

**NORMATIZAÇÕES E RESISTÊNCIAS:
AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE ALIMENTAÇÃO PARA
BEBÊS ENTRE TRABALHADORAS DA SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA**

***Standardization and resistance: social representations on
baby feeding among health workers in primary care***

Rubia Carla Formighieri Giordani

Professora do Departamento de Nutrição e do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal do Paraná (UFPR), Brasil. E-mail: rubiagiordani@gmail.com

Verônica Lima Ramos

Nutricionista especialista, Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Paraná (UFPR), Brasil. E-mail: nutricionista.veronicaramos@gmail.com

Claudia Choma Bettega Almeida¹

Professora do Departamento de Nutrição e do Programa de Pós-Graduação em Alimentação e Nutrição da Universidade Federal do Paraná (UFPR), Brasil. E-mail: clauchoma@gmail.com

Áltera, João Pessoa, v. 1, n. 8, p. 61-93, jan./jun. 2019

ISSN 2447-9837

¹ R.C.F.G. trabalhou na concepção teórica e metodológica da pesquisa, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e revisão final. V.L.R. trabalhou no delineamento prático da pesquisa, na coleta e análise dos dados e na redação; C.C.B.A. auxiliou no delineamento do trabalho de campo e atuou diretamente na aprovação da versão a ser publicada. Agradecemos as sugestões para o aprimoramento do texto de ambos/as pareceristas. As fragilidades são de inteira responsabilidade das autoras.

RESUMO. O objetivo do presente estudo foi identificar como trabalhadoras da saúde na atenção básica, a saber, técnicas de enfermagem e agentes comunitárias, elaboram o tema das práticas alimentares infantis. Teve como foco alguns aspectos da alimentação complementar como as concepções do uso do açúcar e do sal na comida de bebês, bem como as principais ideias sobre alimentos capazes de prevenir a anemia, como carnes e leguminosas. Foi realizada pesquisa social com abordagem qualitativa, de caráter descritivo e analítico. A identificação e sistematização das Representações Sociais (RS), enunciadas nas entrevistas obtidas, foram operacionalizadas por meio do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Observou-se as práticas discursivas que perpassam as normatizações técnicas e científicas, mesclando alguns conceitos do conhecimento leigo por meio de sistema representacional, que contém ideias concernentes à construção de uma condição de saúde para a criança. As RS conciliam um conceito de saúde constituído pelo saber biomédico, mas igualmente confluem sentidos culturais para o corpo e a comida.

PALAVRAS-CHAVE. Alimentação de bebês. Representações Sociais. Discurso do Sujeito Coletivo.

ABSTRACT. The aim of this study was to identify how health workers in primary care, namely, nursing technicians and community workers, develop the subject of children's eating habits. The focus was on some aspects of complementary feeding, like the conceptions of use of sugar and salt in baby food, as well as the main ideas regarding foods that can prevent anemia, such as meat and leguminous plants. A social survey with qualitative and descriptive approach and analytical character was conducted. The identification and systematization of social representations (SR), described in the interviews, were operationalized through the Collective Subject Discourse (CSD). It was observed that the discursive practices pervade the technical-scientific norms, making use of some concepts that merge to lay knowledge through representational system, challenging insights on the construction of health condition for the infant. The SR contain some ideas related to the creation of a health condition for the child, reconciling the concept of health elaborated by biomedicine, but also converging cultural senses of body and food.

KEYWORDS. Baby feeding. Social Representations. Collective Subject Discourse.

INTRODUÇÃO²

Alimentar crianças, do ponto de vista socioantropológico, abriga uma diversidade de ideias e opiniões. Os cuidados no desenvolvimento e crescimento infantil compreendem atividades culturalmente produtivas e centrais na vida social; de modo que a criação de seres humanos e sua formação compreendem processos complexos de socialização e imersão em sistemas culturais específicos, dentre os quais a alimentação e seus aspectos representacionais e simbólicos, que servem para estruturar lógicas e sentidos de cuidado à pessoa (ELIAS, 1994).

A alimentação, no contexto do cuidado infantil, agrega experiências sociais relativas à constituição de identidades e papéis, além de ser uma atividade humana que atua como um canal poderoso para expressão de sentimentos e emoções. Envolve, ainda, a intimidade e conexões com a expressão do afeto na esfera doméstica (MINTZ, 2001; OGDEN, 2010).

Esta produtividade da alimentação no campo simbólico e representacional atende às construções de laços sociais; 'o que' e 'como comer' sustentam as tramas sociais da experiência alimentar. Uma das funções sociais da alimentação – afirmação de pertencimento – demonstra sua potência nos primeiros anos da vida humana ao ligar bebês ao seu grupo, à sua mãe, em um sentido de continuidade da vida e da cultura (DANZIGER, 1992).

A alimentação infantil, do ponto de vista biológico, afeta todo o processo de desenvolvimento físico do ser humano, pois é nesta fase que o indivíduo apresenta uma intensa vulnerabilidade e está sujeito a muitas alterações nutricionais. A transição entre a amamentação exclusiva e a introdução de outros alimentos recebe especial cuidado – tanto do ponto de vista médico e nutricional quanto nas práticas e saberes populares, voltados ao cuidado infantil.

Do ponto de vista biomédico, a alimentação complementar é a introdução de novos alimentos na dieta do lactente, que até então recebia somente o leite materno, de forma a complementá-lo, e não substituí-lo. Essa nova etapa, além de suprir as

² Este artigo é parte dos resultados da pesquisa "Sociabilidade e emoção na experiência alimentar" financiada pelo CNPq, processo 407391/2016-9.



necessidades nutricionais, possibilita realizar a aproximação da alimentação da família/cuidador(a) com a criança, exigindo um esforço para a adaptação (BRASIL, 2009a).

Os requerimentos nutricionais e a composição química dos alimentos não são os critérios exclusivos para as decisões alimentares nesta etapa do ciclo da vida humana. Há sentidos culturais de perceber o corpo infantil como um organismo que está em fase de formação e desenvolvimento, o qual exige uma introdução ao mundo dos alimentos ordenado por uma “equação que apresenta de um lado a classificaçãoêmica dos alimentos e de outro as representações sobre as características e constituição das crianças nas diferentes fases” (VICTORA; KNAUTH; ALMEIDA, 2007, p. 20).

O sentido envolvido na ingestão de substâncias comestíveis é polissêmico. Ao comer faz-se algo descer ao interior do corpo, convertendo-se em nossa substância íntima (FISCHLER, 1990). Assim, além de comer ser vital (porque comer é poder existir), “o que comer” é igualmente importante, pois diz respeito a um tema muito sério: o ato de incorporar algo ao próprio corpo. O adágio popular “você é o que você come” revela a potência na relação corpo-alimento e como elementos simbólicos estão envolvidos no consumo de matérias comestíveis. Ao se alimentar, o humano consome, além de nutrientes, substâncias imaginárias. Roberto DaMatta (1986, p. 56) traz uma distinção entre comida e alimento, que se mostra importante e central para o debate sobre a alimentação infantil: “comida não é apenas uma substância alimentar, mas é também um modo, um estilo e um jeito de alimentar-se. E o jeito de comer define não só aquilo que é ingerido, como também aquele que o ingere”.

Não obstante, a esta espontaneidade e subjetividade da experiência alimentar, uma nova racionalidade científica (LUZ, 1988) sobre a comida tem sido progressivamente incorporada ao cuidado infantil. Gracia Arnáiz (2007, p. 238) analisa que na sociedade moderna “[...] la normalización dietética se ha concretado en torno a la dieta equilibrada, esto es, un patrón alimentario basado en la restricción o promoción del consumo de ciertos alimentos [...] y la prescripción de un conjunto de pautas [...]”. Em uma perspectiva moderna da apropriação da alimentação pela biomedicina e a progressiva relevância dos aspectos nutricionais da comida, esses efeitos do discurso biomédico produzem a normatização e a normalização das

práticas alimentares, corporais e dos hábitos de vida. A dominância da razão nas escolhas alimentares e o controle sobre o prazer e a transformação da sensação em percepção são atravessadas pelas normas biomédicas (SANTOS, 2008).

Para Foucault (1996), trata-se da governabilidade da vida a serviço do Estado que opera pelo gerenciamento das condutas, constituindo biopolíticas orientadas para potencializar a vida por meio da promoção da saúde e do bem-estar das populações. Um dos mecanismos mais fundamentais nesta “governamentalidade” é a gênese do conhecimento sobre as coisas (FOUCAULT, 1996), então há um processo de apropriação da vida, do corpo, do adoecimento pelo campo disciplinar da biologia, um saber que “constitui a representação oficial do corpo humano no mundo ocidental contemporâneo, não apenas no âmbito do ‘campo científico’ [...] mas como referência cultural para toda a sociedade” (SARTI, 2010, p. 78).

