conseguir alimentar adequadamente o filho, livrando-o da desnutrição, confusas, mergulhadas em seus conflitos existenciais, essas mães se defendem, explicando que o problema é com os filhos, que sua magreza é hereditária, ou decorre de problemas de saúde, que é ‘seu calibre mesmo’ (referem ao biotipo das crianças); algumas mencionam carência alimentar, outras se justificam pelo receio de não serem consideradas boas mães, procurando medicar os filhos. Novamente, nos parece que a desnutrição da criança denuncia toda uma realidade de vida difícil de “engolir”:

Sim eu tenho [cuidado], né, mas o negócio dele [a desnutrição] é dele mesmo, não é de mim. [...] o peso dele tava muito baixo...aí perguntou [na instituição] por que ele tava mais magro, né, aí eu disse: não porque ele é ruim pra comer, já comprei tanto de vitamina pra ele, mas ele continua do mesmo jeito, cada vez vai ficando mais magro (AMÁLIA).

[...] eu alimento elas bem direitinho, aí quando elas tão pegando peso, elas recai, é gripe, é febre, é tudo. Que é que eu posso fazer? [...] eu já dei vitamina, dou remédio pra verme, dou tudo, elas não gostam de comer. [...] eu acho que é o peso normal delas mesmo, o calibre delas mesmo, é da família (CLAUDIA).

Reforçamos, segundo Sampaio *et al.* (2007), o fato de que a psicopatologia alimentar reflete uma dinâmica interativa complexa e conflitiva da relação mãe e filho, representada por aspectos tais como: insuficiência ou excesso de investimento libidinal, falta de estímulos, descontinuidade da relação, incoerência na leitura e na resposta às solicitações, interação cronicamente vazia ou bruscamente esvaziada, enfim, irregularidades no vínculo entre o cuidador e sua criança.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, a desnutrição configurou-se aproximada a dificuldades no estabelecimento da maternidade e do vínculo mãe e filho. Os discursos das mulheres nos revelaram fatores que corroboram tal pensamento: elas afirmaram suas dificuldades em exercer a maternidade por se sentirem despreparadas e desprotegidas, sem companheiro ou familiares presentes e participativos; todas as mulheres foram maltratadas, vítimas de violência e abandono no período da infância e/ou durante a gravidez de seus filhos; mencionaram frequentemente a recusa alimentar dos filhos, os quais, embora não aceitassem o alimento preparado por sua mãe, aceitavam aqueles industrializados e os oferecidos por outras pessoas de sua convivência, evidenciando uma ruptura no vínculo com a mãe. Além desses achados, o fato de haverem irmãos não acometidos por desnutrição levou-nos a refletir sobre a possibilidade de “identidade desse filho” desnutrido com as condições socioemocionais da mãe e o momento em que ele foi gestado.

Contradições e ambivalências demarcam seus discursos, evidenciando a confusão de seu psiquismo em um contexto conturbado pela insegurança alimentar, pelo meio violento em que estão imersas e pelas redes de apoio instáveis. Em seu estado de miséria e com tantos filhos, a ajuda social de instituições como o IPREDE e do Governo (benefícios e Bolsa-Família) não são suficientes para sanar suas necessidades, pois tais suportes apenas amenizam seu sofrimento. Suas condições de moradia e de acesso a bens e serviços são bastante precárias, pois faltam saneamento básico, água filtrada, espaços salubres para residir e conviver.

Supõe-se que programas de intervenção nutricional poderão obter resultados mais satisfatórios quando valorizada a história de vida das mães como fator coadjuvante no processo de determinação e recuperação da desnutrição. O fato de compreender como essa mulher convive com o filho em seu habitat natural poderá fornecer subsídios sobre como cuidar melhor, caso a caso. Entende-se que uma atenção psicoemocional mais individualizada e aprofundada à díade poderá favorecer o fortalecimento do vínculo mãe e filho.

Finalizamos, reiterando nosso desejo de que as reflexões aqui desenvolvidas possam contribuir para novas investigações no âmbito da interferência do vínculo mãe e filho nos estados nutricionais infantis, abrindo caminho e incentivo a mais estudos que envolvam a temática da desnutrição.

AGRADECIMENTOS: Ao diretor do IPREDE, Prof. Sullivan Mota por permitir a realização desse estudo.

