



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

DIEGO CARNEIRO RAMOS

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MÃES SOBRE ESTIMULANTES DE APETITE EM
CRIANÇAS**

**FEIRA DE SANTANA-BA
MARÇO/2014**

DIEGO CARNEIRO RAMOS

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MÃES SOBRE ESTIMULANTES DE APETITE EM
CRIANÇAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof. Dra. Thereza Christina Bahia Coelho

**FEIRA DE SANTANA-BA
MARÇO/2014**

DIEGO CARNEIRO RAMOS

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MÃES SOBRE ESTIMULANTES DE
APETITE EM CRIANÇAS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana, como pré-requisito para a obtenção do grau de Mestre.

Área de Concentração: Políticas de Saúde

Feira de Santana, 31 de março de 2014.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof^a Dr^a Thereza Christina Bahia Coelho
Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS

Prof^a Dr^a Lia Lusitana Cardozo de Castro
Universidade Federal do Mato Grosso do Sul

Prof^a Dr^a Micheli Dantas Soares
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Ficha Catalográfica – Biblioteca Central Julieta Carteado

Ramos, Diego Carneiro
R142r Representações sociais de mães sobre estimulantes de apetite em
crianças / Diego Carneiro Ramos. – Feira de Santana, 2014.
136 f. : il.

Orientadora: Thereza Christina Bahia Coelho.

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Feira de
Santana, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2014.

1. Medicamentos – Uso – Crianças. 2. Estimulantes de apetite –
Nutrição infantil – Conceição do Coité, BA. I. Coelho, Thereza
Christina Bahia, orient. II. Universidade Estadual de Feira de Santana.
III. Título.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus pela oportunidade de estar aqui neste momento e poder agradecer a este dia e a esta realização.

A minha família que pacientemente entendeu minha ausência e distância, e que orou por mim pra que eu tivesse forças para continuar neste caminho. Minha mãe, Ildellaine, meu pai Amarildo, meus irmãos Danilo e Ilana e minha avó Gislaine.

Ao amor da minha vida, Ana Paula Amorim, que acreditou na realização deste trabalho e me motivou sempre.

Agradeço a minha orientadora Thereza Christina Bahia Coelho por ter aceitado me orientar cumprido o seu papel com êxito, abrindo meus olhos para os equívocos que a escrita solitária não consegue escapar além de trazer seu olhar experiente sobre as questões aqui trabalhadas.

A toda a população do bairro do Açudinho, em Conceição do Coité, que humildemente abriram as portas de suas casas para que eu pudesse realizar a pesquisa.

Não se esquecendo de agradecer às agentes de saúde da Unidade da Saúde da Família do Açudinho: Biu, Vera Lúcia, Jucicleide, Margarida e Calila por me apresentarem a sua área e por me ajudarem quando foi necessário. Agradeço também ao enfermeiro Abel, da referida unidade de saúde, pela orientação e pelo acolhimento.

Por fim agradeço a UEFS, esta casa do conhecimento da qual sou um intenso morador, por ter contribuído na minha formação como farmacêutico e ter me dado a possibilidade de continuar estudando ao fazer o meu Mestrado em Saúde Coletiva.

RESUMO

Introdução: A alimentação vai além da necessidade fisiológica. Ela se insere em um universo simbólico que dá significados diferentes à comida e ao nutrir. Dentro das responsabilidades maternas a alimentação do filho ocupa espaço especial no cuidado. Essa tarefa materna deixa as mães apreensivas quando os filhos não atendem às expectativas de alimentação esperada, seja rejeitando os alimentos ou selecionando demasiadamente o que come e como come. Esses fatores aliados a relação ainda existente entre corporalidade infantil e saúde faz com que mães busquem por medicamentos que possam intervir no apetite ou peso das crianças

Objetivo: este trabalho objetiva conhecer as razões das mães administrarem estimulantes de apetite em crianças e quais os sentidos envolvidos neste ato de cuidado. **Metodologia:** O objeto deste estudo apontou para a necessidade de se usar os preceitos metodológicos da pesquisa qualitativa. Como suporte teórico foi utilizada a teoria das Representações Sociais. O estudo foi realizado por meio de entrevistas semiestruturadas com 15 mães residentes de um bairro de Conceição do Coité-BA. As mães selecionadas deveriam ter administrado em seus filhos menores de cinco anos medicamentos para estimular o apetite dos filhos ou o uso de medicamentos estimulantes do apetite. Os dados foram analisados com base na técnica de análise de conteúdo. **Resultados:** Os medicamentos foram utilizados em empregos diversos. A principal razão era aumentar a quantidade de alimentos ingeridos. Direcionar o interesse da criança para alimentos que as mães entendiam como melhor era outra razão, juntamente com o desejo que o filho ganhasse mais peso e que comesse em horários pré-estabelecidos. Despertar o desinteresse pelo leite materno e provocar a seditação nos filhos foram outros resultados encontrados. O consumo dos medicamentos frequentemente dava-se por automedicação, estimulado e orientado por pessoas próximas e outras mães que fizeram a mesma prática. **Conclusão:** A presente pesquisa revela uma diversidade de motivos para o uso dos medicamentos, regulado pelas representações sociais que as mães fazem do apetite, dos hábitos alimentares dos filhos e do produto farmacêutico classificado como estimulante do apetite.

Palavras-chave: Alimentação infantil, uso de medicamentos, representações sociais.

ABSTRACT

Introduction: Nutrition goes beyond the physiological need. Nutrition is part of a symbolic universe that gives different meanings to food and nurturing. Among the maternal responsibilities, the nutrition occupies a special place in care. This maternal task makes the mothers feel apprehensive when the children do not reach the expectations of nutrition they have, either rejecting or selecting foods to eat and what to eat. These factors combined with the relationship between child health and corporeality makes mothers seek for drugs that can intervene in appetite or weight children. **Objective:** This study aims to ascertain the reasons mothers manage appetite stimulants to children and what senses are involved in this act of care. **Methodology:** The object of this study pointed to the necessity of using methodological principles of qualitative research. The theory of Social representations was used as theoretical support. The study was conducted through semi - structured interviews with 15 mothers living in a neighbourhood in Conceição do Coité (Bahia). The selected mothers should have administered drugs to stimulate appetite in their under five years old children or have related any general use of stimulant medications appetite. Data were analysed based on the technique of content analysis. **Results:** These medicines were used for various purposes. The main reason was to increase the amount of food eaten. To direct interest of the child to foods that mothers understand are better was another reason , along with the desire that the child gain more weight and eat at set times. To provoke disinterest in breast milk and cause sedation in children were other findings. The use of these medicines often occurred as a self-medication, stimulated and guided by nearby people and other mothers who have made the same practice. **Conclusion:** This research reveals a variety of reasons for the use of medicines, regulated by social representations that mothers do appetite, eating habits of the children and the pharmaceutical product classified as an appetite stimulant.

Keywords: children's nutrition, medicines, social representations.

LISTA DE FIGURAS

	Página
Figura 1: O ideal de beleza e força no medicamento	29
Figura 2: A sugestão do produto farmacêutico no auxílio ao crescimento	30

LISTA DE TABELAS

Página

Tabela 1: Perfil socioeconômico das mães pesquisadas.....	48
Tabela 2: Nome dado ao medicamento pelas mães.	107
Tabela 3: Classificação, pelas mães, dos medicamentos utilizados	108

SUMÁRIO

	Página
1.0 VIVENCIANDO O PROBLEMA	12
2.0 INTRODUÇÃO	13
3.0 MARCO REFERENCIAL	17
3.1 SELETIVIDADE ALIMENTAR E CONTROLE PARENTAL	17
3.2 CONSUMO DE MEDICAMENTOS E A SAÚDE COMO PRODUTO	20
3.3 AUTOMEDICAÇÃO	24
3.4 USO DE MEDICAMENTOS EM CRIANÇAS	26
3.5 MEDICAMENTOS PARA ESTIMULAR O APETITE	29
3.6 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	31
4.0 METODOLOGIA	38
4.1 TIPO E NATUREZA DO ESTUDO.....	38
4.2 CAMPO DE ESTUDO	38
4.3 SUJEITOS DO ESTUDO	39
4.4 INSTRUMENTO E TÉCNICA DE COLETA DE DADOS	39
4.5 TECNICA DE ANALISE DE DADOS	40
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	41
Artigo 1: REPRESENTAÇÃO SOCIAL DAS MÃES SOBRE ALIMENTAÇÃO E USO DE ESTIMULANTES DO APETITE EM CRIANÇAS: SATISFAÇÃO, NORMALIDADE E PODER	
Resumo	43
Abstract.....	43
INTRODUÇÃO.....	44
METODOLOGIA.....	47
RESULTADOS E DISCUSSÃO	48
CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
REFERÊNCIAS	66

Artigo 2: SAÍDA DO ALEITAMENTO MATERNO E USO DE ESTIMULANTES DO APETITE: QUAL A RELAÇÃO?

Resumo	69
Abstract.....	69
INTRODUÇÃO.....	70
METODOLOGIA.....	71
RESULTADOS E DISCUSSÃO	72
CONSIDERAÇÕES FINAIS	77
REFERÊNCIAS	79

Artigo 3: O DESVIO DE USO NO CONSUMO DE MEDICAMENTOS ESTIMULANTES DO APETITE

Resumo	82
Abstract.....	82
INTRODUÇÃO.....	83
METODOLOGIA.....	84
RESULTADOS E DISCUSSÃO	85
CONSIDERAÇÕES FINAIS	92
REFERÊNCIAS	93

Artigo 4: AUTOMEDICAÇÃO NA ESTIMULAÇÃO DO APETITE EM CRIANÇAS: REPRESENTAÇÕES E PRÁTICAS

Resumo	96
Abstract.....	96
INTRODUÇÃO.....	97
METODOLOGIA.....	99
RESULTADOS E DISCUSSÃO	101
CONSIDERAÇÕES FINAIS	113
REFERÊNCIAS	115

CONSIDERAÇÕES FINAIS	118
REFERÊNCIAS	119
APENDICES	128
I) APÊNDICE A.....	129
II) APÊNDICE B.....	130
III) APÊNDICE C	131
IV) APÊNDICE D.....	132
ANEXO	133
I) ANEXO A	134

1. VIVENCIANDO O PROBLEMA

Se há um lugar privilegiado para se observar os comportamentos relacionados à saúde, este lugar é a farmácia. Neste ambiente circulam rotineiramente indivíduos atrás de uma solução imediata para seus problemas de saúde. E utilizam, comumente, a automedicação como escolha.

Como farmacêutico, iniciei minha trajetória profissional dentro de uma farmácia de manipulação. As preocupações eram principalmente com as formulações, com o medicamento manipulado. O contato com o consumidor/paciente era pouco e este sempre vinha à farmácia conduzido por uma receita médica. Não havia até o momento a espontaneidade conduzida por razões pessoais no uso de medicamentos. A experiência não durou mais que um ano.

Até que o segundo emprego me tomou de susto. Uma farmácia de intenso movimento, de caráter claramente popular, localizado numa das esquinas mais movimentadas de Feira de Santana-BA. A busca por medicamentos era incessante, as gratificações dadas aos funcionários estimulavam a venda abusiva, e o que eu testemunhava era uma prática de automedicação que alcançava variáveis dimensões. Neste cenário, um dos produtos tinha grande destaque: um estimulante de apetite que era muito procurado por mulheres, sendo um dos produtos mais vendidos da loja. Vi muitas mulheres atrás daquele produto, e elas justificavam a demanda, frequentemente, para uso dos filhos. No ofício de farmacêutico perguntava e questionava as razões de utilização e ouvia variadas respostas. Espantava-me a precocidade da administração do remédio nas crianças, as razões tão íntimas para a escolha da automedicação, a expectativa depositada no medicamento.

Intrigado, pois não conhecia aquele fenômeno, procurei na literatura científica uma pesquisa que descrevesse de forma quantitativa aquele comportamento. Não encontrei. Pensei então que seria justa a existência de um trabalho versando sobre essa questão. Alguém deveria fazê-lo. O pensamento veio sem cogitar que anos mais tarde estaria eu nadando por estas águas desconhecidas.

Quando entrei no Mestrado de Saúde Coletiva da UEFES, reconheci que somente uma abordagem qualitativa traria a profundidade de análise que o objeto de pesquisa pedia. Mesmo nunca tendo remado nesta direção aceitei o desafio. Mas era preciso também uma teoria que explicasse o comportamento e depois de ler inúmeras correntes de pensamento, foi na teoria das Representações Sociais que encontrei o apoio teórico para o tratamento do objeto de estudo.

2. INTRODUÇÃO

As práticas alimentares tornaram-se tema de preocupação cada vez mais comum no meio científico e nas práticas de saúde. Tem sido cada vez mais frequente a atribuição aos maus hábitos alimentares a responsabilidade pelas principais doenças crônico-degenerativas da sociedade ocidental. Nesse cenário, a adoção de práticas alimentares adequadas nos primeiros anos de vida de um indivíduo mostra-se de grande importância. O desempenho das mães é referenciado como fator chave no desenvolvimento dos comportamentos e preferências alimentares dos filhos, na regulação da ingestão energética e nos padrões de atividade física das crianças. Sendo esta educação, portanto, assimilada e internalizada pela criança que pode perpetuar esse comportamento pela sua vida adulta (SIMON, SOUZA e SOUZA, 2003; CHUPROSKI e MELLO, 2009).

Investigações que tragam uma observação ampliada, compreensiva e interpretativa sobre os sentidos e significados atribuídos pelos sujeitos aos alimentos, ao ato de comer e se alimentar são importantes, especialmente, quando envolvem o cuidado alimentar na infância. A exploração dos valores sociais e culturais nessa prática pode contribuir para o subsídio de ações e políticas de educação em saúde (SOARES e COELHO, 2008; SOARES, 2011).

Apesar de a alimentação fazer parte da necessidade fisiológica, não se restringe apenas a essa caracterização, pois se insere em um universo simbólico que dá significados, que vai muito além dos aspectos nutricionais e que se inicia desde cedo, levando os signos até a vida adulta. Um dos fatores contribuintes é o fato de o homem, como espécie, poder transformar seus alimentos (STEFANELLO, 2008).

Os autores Abrantes, Lamounier e Colosimo (2002) apontam um cenário de transição nutricional no Brasil. Se décadas atrás o problema maior a ser enfrentado era a desnutrição, hoje, por várias razões, o sobrepeso em crianças é a nova preocupação.

Aliado à oferta abundante de alimentos hipercalóricos às crianças está a diminuição da prática de atividades físicas, muitas vezes por causa da reclusão propiciada pela violência das grandes cidades e da falta de opções de área de lazer nas proximidades, aliada a dificuldade de transporte para áreas mais distantes. Conseqüentemente, as crianças acabam confinadas em casa, diante da televisão, do computador e de aparelhos de videogames.

O relatório divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2012 aponta um quadro já preocupante de excesso de peso. O relatório mostrou que na faixa

etária de cinco a nove anos o sobrepeso já atingia 34,8% dos meninos e 32% das meninas. Já a obesidade foi constatada entre 16,6% dos meninos e entre 11,8% das meninas na referida faixa etária (INSTITUTO, 2012).

Um problematizador para o reconhecimento do sobrepeso em crianças é a dificuldade dos pais na percepção quanto à situação nutricional de seus filhos, tendendo frequentemente a subestimar o sobrepeso e obesidade das crianças.