Progressivamente no Ocidente expande-se e intensifica-se a função da técnica e do papel dos especialistas na busca e manutenção de uma condição idealizada de saúde, implicada nas mais diversas áreas legitimadas e reconhecidas como competentes nos cuidados corporais. Martins (2008), ao analisar o lugar dos/as médicos/as puericultores/as na formação de uma pedagogia materna, assinala a existência de uma polifonia de opiniões de especialistas frente a uma situação que poderia, noutros tempos, ser considerada inusitada, a saber: novos pais e mães se questionando sobre as competências e tarefas em seu novo papel social e as formas cientificamente adequadas de cuidar de seus bebês.

No Brasil, a alimentação infantil tem sido objeto de investimentos de políticas públicas com a finalidade de melhorar os indicadores de alimentação e de nutrição em crianças menores de dois anos. De acordo com a II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal e com a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS), o Brasil está muito aquém das recomendações nacionais e internacionais sobre práticas alimentares saudáveis, dentre elas a alimentação complementar (BRASIL, 2009a; BRASIL, 2009b). Dados apresentados pela Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde apontam que apenas 12,7% das crianças de 6 a 59 meses consumiam diariamente verduras de folhas, 21,8% legumes e 44,6% frutas (BORTOLINI; GUBERT; SANTOS, 2012). De outro lado, as alterações nutricionais nos primeiros anos de vida mais comuns são desnutrição

energético-proteica, deficiência de vitamina A e anemia. Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (2003) referenciados por Batista Filho, Souza e Bresani (2008), no Brasil observa-se em torno de 30% das crianças menores de cinco anos com anemia.

Neste contexto extremamente complexo, a "Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no SUS - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil", lançada em 2012 pelo Ministério da Saúde, teve como objetivo qualificar o processo de trabalho dos/as profissionais da atenção básica com o intuito de reforçar e incentivar a promoção do aleitamento materno e da alimentação saudável para crianças menores de dois anos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2013).

Sabe-se que o/a Agente Comunitário/a de Saúde (ACS), dentro do rol das suas atribuições, deve: desenvolver ações que integrem a equipe de saúde e a comunidade; realizar atividades de promoção da saúde, de prevenção de doenças e vigilância à saúde; realizar o acompanhamento da situação alimentar e nutricional das crianças nas famílias que assiste (BRASIL, 2009b; 2012). Assim também deve fazer o/a técnico/a ou auxiliar de enfermagem, cujo trabalho está constantemente atrelado ao cuidado infantil, principalmente na prática da puericultura. Destes/as, espera-se que: realizem procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão dentro da Unidade de Saúde (US), nos domicílios, ou outros espaços comunitários quando necessário; façam atividades de educação em saúde à população adstrita - dentro do planejado pela equipe; participem de atividades de educação permanente, entre outros (BRASIL, 2012).

Muitas das ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos junto às famílias usuárias do serviço público brasileiro, o SUS, são executadas por agentes comunitários/as de saúde, além de técnicos/as de enfermagem (BRASIL, 2009c, 2012). Pesquisas no Brasil sobre percepções e práticas de cuidado na área da alimentação infantil com estes/as trabalhadores/as ainda são escassas e, neste sentido, o objetivo do presente estudo foi identificar as representações sociais sobre a alimentação infantil entre estes/as profissionais.

Considerando os principais problemas nutricionais em crianças pequenas como desnutrição energético-proteica, anemia ferropriva, bem como o impacto da

industrialização dos alimentos com os incrementos progressivos no consumo alimentar de produtos alimentícios processados e a conseqüente homogeneização do paladar, esta pesquisa esteve focada em aspectos problemáticos da alimentação complementar com as concepções do uso do açúcar e do sal na comida de bebês, bem como as principais ideias sobre alimentos capazes de prevenir a anemia, como carnes e leguminosas.

O texto está dividido em três partes. Na primeira sessão, intitulada “*Métodos e técnicas de pesquisa: a construção de um discurso do sujeito coletivo com trabalhadores/as da saúde*”, apresentamos o desenho do estudo com o modelo teórico e o método. Neste momento se introduz brevemente a proposta analítica que amparou a recolha de dados, localizando o quadro de referência do conceito de representações sociais aqui adotado. De forma a instruir e subsidiar o/a leitor/a acerca das inferências realizadas, descreve-se a composição e a delimitação do campo empírico, como as entrevistas ocorreram e como foi constituído o grupo de participantes da pesquisa.

Noutro momento do texto, que compreende a segunda e a terceira sessões, são apresentados os resultados provenientes do campo. No tópico “*Os discursos sobre a alimentação complementar*”, demonstra-se como as falas individuais, ao receberem tratamento analítico, podem ser reagrupadas e reconfiguradas em unidades de sentido para as elaborações acerca da alimentação dos bebês. Os esforços analíticos são finalmente complementados pelas inferências teóricas no último tópico “*As representações sociais sobre a comida para bebês*”, o qual conta com o subitem “*Normatizações e resistências*” a fim de sustentar a hipótese desta pesquisa: que as representações sociais têm uma arquitetura complexa e dinamizam noções de saúde erigidas pela biomedicina e também abrigam sentidos culturais para o corpo e a comida.

MÉTODOS E TÉCNICAS DE PESQUISA: A CONSTRUÇÃO DE UM DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO COM TRABALHADORES/AS DA SAÚDE

Trata-se de uma pesquisa social em saúde com abordagem qualitativa, de caráter descritivo e analítico - modalidade de pesquisa em saúde que permite a compreensão das representações sociais, seus conteúdos e formas envolvidas em esquemas de pensamento (MOSCOVICI, 1978; 2013). No caso desta pesquisa, tal abordagem permitiu explorar como o grupo de indivíduos entrevistados (trabalhadores/as da saúde) elabora o tema das práticas alimentares infantis.

De acordo com Minayo (2014), o método qualitativo em saúde possibilita reconhecer processos sociais particulares a cada grupo social estudado. Procura visualizar o social como um universo de significados que permitem ser investigados e analisados, tendo a linguagem comum como objeto principal.

A linguagem, a cognição e a comunicação na vida cotidiana são teorizadas no campo das Representações Sociais atravessando o interesse de diferentes áreas como a Sociologia, Psicanálise e a Psicologia Social (DUARTE; MAMEDE; ANDRADE, 2009). Moscovici (2013, p. 46), ao teorizar as Representações Sociais, afirma que “As representações sociais têm como seu objetivo abstrair sentido do mundo e introduzir nele ordem e percepções, que reproduzam o mundo de uma forma significativa.”. Sua aplicação nos estudos no campo da saúde pode trazer avanços, pois as representações permitem analisar não só como o conhecimento é construído, mas também como as representações influem nas práticas sociais, ao mesmo tempo em que este compartilhamento do conhecimento cria uma realidade comum às pessoas (OLIVEIRA, 2004). Mora (2002), em seu trabalho de análise sobre as representações sociais, diz que estas são uma modalidade particular de conhecimento, cuja função é a elaboração dos comportamentos e a comunicação entre indivíduos membros de uma sociedade.

Spink (1993) aponta a representação social como uma forma de conhecimento prático e uma maneira de permitir aos sujeitos realizarem interpretações da realidade, além de possuir estruturas dotadas de dinamicidade e flexibilidade. Ela possibilita conhecer aquilo que antes era desconhecido. Esta transformação é definida pela linguagem, por imagens e ideias que são elaboradas e divididas pelo

grupo social. É um sistema de ideias compartilhadas que possibilita interpretações, comunica e também produz conhecimento (HOROCHOVSKI, 2004).

A identificação, organização e sistematização das Representações Sociais, no marco desta pesquisa, foram operacionalizadas por meio do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), técnica apresentada por Lefèvre e Lefèvre (2005). Sua fundamentação teórica está amparada na Teoria das Representações Sociais na medida em que pretende resgatar as ideias socialmente compartilhadas, possibilitando a construção de opiniões coletivas (LEFÈVRE; LEFÈVRE; MARQUES, 2009). Utilizam-se frequentemente entrevistas individuais com questões abertas que permitem a livre expressão de ideias e opiniões. Lefèvre e Lefèvre assim definem o DSC:

O DSC consiste, então, numa forma não matemática nem metalinguística de representar (e de produzir), de modo rigoroso, o pensamento de uma coletividade; o que se faz mediante uma série de operações sobre os depoimentos, que culmina em discursos-síntese que reúnem respostas de diferentes indivíduos, com conteúdos discursivos de sentido semelhante (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005, p. 25).