REFERÊNCIAS

- ABREU, V. J. S. Terapêutica nutricional em desnutridos graves hospitalizados. In: CARDOSO, A. L.; LOPES, L. A.; TADDEI, J. A. A. C. (Coord.). *Tópicos atuais em nutrição pediátrica*. Rio de Janeiro: Atheneu, 2004. p. 63-86.
- BOSI, M. L. M.; PRADO, S. D.; LINDSAY, A. C.; MACHADO, M. M. T.; CARVALHO, M. C. V. S. (2011). O enfoque qualitativo na avaliação do consumo alimentar: fundamentos, aplicações e considerações operacionais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 21(4), 1287-1296.
- BOWLBY, J. *Apego e perda*. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2002.
- 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.
- CARVALHO, A. S. *Desnutrição infantil e os impasses nas trocas alimentares: uma discussão psicanalítica*. 2011. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2011.
- DESLANDES, S. F.; GOMES, R. A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde: notas teóricas. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes, 2004.
- EICKMANN, S. H. *Desenvolvimento infantil: fatores determinantes e impacto de um programa psicossocial*. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Nutrição, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2003.
- INSTITUTO DE PROMOÇÃO DA NUTRIÇÃO E DO DESENVOLVIMENTO HUMANO (IPREDE). *Dados institucionais*. Fortaleza, 2010.
- KRUGMAN, S. D.; DUBOWITZ, H. Failure to thrive. *Am. Fam. Physician*, v. 68, n. 5, p.879-884, 2003.
- LINDSAY, A. C.; MACHADO, M. M. T.; SUSSNER, K. M.; HARDWICK, C. K.; KERR, L. R. F. S.; PETERSON, K. E. Brazilian mothers' beliefs, attitudes and practices related to child weight status and early feeding within the context of nutrition transition. *J. Biosoc.Sci.*, v. 41, n. 1, p. 21–37, 2009.
- MALDONADO, M. T. P. *Psicologia da gravidez*. 17. ed. Petrópolis: Saraiva, 2005.
- MARTINS, I. S.; MARINHO, S. P.; OLIVEIRA, D. C.; ARAÚJO, E. A. C. Pobreza, desnutrição e obesidade: inter-relação de estados nutricionais de indivíduos de uma mesma família. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 12, n. 6, p. 1553-1565, 2007.

MARTORELL, R. Consequências de longo prazo da subnutrição no desenvolvimento físico e mental. *Anais Nestlé*, v. 61, 2001.

MINAYO, M. C. S. *O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2010.

MONTEIRO, C. A.; BENÍCIO, M. H. D'A.; KONNO, S. C.; SILVA, A. C. F.; LIMA, A. L. L.; CONDE, W. L. Causas do declínio acelerado da desnutrição infantil no Nordeste do Brasil (1986-1996-2006). *Rev. Saúde Pública*, v. 44, n. 1, p. 17-27, 2010.

NUDELMANN, C.; HALPERN, R. O papel dos eventos de vida em mães de crianças desnutridas: o outro lado da desnutrição. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 16, n. 3, p. 1993-1999, 2011.

RIBAS, A. F. P.; MOURA, M. L. S. Responsividade materna e teoria do apego: uma discussão crítica do papel de estudos transculturais. *Psicol. Reflex. Crít.*, v. 17, n. 3, p. 315-322, 2004.

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. Saúde Matern. Infant.*, v. 7, supl. 1, p. S29-S36, 2007.

SANTOS, R. B.; MARTINS, P. A.; SAWAYA, A. L. Estado nutricional, condições socioeconômicas, ambientais e de saúde de crianças moradoras em cortiços e favela. *Rev. Nutr.*, v. 21, n. 6, p. 671-681, 2008.

SOLYMOS, G. M. B. *Vencendo a desnutrição: abordagem psicológica*. São Paulo: Salus Paulista, 2002.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ-UFC. Departamento de Saúde Comunitária; Secretaria de Saúde do Estado do Ceará; Escola de Saúde Pública do Ceará; Fundação Instituto Cearense de Saúde Reprodutiva. *Saúde Materno-Infantil no Ceará: 20 anos de acompanhamento*. Resultados preliminares da V Pesquisa sobre Saúde Materno-Infantil no Ceará-PESMIC V. Fortaleza, 2008.

VIEIRA, V. L.; SOUZA, J. M. P.; CERVATO-MANCUSO, A. M. Insegurança alimentar, vínculo mãe-filho e desnutrição infantil em área de alta vulnerabilidade social. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, v. 10, n. 2, p. 199-207, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Department of Nutrition for Health and Development. Global Database on Child Growth and Malnutrition. *Age range, indicators of malnutrition, measles vaccination coverage and mortality*. Disponível em: <<http://www.who.int/nutgrowthdb/en/>>. Acesso em: 7 out. 2010.

WINNICOTT, D. W. *Os bebês e suas mães*. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2006.