Para Boa-Sorte e colaboradores (2007), existe uma associação positiva e proporcional entre peso e saúde. Em seu estudo os autores assinalaram que a percepção de mães sobre o sobrepeso de suas crianças era prejudicada pela crença geral de que a criança “gordinha” tem boa saúde e recebe um melhor cuidado dos pais. Logo, as crianças que tinham sobrepeso não eram reconhecidas como tais. Além disso, as mães acreditavam que com o crescimento do seu filho o peso tenderia a se distribuir melhor e este não se tornaria um adolescente obeso.

A preocupação das mães com o peso também podemos verificar no trabalho de Soares e Coelho (2008), mas é preciso ressaltar que não há uma preocupação com o sobrepeso em si, mas sim um medo de que o baixo peso da criança seja alvo de comentário de pessoas não ligadas à família, comentários que sinalizariam uma interpretação da situação como negligência das mães no cuidado infantil.

Essa associação positiva entre peso e saúde ainda se encontra presente no imaginário popular. Soares (2011) nos lembra de que entre os anos 70 e 90 as propagandas difundiam um ideal de corporalidade bastante uniforme e as crianças eram, quase em sua totalidade, crianças gordinhas. A autora continua o seu argumento ao dizer que no passado, nos tempos em que a produção e o abastecimento de alimentos não correspondiam ao necessário para alimentar as populações, a “obesidade” significava opulência e fartura, portanto, positividade.

Essas interpretações das genitoras podem se revelar agentes motivadores e causadores de busca por medicamentos que possam, na crença das mães, intervir no apetite ou no peso das crianças.

Um dos poucos estudos exclusivos sobre estimulantes de apetite em crianças é o trabalho de Pockels e colaboradores (1994). Das 300 mães que os pesquisadores entrevistaram 54% delas assumiram já os ter usado em seus filhos.

O uso de medicamentos em crianças é prática comum e fica mais bem compreendido ao se observar o poder dos medicamentos na sociedade. Os medicamentos figuram, atualmente, como o insumo terapêutico mais massivamente empregado. Prescrever, dispensar

ou simplesmente utilizar se converteu, tanto para os profissionais de saúde como para a população, em práticas sociais frequentes e naturalizadas (PERETTA e CICCIA, 2000). Dessa forma, o medicamento tornou-se um símbolo onde, na interpretação da sociedade consumista do século XXI, a sua aquisição passou a significar a obtenção de saúde (RAMOS, SILVA e ALENCAR, 2010).

Pesquisar sobre a alimentação das crianças e o significado dos medicamentos no processo de recuperação do apetite significa interrogar sobre os valores que orientam a alimentação e a saúde das pessoas. É considerar que as mães, figuras determinantes na educação alimentar e no trato a saúde infantil, trazem consigo experiências, vivências e crenças que influenciam de maneira significativa nessas atitudes. Para Stefanello (2008) as práticas alimentares estão carregadas de valor simbólico e envolvidas por aspectos culturais que modulam as representações sociais no contexto onde se apresentam.

Estudos que qualificam o consumo de alimentos na infância e o comportamento da mãe nessa educação alimentar são, decerto, abundantes. Mas há ausência de estudos que focalizam as estratégias medicamentosas para esse processo educativo e disciplinador.

Desse modo, cabe interrogar as razões das mães administrarem estimulantes de apetite às suas crianças e baseadas em que crenças. Ou, quais os sentidos que este ato de cuidado possui para estas mães.

Castro (2000) nos alerta que fatores diversos contribuem nas práticas inadequadas de utilização de medicamentos por indivíduos, incluindo até sincretismos culturais que expõem os medicamentos a usos jamais pensados por aqueles que os desenvolveram. Torna-se necessário, portanto, novos meios de estudar sua utilização e de vigiar as decorrências do seu uso.

A função sanitária deste estudo está, assim, justificada. À investigação interessa a análise dos sentidos dos discursos sobre a alimentação adequada e saudável, o comer bem, a fim de compreender as ações envolvidas na medicalização dos indivíduos. Não há experiência ou ato de cuidadores que não venha de um processo reflexivo retirado do âmago da sua consciência sobre o que seriam hábitos alimentares desejados. O que se pretende, portanto é: a partir de sua experiência, denunciada no relato oral, enxergar a significação do produto farmacêutico.

Estudos como esse auxiliam a verificar a utilização inadequada dos medicamentos pelos indivíduos, podendo também contribuir para o entendimento sobre a forma e o contexto

de utilização dos medicamentos na sociedade. Somente assim é possível discutir e propor estratégias de intervenção para promover o uso correto dos medicamentos.

Diante destas questões norteadoras o presente estudo tem como objetivos:

- Identificar as representações sociais elaboradas pelas mães sobre o apetite dos filhos e sobre os medicamentos administrados para modificar este apetite;
- Analisar e discutir como as representações sociais influenciam na administração, pelas mães, de estimulantes de apetite aos seus filhos.

Os resultados e discussão dessa dissertação serão apresentados no formato de quatro artigos.

- Artigo 1 – Representação social das mães sobre alimentação e uso de estimulantes do apetite em crianças: satisfação, normalidade e poder.
- Artigo 2 – Saída do aleitamento materno e uso de estimulantes do apetite: qual a relação?
- Artigo 3 – O desvio de uso no consumo de medicamentos estimulantes do apetite.
- Artigo 4 – Automedicação na estimulação do apetite em crianças: representações e práticas.

3. MARCO REFERENCIAL

O marco referencial pretende apresentar, inicialmente, a problematização em que se situa a temática trabalhada neste estudo. Para isso, traz o endosso da literatura científica sobre cada situação abordada. Inicialmente, o marco referencial em seu primeiro capítulo acrescenta para a discussão a **seletividade alimentar das crianças**, apresentando suas características marcantes e a importância que os pais têm nesse processo. Em segundo momento aborda o **consumo de medicamentos** e a imagem que o medicamento tem para a sociedade capitalista moderna. Outro ponto trazido é a **automedicação**, prática de saúde comum e na qual se enquadra o comportamento estudado nesta pesquisa. Em seguida o marco referencial apresenta dados de variados estudos sobre o **uso de medicamentos em crianças**, caracterizando essa prática. O capítulo seguinte trabalha com os **medicamentos estimulantes de apetite** que existem, ressaltando a sua influência histórica no processo de obtenção de saúde e beleza. Por último é exibido a conceituação e caracterização da **Teoria das Representações Sociais**, teoria da Psicologia Social que orienta o olhar desta pesquisa.

3.1 SELETIVIDADE ALIMENTAR E CONTROLE PARENTAL

É rotina nos consultórios de pediatria mães queixando-se que seus filhos não comem, ou que só comem guloseimas. Tais queixas são, muitas vezes, o motivo da consulta pediátrica. Os lamentos geralmente envolvem a seletividade alimentar da criança, discriminando que a mesma “come apenas alguns alimentos”, “não gosta de provar nada diferente”, passando pela preocupação com o impacto na saúde que a falta de alimentação poderia provocar, como desnutrição ou diminuição na resistência imunológica. Os pais, habitualmente, apontam que os filhos se alimentam menos do que em períodos passados e comparam essa ingestão com a de outras crianças. Também, pedem a prescrição de medicamentos ou orientações dietéticas curativas (KACHANI et al, 2005; POCKELS et al, 1994).

A crença dos pais de que as crianças são incapazes de regular sua ingestão alimentar e a observação da recusa alimentar deixam os pais angustiados, gerando conflitos manifestados por sentimentos de culpa, incompetência e frustração. Essa situação estimula a preocupação, a

ansiedade e a intervenção dos mesmos, que recorrem ao emprego de estratégias coercitivas e controladoras na alimentação da criança (KACHANI et al, 2005; CERRO et al, 2002).

Um estudo sobre a percepção e ação dos pais quanto ao comportamento alimentar dos filhos mostrou que 78% estavam preocupados com a qualidade da ingestão de alimentos e 45% desejavam mudar o hábito alimentar da sua criança. Para isto 51% tinham oferecido recompensas e 69% persuasão na tentativa de incentivar o aumento da ingestão alimentar (CERRO et al, 2002).

A participação dos pais no processo de alimentação é de vital importância. É amplamente aceito que as práticas precoces de alimentação e dinâmicas no processo alimentar infantil influenciam a aceitação alimentar e as preferências das crianças, o que estabelece a base para hábitos alimentares na fase adulta e bem-estar ao longo da vida (BIRCH, 1999). Além disso, o autor sugere que a gestão incorreta de práticas alimentares na infância pode influenciar a capacidade do indivíduo de auto-regular a ingestão de alimentos e, talvez, aumentar o risco de problemas posteriores como o sobrepeso.

Estudos como o de Madeira e Aquino (2003) e de Barbin (2002) apontaram influência direta do perfil familiar com a seletividade alimentar da criança, sendo esta mais frequente quando as famílias são desestruturadas. Mães com histórico de depressão e transtornos alimentares tendem a apresentar filhos com maior risco de padrões alimentares inadequados.

A seletividade alimentar – que se manifesta sob a forma da tríade: I) recusa alimentar II) pouco apetite III) desinteresse pelo alimento – acaba por correlacionar-se com o próprio processo de desenvolvimento da criança. Explica-se: o lactente apresenta um metabolismo acelerado e em função de seu rápido crescimento possui apetite mais intenso. A introdução gradativa dos alimentos torna-se necessário à medida que a criança se desenvolve. Mas, apesar desta necessidade, nem sempre a aceitação ocorre prontamente, gerando a neofobia - relutância em aceitar novos alimentos na primeira oferta, um processo natural, de fundo evolutivo, que se relaciona com um mecanismo de proteção contra alimentos estranhos (ABREU e FISBERG, 2003; COOKE, CARNELL e WARDLE, 2006).

A redução no apetite, na idade de dois a seis anos, expõe a diminuição do ritmo de crescimento e o aumento da curiosidade da criança pelo ambiente. Esta anda com mais desenvoltura e passa a explorar o seu espaço, antes fora de seu alcance. Desta forma, a alimentação, que até então era a principal fonte de prazer, passa a um plano secundário

(ABREU e FISBERG, 2003). Sendo assim, a seletividade alimentar pode ser encarada, em algumas situações, como uma característica do desenvolvimento da criança.

Uma preocupação constante das mães diz respeito a seleção dos alimentos pela criança. Quanto a isso Birtch (1999) realça uma predisposição genética que induz a preferência por alimentos com maior densidade energética, além de doces ou salgados. Alimentos novos para a criança, sem essas características, acabam por ser facilmente rejeitados, caracterizando a neofobia. Estratégias geralmente usadas para o consumo desses alimentos, como o sistema de condicionamento (só assistir televisão se consumir os vegetais) pode na verdade levar a antipatia da criança por esses alimentos que os pais interpretam como os mais adequados para elas.

Estudos puderam mostrar que as crianças são capazes de ajustar a ingestão de alimentos à sua necessidade. O clássico estudo de Clara Davis, em plena década de 30, buscava descobrir se as crianças pesquisadas, contendo de dois a cinco anos, sabiam o que precisavam comer. Observou-se que elas eram capazes de escolher sua própria comida de forma equilibrada, levando a sugerir que as crianças possuem uma capacidade inata de regular o consumo alimentar, denominada pela autora de *wisdom of the body* – bom senso orgânico – e conseqüentemente são capazes de manter o crescimento e a saúde (DAVIS, 1939). As crianças, portanto, nascem com instinto de preservação, se alimentam direcionadas por duas razões: a necessidade do organismo e a sensação de fome (ABREU e FISBERG, 2003).

Estudos mostram que crianças seletivas apresentavam os mesmos níveis de consumo de cálcio, zinco, vitamina D e E comparado com crianças não-seletivas. São iguais ou próximos também o consumo energético e o comparativo de peso e altura (RYDELL et al, 1995; CARRUTH, et al 1998). No estudo de Rydell a seletividade não está relacionada a gênero, classe social ou etnia. No estudo de Carruth e colaboradores, com crianças de 24 a 36 meses, todas as crianças encontravam-se mantendo velocidade de crescimento adequado, apesar das mães dos seletivos ainda insistirem que seus filhos tinham algum comprometimento de saúde.

Porém, não conscientes desse fenômeno comum às crianças, as mães anseiam pela administração de alimentos conforme o seu julgamento do que é ideal a criança comer. Para Salve e Silva (2009), tomando por base a sua pesquisa, as mulheres realizam sua interpretação sob a baliza do seu senso comum e a partir disto definem o que é ou não adequado para o filho. Sentem-se confortáveis para continuar seguindo suas próprias percepções em relação à alimentação da criança. Essa atitude em relação aos cuidados com a alimentação do filho

indica uma opção simbólica, dessas mães, por incluir a criança ao seu grupo de pertença, por meio da oferta de alimentos disponíveis em casa. É prática observável, opina o autor, o anseio dos pais para que seus filhos ingiram os mesmos alimentos que fazem parte da rotina da família, a fim de incluírem seus filhos no círculo familiar.

Stefanello (2008) tem o mesmo pensamento das autoras anteriores já que defende a ideia de que a alimentação das crianças está estreitamente atrelada às representações que as mães têm do que é uma boa alimentação. Para a autora o conhecimento que orienta as práticas maternas é construído através dos valores simbólicos presentes no senso comum, acoplado a uma reinterpretação do discurso científico, onde a boa alimentação é aquela que deixa forte e saudável.

O trabalho de Stefanello (2008) identifica que no universo simbólico das mulheres pesquisadas, o valor atribuído à aceitação da comida é ser saudável.

“Ela é uma criança saudável: ela come bem”. Nesse sentido, atribuem ao comer mais valor pela quantidade ingerida do que pela qualidade e diversidade do alimento. Ainda, o significado de comer bem se refere ao comportamento esperado para uma criança saudável, e, portanto, o comportamento de recusa da comida pela criança, possivelmente, é determinado por um processo de adoecimento da mesma, ao mesmo tempo em que a recusa da comida é um condicionante que predispõe a criança ao adoecimento. (STEFANELLO, 2008, p. 165).

3.2 CONSUMO DE MEDICAMENTOS E A SAÚDE COMO PRODUTO

O consumismo é uma das características mais marcantes da sociedade moderna. Sua principal função se volta para a própria essência do capitalismo, ou seja, a venda de produtos e serviços com vistas à apropriação do lucro. Mas, se a ideologia do consumo se vincula a interesses mercadológicos, o seu grande sucesso, bem como suas consequências, transcendem questões de natureza meramente econômicas (LUIZ, 2005).

É essencial pensar o consumismo dentro da cultura de massas. Para Luiz (2005, p.40):

Os produtos e serviços, veiculados pela cultura de massas, estarão inseridos em um universo repleto de valores e situações enaltecidas e prazerosas,

fazendo com que aquilo que se intenciona vender venha carregado de uma gama de simbolismo, isto é, determinados produtos e serviços representam aquelas situações ideais, tanto do ponto de vista dos valores quanto do prazer.

Para Lefèvre (1991) a área da saúde, no capitalismo, não escapa da alienação e da coisificação. Nas sociedades capitalistas a mercadoria aparece como um símbolo, que contém, como todo símbolo, uma face material (que no caso do medicamento é composta de comprimidos, xaropes, etc.) cujo consumo permite a realização ou materialização da qualidade abstrata ou sentido: a Saúde. No momento em que se consome um símbolo, como o medicamento, está se consumindo uma representação da saúde e, ao mesmo tempo, experimentando, na prática, as promessas embutidas nessa representação. A saúde aparece, hegemonicamente, não apenas como algo que necessita ser consumido (é a saúde como reposição das energias ou do próprio estado original da saúde, perdido no caso da doença), mas também como algo que vale a pena ser consumido (é a saúde como acréscimo, como algo mais, como qualidade de vida).