Um DSC busca expressar e descrever uma determinada opinião sobre um assunto e as atribuições de sentido presentes em uma dada formação sociocultural, resgatando o semelhante e o diferente próprios das representações sociais (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

A técnica consiste em analisar os dados coletados, verbais e depois transcritos, extraindo de cada um deles algumas figuras centrais de importância metodológica: Expressões Chaves (ECHs) - trechos literais, tal como aparecem no discurso obtido que revelam a essência do conteúdo do depoimento; Ancoragem (AC) - expressão de uma teoria ou uma ideologia, que nem sempre estão presentes nos discursos analisados; Ideias Centrais (IC) – expressão linguística que precisa o sentido; e o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), um discurso síntese redigido em primeira pessoa (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2012).

Inicialmente se agrupam as ECH que tenham teor semelhante de IC ou AC, para então serem compostos um ou vários discursos-síntese. Estes são redigidos na primeira pessoa do singular, com a finalidade do "eu" responder em nome do coletivo, para cada categoria identificada pelo/a pesquisador/a. Desta forma, nasce

um conjunto de DSC que representa as opiniões do grupo existentes sobre o tema pesquisado (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2012; FIGUEIREDO; CHIARI; GOULART, 2013).

O cenário da pesquisa foi uma Unidade de Saúde (US), integrante da Estratégia Saúde da Família (ESF), localizada em município na região metropolitana de Curitiba/PR. O município em questão possui 212.967 habitantes e 95% residem na área urbana. O rendimento médio mensal dos/as trabalhadores/as formais é de 2.4 salários mínimos; e um nível médio de desenvolvimento com IDH de 0,764 (IBGE, 2016). Localizada em um bairro popular, a população adscrita ao território da unidade enfrenta um conjunto de problemas sociais relativos às transformações nos espaços da região metropolitana da capital (CARMO, 2017). A periferização com a informalidade habitacional e as demandas de infraestrutura não atendidas têm implicações diretas e indiretas na determinação social da saúde desta população.

A US em que ocorreu a pesquisa participa do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, ofertado pela Universidade Federal do Paraná, em parceria com o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação. Como cenário de aprendizagem em que são configuradas Redes de Atenção à Saúde, ao disponibilizar preceptores/as profissionais de saúde e receber residentes em processo de formação, a unidade de saúde acaba se constituindo em um espaço propício para a prática da educação permanente em saúde, com a articulação do ensino-aprendizagem ampliado para todos/as trabalhadores/as que ali atuam (BRASIL, 2006).

O campo da pesquisa se construiu na perspectiva de pesquisa-ação, com inserção direta e cotidiana de uma das pesquisadoras na equipe local de assistência à saúde. À despeito da racionalização do objeto de estudo, da vigilância epistemológica e pressupostos metodológicos para o estudo social da realidade, como a rotinização, distanciamento e transparência e equidistância (BOURDIEU; PASSERON; CHAMBOREDON, 1999; CORREIA, 2013), deve-se considerar o engajamento da pesquisadora de campo nos arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, dado seu pertencimento ao grupo de residentes.

Após o período de 01 (um) ano inserida na rotina dos serviços, naturalizada sua presença no espaço das relações sociais e afetivas, com a contínua reflexão sobre o saber-fazer na atenção básica com a apreensão de certos elementos simbólicos

constituintes das práticas em saúde no terreno, delinearão-se as questões centrais e norteadoras para serem aprofundadas em interações face a face em momentos específicos por meio de entrevistas semiestruturadas. Desta forma, o corpus da pesquisa foi sendo constituído ao longo de seis meses por material de observação participante oriundo de registros em diário de campo e um conjunto de transcrições de entrevistas dialogadas.

Participaram voluntariamente desta pesquisa cinco técnicas de enfermagem e 15 agentes comunitárias de saúde (ACS), todas³ trabalhavam na US na época da coleta de dados. No universo da pesquisa, apenas um indivíduo é do sexo masculino, a maioria das mulheres (19) é mãe; a média de idade foi de 40,9 anos, com desvio-padrão de 9,8 anos, sendo a menor idade de 21 e a maior de 59 anos. Predominaram profissionais que haviam completado o Ensino Médio (13), três tinham o Ensino Fundamental Completo, uma pessoa com o Ensino Superior Completo e três não haviam concluído na época da pesquisa. Essas trabalhadoras da saúde também eram moradoras do município, provenientes de classes populares e sua origem social marcada pela cultura da colonização italiana, e sobretudo, pelas migrações rural-urbana e pendularidade populacional tão características nas configurações urbanas da região metropolitana de Curitiba (MOURA, 2010; MOURA; DELGADO; CINTRA, 2014). Em relação ao tempo de serviço na Unidade de Saúde, a média foi de cinco anos e dois meses, sendo o menor tempo de um mês, e o maior de 24 anos. Quando indagadas sobre a participação em cursos de Aleitamento Materno e/ou Alimentação Complementar, 50% responderam afirmativamente, 45% não participaram e 5% preferiram não responder ou desviaram do assunto.

Ressalta-se que a pesquisa seguiu as normativas da Resolução 466/2012, com a participação voluntária na pesquisa, a preservação da confidencialidade e o anonimato e as participantes não tiveram nenhum tipo de ônus ou benefício direto para participar da pesquisa.

As entrevistas com questões semiestruturadas foram realizadas pela pesquisadora (profissional residente) em horários combinados com as participantes e ocorreram na própria Unidade. As conversas foram dirigidas por roteiro que

³ A partir daqui, sempre que nos referirmos ao coletivo de participantes da pesquisa usaremos o feminino no plural “trabalhadoras” e/ou “agentes comunitárias”.

tematizava a oferta de carnes, leguminosas/feijão, sal e açúcar para crianças menores de dois anos. Obtiveram-se relatos coletados por áudio gravação que, posteriormente, foram transcritos integralmente. Cada resposta gerou um depoimento, do qual foram extraídas uma ou mais expressões-chave (ECHs) com as ideias principais. As ECHs de teores semelhantes foram agrupadas, formando diferentes categorias de respostas que por sua vez deram origem a um DSC elaborado com as próprias palavras e expressões originais contidas na ECH.

O exemplo a seguir demonstra como foi realizada a construção de um DSC, em etapas:

Quadro 1. Exemplo das etapas seguidas para elaboração de um DSC.

Etapa 1	Pergunta	A partir de que idade a criança pode comer carne?
Etapa 2	Categoria de resposta	A partir dos seis meses, quando começar a dar comida.
Etapa 3	Expressões-Chave (ECH) das respostas e suas Ideias Centrais (IC)	Sujeito 3 ECH: ... acho que a partir dos seis meses você pode começar a introduzir numa comidinha... IC: A partir dos seis meses.
		Sujeito 6 ECH: ... acima de seis meses eu acredito... IC: A partir de seis meses.
		Sujeito 7 ECH: ... a partir dos seis meses já dá pra dar uns pedacinhos de carne... IC: A partir dos seis meses.
		Sujeito 13 ECH: ... já deve ser incluído na alimentação quando começar a comer papinha... IC: Quando começar a comer papinha.
Etapa 4	Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) (n*=4)	"A partir dos seis meses você pode começar a introduzir numa comidinha... já dá pra dar uns pedacinhos de carne, eu acredito. Deve ser incluído na alimentação a partir do momento que começar a comer papinha."

*n= número de ECH que deram origem ao discurso.

OS DISCURSOS SOBRE A ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR

Em relação à oferta de carnes, as seguintes perguntas foram realizadas: "A partir de que idade a criança pode comer carne?", "Por quê?" e "Com que

frequência?". As categorias e os DSCs formados por estas questões podem ser observados nos Quadro 2, 3 e 4.

Quadro 2. Categorias de respostas e seus respectivos DSC para a pergunta: **A partir de que idade a criança pode comer carne? Por quê? Com que frequência?**

Categorias e Ideias Centrais (IC)/Ancoragens(AC)	DSC
<p>Categoria 1 A partir dos seis meses / quando começar a dar comida.</p> <p>IC(3), IC(6), IC(7): <i>A partir dos seis meses</i> IC(13): <i>Quando começar a comer a papinha</i></p>	<p>DSC 1 (n*=4) "A partir dos seis meses você pode começar a introduzir numa comidinha... já dá pra dar uns pedacinhos de carne, eu acredito. Deve ser incluído na alimentação a partir do momento que começar a comer papinha."</p>
<p>Categoria 2 A partir do sexto mês, o suco, caldo ou sopa de carne.</p> <p>IC(2), IC(9), IC(11), IC(12), IC(20) <i>A partir dos seis meses, somente o suco, caldo ou sopa da carne</i></p>	<p>DSC 2 (n=5) "Acho que a partir do sexto mês você pode introduzir a carne como fonte de vitamina... mas você não pode dar a carne, deve introduzir na sopinha, no caldinho. Ali vai saindo o suco... ou então você dá um pedaço de carne que ela fique só sugando... a criança não vai mastigar."</p>
<p>Categoria 3 A partir de oito a 10 meses</p> <p>IC(1) e IC(10): <i>A partir de oito meses</i> IC(5): <i>Chupar bife com 10 meses</i></p>	<p>DSC 3 (n=3) "Acho que a partir de uns oito meses...10 meses, já dá assim pra ela, chupar bife, ou sendo desfiado. "</p>
<p>Categoria 4 A partir de um ano a dois anos</p> <p>IC(8), IC(14), IC(15),IC(19): <i>A partir de um ano</i> IC(16): <i>De um ano e meio a dois anos</i></p>	<p>DSC 4 (n=5) "Acho que pode comer a partir de um ano... acho que é interessante assim a partir que tiver os dentinhos, um ano e meio a dois anos... geralmente eles não engolem nessa idade. O mais certo... acho que é a partir de um ano."</p>

*n= número de ECH que deram origem ao discurso.

Quadro 3. Categorias de respostas e seus respectivos DSC para a pergunta: A partir de que idade a criança pode comer carne? **Por quê?** Com que frequência?

<p>Categoria 5 Não sabe mastigar/ ainda não tem dentes</p> <p><i>IC(1): Não sabe mastigar ainda</i> <i>IC(8): Por causa da mastigação, ausência dos dentes</i> <i>IC(9): Dentição para ajudar</i> <i>IC(14): Porque consegue mastigar</i> <i>IC(15): Porque já tem dentes</i></p>	<p>DSC 5 (n*=5) "Acho que por causa da mastigação... sem dentinhos, não sabe mastigar direitinho ainda. Até pode dar a carne, mas para chupar o caldinho. A dentição vai ajudar. A partir que tiver os dentinhos é o mais certo introduzir a carne."</p>
<p>Categoria 6 Por causa dos nutrientes</p> <p><i>IC(3): Devido a proteínas, vitaminas, ferro</i> <i>IC(5): Porque tem ferro e vitamina</i> <i>IC(6), IC(10), IC(12): Por causa da proteína</i> <i>IC(11): O nutriente é o necessário</i> <i>IC(13): Porque tem proteína e os nutrientes que a criança precisa</i></p>	<p>DSC 6 (n=7) "A gente já começa a inserir a carne na sopa... quando você cozinha sai na água. Tem os nutrientes que a criança precisa para sobrevivência, o que for básico e necessário para o organismo dela... tem proteína, vitamina, ferro."</p>
<p>Categoria 7 Para aprender o costume de comer e conhecer os alimentos.</p> <p><i>IC(7): Para aprender acostumar a comer</i> <i>IC(16): Para aprender a conhecer o gosto dos alimentos</i></p>	<p>DSC 7 (n=2) "Acho que é interessante... é importante que a criança aprenda a conhecer o gosto dos alimentos, e também pra eles aprenderem a acostumar a comer."</p>
<p>Categoria 8 Porque é uma tradição - alimentação do brasileiro.</p> <p><i>IC(10): Porque é uma tradição, alimentação do brasileiro</i></p>	<p>DSC 8 (n=1) "Acho que tem que começar na alimentação... se a comida do brasileiro é arroz, feijão, carne e salada... então é uma tradição."</p>
<p>Categoria 9 Não lembro.</p> <p><i>IC(2): Não lembro</i></p>	<p>DSC 9 (n=1) "Não lembro."</p>

*n= número de ECH que deram origem ao discurso.

Quadro 4. Categorias de respostas e seus respectivos DSC para a pergunta: A partir de que idade a criança pode comer carne? Por quê? **Com que frequência?**

<p>Categoria 10 Todos os dias.</p> <p>IC(1), IC(4), IC(12), IC(13), IC(18): Todos os dias</p> <p>IC(5): Direto</p> <p>IC(7), IC(8), IC(15): Nas duas principais refeições do dia</p> <p>IC(14): Igual a gente</p>	<p>DSC 10 (n*=10)</p> <p>"Acho que direto... quando a gente já vai comer, dá um pedacinho... Nas duas principais refeições do dia acho. Acredito que pode ser sim dado diariamente, assim igual a gente."</p>
<p>Categoria 11 De duas a três vezes na semana.</p> <p>IC(2) e IC(10): Três vezes na semana</p> <p>IC(3): Mínimo duas vezes na semana</p> <p>IC(16): Duas vezes na semana</p> <p>IC(20): Duas ou três vezes na semana</p>	<p>DSC 11 (n=5)</p> <p>"Eu acho que é pelo menos duas vezes na semana... umas duas ou três durante a semana, carne não é tão necessário comer todos os dias, né?"</p>
<p>Categoria 12 Uma vez por semana.</p> <p>IC(6) e IC(19): Uma vez por semana</p>	<p>DSC 12 (n=2)</p> <p>"Acredito que deve ser pouco... acho que uma vez por semana... a criança não tá adaptada, o sistema digestório dela não está completamente formado."</p>
<p>Categoria 13 Depende das condições (financeiras)</p> <p>IC(12): Depende das condições</p>	<p>DSC 13 (n=1)</p> <p>"Acho que deveria ser todos os dias... mas também depende das condições né... "</p>

*n= número de ECH que deram origem ao discurso.

Nos discursos, verifica-se grande diferença entre as idades recomendadas para se introduzir a carne, os motivos para a sua oferta e a frequência necessária. Se as recomendações sobre o tema nos Cadernos de Atenção Básica e no Guia Alimentar do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015, 2010) referem que a introdução da carne deve ocorrer aos seis meses, ou seja, no início da introdução da alimentação complementar, grande parte das trabalhadoras da saúde, entretanto, acreditam que esta prática deve ser postergada.

É marcante a preocupação com a mastigação-deglutição da criança, apontando a ausência dos dentes como um fator dificultador na introdução da carne, como observado no DSC5 do Quadro 3: "Acho que por causa da mastigação... sem

dentinhos, não sabe mastigar direitinho ainda. Até pode dar a carne, mas para chupar o caldinho... ", explicando a opinião referente à oferta tardia entre oito meses e um ano de idade.

Observa-se também o discurso acerca da necessidade de oferecer a carne assim que possível, logo que a criança inicia o consumo dos alimentos complementares, pois em suas palavras: "[...] básico e necessário para o organismo dela... tem proteína, vitamina, ferro." (DSC6). Nesses discursos citados, emergem as inter-relações entre o conhecimento leigo e a experiência pessoal de imersão em um universo em que circula e se produz o discurso técnico-científico. Ainda que muitos/as agentes comunitários/as de saúde não possuam formação específica, o processo de trabalho em saúde na atenção básica lhes permite apreender ao longo da carreira profissional uma bagagem de conceitos que são domesticados e familiarizados pelo senso comum (MOSCOVICI, 1978, 2013; SÁ, 1996).

Nesta mesma pergunta percebem-se outros significados para o consumo/oferta da carne. No discurso 7 e 8 do Quadro 3, a oferta deste novo alimento é importante para que "[...]a criança aprenda a conhecer o gosto dos alimentos, e também pra eles aprenderem a acostumar a comer", pois "[...]a comida do brasileiro é arroz, feijão, carne e salada... então é uma tradição". Surgiram ainda respostas como 'não fazer bem', 'não está preparado', 'não é necessário', e o fator econômico, expresso como 'condições da família', enquanto determinante na aquisição e consumo de alimentos.

As participantes foram também inquiridas sobre se "A criança menor de dois anos pode comer leguminosas (como exemplo, o feijão)? Se não, por quê? Como deve ser oferecido o feijão?", o que possibilitou a identificação das categorias e construção dos DSCs apresentados a seguir:

Quadro 5. Categorias de respostas e seus respectivos DSC para a pergunta: **A criança menor de dois anos pode comer leguminosas (como exemplo o feijão)? Se não, por quê?** Como deve ser oferecido o feijão?

Categorias	DSC
<p>Categoria 1 Sim</p> <p><i>IC(1), IC(2), IC(3), IC(4), IC(5), IC(6), IC(7), IC(8), IC(9), IC(10), IC(11), IC(14), IC(15), IC(16), IC(17), IC(18), IC(19), IC(20): Sim</i> <i>IC(12): Deve comer</i></p>	<p>DSC 1 (n*=19) "Sim, acho que feijão pode, se for amassado, na forma de sopinha... a princípio dá ele amassadinho."</p>
<p>Categoria 2 Não</p> <p><i>IC(13): Somente depois de um ano e meio</i></p>	<p>DSC 2 (n=1) " Olha... eu não daria... eu acho que não. "</p>

*n= número de ECH que deram origem ao discurso.