Lefèvre (1991) interpreta que para o indivíduo que consome o medicamento, este objeto é o saber científico materializado. Assim, o indivíduo está consumindo uma crença ou uma base de confiança empírica no outro: na ciência, no cientista, na medicina, no médico. Está vinculada ao medicamento uma capacidade potencial de concentrar saúde. Esta capacidade potencial é sustentada pelo inconsciente coletivo, que encara o medicamento como representante do avanço tecnológico, o que permitiu concentrar numa pequena e acessível porção de matéria, a própria essência da vida (ou de seus atributos constitutivos: a força, o vigor, a potência, a não-dor).

Uma forma muito eficiente de manter essa ideologia dominante é através da publicidade e propaganda de medicamentos. A publicidade sustenta um imaginário coletivo sobre esses produtos, onde o medicamento é visualizado como uma mercadoria de consumo.

Um instrumento poderoso para a indução e fortalecimento de hábitos de consumo de medicamentos está na exploração do valor simbólico do produto farmacêutico. Os medicamentos passam a simbolizar possibilidades imediatas de acesso não apenas à saúde, mas ao bem-estar e à própria aceitação social (NASCIMENTO, 2005b).

Estudo de Nascimento (2005a) sobre a propaganda de medicamentos em veículos de mídia impressa encontrou um discurso utilizado em reportagens sobre vitaminas quase sempre cercado de cientificismo, pois a ciência, como diz a autora, serve como instância legitimadora

de informações. Sendo assim os veículos de comunicações trouxeram como atores do discurso especialista e estudiosos ligados à prática médica, os laboratórios farmacêuticos e as instituições políticas e administrativas da área de saúde. Entretanto ao lado de informações extraídas de estudos científicos, encontramos nas reportagens elementos simbólicos, quase sempre voltados a induzir ao consumo de medicamentos.

A eficácia deste processo de simbolização se encontra, em grande medida, em sua afinidade com as crenças e valores vivenciados no imaginário coletivo. A articulação dinâmica da autoridade moral da ciência a contextos simbólicos socialmente construídos e partilhados, sob o caráter maciço e massivo da grande imprensa escrita e da mídia, imprime ao discurso veiculado características particulares. Além de um produto da cultura atual, adquire também a condição de produtor de crenças, valores e desejos coletivos. (NASCIMENTO, 2005a, p.190).

Além disso, por ser um produto tecnológico, o medicamento passa a se sujeitar às mesmas leis de mercado que os outros bens de consumo. Assim, no momento em que o medicamento se integra a uma mecânica contida em um contexto capitalista de produção, o produto assume o papel de uma mercadoria com a necessidade subentendida de ser consumida em quantidade e qualidade crescentes (BARROS, 1983). E para que seja consumida cada vez mais a população fica pressionada por diferentes setores, como a indústria farmacêutica, as agências de publicidade e as empresas de comunicação (LESSA e BOCHNER, 2008).

Tratando-se do comércio farmacêutico, não se pode esquecer que neste impera a lógica de mercado, o que acaba por gerar um conflito entre a necessidade sanitária dos medicamentos e a necessidade constante de expansão do mercado. A prescrição médica, por vezes, deixa de ser exigida, e acaba por predominar procedimentos de incremento da venda dos produtos (MELO, SANTOS e LIRA, 2005).

A difusão generalizada da ideia do medicamento como solução para todo e qualquer problema de saúde permite que o médico ao prescrevê-lo satisfaça as expectativas do paciente e as suas próprias, afinal, seja qual for a situação, o medicamento assumiu lugar de proeminência na percepção e na prática clínica, tanto do médico, quanto do paciente. Mas esta percepção não está restrita às ações farmacodinâmicas dos medicamentos, mas também com as representações, ao nível do simbólico, que paciente e médico fazem do processo da doença e/ou da cura (BARROS, 1983).

Essa carga simbólica e ilusória pode ser constatada na prática por Vilarino e colaboradores (1998). Em seu estudo os autores observaram uma supervalorização da terapia medicamentosa em pacientes que fizeram uso de medicamentos no mês que antecedeu a pesquisa. Os entrevistados, quando questionados sobre a possibilidade de existirem doenças que curam espontaneamente, sem necessidade de medicamentos, 46% deles responderam que todas as doenças necessitam de medicamentos.

A crença excessiva e até certo ponto ingênua no poder dos medicamentos, ao lado da crescente oferta e indicação desses produtos, com vigoroso suporte da mídia, tendem a aproximá-los da condição de fetiche inanimado da atualidade, encarnando o poder sacralizado da ciência e da tecnologia sobre a vida dos mortais. Considera-se o medicamento uma resposta imediata e fácil para condições que requerem ações individuais e sociais de fundo para sua resolução. (AQUINO, 2008, p. 735).

Essa condição do medicamento e do usuário acaba por levar a uma crescente demanda de produtos farmacêuticos para qualquer tipo de mal, por mais comum ou auto limitado que seja (LESSA e BOCHNER, 2008).

Arrais e colaboradores (2005) não se esqueceram de responsabilizar também pelo consumismo dos medicamentos a indústria farmacêutica que, através de seu marketing direto ou indireto, influenciam os aspectos que influem no consumo de medicamentos, através da indução de comportamento, necessidades e os mais variados interesses. Afirmam que a indústria tem o propósito de seduzir o indivíduo psicologicamente. Como também descreveu Heineck e colaboradores (1998) quando disseram que o marketing da indústria tenta tocar nos pontos mais vulneráveis e de maior importância na vida do indivíduo, levando em consideração o papel que cada um desempenha dentro de um contexto de sociedade proposto ou aceito.

Diante da extensão do uso dos medicamentos, com toda a diversidade envolvida em seu consumo, torna este produto um importante objeto de estudo, pois como disse Castro (2000, p 19) “o medicamento congrega como instrumento terapêutico, duas possibilidades de desfecho, mediante seu emprego: de benefício ou de risco, usualmente simultâneos, na dependência de múltiplas variáveis”.

3.3 AUTOMEDICAÇÃO

As atuais práticas e valores envolvidos no consumo de medicamentos são reflexos de um olhar contemplativo sobre o poder dos medicamentos, na medida em que este é entendido como uma solução tecnológica imediata para os problemas da sociedade. Assim se instaura uma ingênua e excessiva crença da sociedade atual na competência dos medicamentos, o que contribui para a crescente demanda de produtos farmacêuticos. Esse modo de ver tornou a automedicação um comportamento ditame no consumo de medicamentos. Um fenômeno já bastante discutido na comunidade médica-farmacêutica, e tido como especialmente preocupante no Brasil (RAMOS, SILVA e ALENCAR 2010; ARRAIS, 1997).

A definição de automedicação mais aceita é a que:

A automedicação é um procedimento caracterizado fundamentalmente pela iniciativa de um doente, ou de seu responsável, em obter e utilizar um produto que acredita que lhe trará benefícios no tratamento de doenças ou alívio de sintomas. (PAULO; ZANINE, 1988 *apud* ARRAIS, 1997, p. 72)

A iniciativa da automedicação pode ser resultado da indicação de medicamentos por pessoas não habilitadas, como amigos, parentes e vizinhos.

Outra forma muito utilizada pelos pacientes que fazem uso da automedicação é a reutilização de uma prescrição médica, chamada por alguns autores de “automedicação orientada” (BESTANE, MEIRA e KRASUCKI, 1980 *apud* VITOR *et al*, 2008; LEITE, VIEIRA e VEBER, 2009). Quando há a recorrência de sintomas que os pacientes identificam pertencer a uma enfermidade que já foi tratada, os mesmos, agora detentores do conhecimento de qual o medicamento indicado, comumente não hesitam em reutilizar as prescrições médicas.

É inegável que a prática da automedicação deve ser vista como um fenômeno complexo, que envolve uma série de fatores como causadores. Pachelli (2003), por exemplo, enumera algumas destas causas, que justificam a prática exacerbada no Brasil, como a legislação que regula o medicamento de venda livre, as práticas comerciais do varejo farmacêutico, o difícil acesso da população aos sistemas de saúde e a relação entre o medicamento e os meios de comunicação em massa.

A propaganda de medicamentos está sem dúvida como um dos pilares que sustentam a prática da automedicação. Pachelli (2003) em seu estudo sobre a veiculação midiática de marcas consagradas de medicamentos analisou a relação desta com o estímulo à prática do consumo de medicamentos. Notou a reprodução de estrutura padrão (problema-produto-solução) na propaganda de medicamentos; um apelo ao acondicionamento dos produtos em casa por “segurança”; um reforço da responsabilidade da mulher como supridora da saúde da família; a associação do produto ao sucesso e o uso de indicações dos produtos por pessoas com prestígio junto à sociedade.

A automedicação preocupa ao notarem-se os dados do Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (SINITOX). Segundo o órgão os medicamentos figuraram em 2010 como a maior causa de intoxicação, representando aproximadamente 27% de todas as causas notificadas de intoxicação e envenenamento no país, num quantitativo de 24.050 registros. As crianças na faixa etária até quatro anos de idade são o grupo populacional mais vitimado, representando 31,3% do total de casos (BRASIL, 2013). Para Zanine e Paulo (1988 apud GOULART et al, 2012) A principal causa de intoxicação medicamentosa entre menores de cinco anos advém da automedicação.

Um ambiente típico onde ocorre a automedicação são as farmácias/drogarias. Um risco para os pacientes, doravante na grande maioria das vezes a indicação é feita por balconistas, com conhecimento insuficiente para tal prática. Uma pena. Pois como destaca Naves (2010) a farmácia comunitária ocupa lugar privilegiado como estabelecimento de saúde mais acessível à população e representa um importante local de busca por atendimento primário de saúde, dentro de um contexto do sistema de saúde brasileiro no qual as demandas por atenção à saúde não são plenamente atendidas. Arrais e colaboradores (2005) bem explicam que o farmacêutico deveria ser a opção de aconselhamento. Entretanto a ausência do profissional nas farmácias comerciais e públicas, assim como na definição de políticas públicas de saúde, é um problema grave para a implementação do uso racional de medicamentos no país.

Inúmeros trabalhos mostram um alto índice de indicações terapêuticas a pacientes que procuram as farmácias/drogarias para se automedicar. Independente de o caso clínico ser artrite (FERRAZ et al, 1996) , ansiedade (MATOS et al, 1985) ou cistite (BESTANE et al, 1980) a indicação de um tratamento pode ser em quase todos os casos – 87% no primeiro estudo, 94% no segundo e 100% no terceiro.

A principal justificativa para os usuários optarem pela automedicação é a praticidade. Beckhauser e colaboradores (2010) argumentam que é mais prático ir à farmácia adquirir o medicamento do que marcar uma consulta com o médico para a mesma finalidade. Em seu estudo sobre automedicação em crianças, 88% apontaram a praticidade como justificativa para a automedicação.

A prática da automedicação traz um risco abotoado em seu processo, pois há uma possibilidade maior de um uso inadequado e irracional do medicamento. Em consequência pode haver efeitos indesejáveis, enfermidades iatrogênicas e mascaramento de doenças evolutivas, representando, portanto, problema a ser prevenido. É evidente que o risco dessa prática está correlacionado com o grau de instrução e informação dos usuários sobre medicamentos, bem como a acessibilidade dos mesmos ao sistema de saúde (ARRAIS, 1997).

3.4 USO DE MEDICAMENTOS EM CRIANÇAS

A alta administração de medicamentos em crianças é prática observada em vários estudos. As crianças figuram, junto com a população idosa, umas das faixas etárias mais vulneráveis ao uso de medicamentos, mais sujeitas também a um consumo abusivo. Esse alto uso preocupa, pois muitas vezes ele é indiscriminado.

Ramos (2009) em estudo sobre o estoque domiciliar de medicamentos observou que nas residências em que havia a presença de crianças existia uma maior proporção de medicamentos armazenados em relação às residências que não possuíam crianças.

Para Weiderpass e colaboradores (1998) os estudos publicados sobre consumo de medicamentos vem mostrando que as crianças são, especialmente, um grupo sujeito a um consumo abusivo e muitas vezes precoce.

A precocidade do uso de medicamentos é revelada como comum por Hawkins e Golding (1995) em seu estudo com 6.973 crianças de até seis meses de idade no Reino Unido. Destas crianças 96% receberam algum medicamento ao longo de sua vida e 35% delas usaram quatro ou mais tipos diferentes de medicamentos nesse período.

Em importante estudo de Béria e colaboradores (1993) sobre o consumo de medicamentos foram pesquisadas 4.746 crianças, com idade entre 35 e 53 meses, sobre os medicamentos que consumiram nos 15 dias que precederam a entrevista. Cerca de 56% delas

havia consumido algum medicamento neste período em questão. Tal dado evidencia a alta frequência de consumo de medicamentos em crianças.

A idade da criança parece apresentar relevância significativa no uso de medicamentos. Em um sentido inversamente proporcional ao aumento da idade. Em levantamento prospectivo de Bricks e Leone (1996) com 1.382 crianças atendidas em uma creche, crianças menores de dois anos tiveram um risco relativo de 2,93 para a utilização de medicamentos em comparação com outras idades; além disso, 25% das crianças, com menos de um ano, e 22% das crianças, entre um e dois anos, utilizaram cinco ou mais remédios, enquanto nas outras faixas etárias a utilização de cinco ou mais medicamentos foi sempre inferior a 5%.

Para Bricks e Leone (1996) muitos medicamentos são usados em crianças de forma não-racional. Em seu próprio estudo, considerando-se apenas o tipo de fármaco utilizado, 26,3% do total foram classificados como de uso inadequado por serem remédios contraindicados para a idade da criança ou fármacos de ação duvidosa ou ineficaz.

Chama a atenção no estudo de Béria e colaboradores (1993) que combinações de vitaminas com sais minerais figuraram em segundo lugar como os medicamentos mais utilizados por crianças, ficando atrás apenas do ácido acetilsalicílico. Os estimulantes de apetite se encontraram no quinto lugar. No mesmo estudo os problemas de saúde citados mais frequentemente como motivos de utilização de medicamentos foram gripe (17,3%), febre (14,9%), e falta de apetite (12,1%). Esse estudo apresenta o alto grau de uso dos polivitamínicos e estimulantes de apetite em crianças.

O uso de estimulantes de apetite é encontrado até mesmo em crianças menores de seis meses de idade. Idade em que deveriam somente estar em uso do leite materno. Melo, Santos e Lira (2005) em estudo de coorte com 399 crianças, acompanhando-as do nascimento até os seis meses de idade encontrou nessa população uso de estimulantes de apetite em aproximadamente 4,5% dos indivíduos.

Estudo na Alemanha, de Du e Knopf (2009) deu destaque a automedicação. O estudo com 17.450 crianças entre zero e dezessete anos revelou que 25% dos indivíduos se automedicaram na última semana, totalizando 40% de todos os medicamentos descritos na pesquisa como uso recente. Suplementos vitamínicos tiveram grande destaque, figurando como os medicamentos mais utilizados por automedicação.

Vale a pena dizer que se automedicar não deveria ser o termo apropriado para a administração de medicamentos em crianças sem prescrição médica, pois não são as crianças

que fazem o uso em si mesmo. A prática é realizada por um adulto. Mesmo assim o termo automedicação é usado por praticamente pela maioria dos autores. Em estudo de Beckhauser e colaboradores (2010) os responsáveis pela prática da automedicação foram majoritariamente a mãe (95% dos casos), seguido das avós (5%).

A automedicação em crianças é fator preocupante quando parcela importante dessa população não recebe atenção adequada por parte dos serviços de saúde, ficando o cuidado restrito às decisões do cuidador (PFAFFENBACH, 2010).