Quadro 6. Categorias de respostas e seus respectivos DSC para a pergunta: **A criança menor de dois anos pode comer leguminosas (como exemplo o feijão)? Se não, por quê? Como deve ser oferecido o feijão?**

<p>Categoria 3 Caldo, sopa ou liquidificado.</p> <p><i>IC(7), IC(11), IC(18), IC(19), IC(20): Caldo</i> <i>IC(8): Caldo liquidificado</i> <i>IC(14): Caldo ou sopa</i></p>	<p>DSC 3 (n*=7) "Pode ser o caldo, tira a casquinha, dá como caldinho ou sopa, pode ser batido no liquidificador. Mas de preferência mais caldo, porque a criança tem dificuldade, ela não tem dentição e o grão é pesado."</p>
<p>Categoria 4 Amassado.</p> <p><i>IC(1), IC(4): Amassado</i> <i>IC(5), IC(6), IC(8), IC(11), IC(12), IC(15), IC(16): Amassado</i> <i>IC(10): Depois dos oito meses amassado</i></p>	<p>DSC 4 (n=10) "Acho que com seis meses tem que amassar primeiro. Primeiro amassadinho, depois que vem o grão inteiro, por causa dos gases... e da textura, a criança tem dificuldade pra mastigar."</p>
<p>Categoria 5 Inteiro, em grãos.</p> <p><i>IC(1): Inteiro, em grãos</i> <i>IC(3): Oferecido bem cozido, sem separar</i> <i>IC(7): O grão, se estiver bem cozido</i> <i>IC(9): Normal</i> <i>IC(17): Sólido</i></p>	<p>DSC 5 (n=5) "Acho que ele deve ser oferecido bem cozido, inteiro em grãos... Pode ser no formato sólido mesmo. Não sou a favor de que você tem que pegar e separar... oferece normal."</p>

*n= número de ECH que deram origem ao discurso.

Assim, como a carne, o consumo do feijão possui representações associadas a certas restrições. Acreditando-se que o feijão deva ser introduzido antes dos dois anos de idade (19 DCS), alguns discursos comunicam a necessidade de alterações na consistência e textura de modo a ajustar a maneira da oferta à fase específica que compreende a imaturidade biológica do indivíduo (oral-mastigação-engasgos; intestinal-digestão/absorção-pesado/gases).

Nota-se que as práticas discursivas perpassam pelas normativas técnico-científicas, apropriando-se de alguns conceitos que se mesclam ao conhecimento leigo por meio de um sistema de representações vigente. Novamente, ressaltam-se as orientações nos manuais da atenção básica (BRASIL, 2015; 2010), que fazem referência à consistência da alimentação complementar, devendo ser espessa desde o início, com alimentos pastosos, evitando as preparações diluídas como sopa ou suco. No entanto, ainda existem incertezas por parte das profissionais sobre a consistência da refeição, o uso do liquidificador, bem como a oferta de sopa, caldos, ou a necessidade de se retirar a casca: "Pode ser o caldo, tira a casquinha, dá como caldinho ou sopa, pode ser batido no liquidificador. Mas, de preferência, mais caldo, porque a criança tem dificuldade, ela não tem dentição e o grão é pesado." (DSC3). Contudo, para a mesma pergunta, alguns informantes opinam "[...] Não sou a favor de que você tem que pegar e separar... oferece normal." (DSC5 – Quadro 6).

No Quadro abaixo, são apresentados as Categorias e os DSC para a pergunta "A criança menor de dois anos deve receber sal adicionado ao alimento? Por quê?".

Quadro 7. Categorias de respostas e seus respectivos DSC para as perguntas: **A criança menor de dois anos deve receber sal adicionado ao alimento? Por quê?**

Categorias	DSC
<p>Categoria 1 Sim. <i>IC(1), IC(3), IC(4), IC(7), IC(9), IC(10), IC(14): Sim, pouco</i> <i>IC(5): Dou comida com sal</i> <i>IC(8) e IC (15): Sim</i></p>	<p>DSC1 (n*=12) "Acho que sim... em menor quantidade, mínima, pouco, bem pouquinho... não tem como evitar."</p>
<p>Categoria 2 Não. <i>IC(2), IC(6), IC(11), IC(13), IC(16), IC(20): Não</i></p>	<p>DSC 2 (n=6) "Eu acredito que não deve receber sal... tem que evitar, se puder tirar, de preferência... "</p>

Categoria 3 Não sei. IC(17): Não sei	DSC 3 (n=1) "Não sei."
--	----------------------------------

*n= número de ECH que deram origem ao discurso.

Quadro 8. Categorias de respostas e seus respectivos DSC para as perguntas: A criança menor de dois anos deve receber sal adicionado ao alimento? **Por quê?**

Categorias	DSC
Categoria 1 Costume, temperar a comida, dar gosto, aumentar a aceitação. IC(1): Costume IC(4): Quando a comida tem baixa aceitação IC(13): Para temperar a comida IC(15): Sem sal fica sem gosto IC(18): Pelo paladar IC(19): Deixa a comida mais saborosa e aceitável	DSC 1 (n*=6) "É pelo sabor, tem que temperar o alimento da criança. Você cuida de um lado... vai ficar sem gosto, a criança não tem muita aceitação... daí começa a rejeitar a comida. A gente já tem o sabor incorporado... acha que tem que ter sal."
Categoria 2 Evitar confundir o paladar, recusa do sal. IC(2): Evita confundir o paladar IC(12): Criança pequena não sabe diferenciar doce de salgado IC(20): Criança recusa o sal	DSC 2 (n=3) "Acho que é pra não confundir o paladar. No começo a criança não tem essa percepção do doce e do salgado... aprendi isso que o sal ela vai recusar, tem que ser introduzido aos poucos. Então, do jeito que você fizer vai..."
Categoria 3 Porque é essencial, contém iodo. IC(3) e IC(7): Porque contém iodo, necessário para o organismo IC(8): Porque é essencial para o corpo	DSC 3 (n=3) "Acho que deve receber porque é essencial pro nosso organismo, precisa... porque contém o iodo, e o iodo é importante."
Categoria 4 O sódio está presente naturalmente no alimento. IC(6): Alimento já contém sódio	DSC 4 (n=1) "Para mim acho que não precisa... na alimentação mesmo já tem o sódio..."
Categoria 5 Pode causar danos ao organismo. IC(9) e IC(11): Pode causar danos ao organismo	DSC 5 (n=5) "Acho que se puder tirar o sal... bem mais saudável assim. O sal faz mal, tem que saber ser usado... toda a função renal, por causa da hipertensão... pode causar lesão..."

<p>IC(10): Por risco à saúde, hipertensão IC(13): O sal faz mal IC(16): Mais saudável sem o sal</p>	
<p>Categoria 6 Não sei. IC(17): Não sei</p>	<p>DSC 6 (n=1) "Não sei."</p>

*n= número de ECH que deram origem ao discurso.

O DSC1 (Quadro 07), que expressa uma ideia afirmativa em relação à oferta de sal, foi mais significativo: "Acho que sim...[...] não tem como evitar". A preocupação com o sabor da comida é destacada: "[...] vai ficar sem gosto, a criança não tem muita aceitação... daí começa a rejeitar a comida. A gente já tem o sabor incorporado... acha que tem que ter sal". Elementos da biomedicina também são acionados ainda que contenham incoerências: "Acho que deve receber porque é essencial pro nosso organismo, precisa... porque contém o iodo, e o iodo é importante.". Essas ressignificações da ciência mostram-se da mesma forma no pensamento coletivo que concerne ao aconselhamento de não emprego do sal na alimentação infantil: "Acho que se puder tirar o sal... bem mais saudável assim. O sal faz mal... tem que saber ser usado, toda a função renal, por causa da hipertensão... pode causar lesão..." (DSC 5, Quadro 08).

A seguir, no Quadro 5, encontram-se as perguntas "A criança menor de dois anos deve receber açúcar adicionado ao alimento? Por quê?"

Quadro 9. Categorias de respostas e seus respectivos DSC para as perguntas: **A criança menor de dois anos deve receber açúcar adicionado ao alimento? Por quê?**

Categorias	DSC
<p>Categoria 1 Não. IC(1), IC(2), IC(3), IC(4), IC(5), IC(6), IC(7), IC(8), IC(9), IC(10), IC(11), IC(12), IC(13), IC(15), IC(16), IC(17), IC(18), IC(19), IC (20): Não</p>	<p>DSC 1 (n*=19) "Acho que deveria evitar o açúcar... não é necessário adicionar ao alimento, de preferência deve ser evitado."</p>
<p>Categoria 2 Sim.</p>	<p>DSC 2 (n=2)</p>

IC(14) e IC(18): <i>Sim, pouco</i>	"Poder... pode. Acredito que tem que acrescentar sim, mas tem que ser pouco."
---	---

*n= número de ECH que deram origem ao discurso.

Quadro 10. Categorias de respostas e seus respectivos DSC para as perguntas: A criança menor de dois anos deve receber açúcar adicionado ao alimento? **Por quê?**

Categorias	DSC
<p>Categoria 3 Não tem necessidade.</p> <p>IC(1), IC(8), IC(9), IC(10): <i>Porque frutas já tem açúcar naturalmente</i> IC(2), IC(4) IC(6): <i>Alimento já tem açúcar naturalmente</i> IC(17): <i>Não é necessário</i></p>	<p>DSC 3 (n=8) "Acho que deveria evitar... o açúcar não é necessário, já o recebe na alimentação. As frutas já vêm com açúcar próprio. Você vai dar um suco, tem que ser natural, da fruta. Tem alguma coisa ou outra que já vem doce."</p>
<p>Categoria 4 Prevenção de agravos à saúde.</p> <p>IC(3), IC(5) IC(7), IC(13) e IC(18): <i>Causa danos aos dentes</i> IC(9): <i>Não faz bem</i> IC(10) e IC(20): <i>Evitar doenças</i> IC(11): <i>Por causa da fermentação</i></p>	<p>DSC 4 (n=9) "Acho que nessa idade faz mal... por causa da cárie... a saúde dos dentes, né. Não faz bem pra criança... tem essa influência no caso das doenças, vai retirando esses vícios. Por uma questão de prevenção mesmo."</p>
<p>Categoria 5 Praticidade.</p> <p>IC(12): <i>Porque é mais prático</i></p>	<p>DSC 5 (n=1) "Porque acho que é mais prático... entre você pegar uma fruta, descascar, amassar e dar pra criança, mais fácil você pegar um pote de 'danone'."</p>
<p>Categoria 6 Paladar.</p> <p>IC(14): <i>Por causa do paladar</i> IC(15): <i>Não come sem açúcar</i></p>	<p>DSC 6 (n=2) "Acredito que sim... deve colocar açúcar. Tem que ser pouco, se não colocar um pouquinho, às vezes não acaba nem aceitando... por causa do paladar."</p>

*n= número de ECH que deram origem ao discurso.

Diferentemente do observado para o sal, nesta pergunta foram obtidos depoimentos, em sua maioria, restritivos em relação à adição do açúcar na alimentação antes dos dois anos de idade, como mostra o DSC 1, Quadro 09 (n=19) "[...] não é necessário adicionar ao alimento, de preferência deve ser evitado."

Os motivos para evitá-lo sugerem uma relação com a ideia de saúde: "não tem necessidade", "por prevenção, evitar doenças": "Acho que nessa idade faz mal... por



causa da cárie [...] tem essa influência no caso das doenças, vai retirando esses vícios. Por uma questão de prevenção mesmo." DSC 4, Quadro 09 (n=9). De outro lado, há opiniões favoráveis: "Acredito que sim... deve colocar açúcar. Tem que ser pouco, se não colocar um pouquinho, às vezes não acaba nem aceitando... por causa do paladar" DSC 6 (n=2).

AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE A COMIDA PARA BEBÊS

O sujeito erige suas opiniões, forma suas ideias sobre saúde e doença se ancorando em símbolos e conceitos (científicos e mítico-religiosos) para compreender, explicar e atribuir significados aos fenômenos orgânicos (ADAM; HERZLICH, 2000). Contendo ideias que concernem à construção de uma condição de saúde para a criança, as práticas discursivas dos/as agentes e técnicos/as conciliam um conceito de saúde constituído pelo saber biomédico; mas, igualmente, confluem sentidos culturais de corpo, usos e relações dadas socialmente (HELMAN, 2009; CANESQUI, 2007).

À percepção do bebê como um ser em formação, alinham-se os princípios da alimentação como um processo gradual e a necessidade de ajustes entre as demandas físicas de crescimento, a falta de maturidade biológica e as características específicas atribuídas aos alimentos.

Isso se reflete, por exemplo, na ideia da imaturidade fisiológica do sistema digestório, na importância atribuída à falta da dentição para o consumo de certos alimentos, na percepção de exigências alimentares específicas. São pontos de identificação e avaliação do que é ser um bebê e que sustentam um “modelo de pensamento que conceitua e define a relação entre o alimento com o organismo que o consome, identificando simbolicamente a posição social do indivíduo” (CANESQUI, 2005, p. 27).

As preocupações de ordem biológica estão envoltas em uma quase moralidade implicada no cultivo da vida. Predominam prescrições sobre formas de vida adequadas e uma “preocupação com as crianças e a transformação desta fase

da vida em algo especial por si mesma, digna de respeito e de cuidados específicos” (MARTINS, 2008, p. 138).

Subjacente aos discursos, encontrou-se a noção dicotômica presente na categoria clássica da dietética popular forte/fraco, além da noção de pesado (WOORTMAN, 1978; CANESQUI, 2007). Há uma preocupação com a condição da criança que se encontra em formação, ainda não completa e pronta para suportar e utilizar certos alimentos (fortes e pesados) como a carne e o feijão: “A gente já começar a inserir a carne na sopa... quando você cozinha sai na água. Tem os nutrientes que a criança precisa para sobrevivência, o que for básico e necessário para o organismo dela... tem proteína, vitamina, ferro.”

A apresentação do mundo dos alimentos ao bebê é entendida como uma fase de transição. Se na biomedicina ela recebe o termo “alimentação complementar” e segue preceitos rígidos de necessidades nutricionais, nesta pesquisa, nos saberes populares acessados nos discursos de trabalhadoras em saúde, a maioria de mães, e provenientes de classes populares, esta fase - ao que parece - se refere às etapas sequenciais que conjugam, concomitantemente, as classificações êmicas dos alimentos com as particularidades físicas dos bebês e idiosincrasias percebidas.

O feijão e a carne são definidos como alimentos fortes e pesados pela presença de elementos provenientes de uma gramática científica já incorporada ao cotidiano, como as vitaminas, o ferro e as proteínas. O contexto de uso destes termos (feijão e carne contêm ferro, vitamina e proteína) serve para indicar à interlocutora a importância do alimento na rotina alimentar da criança. No entanto, a sua administração na dieta infantil obedece a regras: precisa diluir em forma de sopa, amassar, descascar, ferver/cozinhar para extrair caldo, dar para chupação do bebê (ao invés de pedaços para serem consumidos inteiros). Alimentos fortes, ao serem apresentados para bebês, que têm corpos incompletos porque ainda estão em formação, pedem uma transformação e adequação por técnicas culinárias e modos de preparo e oferta que amenizem a força presente no alimento.

Se, de um lado, a característica do alimento precisa ser avaliada em consonância às características de quem o consome, de outro, este sistema cognitivo e simbólico apresenta certa plasticidade no comensalismo habitual do grupo estudado (trabalhadoras oriundas de classes populares) e que também opera

segundo uma racionalidade econômica visando condições de sobrevivência e de reprodução social (WOORTMAN, 1978): "Acho que deveria ser todos os dias... mas também depende das condições né..." ou então "carne não é tão necessário comer todos os dias, né?" e "Acho que tem que começar na alimentação... se a comida do brasileiro é arroz, feijão, carne e salada... então é uma tradição."

A comida alimenta o corpo e ao mesmo tempo não deixa de atuar como canal para imersão do indivíduo em um microcosmo social, uma representação da refeição como sistema de símbolos com os quais os indivíduos se identificam. Nessa ótica, orientam escolhas, segundo o que seria uma composição alimentar típica brasileira, como é o caso do feijão com arroz, ou então a imersão no gosto familiar (ao acomodar-se com um sabor familiar costumeiramente consumido no ambiente doméstico), como o uso do sal e do açúcar na alimentação infantil. Para estes dois itens – aliás, ambos com restrição indicada pelos manuais científicos – os DSCs sugerem que provavelmente estas trabalhadoras orientem de modo menos rígido e ajustável aos contextos de vida e às particularidades das crianças. Possivelmente, as percepções sobre os períodos relativos às diferentes etapas de introdução/missão de determinados alimentos e componentes na dieta infantil sejam mais maleáveis.