Ramos (2009) acredita que o alto uso de medicamentos em crianças pode ser creditado pela ansiedade e insegurança dos pais nos cuidados para com o filho quando este adoece ou pelo excesso de zelo para evitar uma enfermidade. Tal explicação encontra concordância com os achados da pesquisa de Béria e colaboradores (1993) na qual se observou que os primogênitos consomem mais medicamentos que seus irmãos. Ter irmãos mais velhos foi um fator de proteção em relação ao consumo de medicamentos. Weiderpass e colaboradores (1998) ao estudar consumo de medicamentos nos três primeiros meses de vida constatou que o consumo de medicamentos no primeiro mês foi 64% menor para as crianças que tinham três ou mais irmãos mais velhos do que para os primogênitos.

Existe atualmente pouco conhecimento sobre efeitos que os medicamentos podem ter sobre as crianças, isto é em parte devido ao fato de que menos experimentos clínicos são conduzidos em crianças do que em adultos. A segurança no uso de medicamentos é estabelecida principalmente por meio de estudos com animais e dados adicionais obtidos dos ensaios clínicos e relatos de caso referentes a efeito adversos (OLIVEIRA, 2000).

O uso de medicamentos em crianças deve ser feito de modo racional, levando em conta as especificidades dos subgrupos etários, atentando-se especialmente no que se refere às peculiaridades do seu desenvolvimento. Estudos sobre a prevalência do consumo de medicamentos em crianças ainda são escassos, embora necessários, pois é estudando o consumo de medicamentos que se torna possível avaliar se o seu uso é racional e conhecer que fatores o estão influenciando (SANTOS, 2008; RAMOS, 2009).

3.5 MEDICAMENTOS PARA ESTIMULAR O APETITE

O uso de medicamentos para estimular o apetite de crianças é uma prática demasiada antiga, cuja história se confunde com a própria história dos almanaques de farmácia e do medicamento *Biotônico Fontoura*. Esse suplemento mineral a base de sulfato ferroso e ácido fosfórico, é comercializado desde o século passado como um fortificante. Sua influência na construção de hábitos de uso de medicamentos está ligada principalmente a publicidade massiva durante a época dos almanaques de farmácia.

Os almanaques de farmácia foram publicações que durante décadas - principalmente no começo do século XX - promoveram e popularizaram as drogas medicinais e os artigos cosméticos que competiam no mercado de saúde brasileiro. Serviam ao conjunto de estratégias publicitárias adotadas pela maioria dos laboratórios químico-farmacêuticos para a promoção e comercialização de seus produtos. De formato ágil, equilibrando seu caráter intrinsecamente comercial com o espírito e o conteúdo dos almanaques tradicionais, levou para as populações urbanas e para as comunidades rurais uma possibilidade de informação e entretenimento (GOMES, 2006).

O discurso da propaganda, em seu aspecto mais geral, empenhava-se em demonstrar as vantagens utilitárias da boa aparência e de um corpo saudável. Dentro desse contexto o elixir *Biotônico Fontoura* desenvolveu papel essencial.



Figura 1. O ideal de beleza e força no medicamento
Fonte: Gomes, 2006.

Farmacêutico de formação, o escritor Monteiro Lobato – amigo pessoal do farmacêutico e industrial Cândido Fontoura, inventor do famoso elixir – foi o idealizador e responsável pela confecção do *Almanaque do Biotônico*, na década de 20, que se tornou um dos mais conhecidos e populares almanaques (PACHELLI, 2003). O personagem Jeca Tatu, criado por Lobato, foi incluído no almanaque

Com este instrumento de divulgação o medicamento tornou-se popular e ajudou a reforçar o ideário do uso de produtos farmacêuticos para interferir na alimentação de crianças, como pode ser visualizado na imagem abaixo, publicado em um jornal pernambucano em 1945:



Figura 2. A sugestão do produto farmacêutico no auxílio ao crescimento
Fonte: Biotônico Fontoura, 2013.

Dentro do rol de medicamentos para estimular o apetite destacam-se os anti-histamínicos de primeira geração, representadas pela ciproheptadina e buclizina, presente em muitos produtos farmacêuticos. Apesar de produtos desse grupo serem classificados como medicamentos para o tratamento de rinite alérgica e reações cutâneas alérgicas os dois fármacos citados tem a propriedade de terem como efeito colateral o aumento do apetite (ROCHA JÚNIOR, 2006).

Estudos mostram aumento de ganho de peso em algumas circunstâncias. Estudo duplo-cego controlado por placebo conduzido por Epifanio e colaboradores (2012) com 21 pacientes com fibrose cística notou que os pacientes que ingeriram ciproheptadina durante 12 semanas tiveram ganho de peso estatisticamente significativo em comparação com pacientes que usaram placebo nas mesmas condições. Enquanto o grupo do placebo ganhou 0,74Kg o grupo do medicamento ganhou 1,72 Kg.

Esses anti-histamínicos foram incorporados a uma grande quantidade de apresentações farmacêuticas tornando-se hoje produtos de grande vendagem em farmácia e drogarias.

3.6 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

A partir dos anos 60, com o aumento do interesse pelos fenômenos do domínio do simbólico, é visto florescer na comunidade acadêmica a preocupação com explicações para os símbolos. É situado neste período que a teoria das Representações Sociais foi criada pelo psicólogo romeno Serge Moscovici, em seu doutoramento, em 1961, na obra *La Psychanalyse: son image et son public*. A teoria foi recebida como uma forma sociológica da psicologia social (REIS e BELLINI, 2011).

O trabalho de Moscovici foi elaborado através de investigações empíricas e elaborações teóricas sobre o que acontecia quando um novo campo de conhecimento era disseminado em uma dada população. Com este trabalho precipitava-se uma ruptura com os “modelos funcionalistas e positivistas” em vigor na época, liderados pela escola americana. Delimita-se uma nova etapa na história da psicologia, por inverter os princípios e a ordem do conhecimento psicológico até então considerados, pensando o homem e os acontecimentos sociais (FARR, 2003; LIMA, 2001).

A teoria de “representações coletivas” de Émile Durkheim, da qual Moscovici partiu, mostrava-se muito estática, referindo-se a uma classe muito genérica de fenômenos psíquicos e sociais, englobando entre eles os referentes à ciência, aos mitos e à ideologia. O modelo de sociedade de Durkheim era estático e tradicional, pensado para tempos em que a mudança se processava lentamente. Por isso o conceito de coletivo aplicava-se melhor a esse tipo de sociedade, de dimensões mais cristalizadas e estruturadas (ALVES-MAZZOTTI, 2008; GUARESCHI, 2003). Moscovici tinha consciência disso, e propôs sua teoria para uma sociedade em que ele vivia: moderna, dinâmica e fluida. Renova as ideias de Durkheim, tornando o conceito operacional para uma sociedade imersa na intensa divisão do trabalho, uma sociedade em que a velocidade da informação não lhes concede o tempo de solidificar-se em tradição (ARRUDA, 2002).

A teoria das Representações Sociais parte da premissa de que a interação social gera necessariamente a comunicação, e a comunicação gera necessariamente Representações

Sociais. Há diferentes formas de se comunicar, guiadas por objetivos diferentes. Duas delas, enraizada nas nossas sociedades são: a consensual e a científica (ARRUDA, 2002).

O universo consensual seria aquele que se constitui principalmente na conversação informal, na vida cotidiana, enquanto o universo reificado se cristaliza no espaço científico, com seus cânones de linguagem e sua hierarquia interna. Ambas, portanto, apesar de terem propósitos diferentes, são eficazes e indispensáveis para a vida humana. (ARRUDA, 2002, p.129-130).

As Representações Sociais constroem-se, entretanto, mais frequentemente na esfera consensual. Nela aparentemente não há fronteiras, todos podem falar de tudo, enquanto na esfera do reificado só falam os especialistas. De acordo com o autor, seríamos todos “sábios amadores”, capazes de opinar sobre qualquer assunto em qualquer lugar, em contraposição ao que ocorre nos meios científicos, nos quais a especialidade determina quem pode falar sobre o quê (ARRUDA, 2002). Essa amplitude de acesso dota o fenômeno das Representações Sociais de uma plasticidade vigorosa.

Sendo assim os fenômenos de representação social acabam por estar acontecendo a todo instante, infiltrados na cultura, nas instituições, nas práticas sociais, nas comunicações interpessoais e de massa e nos pensamentos individuais (SÁ, 1998).

Moscovici conceitua e explica as Representações Sociais como:

Um sistema de valores, ideias e práticas, com uma dupla função: estabelecer uma ordem que possibilitará as pessoas orientar-se em seu mundo material e social e controlá-la; e em segundo lugar, possibilitar que a comunicação seja possível entre os membros de uma comunidade, fornecendo-lhe um código para nomear e classificar, sem ambiguidade, os vários aspectos de seu mundo e da sua história individual e social. (Moscovici, 2005, p. 21).

É preciso lembrar que o termo Representações Sociais pode ser atribuído tanto a um conjunto de fenômenos, quanto ao conceito que os engloba e a teoria construída para explicá-los (SÁ, 1996).

Moscovici (2005) afirma categoricamente que “a finalidade de todas as representações é tornar familiar algo não-familiar, ou a própria familiaridade”. O autor considera que os universos consensuais são espaços onde os indivíduos desejam ficar, pois não há conflito, tudo é familiar e tudo o que é dito ou feito nesse espaço apenas confirma as crenças e as

interpretações adquiridas. Sendo assim, a dinâmica das relações é uma dinâmica de familiarização em que os objetos, pessoas e acontecimentos não-familiares são alvos de um processo de interiorização nesse universo consensual, afinal o não-familiar nos perturba e nos causam tensão.

A teoria das Representações Sociais rejeita uma concepção que Moscovici classificou como dominante nas ciências humanas: a de que a sociedade não pensa, ou, se pensa, esse não seria um atributo essencialmente seu. Para Moscovici (2005) os indivíduos são atores ativos de suas próprias representações. Os acontecimentos, as ciências e as ideologias fornecem o insumo para o pensamento. Através deles, os indivíduos analisam, comentam, formulam “filosofias” espontâneas, que tem impacto decisivo em suas relações sociais, escolhas e atitudes.

Produzir Representações Sociais é um ato individual, mas construído pela relação de um sujeito com um mundo que ele ao mesmo tempo descobre e constrói. As Representações Sociais são uma tática desenvolvida por atores sociais para enfrentar a diversidade e a transmutabilidade de um mundo que, embora pertença a todos, transcende a cada um individualmente (JOVCHELOVITCH, 2003).

As representações atuam permitindo que o grupo possa compartilhar ideias e pensamentos, através da linguagem. A representação, entretanto, não é a cópia da realidade, mas é a forma como o grupo compreende a realidade e é com base nesta realidade representada que ele fundamenta suas práticas.

Na tarefa de assimilação do não-familiar (momento de construção da representação social) agem dois mecanismos fundamentais chamados de ancoragem e subjetivação. Esses mecanismos contam com a linguagem como instrumento nesse processo. Memória e comunicação são campos que se inserem nesse processo de construção.

Ancoragem é classificar e dar nome as coisas, é dar sentido ao objeto novo que se apresenta, e isso é necessário, pois para o que é novo comportamo-nos com resistência, com distanciamento. Coisas que não são classificadas e que não possuem nomes são estranhas e ameaçadoras. Ancoramos para trazer o desconhecido para dentro do território da nossa bagagem emocional. Com isso familiarizamos e instrumentalizamos esse novo objeto. Assim, representando aquilo que não é costumeiro em nosso universo familiar, conseguimos avaliar, conseguimos comunicá-lo e enfim este pode ser representado (PRADO e AZEVEDO, 2011; ARRUDA, 2002; MOSCOVICI, 2005).

A ancoragem é necessária, pois a neutralidade é uma ilusão, pela própria lógica do sistema, onde cada objeto e ser devem possuir um valor positivo ou negativo, assumindo um determinado valor em uma escala hierárquica. E assim fazemos trazendo esse algo novo para nosso sistema particular de categorias e o comparamos com um paradigma de uma categoria que nós pensamos ser apropriada. No fim das contas, categorizar alguém ou alguma coisa significa escolher um dos paradigmas estocados em nossa memória e estabelecer uma relação positiva ou negativa com ele (MOSCOVICI, 2005).

Objetivar é descobrir a qualidade icônica de uma ideia, é reproduzir um conceito em uma imagem. Isso é realizado através da materialização de uma abstração. É quando esse algo abstrato é transformado em algo quase concreto, algo que exista no mundo físico, portanto uma aproximação com o que já existe, numa tentativa de transfigurar algo etéreo, no mundo das ideias, em algo tangível que podemos ver e tocar e conseqüentemente controlar. Feito isso podemos nos identificar com essa representação qualificada (MOSCOVICI, 2005; PRADO e AZEVEDO, 2011).

Por vezes a separação entre imagem e realidade pode não existir. Acontece que nessa fase a imagem do conceito deixa de ser um signo e torna-se a réplica da realidade. A tal ponto que a entidade a que ele proveio perde seu caráter abstrato e adquire uma existência quase física, independente (MOSCOVICI, 2005).

As imagens formadas pelo processo de objetivação são integradas no que Moscovici (2005) chama de *núcleo figurativo*. O indivíduo as integra nesse complexo que acaba por reproduzir um complexo de ideias.

Uma característica das Representações Sociais é que ela é dinâmica, é uma produção de comportamentos e relações com o meio, o de uma ação que modifica uns e outros, transformadas enquanto são transmitidas e não meramente reproduzidas. As Representações Sociais funcionam dessa forma coletiva por meio de interações e comportamentos, numa relação que se dá entre, no mínimo, três termos: a própria representação, seu conteúdo e um usuário (SPERBER, 2001; ARRUDA, 2002).

Reis e Bellini (2011) nos conta que Moscovici, consciente da característica inevitavelmente dinâmica das Representações Sociais, sugeriu que seu interesse não era determinar uma teoria “forte e fechada”, mas uma perspectiva para se poder “ler” os mais diversos fenômenos e objetos do mundo social (REIS e BELLINI, 2011).

Para Jodelet (2001), uma das maiores contribuintes para a estruturação da teoria, há quatro características fundamentais no ato de representar: a primeira, muito difundida, diz que a representação social é sempre representação de alguma coisa (objeto) e de alguém (sujeito). A segunda define o objeto da representação como uma relação de simbolização (substituindo-o) e de interpretação (conferindo-lhe significações). A terceira diz respeito às representações como uma forma de saber: de modelização do objeto diretamente legível em diversos suportes linguísticos, comportamentais ou materiais. E por fim, considera-se o saber produzido como prático, originado da experiência, aos contextos e condições em que ele o é e, sobretudo, ao fato de que a representação serve para agir sobre o mundo e o outro.

Qualquer teoria científica procura descrever e explicar fenômenos. Ao fazer isso, a teoria submete o fenômeno à captura por conceitos e a uma ordem processual e causal. Na teoria das Representações Sociais, o fenômeno em questão é da ordem dos diferentes tipos de teorias populares, senso comum, e saberes cotidianos que chamamos de Representações Sociais (WAGNER, 2003).

Kaes (1984 *apud* JOVCHELOVITCH, 2003) aborda uma perspectiva psicanalítica das Representações Sociais, isto porque, para o autor, elas são indiscutivelmente um trabalho de lembrança daquilo que está ausente e um trabalho de ligação. O autor nos lembra que o inconsciente não pensa, não calcula ou julga; restringe a si mesmo a dar às coisas uma nova forma. E assim o é também as Representações Sociais. Para Freud, o material primário da psique não tem como expressar-se de forma direta e o modo de expressão possível é exatamente o da representação.

As Representações Sociais são formações muito versáteis. Devido a isso muitos elementos costumam estar ligados ao conceito de Representações Sociais. Para Guareschi (2003) Representações Sociais é um conceito explicativo, tanto da realidade social, como física e cultural, possuindo uma dimensão histórica e transformadora. Junta aspectos culturais, cognitivos e ideológicos.

Esse processo de formação promove a formação de símbolos, que são pedaços da realidade social mobilizados pela atividade criadora de sujeitos sociais para dar sentido e forma às circunstâncias nas quais eles se encontram. Não há possibilidade para a construção simbólica fora de uma rede de significados já constituídos. O sujeito, portanto, não está nem abstraído da realidade social, nem meramente condenado a reproduzi-la. Sua tarefa é, portanto, de elaborar a permanente tensão entre um mundo que já se encontra constituído e

seus próprios esforços para ser um sujeito (JOVCHELOVITCH, 2003). Nesse processo de formação os sujeitos sociais, nas palavras da autora:

Deslocam a geografia de significados já estabelecidos, que as sociedades, na maior parte das vezes, lutam para manter. As representações sociais emergem desse modo como processo que ao mesmo tempo desafia e reproduz, repete e supera, que é formado, mas que também forma a vida social de uma comunidade. (JOVCHELOVITCH, 2003, p. 82).

Pode-se dizer que as representações ao mesmo tempo em que são agentes são produtos. Pois, como apontou Moscovici (2005), as Representações Sociais são capazes de influenciar o comportamento do indivíduo, assim como também são produtos de suas ações e comportamentos.

Jovchelovitch (2003) aponta que os processos que engendram Representações Sociais estão embebidos na comunicação e nas práticas sociais: diálogo, discurso, rituais, padrões de trabalho e produção, arte, em suma, cultura. Estes processos podem ser entendidos enquanto mediações sociais geradoras, portanto, das Representações Sociais. As mediações seriam, nessa perspectiva, a procura de sentido e significado que marca a existência humana no mundo. A comunicação seria a mediação entre um mundo de perspectivas diferentes e trabalho, a mediação entre necessidades humanas e material bruto da natureza. A objetivação e a ancoragem se configuram como formas específicas em que as Representações Sociais estabelecem mediações, trazendo para um nível quase material a produção simbólica de uma comunidade.

É preciso lembrar que o sujeito que elabora a Representação Social é um sujeito inscrito numa situação social e cultural definida, tendo uma história pessoal e social. Não é um indivíduo isolado que é tomado em consideração, mas sim as respostas individuais que manifestam tendências do grupo em que pertence o indivíduo que participa (JODELET, 1984 *apud* SPINK, 2003). É tanto que é consenso entre os pesquisadores da área que as Representações Sociais, enquanto produtos sociais têm sempre que ser remetidas às condições sociais que as engendraram, ou seja, o contexto da produção (SPINK, 2003).

Ao se utilizar as Representações Sociais para a análise das entrevistas propostas nesta pesquisa procura-se identificar o que as mães pensam sobre a alimentação dos seus filhos e o significado dos medicamentos no processo de recuperação do apetite e de outros valores. É considerar que as mães, figuras determinantes na educação alimentar e no trato a saúde

infantil, trazem consigo experiência e vivências que influenciam de maneira significativa nessa atitude. Estudar representação social em mães é, portanto, dar representatividade as faculdades mentais que dirigem e condicionam o comportamento das mães no uso de estimulantes de apetite sem prescrição médica.

4. METODOLOGIA

4.1 TIPO E NATUREZA DO ESTUDO

O objeto deste estudo apontou para a necessidade de se utilizar os preceitos metodológicos da pesquisa qualitativa. Isso porque o método qualitativo tem como foco de estudo o processo vivenciado pelo sujeito, respondendo à necessidade de compreender alguns fenômenos que a pesquisa positivista não consegue alcançar (QUEIROZ et al, 2007). A pesquisa qualitativa se caracteriza por se preocupar com um nível de realidade que não pode ser quantificado, trabalhando com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes (MINAYO, 1994).

Este estudo qualitativo é do tipo descritivo, preocupando-se com os indivíduos em seu ambiente natural em todas as suas complexidades. Observa, registra e analisa os fenômenos que ocorrem em uma determinada população. É descritiva também porque as pesquisas que tem por objetivo levantar as opiniões, atitudes e crenças de uma população ou de um determinado grupo são classificadas como descritivas (GIL, 2002).

Como suporte teórico foi utilizada a teoria das Representações Sociais, estabelecida pelo psicólogo Serge Moscovici. Esta teoria, cada vez mais difundida no Brasil, é adequada e bem indicada para este estudo, pois ela permite responder as questões que tratam de conhecimentos, crenças e valores (significação que as mães fazem do medicamento e da alimentação infantil) e como isso acaba por reverberar nas atitudes dos indivíduos (atitude de administração dos estimulantes de apetite).

4.2 CAMPO DE ESTUDO

O Estudo foi realizado na área urbana de um pequeno município do Nordeste da Bahia, especificamente dentro da área de cobertura de uma Unidade de Saúde da Família, localizado em um bairro periférico da cidade.

A pesquisa nesta comunidade foi realizada dentro de cinco microáreas pertencentes à zona de atividade da Unidade de Saúde da Família, que fica situada no mesmo bairro, mas cuja atividade se estende a bairros próximos. A população cadastrada pela unidade de saúde referente a estas cinco microáreas contabiliza 657 indivíduos.

4.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Foram 15 sujeitos na pesquisa. Todas mulheres, afinal o trabalho buscava entrevistar mães. Diversos trabalhos sobre os cuidados alimentares em crianças já mostravam que ficava a cargo das mães todo o trabalho de selecionar e administrar os alimentos as crianças e acompanhar o seu desenvolvimento (CHUPROSKI, 2009). Por isso este trabalho centralizou as entrevistas exclusivamente com as mães.

Foram incluídas na pesquisa as mães que recentemente administraram (180 dias) medicamentos estimulantes de apetite para crianças menores de cinco anos ou medicamentos com a intenção de alterar o apetite do filho, sendo a seleção dos sujeitos efetuada com auxílio dos agentes comunitários da área na indicação das famílias da localidade que se encontram nessa situação. As mães (que responderam afirmativamente) foram informadas do objetivo e dos procedimentos da pesquisa e as que concordaram (mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) fizeram parte da pesquisa.

O total de 15 indivíduos participou da entrevista na intenção de responder as questões qualitativas levantadas nesse trabalho científico. A quantidade foi definida após se observar a saturação dos dados, com um volume satisfatório de informações e uma tendência à repetição das mesmas. Minayo (1998) considera que uma amostra ideal em uma pesquisa qualitativa é aquela capaz de refletir a totalidade nas suas múltiplas dimensões.

4.4 INSTRUMENTO E TÉCNICA DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada utilizando-se da técnica de entrevista semiestruturada. Para a entrevista semiestruturada foi aplicado um Roteiro de Entrevista (APÊNDICE B) cujas respostas obtidas através da linguagem falada dos entrevistados foram armazenadas por meio de um gravador eletrônico. É comum nas entrevistas, e bem-vindo, que os sujeitos pesquisados se expressem livremente sobre o tema.

O Roteiro de Entrevista visa orientar uma “conversa com finalidade”, devendo ser o facilitador de abertura, de ampliação e de aprofundamento da comunicação, devendo garantir que cada questão que se levante faça parte do delineamento do objeto. O pesquisador deve assumir também a função de moderador na entrevista, quando esta função se fizer necessária (MINAYO, 1998). A entrevista é um método comum de coleta de dados em pesquisa qualitativa na área da saúde, pois ajuda a entender as respostas das pessoas que vivem uma situação particular, de interesse do pesquisador (TEIXEIRA e LEFÈVRE, 2001).

O formulário foi previamente testado em um estudo-piloto com aproximadamente 10% do quantitativo de indivíduos que se estimava incluir na pesquisa, que era o quantitativo de 20 indivíduos. O estudo piloto tem a intenção de certificar a aplicabilidade do formulário e a sua eficiência em coletar os dados. Através dele foi possível inferir se as perguntas formuladas eram suficientemente provocativas para o caminho que se desejava trilhar na pesquisa.

Para ampliar a análise e interpretação das informações coletadas na entrevista fez-se aplicado antes um formulário com questões socioeconômicas para traçar o perfil daquela família pesquisada, facilitando também uma aproximação e empatia entre entrevistador e entrevistado (APÊNDICE A).

4.5 TÉCNICA DE ANÁLISE DE DADOS

Os dados qualitativos retirados da entrevista semiestruturada foram analisados, inicialmente, com base na técnica de análise de conteúdo. Essa técnica busca sua lógica na interpretação cifrada do material de caráter qualitativo. Esta metodologia caracteriza-se como sendo uma leitura de primeiro plano, para atingir um nível mais aprofundado, relacionando estruturas semânticas (significantes), com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados (MINAYO, 1998). Para esta autora tal método se divide em três etapas: ordenação dos dados, classificação dos dados, e análise final dos dados.

Os conteúdos sofreram uma análise temática, que consiste em descobrir os núcleos de sentido que formam uma comunicação e cuja frequência signifique algo para o objetivo analítico visado, que por sua vez orientou a escolha dos temas e a formulação do roteiro. As Representações Sociais, desse modo, foram analisadas articulando elementos afetivos, mentais e sociais, integrando a cognição, a linguagem e a comunicação às relações sociais que

afetam estas representações. A representação que relaciona o sujeito com o objeto deve ser devidamente identificada em comportamentos e comunicações que de fato ocorram (JODELET, 2001).

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Atendendo à Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que foi lido e assinado pelo entrevistado. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi entregue de forma individual para cada sujeito pesquisado, sendo elaborado em uma linguagem acessível à compreensão clara e objetiva, com esclarecimentos sobre o estudo, tais como pesquisadores responsáveis, a instituição da pesquisa, a proposta do estudo e os riscos e benefícios trazidos para o entrevistado. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi adaptado a indivíduos que não soubesse escrever, possuindo espaço para o preenchimento da impressão digital, porém não houve entrevistado nestas condições.

O início da coleta de dados aconteceu somente após apreciação e aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana.

ARTIGO 1

REPRESENTAÇÃO SOCIAL DAS MÃES SOBRE ALIMENTAÇÃO E USO DE ESTIMULANTES DO APETITE EM CRIANÇAS: SATISFAÇÃO, NORMALIDADE E PODER.

RESUMO

Este estudo tem como objetivo identificar as representações sociais elaboradas pelas mães sobre o apetite dos filhos e sobre os medicamentos para modificar este apetite. O objeto deste estudo apontou para a necessidade de se usar os preceitos metodológicos da pesquisa qualitativa. Como suporte teórico foi utilizada a teoria das Representações Sociais. O estudo foi realizado por meio de entrevistas semiestruturadas com 15 mães residentes de um bairro urbano de uma cidade baiana de pequeno porte. As mães selecionadas deveriam ter administrado em seus filhos menores de cinco anos medicamentos para estimular o apetite dos filhos. Os dados foram analisados com base na técnica de análise de conteúdo. As mães entrevistadas prezavam que a criança comesse mais do que estava comendo e que não rejeitasse a comida escolhida por elas. Para as mães a definição de comer bem estava ligada ao comportamento de comer mais. O não alcance desse desejo era o principal motivo para o uso de medicamentos. O que a criança selecionava para comer também era motivo de insatisfação e o medicamento também era usado nessa situação. As razões para ao uso do medicamento também encontrava espaço no desejo do desenvolvimento da criança, com ganho de massa corpórea, além do desejo de regular o horário em que as crianças deveriam se alimentar. O medicamento, portanto, aparece para as mães, como um instrumento disciplinador, empregado para adequar as crianças às suas necessidades e desejo do que a criança deve ser e comer.

Palavras-chave: alimentação infantil, representações sociais, estimulantes do apetite.

ABSTRACT

This study aims to identify the social representations elaborated by mothers on the appetite of children and on drugs to modify this appetite. The object of this study pointed to the need to use the methodological principles of qualitative research. The theory of social representations was used like a theoretical support. The study was conducted through semi - structured interviews with 15 mothers living in an urban neighbourhood of a small town in the state of Bahia. The selected mothers should have administered appetite stimulants in their under five years old children to stimulate appetite. Data were analysed based on the technique of content analysis. The mothers wanted the children to eat more than were eating and did not reject the food chosen by them. For mothers, the definition of eating well was connected to the behaviour of eating more. Don't achieving this objective was the main reason that drove the mothers to using drugs. What child used to select to eat was also cause for dissatisfaction and the medicine was also used in this situation. The reasons for the use of medication also were related to the desire of child growing, body mass gain, and also the desire to set the time at which children should be fed. The drug thus represents a disciplinary tool to mothers, employed to fit the children to their needs and desires of how child could be and should eat.

Keywords: children's nutrition, social representations, appetite stimulant.

INTRODUÇÃO

Investigações que tragam uma observação ampliada, compreensiva e interpretativa sobre os sentidos e significados atribuídos pelos sujeitos aos alimentos, ao ato de comer e se alimentar são importantes, especialmente quando envolvem o cuidado alimentar na infância. A exploração dos valores sociais e culturais nessa prática pode contribuir para o subsídio de ações e políticas de educação em saúde (SOARES; COELHO, 2008; SOARES, 2011).

Apesar de a alimentação fazer parte da necessidade fisiológica, ela não se restringe apenas a essa caracterização. A prática da ingestão de alimentos insere-se em um universo simbólico que dá significados, que vai muito além dos aspectos nutricionais e que se inicia desde cedo, levando os signos até a vida adulta (STEFANELLO, 2008).

A associação entre peso e saúde se encontra sedimentada no imaginário popular. Soares (2011) nos lembra que, entre os anos 70 e 90, as propagandas difundiam um ideal de corporalidade bastante uniforme, e as crianças, eram, quase em sua totalidade, crianças gordinhas. A autora continua o seu argumento ao dizer que no passado, nos tempos em que a produção e o abastecimento de alimentos não correspondiam ao necessário para alimentar as populações, a “obesidade” significava opulência e fartura, portanto positivada. Esse raciocínio manteve-se no imaginário popular e tem influenciado até os dias atuais o comportamento das mães no processo do alimentar.

Estudos como o de Boa-Sorte e colaboradores (2007) ajudam a entender isso ao apresentar uma associação positiva e proporcional entre peso e saúde. A percepção de mães sobre o sobrepeso de suas crianças é prejudicada pela crença de que a criança “gordinha” tem boa saúde e aparenta receber um melhor cuidado dos pais.

As interpretações das genitoras acerca da relação alimento-peso-saúde podem se revelar agentes motivadores e causadores de busca pelas mães por medicamentos que podem, em sua crença, intervir no apetite ou no peso das crianças.

É rotina nos consultórios de pediatria mães queixando-se que seus filhos não comem, ou que só comem guloseimas. Tais queixas são, muitas vezes, o motivo da consulta pediátrica. Os lamentos geralmente envolvem a seletividade alimentar da criança, discriminando que a mesma “come apenas alguns alimentos”, “não gosta de provar nada diferente”. Os pais habitualmente pedem a prescrição de medicamentos ou orientações dietéticas curativas (KACHANI et al, 2005; POCKELS et al, 1994).