A combinação dos alimentos e dos sabores atua como uma tábula rasa na formação do gosto na criança. Gosto ou fórmula que representa a reprodução de um *habitus* de classe. Este *habitus* que, segundo Bourdieu (1983), respondendo a forças sociais, elege para o consumo alimentar determinadas composições no interior de um conjunto de alimentos oferecidos no espaço social segundo lógicas próprias internas ao grupo em questão, e que o predispõem para tais escolhas e decisões (POULAIN, 2013).

NORMATIZAÇÕES E RESISTÊNCIAS

No cenário de atuação destas profissionais da atenção básica, o saber biomédico e nutricional provoca tensões sobre as práticas rotineiras de cuidado das crianças pequenas. Há provavelmente uma ligação entre uma história dos sentimentos em relação à infância, a valorização social deste momento da vida e

importância de uma formação humana considerada adequada, com a progressiva medicalização da família que alia a força moral dos aconselhamentos na criação de filhos e a importância crescente de um discurso que visa à produção da saúde física (LIMA, 2007).

Entende-se da abordagem foucaultiana que a potência do governo da vida está no adestramento das práticas corporais, incluindo os cuidados de saúde, requerendo, portanto, a conversão das mentalidades e dos pensamentos ao operar a 'governamentalidade' manifestada primeiramente nos sujeitos (re) produtores de um discurso do biopoder.

No entanto, os sujeitos sociais – trabalhadores/as da saúde - como acento do biopoder e *lócus* das transformações da sociedade disciplinar também se configuram em um *lócus* de pronúncia da resistência ao sistema oficial de saúde, de toda sorte de pensamentos heterogêneos, e da manifestação de outros discursos contra-hegemônicos, ou da medicina popular (BOLTANSKI, 1989).

Dito de outro modo, se a linguagem médico-científica é a expressão da governança dos corpos e da vida na modernidade, os sujeitos sociais também se contrapõem à realidade normalizadora. De certo modo desenvolvem estratégias para processar experiências sociais mesmo diante de normatizações, assimilando-as e reinterpretando-as.

Ressalta-se que este repertório tributário da racionalidade médica não anula outros saberes produzidos ao longo da trajetória pessoal dos sujeitos e nem enfraquece suas referências culturais; senão vem se agregar e (re)criar outras representações e práticas, implicando em uma reatualização de sua matriz de percepções que os predispõe a determinações, ações e julgamentos (BOURDIEU, 1983). O/a profissional da saúde, ao passar por uma formação, incorpora e assimila um novo conjunto de conhecimentos e técnicas que fazem parte de uma cultura profissional específica (BOEHS et al., 2007).

O saber e o fazer no processo de trabalho em saúde são tanto afetados pela subjetividade que as relações próprias do cuidado e atenção à saúde humana requerem, quanto são permeáveis aos valores culturais originários dos meios sociais em que estão dadas determinadas relações (ALVES; RABELO, 1998). Pode-se dizer que o cuidado e a assistência à saúde são ressignificados por conteúdos culturais e

que estes, por sua vez, estão implicados na comunicação e nas trocas sociais constituintes do trabalho na saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A abordagem social qualitativa por meio do emprego das entrevistas semiestruturadas conseguiu captar algumas das maneiras pelas quais agentes comunitárias de saúde e técnicas de enfermagem tematizam a alimentação saudável nos primeiros anos de vida. As análises permitiram, pela identificação dos discursos enunciados por diferentes indivíduos, a agrupação por sentidos semelhantes, o que possibilitou sua categorização para a produção de um Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Este discurso engendra representações sociais sobre a alimentação infantil para as profissionais participantes desta pesquisa (MOSCOVICI, 1978, 2013; LEFÈVRE, LEFÈVRE, 2005, 2012).

A representação social incorpora, fixa e transforma conhecimentos e objetos oriundos da ciência, da religião, e do senso comum na tentativa de construir explicações plausíveis para a realidade e torná-la familiar. De um lado, são mecanismos para interpretar o mundo, as coisas e a experiência, mas, de outro, constituem constructos que agem na produção de novos conhecimentos e práticas sociais (MOSCOVICI, 1978).

Neste trabalho foram notados dois eixos na elaboração das profissionais acerca da alimentação infantil. O primeiro diz respeito ao fato de que as trabalhadoras da saúde entrevistadas expressaram representações construídas pelas articulações entre o conhecimento popular, e o discurso normativo que faz parte do seu cotidiano de trabalho, além de suas vivências pessoais em relação ao tema. Spink (1994) discute o assunto das representações sociais na dinâmica de uma relação dialética entre o contexto social e histórico do indivíduo, seu grupo de pertencimento e uma realidade intraindividual. Portanto, os conteúdos culturais são acionados e postos em ação pelos indivíduos e marcados também pela trajetória social de cada um.

No segundo eixo, ao debruçar-se sobre estas falas desconstruídas e, posteriormente, realinhadas, percebeu-se que as entrevistadas enunciam conflitos, contradições e, por vezes, uma dificuldade em manejar conhecimentos científicos relativos à alimentação infantil saudável. Seriam, portanto, os dois eixos: movimentos de permanências e confluências entre o saber popular e a biomedicina.

Os valores e questões inerentes ao cuidado em saúde integram e são mediados pela cultura e, desta forma, não podem ser analisados separadamente das realidades sociais que os produzem. As atribuições de significados compartilhados entre os indivíduos em seu grupo derivam de suas experiências em contextos e espaços determinados (LANGDON; WIJK, 2010). Esta afirmação reforça a importância de se descobrir ou investigar as ressignificações e representações do discurso científico adotadas e/ou construídas pelos/as trabalhadores/as da saúde.

Na área da alimentação e nutrição, a utilização da abordagem qualitativa pode levar a uma compreensão dos saberes populares na medida em que investiga o pensamento coletivo enquanto realidade empírica reprodutora e produtora de práticas (LEFÈVRE; LEFÈVRE; MARQUES, 2009). Neste sentido, Gazzinelli et al. (2005, p. 202) analisam que “à medida que se observa a progressiva importância conferida às representações e saberes do senso comum na relação dos sujeitos com a doença, mais apurada é a crítica ao absolutismo e autonomia do saber científico”. E elaboram a crítica ao modelo pedagógico hegemônico na formação e educação em saúde, considerando que “as práticas constituem a expressão de um sistema coerente de representações e, nestas condições, o resultado de esquemas de pensamento passíveis de elaboração” (GAZZINELLI et al., 2005, p. 203). Sua abordagem permite, portanto, reconhecer as matrizes culturais fundamentais envolvidas na simbologia e nas práticas sociais em saúde.

Há uma inquestionável relevância de estudos que permitem identificar e compreender outras formas de conhecimento, sendo importante estarem presentes tanto nos espaços de ensino em saúde, quanto serem incorporados nas relações entre serviço e usuários/as do Sistema Único de Saúde (SUS). Certamente isto representaria avanços no SUS, seja por meio do questionamento da ordem pela experiência social, seja construindo saúde de modo inclusivo, dialógico e

emancipador a partir de um conjunto de simbologias e representações acessíveis ao conjunto dos/as ACS e da população usuária do sistema público (BRASIL, 2007).

REFERÊNCIAS

ADAM, Phillipe.; HERZLICH, Claudine. **Sociologia da doença e da medicina**. Bauru, SP: Editora da Universidade do Sagrado Coração, 2000.

ALVES, P. C.; RABELO, M. C. **Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Editora Relume Dumará, 1998. Disponível em: <<http://static.scielo.org/scielobooks/by55h/pdf/alves-9788575414040.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2015.

BATISTA FILHO, Malaquias.; SOUZA, Ariani Impieri; BRESANI, Cristiane Campello. Anemia como problema de saúde pública: uma realidade atual. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 1917 – 1922, 2008.

BOEHS, Astrid Eggert; MONTICELLI, Marisa.; WOSNY, Antônio de Miranda; HEIDEMANN, Ivonete B. S.; GRISOTTI, Márcia. A interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 16, n. 2, p. 307-314, 2007.

BOLTANSKI, Luc. **As classes sociais e o corpo**. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

BORTOLINI, Gisele Ane; GUBERT, Muriel Bauermann; SANTOS, Leonor Maria Pacheco. Consumo alimentar entre crianças brasileiras com idade de 6 a 59 meses. **Cad. Saúde Pública**, v. 28 n. 9, p. 1759-1771, 2012.

BOURDIEU, Pierre. **Esboço de uma teoria prática**. In: ORTIZ, Renato (Org.). Pierre Bourdieu: sociologia. Rio de Janeiro: Ática, 1983.