A crença dos pais de que as crianças são incapazes de regular sua ingestão alimentar, e a observação da recusa alimentar deixam os pais angustiados, gerando conflitos, manifestados por sentimentos de culpa, incompetência e frustração. Daí decorre a intervenção dos pais, que recorrem ao emprego de estratégias coercitivas e controladoras na alimentação da criança (KACHANI et al, 2005; CERRO et al, 2002).

O risco da gestão incorreta de práticas alimentares na infância é poder influenciar a capacidade do indivíduo de auto-regular a ingestão de alimentos e, talvez, aumentar o risco de problemas posteriores como o sobrepeso (BIRCH, 1999).

Stefanello (2008) defende a ideia de que a alimentação das crianças está estreitamente vinculada às representações que as mães têm do que é uma boa alimentação. Para a autora o conhecimento que orienta as práticas maternas no cuidado é erigido através dos valores simbólicos presentes no senso comum, onde a boa alimentação é aquela que deixa forte e saudável.

Neste cenário inclui-se o medicamento, instrumento de transformação da saúde e produto carregado de carga simbólica.

A eficácia do processo de simbolização do medicamento se encontra, em grande medida, em sua afinidade com as crenças e valores vivenciados no imaginário coletivo. Os indivíduos constroem uma articulação dinâmica entre a autoridade moral da ciência e os contextos simbólicos socialmente construídos e partilhados. O resultado é uma crença excessiva e ingênua no poder dos medicamentos, aproximando-os da condição de fetiche inanimado da atualidade, encarnando o poder sacralizado da ciência e da tecnologia. (NASCIMENTO 2005a; AQUINO, 2008)

Este trabalho valeu-se da teoria das Representações Sociais para orientar a sua análise. A teoria das Representações Sociais parte da premissa de que a interação social gera necessariamente a comunicação, e a comunicação gera necessariamente Representações Sociais (ARRUDA, 2002).

Para Serge Moscovici, o autor da teoria, as Representações Sociais são:

Um sistema de valores, ideias e práticas, com uma dupla função: estabelecer uma ordem que possibilitará as pessoas orientar-se em seu mundo material e social e controlá-la; e em segundo lugar, possibilitar que a comunicação seja possível entre os membros de uma comunidade, fornecendo-lhe um código para nomear e classificar, sem

ambiguidade, os vários aspectos de seu mundo e da sua história individual e social. (Moscovici, 2005, p. 21).

Pesquisar sobre a alimentação das crianças e o significado dos medicamentos no processo de recuperação do apetite significa, então, interrogar sobre os valores que orientam a alimentação e a saúde das pessoas. É considerar que as mães, figuras determinantes na educação alimentar e no trato a saúde infantil, trazem consigo experiências, vivências e crenças que influenciam de maneira significativa nessas atitudes. Para Stefanello (2008) as práticas alimentares, por estarem impregnadas de valor simbólico e estarem mergulhadas em aspectos culturais, acabam por transmitir representações sociais no contexto onde se apresentam.

Além disso, as práticas alimentares são ações que reproduzem as relações de poder presentes nas sociedades, expressas em normas, leis, formas de agir e pensar, pois como lembra Canguilhem (2009): o corpo humano é, em certo sentido, produto da atividade social. Na interpretação das mães a condição normal estaria superada pela patologia ou anormalidade. Mas é preciso pensar no que Canguilhem traz a respeito da normalidade, já que o autor ressalta que “um ser vivo é normal num determinado meio na medida em que ele é a solução morfológica e funcional encontrada pela vida para responder as exigências do meio” (CANGUILHEM, 2009, p. 56).

Desse modo, estudos que qualificam o consumo de alimentos na infância, e o comportamento da mãe nessa educação alimentar são, decerto, abundantes. Mas há ausência de estudos que focalizam as estratégias medicamentosas para um processo educativo e disciplinador na prática do alimentar.

Desse modo cabe interrogar as razões das mães administrarem estimulantes de apetite às suas crianças, e baseado em que crenças. Ou quais os sentidos que este ato de cuidado apresenta para estas mães.

O presente estudo tem, assim, como objetivo identificar as representações sociais elaboradas pelas mães sobre o apetite dos filhos e sobre os medicamentos administrados para modificar este apetite;

METODOLOGIA

A abordagem qualitativa foi selecionada para o trato do objeto de estudo escolhido devido à necessidade de se compreender um fenômeno com um nível de profundidade e descrição da realidade dos sujeitos que a pesquisa quantitativa não poderia alcançar.

A teoria das Representações Sociais foi utilizada como suporte teórico para compreender melhor a relação existente e diretamente construtiva entre: conhecimento, crenças e valores das mães (acerca da alimentação dos filhos e medicamentos) e a tomada da decisão de usar medicamentos para alterar o perfil alimentar da criança.

Um bairro da área urbana de um pequeno município do Estado da Bahia foi o local escolhido como campo do estudo, sendo parte deste estudo 15 sujeitos residentes dessa área. O quantitativo foi definido após observar-se a saturação dos dados, com um volume satisfatório de informações e uma tendência à repetição das mesmas, recomendações estabelecidas por Minayo (1998) sobre uma amostra ideal na pesquisa qualitativa.

Os sujeitos da pesquisa eram as mães que tinham recentemente administrado (180 dias) medicamentos estimulantes de apetite para crianças menores de cinco anos. A seleção foi intencional, guiada pelos agentes comunitários da área trabalhada, pois os mesmos conheciam quais eram as mães de crianças menores de cinco anos e em alguns casos já sabiam quais mães estavam administrando estes medicamentos. As mães foram informadas do objetivo e dos procedimentos da pesquisa e as que concordaram (mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) fizeram parte da pesquisa.

A coleta de dados foi realizada utilizando-se da técnica de entrevista semiestruturada, com auxílio de um roteiro de entrevista. Dados socioeconômicos também foram coletados, a fim de caracterizar a população pesquisada.

Os dados qualitativos retirados da entrevista semiestruturada foram analisados em seu conteúdo e significado manifesto. Os conteúdos partilhados pela comunidade foram entendidos como Representações Sociais. Seguindo as recomendações de Jodelet (2001), as Representações Sociais foram analisadas articulando elementos afetivos, mentais e sociais, integrando a cognição, a linguagem e a comunicação às relações sociais que afetam estas representações. A representação que relaciona o sujeito com o objeto deve ser devidamente identificada em comportamentos e comunicações que de fato ocorram.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A alimentação de crianças pequenas é uma das funções primordiais do cuidado materno. Nas comunidades rurais, ou urbanas de periferia, muitas famílias ainda permanecem estruturadas de forma tradicional, não sendo incomum a formação de subcomunidades familiares onde parentes residem próximos uns dos outros formando uma rede de apoio e relações sociais fortes que compartilham representações, valores e modos de gerenciar a vida. Para compreender as práticas de administração de estimulantes do apetite é necessário conhecer um pouco do perfil social do grupo estudado (Tabela 1).

As mães, sujeitos da pesquisa, eram relativamente jovens, possuindo a idade média de 26,9 anos. O número total de filhos das entrevistadas somou 26 crianças alcançando uma média de 1,73 por mulher. A idade média de todos os filhos foi 4,2 anos.

As casas formavam famílias pequenas e famílias grandes. A menor família tinha três integrantes e a maior dez indivíduos. O número médio de pessoas convivendo juntas era de 4,3 indivíduos. Curioso observar que seis das 15 mães entrevistadas não conviviam com um companheiro. A maior parte eram mães solteiras, sendo apenas uma divorciada. Metade delas convivia com a mãe.

As famílias tinham renda familiar muito baixa. O quantitativo de 33,3% ganhava menos que um salário mínimo, 33,3% ganhavam um salário mínimo, 20% ganhavam entre um e dois salários mínimos, 6,66% ganhavam entre dois e três salários mínimos e o mesmo 6,66% ganhavam entre quatro e cinco salários mínimos. Essa renda familiar estava muito ligada com a ocupação profissional das mães. O fato é que, apenas três mães tinham trabalho. Uma das mães era caixa de supermercado, outra trabalhava como operária de manufatura de sisal - um produto agrícola comum da região - e uma mãe atuava como agente comunitária. Dessas três, apenas uma possuía companheiro.

Tabela 1. Perfil socioeconômico das mães pesquisadas.

Características	N	%
IDADE		
18 a 24 anos	4	26,7
24 a 30 anos	8	53,3
30 a 36 anos	1	6,7

36 a 41 anos	2	13,3
Total	15	100,0
ESCOLARIDADE		
Analfabeta	0	0
Fundamental incompleto	4	26,7
Fundamental completo	2	13,3
Ensino médio incompleto	3	20,0
Ensino médio completo	6	40,0
Superior incompleto/completo	0	0
Total	15	100,0
RENDA FAMILIAR		
< 1 salário mínimo	5	33,3
1 salário mínimo	5	33,3
Entre 1 a 2 salários mínimos	3	20,0
Entre 2 a3 salários mínimos	1	6,7
Entre 3 a 4 salários mínimos	0	0
Entre 4 a 5 salários mínimos	1	6,7
Total	15	100,0

A escolaridade das mães demonstrava pouco tempo de estudo. Menos da metade das mães tinha completado o ensino médio (40%). Não tinham terminado o ensino fundamental 26,6% das mães. No Brasil, a média nacional de mulheres acima de 25 anos sem instrução ou com o nível fundamental incompleto era, em 2010, de 47,8%, enquanto 14,4% tinham completado o fundamental ou tinham o médio incompleto, 25% das mulheres tinham médio completo ou superior incompleto e 12,5% tinham o superior completo (INSTITUTO, 2014). Para o Nordeste estas médias caem um pouco. Desse modo, considerando-se a escolaridade média nacional, o fato de 9 entre 18 mulheres terem conseguido chegar ao nível médio já denota um grau de escolaridade acima da média nacional e estadual. E, do mesmo modo que nenhuma delas possuía nível superior completo ou incompleto, nenhuma também se classificou como analfabeta. Ou seja, eram mães que possuíam um grau de escolaridade formal que as tornaria, a princípio, capazes de ter acesso básico às informações de saúde, considerando-se aqui acesso de forma ampla.

Mas podem ser também compreendidas como mulheres com responsabilidade social dobrada (sem companheiro) em situação de vulnerabilidade econômica (baixa renda). Ou seja, sujeitas a múltiplas sobrecargas emocionais e de trabalho.

À MÃE, CABE CUIDAR

Não havia nas entrevistas referência de cuidado por parte de outros integrantes da família, como o pai, por exemplo. A única exceção eram as avós, tanto maternas como paternas, que em casos pontuais exerciam influenciam sobre as mães.

Em quatro residências a avó materna residia com a filha. Em duas delas, família da **Entrevistada 1 e 2** a avó materna exercia influencia na decisão dos cuidados e ajudava na administração do medicamento estimulante do apetite.

Para Bustamante (2007) o interesse no cuidado das crianças pequenas pode ser pensado a partir de dois eixos. Em um eixo há um sistema de crenças sobre o que é certo para a criança, sendo importante a experiência prévia, além das mensagens transmitidas por parentes, profissionais de saúde. Neste eixo, a ênfase está colocada nas necessidades da criança. Porém, há outro eixo. Existente de uma forma menos explícita. Neste, o cuidado da criança é perpassado pelas gratificações que os adultos obtêm. Estas gratificações estão ligadas ao que é socialmente valorizado.

A participação da mãe é carregada de valores simbólicos (ROMANELLI, 2006). Para o autor o caráter social da alimentação está presente desde o nascimento. O leite materno propicia o contato com o corpo da mãe, mediado pelo seio. A alimentação no início da vida humana torna-se associada a afeto e proteção, sendo o seu preparo ligado de forma permanente ao universo feminino. Esse vínculo estreito, para o autor, prossegue durante a existência humana alicerçada na divisão sexual do trabalho. Fica assim estabelecido o aprendizado dos hábitos alimentares da criança centrado na figura materna.

Portanto, persiste aqui, como incumbência materna a produção de refeições, a preocupação com a falta de apetite e as escolhas referentes ao cuidado. Essa carga de responsabilidades, dentro de uma exigência social é sentida pelas mães e as deixavam inquietas quando os filhos não atendiam às expectativas de alimentação esperada. Quando o filho não come, rejeita os alimentos, está desqualificando a competência materna de garantir a alimentação do filho.

Esse conjunto de situações forçava as mães a tomarem uma posição: ou a busca de recomendações médicas ou a compra, por automedicação, de produtos farmacêuticos para modificar o exercício alimentar dos seus filhos.

COMER BEM É COMER DE TUDO

É preciso ressaltar que a prática de alimentar as crianças não se restringe apenas ao administrar o alimento e garantir a refeição. Pois existe um processo educativo embutido nesta prática, pelo qual a mãe transporta ao filho valores da própria família, como diz Romanelli (2006) quando lembra que comer é uma necessidade natural e deve ser satisfeita através da ingestão de alimentos para assegurar a sobrevivência. Para o autor o ato de comer é natural, mas as práticas alimentares situam-se na esfera da cultura, no campo dos sistemas simbólicos, afinal a comida é uma categoria na qual as sociedades constroem representações sobre si próprias, definindo sua identidade em relação a outras, das quais se diferenciam nos hábitos alimentares.

O ato de alimentar a criança representa, portanto, algo mais do que uma tarefa de rotina doméstica como lavar os pratos ou varrer o chão. É um ato de dar significado à sua identidade de mãe, cuidadora da cria.

Essa carga simbólica traz grandes expectativas afetivas para a mãe. No momento da alimentação as mães anseiam por períodos sem conflitos, períodos de afeto, amor e despreocupação (PELEGRIN, 2008). E quando estas não se realizam, a frustração acontece.

Nas mães desta pesquisa, essas frustrações aconteciam porque as suas crianças apresentavam rejeição aos alimentos, indisciplina aos horários estabelecidos para as refeições, seleção do que comer e, por vezes, perda de peso.

Comer bem é quando a criança gosta de tudo, que não reclama do que você dá, que ele se sente bem com o que come. (Ent. 10).

Eles eram ruins de comer, colocava a comida e eles não comiam. (...) Dá na boca dele, depois ele enjoa (...). Eu queria que ele comesse mais. (Ent.6).

Eu gosto de menino que fica comendo sabe? E ele não é assim. Pra comer eu tenho que ta pegando ele, colocando no colo, levando pra frente da televisão (tom de voz de quem está explicando uma rotina) pegando ele pra que ele coma uma fruta, para que ele coma meio-dia bem, para que ele tome o suco todo, entendeu? (Ent. 5).

A preocupação relacionada à aceitabilidade do alimento oferecido transparece claramente nas falas das mães. O filho que “enjoa” a comida, que é “ruim de comer” obriga a realização de inúmeras estratégias durante o momento da refeição. Apesar de não poder descrever a quantidade, foi possível perceber também que havia um desejo da mãe de que o seu filho comesse uma quantidade superior a que vinha comendo.

Resultado semelhante foi encontrado no trabalho etnográfico de Pelegrin (2008). O autor constatou que as mães pareciam valorizar a boa alimentação mais pelo volume que a criança é capaz de ingerir do que pela densidade energética que a alimentação proporcionava. As mães acreditam que comer muito é comer bem.

A intenção de alterar a aceitação do alimento e a sua quantidade ingerida era o principal motivo do uso dos medicamentos estimulantes de apetite neste trabalho.

O fato é que quando a preocupação centra-se apenas na quantidade de comida perde-se a oportunidade de desenvolver hábitos e atitudes relacionadas a padrões de alimentos mais adequados do ponto de vista qualitativo (RAMOS; STEIN, 2002). Isso pode gerar um problema futuro, pois a aquisição de hábitos alimentares inadequados pela criança é responsável por diversos problemas de saúde, como obesidade, desnutrição e anemia (PELEGRIN, 2008).

O desejo de que a criança coma mais, em algumas vezes induz ao julgamento, por parte da mãe, de que a criança não está comendo adequadamente. Nesse estudo a criança era, frequentemente, descrita como “enjoada”. A recusa é mal tolerada pela mãe. É possível compreender isto um pouco além do plano alimentar. O julgamento da mãe é ancorado em valores sociais associados ao comer. O comportamento à mesa traz consigo aprendizado de valores sociais. As mães buscam transmitir aos filhos uma moralidade alimentar, uma ética racional que está na expectativa das mães do comer como um valor a ser ensinado.

As mães desta pesquisa ansiavam que o filho despertasse para o ato de comer, que na sua leitura apresentava-se reprimido. Esse apetite reprimido era interpretado como consequência de alterações fisiológicas: doenças, infecções parasitárias ou de modificações do crescimento, como o nascimento dos dentes.

Eu acho que assim, a falta de apetite pode ser verme né? Alguma gripe que teve forte. (Ent.14).

Assim eu acho que começou a perda de peso com o nascimento dos dentes deles, eles ficaram um pouco gripados, com febre e aí perderam o apetite. (Ent.1).

O apetite provocado traria senso de iniciativa para a criança. Esta buscaria o alimento, não dependendo da mãe para esta tarefa, auxiliando inclusive na diminuição do desgaste físico e emocional da mãe voltado ao ato de comer:

(...) E quando eu estou dando o remédio, ele fica pedindo comida! O que eu faço: deixo as frutas fácil, pra que ele tenha a vontade, deixo a feira de bolacha fácil também no armário. E aí quando eu não estou dando o remédio ele nem vai lá... E quando eu to dando ele vai! É bolacha, é fruta. ‘mamãe eu quero suco’, ele nem fica esperando eu oferecer. (Ent.5).

Quando o medicamento estimulante do apetite conseguia fazer com que a criança comesse mais era difícil disfarçar, na entrevista, a intensa satisfação:

A fome dele era muita (riso discreto), toda hora ele tava comendo. Comia na hora certa e toda hora tava merendando. (Ent.8).

Ele comia um pouco, mas depois que a gente começou a dar, ele comia mais, toda hora comia, lanchava, assim que era difícil ele comer merenda, ele já comia. (Ent.2).

Ele agora come bastante, já se alimenta direito. Tudo que dá ele come. (Ent.9).

Observou-se até aqui o incômodo generalizado que a “falta de apetite” provoca na mãe. O comportamento infantil é tido como desviante da “normalidade”, pois criança “normal” come muito e na hora certa. Se isso não acontece algo está errado e a mãe busca interpretar esse acontecimento e intervir de acordo com esta interpretação, que é sempre socialmente dada, construída dentro do meio social em que vive (CANGUILHEM, 2009). Sendo assim, as constantes fisiológicas expressariam o efeito das condições externas de existência sobre o ser vivo e o entendimento acerca do valor normativo das constantes seria desprovido de sentido.

Mesmo assim, a definição de falta de apetite que cada mãe tem revela as representações sociais envolvidas no ato da fome e da alimentação. Em certos casos essa razão pode estar tão bem estabelecida, tão enraizada, que pode ser genética, sendo impraticável fugir dela.

Sabe que eu não sei explicar. Eu acho assim, sei lá, que vem de família, talvez a pessoa já é... Vamos supor que eu sou uma pessoa ruim de apetite, e talvez meu filho tenha a mesma geração. Talvez seja assim, eu imagino que seja isso. (Ent.10).

Essa carga trazida nos genes, fruto de herança familiar, foi o argumento de mães para explicar o excesso de peso de seus filhos, notado no trabalho de Jain e colaboradores (2001). O trabalho qualitativo com grupo focal descreve uma crença dominante das mães de que o tamanho de uma criança e o padrão de crescimento era fixado ou predestinado, um metabolismo herdado, naturalmente programado.

No caso aqui em estudo, quando o entrevistador entrou na questão dos motivos do uso dos medicamentos e uma mãe explicou que era porque *“ele não comia, não ganhava peso”* (Ent.2) a avó materna passou, então, a participar da entrevista explicando que *“tinha mês que invés de aumentar fazia era diminuir”*.

Outras respostas abrangeram a recusa da comida como definição de falta de apetite e, conseqüente, perda de peso. Uma perda de peso que gera intensa aflição das mães, pois pode significar para os outros a prova do “descuido” com a criança, da incompetência do zelo materno (SOARES e COELHO, 2008).

É ele não se alimentar direito. É perder peso, como ele tava perdendo. Come a comida, mas não come toda, larga. Uma merenda que der não merenda certo. (Ent. 11).

Eu acho que é a pessoa tá com fome e não tá com vontade de comer, tá vendo a comida ali e não quer comer. (Ent. 8).

Em outros momentos as crianças são descritas como resistentes ao ato de comer ou muito seletivas, apresentando um comportamento “birrento”, escolhendo o que quer comer ou não, gerando reprovação da mãe:

Ele pede, aí a gente faz o mingau, mas na hora que a gente vai dar ele não queria. Ele ficava dizendo “*não quero não, não quero não*”. O que a gente fazia ele não comia, ficava escolhendo “*eu quero isso, eu quero aquilo*”, a gente dava a ele: “*não quero mais não, eu quero aquilo*”. (Ent.8).

Um caso chama a atenção: o da **Entrevistada 15**. Nesse caso, o seu filho, segundo o relato da mãe, apresenta momentos bem definidos em que o filho rejeita a comida, ou se encontra com o apetite diminuído. Não se sabe o motivo. Não é relatada pela mãe nenhuma mudança da rotina da família que acarrete isso, ou a instalação de uma doença. Apenas a criança deixa de comer:

Não, ele come bem. Ai chega um tempo que ele passa um tempão sem querer comer nada. É um momento. Nisso falam “*dá Propan, dá vitamina!*”. E eu sempre dei a vitamina. Quando ta assim eu dou a vitamina. (Ent.15).

Nesta pesquisa o medicamento aparece como o único corretor da ausência de alimentação, da falta de apetite. Não há a procura por profissionais de saúde a fim de investigar as causas prováveis da perda de interesse da criança pela alimentação. Também se faz necessário, ao abordar as justificativas para o uso desses medicamentos, investigar sobre os aspectos relacionados aos sentidos atribuídos pelas mães ao tipo de alimento que configura o apetite “normal”, apresentado adiante.

VITAMINA FAZ CRESCER FORTE

O uso dos medicamentos não se restringe apenas à insatisfação no quantitativo que a criança ingere. A quantidade do alimento pode até mesmo agradar à mãe. Algumas entrevistadas relataram que seu filho come muito, que o seu apetite é normal. Porém a estas

mães soma-se a frustração contida no perfil alimentar da criança, no que tange ao qualitativo. Para as mães a questão nutricional torna-se um ponto em questão, uma questão não atendida. Há a concepção do que sejam os alimentos recomendados, os nutricionalmente melhores. Porém estes alimentos não são da preferência habitual dos seus filhos.

Há alimentos que são preferenciais das mães. Aquele que significam “uma refeição” e que devem ser consumidos pelas crianças. De todos, o mais relatado é o feijão. O feijão tem um significado forte, afinal é o alimento mais tradicional do prato do brasileiro (BARBOSA, 2007). O popular feijão com arroz significa não somente no campo do básico, mas também do essencial, aquilo que não pode faltar.

Ao feijão e ao arroz são atribuídas propriedades nutricionais elementares, graças à presença de vitaminas e minerais, como o ferro, que por vezes têm que ser repostos:

Porque na verdade, merenda não alimenta, não contém como essas outras coisas, feijão, arroz, que tem vitamina, não é mesmo? E merenda não contém isso. Porque o certo mesmo é feijão com arroz. (Ent. 13).

Queria que ele comesse as comidas, né? Verdura, feijão, ele não quer comer. Se deixar ele só quer cuscuz. (Ent. 6).

Há questões também de ordem prática. Há alimentos que possuem importância maior no sistema classificatório alimentar da mãe e está alinhado com as condições socioeconômicas em que vive, sendo atribuído maior valor. Romanelli (2006) acredita que para a população de baixa renda há alimentos que são classificados como *comida*, como o arroz, feijão e carne. Em suas representações, são alimentos “fortes” que sustentam. Essa classificação não se apoia no valor nutriente dos alimentos, mas no fato de que proporcionam a sensação de repleção, pois são gordurosos ou preparados com gordura animal e demoram a ser digeridos, dando a sensação de “barriga cheia”.

Feijão, arroz e carne são itens certos da refeição dos adultos. Fazem parte, portanto, do cotidiano da família. Fazer com que a criança se alimente da mesma forma que os adultos acaba por ser uma forma de disciplinar o filho. Este agora comerá o que todos os outros na mesa comem. Entrará na norma.

As mães anseiam pela administração de alimentos conforme o seu julgamento do que é ideal a criança comer. Para Salve e Silva (2009), as mulheres realizam sua interpretação sob

a baliza do senso comum e a partir disto definem o que é ou não adequado para o filho. Dessa forma, sentem-se seguras para continuar seguindo suas próprias percepções em relação à alimentação da criança. Essa atitude de autonomia em relação aos cuidados com a nutrição dos filhos indicou uma opção simbólica, dessas mães, por incluir a criança em seu grupo de pertença, através da oferta de alimentos disponíveis em casa, como vemos no discurso “O importante é comer de tudo”. É prática observável, opina o autor, o anseio dos pais para que seus filhos façam ingestão dos mesmos alimentos que fazem parte da rotina da casa a fim de incluírem seus filhos na cultura familiar.

Se a preferência das crianças não agrada as genitoras é preciso uma forma de alterar essa seleção. Ao medicamento é atribuída a expectativa de mudar o gosto do filho pelos alimentos. Em sua significação o aumento da fome, causado pelo medicamento, poderia vencer a resistência da criança em ingerir todos os alimentos sugeridos e desejados pela mãe.

Não estava se alimentando da forma que eu achava que deveria. Eu achava que faltava alguma coisa. (Ent.7).

Ele não quer comer feijão. Não quer comer verdura. Ele gosta de comer carne. Ele é abusadinho assim, não é todo suco que ele gosta. Aí ele gosta só de um suco ou dois. (Ent.5).

O termo “abusadinho” expresso pela mãe sinaliza uma luta de poder entre mãe e filho. A mãe escolhe o alimento baseado em questões afetivas ou nutricionais, configurando o seu papel de cuidadora, enquanto o filho rejeita o esforço da mãe, impondo suas preferências e afirmando o seu paladar sob atos que expressam sua “vontade”. Não é à toa que a expressão detalhada do próprio gosto dá origem à designação popular “cheio de vontades”. O medicamento é então convocado a exercer um papel disciplinador.

Quando perguntada sobre qual o efeito que ela achava que o medicamento deveria ter, a **Entrevistada 15** respondeu:

Que mudasse a alimentação dele, o jeito dele comer. Fruta mesmo assim, não toma. Suco toma, mas a fruta mesmo pra ele comer, ele não come. Só banana. Manga as outras frutas ele não come. (Ent.15).

A preferência da criança por merendas ou guloseimas atrapalha a sua alimentação. A merenda não alcança o prestígio de uma refeição, por isso ela é destinada a outros horários, como o meio da tarde.

Eu tenho uma conhecida que o menino é ruim de boca, não come. Só quer comer besteira, merenda. Então falta de apetite é isso. (Ent.13).

A **Entrevistada 12** queixa-se da alimentação do seu filho quando este está na casa da avó paterna, onde parece passar bastante tempo, afinal os pais não moram juntos. Os avós aparecem aqui na representação comum de permissividade, chegando, em alguns casos a atrapalhar o trabalho de impor a disciplina alimentar.

Lá a avó faz as vontades dele, então é só merenda, esses danones, essas coisas, mais é besteira. (Ent.12).

Neste caso específico, a maior aflição da mãe reside na insistência de seu filho de três anos em manter como refeição principal, o mingau, em detrimento de alimentos da refeição adulta, mais “fortes”, como o feijão:

O dever da gente é ensinar desde bebezinho. Mas o tempo foi passando, foi dando o mingau, ficou o mingau (...). Nunca teve (falta de apetite). A única coisa é isso, a comida que ele nunca se adaptou, a gente não o estimulou a comer, só isso. (Ent.12).

Até hoje ele é assim, ruim de comer. Comida! Só toma mingau. Assim, refeições normais, feijão, essas coisas assim, que é bom, ele não come. (Ent.12).

A exclamação da mãe, **Entrevista 12**, deixa evidente que o mingau não se classifica como comida. É apenas um alimento menor. A mãe amamentou o filho até os seis meses. A partir dessa idade, quando é natural e recomendável a inclusão de alimentos sólidos, ela incluiu o mingau. Porém tarda o filho a trocar de alimento. Sua queixa contra o mingau é tão significativa que durante a entrevista a palavra “mingau” foi verbalizada exatamente 20 vezes. O intuito do uso do medicamento fica claro, então: despertar o filho para outros alimentos.

Eu fui ao pediatra, dar algum remédio para estimular para ele ter mais fome. Porque na hora que ele tiver com fome mesmo, eu ter a oportunidade de dar o almoço e não o mingau. (...) Eu imaginei que pelo efeito do remédio ia dar fome, né? Eu aproveitava para dar no lugar do mingau, o almoço, a comida. (Ent. 12).

A mãe, assim, frustra-se por não ter conseguido êxito em sua missão de substituição alimentar. A negação do filho é tanta que chega a quase vomitar quando a mãe tenta administrar outros alimentos, afirmando a rejeição total do alimento, num movimento contrário ao processo natural digestivo (sentido boca-estômago). Essa rejeição aos outros alimentos gera um sentimento de culpa por parte da mãe. O seu compromisso de educar e formar a alimentação do filho é marcado pelo insucesso e frustração, ainda mais quando repercute no ideal de corpo infantil.

A **Entrevistada 13** não reclama do apetite do filho, porém a seleção que a criança faz a preocupa, motivando-a para o uso do polivitamínico com o objetivo de repor essas vitaminas não ingeridas:

Porque todas as crianças tem que ter, né? Tem que conter, tem que ter uma vitamina que contém ferro, cálcio, vitamina, né? Ajuda a fortalecer os ossos, né? Acho importante. (Ent.13).

O uso difundido das vitaminas está muitas vezes conectado à falta de compreensão das necessidades nutricionais por parte dos consumidores, além de práticas mercadológicas que atribuem um valor agregado às vitaminas na busca de uma vida saudável. Essas experiências conduzem a uma hipervalorização dos produtos farmacêuticos como via de ingestão de vitaminas, podendo até mesmo serem utilizados como substitutos de outras categorias de nutrientes (BARROS, 1995).

CRIANÇA GORDINHA É CRIANÇA BEM CUIDADA

O antropólogo Le Breton (2003) aponta o corpo do homem contemporâneo como uma estrutura simbólica. Este homem é convidado a construir o corpo, modelando sua aparência,

exibindo sua saúde potencial. Trabalhado distintamente ao sujeito, o corpo torna-se um objeto à disposição sobre o qual agir a fim de melhorá-lo.

Neste sentido o corpo da criança é o objeto a ser melhorado, pois se desenha como uma forma de apresentação da mãe, da cuidadora, a dona do corpo, que organiza todas as variáveis que interferem nessa formação. É preciso exhibir frente às outras mães a prova do zelo e do cuidado, ressignificando e reafirmando o papel de mãe.