_____.; PASSERON; J. C. e CHAMBOREDON, J. C. **A Profissão de Sociólogo**. Petrópolis: Vozes, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. (Cadernos de Atenção Básica n. 23). Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_nutricao_aleitamento_alimentacao.pdf>. Acesso em: 23 mai. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.920, de 5 de setembro de 2013. Institui a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde (SUS) -Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF., 6 set. 2013, Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **PNAB - Política Nacional de Atenção Básica**. Série E, Legislação em Saúde, 2012. Disponível em: <<http://dab.sau.gov.br/portaldab/pnab.php>>. Acesso em: 23 mai. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos - um guia para o profissional da saúde na atenção básica**. 2. ed, 2010. Disponível em:

<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/enpacs_1opassos>. Acesso em:

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar**. Cadernos de Atenção Básica, n. 23. Editora do Ministério da Saúde, 2009A. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_nutricao_aleitamento_alimentacao.pdf>. Acesso em:

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do agente comunitário de saúde**, 2009b. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/geral/guia_acs.pdf>. Acesso em:

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do agente comunitário de saúde**, 2009c. Disponível em <http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/geral/guia_acs.pdf>. Acesso em:

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular e saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. - Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 160 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 414 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

CANESQUI, Ana Maria. A qualidade dos alimentos: análise de algumas categorias da dietética popular. **Revista de Nutrição**, v. 20, n. 2, p. 203-216, 2007. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v22n1/12.pdf>> Acesso em: 10 jan. 2015.

_____. Comentários sobre os Estudos Antropológicos da alimentação. In: Canesqui, Ana Maria e Garcia, Rosa Wanda Diez (Org.) **Antropologia e nutrição: um diálogo possível** (Coleção Antropologia e Saúde). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. 306 p.

CARMO, Julio Cesar Botega do. Planejamento da Região Metropolitana de Curitiba como objeto de estudo: análise sobre a produção bibliográfica no período de 1974-2006. **Revista Brasileira de Gestão Urbana**, v. 9, n. 1 p. 7-18, 2017.

CORREIA, Tiago. Interpretation and scientific validation in qualitative research. **Interface** (Botucatu), v. 17, n. 45, p. 263-74, abr./jun. 2013.

DaMATTA, Roberto. **O que faz o brasil, Brasil?** Rio de Janeiro: Rocco, 1986.

DANZIGER, Claudie. Devenir grand. Nourritures d'enfance. Souvenirs aigres-doux. **Autrement, Coll. Mutations/Mangeurs**. n. 129, 1992.



DUARTE, Sebastião Júnior Henrique; MAMEDE, Marli Villela; ANDRADE, Sônia Maria Oliveria de. Opções Teórico-Metodológicas em Pesquisas Qualitativas: Representações Sociais e Discurso do Sujeito Coletivo. **Saúde e Sociedade**, v. 18, n. 4, p. 620-626, 2009.

ELIAS, Norbert. **O processo civilizador**: uma história dos costumes. Rio de Janeiro: Zahar, 1994.

FIGUEIREDO, Marília Z. A.; CHIARI, Brasília. M.; GOULART, Bárbara N.G de. Discurso do sujeito coletivo: uma breve introdução à ferramenta de pesquisa quali-quantitativa. **Revista Distúrbios da Comunicação**, v. 25, n. 1, p. 129-136, 2013.

FISCHLER, Claude. **L'Omnivore**. Paris: Editions Odile Jacob, 1990.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 12. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1996.

GAZZINELLI, Maria Flávia; GAZZINELLI Andréa; REIS, Dener Carlos dos.; PENNA, Cláudia Maria de Mattos. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Caderno de Saúde Pública**, v. 21, n. 1, p. 200-206, 2005.

GRACIA ARNÁIZ, Mabel. Comer bien, comer mal: la medicalización del comportamiento alimentario. **Salud Pública de México**, v. 49, n. 3, p. 236-242, 2007.

HELMAN, Cecil. G. **Cultura, saúde e doença**. 5. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2009.

HOROCHOVSKI, Marisete Teresinha Hoffmann. Representações sociais: delineamentos de uma categoria analítica. **Em Tese**- Revista eletrônica dos pós-graduandos em Sociologia Política da UFSC, v. 2, n. 1, p. 92-106, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE Cidades. **Evolução populacional e pirâmide etária**. Brasília, 2016. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/painel/populacao.php?lang=&codmun=410580&search=paran%E1|colombo>. Acesso em: 16 fev. 2019.

LANGDON, Esther Jean; WIJK, Flávio Braune. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 173-181, 2010.

LEFÈVRE, Fernando; LEFÈVRE, Ana Maria Cavalcanti. **Depoimentos e Discursos**: uma proposta de análise em pesquisa social. Série pesquisa, vol. 12. Brasília: Liber Livro, 2005.

LEFÈVRE, Fernando; LEFÈVRE, Ana Maria Cavalcanti. **Pesquisa de representação social: um enfoque quali-quantitativo**: a metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo. 2. ed. Série Pesquisa, vol. 20. Brasília: Liber Livro, 2012.

LEFÈVRE, Fernando; LEFÈVRE, Ana Maria Cavalcanti; MARQUES, Maria Cristina da Costa. Discurso do sujeito coletivo, complexidade e auto-organização. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, n. 4, p. 1193-1204, 2009.

LIMA, Ana Laura Godinho. Maternidade higiênica: natureza e ciência nos manuais de puericultura publicados no Brasil. **História: Questões & Debates**, n. 47, p. 95-122, Curitiba: Editora UFPR, 2007.

LUZ, Madel T. **Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna**. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

MARTINS, Ana Paula Vosne. “Vamos criar seu filho”: os médicos puericultores e a pedagogia materna no século XX. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 35-154, 2008.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINTZ, Sidney W. Comida e antropologia. Uma breve revisão. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. v. 16, n. 47, p. 31-41, 2001.

MORA, Martín. La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici. **Athenea Digital-Revista de pensamiento e investigación social**, v. 2, p. 1-25, 2002.

MOSCOVICI, Serge. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978.

_____. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. 10. ed., Rio de Janeiro: Vozes, 2013.

MOURA, Rosa. Movimento pendular da população do Paraná: uma evidência da desconexão moradia/trabalho. **Caderno Metropolitano**, São Paulo, v. 12, n. 23, p. 43-64, jan./jun. 2010.

_____; DELGADO, Paulo Roberto; CINTRA, Anael Pinheiro de Ulhôa. A metrópole de Curitiba na rede urbana brasileira e sua configuração interna. In: FURKOWSKI, O; MOURA, R. (Orgs.). **Curitiba: transformações na ordem urbana**. Letra Capital: Rio de Janeiro, 2014. Observatório das metrópoles, p. 63-94.

OGDEN, Jane. **The Psychology of Eating From Healthy to Disordered Behavior**. 2. ed. Oxford: Wiley-BlackWell, 2010.

OLIVEIRA, Márcio S. B. S de. Representações sociais e sociedade: a contribuição de Serge Moscovici. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 19, n. 55, p. 180-186, 2004.

POULAIN, Jean-Pierre. **Sociologias da alimentação: os comedores e o espaço social alimentar**. 2. ed. Florianópolis: Editora da UFSC, 2013.

SÁ, Celso Pereira. **Núcleo central de representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 1996.

SANTOS, Ligia Amparo da Silva. **O Corpo, o comer, e a comida: um estudo sobre as práticas corporais alimentares cotidianas a partir da cidade de Salvador – Bahia** [Online]. Salvador: EDUFBA, 2008, 330 p. Disponível em: SciELO Books.

SARTI, Cynthia. Corpo e Doença no trânsito de saberes. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 25, n. 74, p. 77-90, 2010.

SPINK, Mary Jane P. O conceito de representação social na abordagem psicossocial. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 9, n. 3, p. 300-308, 1993.

_____. Desvendando as teorias implícitas: uma metodologia de análise das representações sociais. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOBVITCH, S. (Orgs.) **Textos em Representações Sociais**. 2. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

VÍCTORA, C. KNAUTH, D. R. ALMEIDA, C.C.B. Hábitos alimentares e cultura: um estudo de concepções sobre alimentação infantil. In: MACIEL, M.E. GOMBERG, E. (Orgs). **Temas em cultura e alimentação**. São Cristóvão: Editora Universidade Federal de Sergipe, 2007.

WOORTMAN, Klaas. **Hábitos e ideologia alimentares em grupos de baixa renda**. Relatório final de pesquisa. Brasília: Universidade de Brasília, 1978. (Mimeo.)

Recebido em: 21/02/2019

Aceito para publicação em: 31/03/2019