Rodrigues (2003), baseado na análise da obra de Michel Foucault, nos afirma que o corpo é sempre uma interpretação, onde a percepção que possuímos de um corpo depende do olhar que vê este corpo. Sendo que este olhar não depende de um sujeito específico, mas de uma estrutura, de uma relação de olhares.

Desta maneira o olhar interpretativo que a mãe lança sobre o corpo do filho depende do olhar que o outro lança sobre esse mesmo corpo. Este confronto de olhares na formação do discurso sobre o corpo constitui relações de poder. Estes discursos, constitutivos de significação, produzem saberes. E estes saberes constituem disciplinas, que visam exercer um controle sobre o corpo e, portanto, exercer poder sobre o corpo (RODRIGUES, 2003).

Não é o caso de contentar-se com o corpo que se tem, mas de modificar suas bases para completá-lo ou torná-lo conforme a ideia que dele se faz. O corpo passa então a ser retocado por motivos de conveniência pessoal. (LE BRETON, 2003). Para esta tarefa é incorporado o emprego de produtos farmacêuticos.

O desejo da mãe está na representação da saúde da criança associada a uma aparência robusta. Portanto o termo “forte” tem duplo significado: ao mesmo tempo em que representa saúde, também significa uma criança com quilos a mais, ou peso correspondendo a certo ideal. A **Entrevistada 13** emprega este termo ao responder como desejava que a filha fosse:

Mais forte, não gorda, né? Porque essa aqui nunca foi gorda. Mas pelo menos tivesse assim um peso mais elevado. Pra você ver, ela come de tudo, é boa de boca, mas engordar que é bom nada. (Ent.13).

Já a **Entrevistada 7** não esconde seu desejo “*A gente quer ver sempre o filho gordinho*”.

É o desejo da mãe de que o peso esteja satisfatório, em sua representação do que seja o ideal. Assim, muitas mães deixaram transparecer que um motivo forte para usar os

medicamentos era a constatação que seu filho apresentava diminuição do peso, contrário a uma pretensão de aumento de peso.

Ele antes de eu dar a vitamina, ele não aumentava (o peso), ele só fazia diminuir. Sempre abaixo do peso, nunca aumentava (...) eu fiquei mesmo preocupada, ele nunca perdeu peso. (Ent.11).

A preocupação com o corpo infantil também é reflexo de um aprendizado construído na interação com os serviços de saúde públicos da localidade, que conduzem atividades de acompanhamento do peso infantil e cobram das mães responsabilidades no combate à desnutrição.

Ao medicamento então passa a ser depositada a expectativa de ganho de corpo. O medicamento torna-se o instrumento tecnológico que vai realizar o desejo da mãe, o desejo de modelar o corpo da criança ao que a mãe visualiza como o adequado, ou ao que a sociedade percebe como adequado:

[...] esses remédio que tem vitamina já é mais pra... eu acho que tanto faz pra acrescentar mais o apetite, como também para desenvolver mais, em termo de corpo. (Ent.13).

Para Martin e Castilho (2000) há uma valorização no ambiente social e familiar do ganho de peso da criança como um indicativo de saúde, o que contribui para uma ansiedade da mãe quanto ao ganho de peso do filho, levando-a a interferir no manejo alimentar da criança. Nesta pesquisa, no município baiano, o manejo foi além do alimentar, pois incluiu medicamentos.

O ganho de peso estaria alinhado com a expectativa de crescimento, de desenvolvimento, atendendo ao dito popular “*comer pra crescer e ficar fortinho*”. Comer é necessário para promover o crescimento, para poder atingir a saúde.

O resultado foi que elas ganharam peso. O desenvolvimento foi rápido. Eu achei que desenvolveu bastante. E até hoje graças a Deus, é a mesma coisa, assim né? Não mudou nada, as meninas cresceram saudáveis. (Ent.10).

À mãe, **Entrevista 10**, já havia sido vendida a ideia de que o medicamento trazia benefícios para desenvolvimento das crianças, inclusive com aumento da inteligência. Essa ideia acabou por levar a mãe, mais tarde, a uma farmácia em busca do medicamento:

Pra o sono, pra comer que elas tinham o peso baixo e pra desenvolvimento, porque diziam que desenvolvia rápido e ficava inteligente, essas coisas (*risos*) (...) Todo mundo que me ensinava (...) (Ent.10).

Quando perguntada qual o objetivo do uso, ela respondeu de forma afinada ao que tinha sido recomendado por terceiros: “*O objetivo de comer, dormir. Talvez crescer mais rápido (gargalhada)*”. A resposta, terminada em gargalhadas soa como uma expectativa fetichizada da mãe, que em seu íntimo pode parecer verdadeira, mas dita para um entrevistador revela o temor de ser caracterizada como tola. A gargalhada representaria uma tentativa de proteção ao julgamento externo.

Afora o comer mais, a suplementação com vitaminas também entra como auxiliadora no processo de desenvolvimento e fortalecimento da criança:

Toda criança tem que ter né (vitaminas), porque esses remédios contem fósforo, ferro. Então isso ajuda mais no desenvolvimento dela. (Ent.13).

Pelegrin (2008) em sua pesquisa qualitativa com mães também encontrou projeções sobre os filhos dos valores socialmente esperados de ser saudável, forte e inteligente, guardando relação com a boa alimentação.

Esta busca pelo peso, que no íntimo é a procura da aparência do saudável, pode confundir a mãe e fazê-la subestimar um possível excesso de peso do seu filho. Alguns estudos mostraram esse confundimento, como o de Boa Sorte e colaboradores (2007) em genitoras de crianças de 3 a 6 anos. Nessa pesquisa, 55,3% das genitoras das crianças com excesso de peso não reconheceram seus filhos como tendo peso acima do normal.

Resultado próximo encontrado por Giacomossi, Zanella e Höfekmann (2011), onde 63% das crianças acima do peso foram avaliadas pelas respectivas mães como tendo peso

normal. Nesse estudo, foi observada uma habilidade diferencial dos pais em identificar corretamente o sobrepeso infantil, de acordo com o sexo da criança, visto que o sobrepeso entre as meninas foi diagnosticado pelos responsáveis com maior frequência (52,1%) em relação aos meninos (17,4%). As mães parecem ser mais sensíveis ao peso e à imagem corporal das meninas, enquanto para os meninos o excesso de peso é considerado uma espécie de vantagem física. Os autores nos lembram de que tem sido relatado na literatura científica que a dificuldade dos pais em reconhecer o sobrepeso de seus filhos contribui para o aumento do excesso de peso entre as crianças.

COMER BEM É COMER NA HORA CERTA

O medicamento encontra um destino de que vai além do simples estímulo do apetite em seu uso no ajuste da ingestão aos horários estabelecidos pelas mães. Isso porque o regime do horário apresenta elevada significância para a cuidadora. Comer bem é comer no horário. Não se satisfaz a mãe que enxerga no filho a desobediência ao regime alimentar da casa. A residência tem regras próprias. É preciso, portanto, comer na hora em que a família estipulou ser o das refeições.

A **Entrevistada 12**, que lutava para tirar o mingau como preferência alimentar do filho tinha convicção que meio-dia é o horário de dar o almoço. Esse momento torna-se crucial como o momento de mudança do quadro alimentar do filho. Com este pensamento compartilha a ideia que “*meio-dia, todo mundo tem que almoçar*”. É preciso então “*tirar o mingau dele, dar o almoço*”. O mingau ficaria deslocado apenas para outros momentos, excluindo a refeição.

Tampouco vem a consciência das mães que a tenra idade pode gerar necessidades diferentes, no que se trata de intervalos das refeições. É preciso, tão somente, enquadrar o filho aos hábitos da família.

Foi possível reconhecer que a construção que a mãe faz do “comer bem” está ligada, então, à questão cronológica, dando ênfase ao horário marcado para comer, onde as refeições que considera fundamentais estão filiadas a um horário já determinado.

Comer bem é dar o almoço pra ele meio-dia e ele se alimentar bem, comer todo. Dar a merenda três horas e ele se alimentar certo. Eu dava

e ele não fazia isso, depois que eu dei a vitamina ele começou a almoçar meio dia certo, a merendar três horas certo. (Ent. 11).

Comer bem seria comer nas horas certas, e nas horas certas que é pra gente dar a comida ele não quer de jeito nenhum, fica dando trabalho de comer. (Ent. 8).

Soares e Coelho (2008) assinalaram que o cuidado em oferecer para criança o alimento em um horário bem definido contém um sentido temporal importante no cotidiano da mãe que cuida, uma vez que é permeado por uma condição de vida que ainda não é reconhecida pela criança. Além de que é uma forma de cuidado onde a mãe se antecipa ao mal-estar da fome.

É possível enxergar na disciplina do horário descrita neste trabalho o que Foucault chamou de produção de “corpos dóceis”, uma forma de exercício do poder disciplinar. O corpo, por estar em imerso em um campo político sofre o efeito dos poderes. Passa a ocorrer um movimento de adestramento do corpo, que aqui é visualizado no respeito ao horário. O corpo precisa aprender a comportar-se, ser preciso e ter ritmo. O corpo torna-se útil e eficiente, mas ao mesmo tempo torna-se dócil e submisso. A estratégia do poder disciplinar é docilizar o corpo para torná-lo produtivo (FOUCAULT, 1987).

Quando Foucault fala dessa mecânica do poder, fala de sua forma capilar de existir, no ponto em que o poder encontra o nível dos indivíduos. Um poder que está em uma realidade cotidiana dos indivíduos, que de tão próximo não se pode evitar. Esse poder se exerce sobre o próprio “corpo” dos indivíduos, intervindo diretamente e materialmente sobre ele, atingindo seus corpos, inserindo-se em seus gestos, suas atitudes, seus discursos, sua aprendizagem, sua vida quotidiana. Este poder significa o controle diário, sistemático, repetitivo e minucioso do comportamento cotidiano do corpo de cada um (FOUCAULT, 1987; RODRIGUES, 2003). A tecnologia farmacêutica surge desse modo como instrumento auxiliar e precoce de domínio do outro, tendo na mãe a agente privilegiada, capturada por um simples desejo de melhor cuidar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Figura-se tradicionalmente na mãe a responsabilidade de educar e disciplinar o filho em relação à alimentação. Essa tarefa é exercida carregada de crenças, signos e subjetividades. A recusa da criança quanto ao comer e a seletividade alimentar representa um desafio ao poder da mãe de garantir a alimentação e o educar ao comer.

O medicamento é empregado, desta forma, como um instrumento disciplinador do filho, para que este coma na quantidade desejada pela mãe e na forma e horário que a genitora entende como melhor para o seu filho. No medicamento ainda é depositado a responsabilidade de promover o ganho de peso da criança, ajudando-a no desenvolvimento físico.

As entrevistas realizadas demonstraram que as mulheres entrevistadas desenvolvem práticas de cuidado mediadas por representações sociais acerca dos alimentos, do corpo e da vontade infantil. A incorporação de medicamentos estimulantes do apetite no cuidado materno se faz de forma irracional, sem acompanhamento de profissionais de saúde e atendendo a finalidades que vão além das necessidades nutricionais dos filhos.

As conclusões deste estudo tornam-se relevantes para o direcionamento das ações de saúde, lembrando que é necessário o reconhecimento, por parte dos profissionais de saúde, das subjetividades e dos aspectos simbólicos que envolvem a alimentação da criança. Esse entendimento propicia maior proximidade com as mães e maior auxílio na condução de escolhas racionais no cuidado materno com a alimentação infantil.

REFERÊNCIAS

- AQUINO, D. S. Por que o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 733-36, Abr. 2008.
- ARRUDA, A. Teoria das representações sociais e teoria de gênero. **Cadernos de Pesquisa**, n.117, Nov. 2002.
- BARBOSA, L. Feijão com arroz e arroz com feijão: o Brasil no prato dos brasileiros. **Horiz. antropol.**, Porto Alegre, v. 13, n. 28, Jul./Dez. 2007.
- BARROS, J. A. C. **A propaganda de medicamentos: atentado à saúde?** São Paulo: Hucitec, 1995.
- BIRCH, L. Development of food preferences. **Ann. Rev. Nutr.**, v. 19, p. 41-62, 1999.
- BOA-SORTE, N. et al. Percepção materna e autopercepção do estado nutricional de crianças e adolescentes de escolas privadas. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 83, n. 4, p. 349-35, 2007.
- BUSTAMANTE, V.; TRAD, L. A. B. Cuidando da saúde de crianças pequenas no contexto familiar: um estudo etnográfico com famílias de camadas populares. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. v. 12, n. 5, set./out. 2007.
- CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.
- CERRO, N. et al. Eating behaviour of children 1.5-3.5 years born preterm: parents' perceptions. **J. Pediatr. Child Health**, v. 38, p. 72-78, 2002.
- FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. (trad. Raquel Ramallete) Petrópolis: Vozes, 1987.
- GIACOMOSSI, M. C.; ZANELLA, T.; HÖFEKMANN, D. A. Percepção materna do estado nutricional de crianças de creches de cidade do sul do Brasil. **Rev. Nutr. Campinas**, v. 24, n. 5, p. 689-702, set./out. 2011.
- INSTITUTO Brasileiro de Geografia e Estatística. **Resultados Censo 2010**. Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br/resultados>. Acesso em: 05 fev 2014.
- JAIN, A. et al. Why Don't Low-Income Mothers Worry About Their Preschoolers Being overweight? **Pediatrics**, v. 107, n. 5, maio. 2001.
- JODELET, D. **As representações sociais**. Rio de Janeiro: Eduerj, 2001.
- KACHANI, A.T. et al. Seletividade alimentar da criança. **Pediatria**, São Paulo, v.27, n. 1, p. 48-60, 2005.
- LE BRETON, D. **Adeus ao corpo**. Campinas: Papirus, 2003.

MARTIN, V.B.; CASTILLHO, C. D. El niño que no quiere comer. **Rev. Chil. Pediatric**, Santiago, v. 71, n.2, mar. 2000.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 5. ed. São Paulo: Hucitec, 1998.

MOSCOVICI, S. **O fenômeno das representações sociais**. In: Representações Sociais: investigações em psicologia social. 3ª ed. Petrópolis: Vozes, 2005. cap 1.

NASCIMENTO, M. C. Medicamentos, comunicação e cultura. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, 2005a.

PELEGRIN, R. C. P.; **O cuidado com a alimentação de crianças menores de um ano na perspectiva materna**. 2008. 167 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, 2008.

POCKELS, R. et al. Uso de estimulantes del apetito en la población infantil. **Arch. domin. Pediatr.**, v.30, n.2, p.30-32, 1994.

RAMOS, M. STEIN, L. M. Desenvolvimento do comportamento alimentar infantil. **J. Pediatría**, v. 76 (supl 3), p. 229-237, dez. 2002.

RODRIGUES, S. M. A relação entre o corpo e o poder em Michel Foucault. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 9, n. 13, p. 109-124, jun. 2003.

ROMANELLI, G. O significado da alimentação na família: uma visão antropológica. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 39, n. 3, p.333-339, jul./set. 2006.

SALVE, J. M.; SILVA, I. A. Representações sociais de mães sobre a introdução de alimentos complementares para lactentes. **Acta Paul Enferm.**, v. 22, n.1, p.43-48, 2009.

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, out./dez. 2008

SOARES, M. D. **Práticas de cuidado alimentar de crianças e sentidos atribuídos aos discursos sobre alimentação e nutrição por cuidados alimentares**. 2011, 158 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós graduação em Saúde coletiva, Universidade Federal da Bahia, 2011.

STEFANELLO, J. **Representação social de mulheres/mães sobre as práticas alimentares de crianças menores de um ano**. 2008. 198 f. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

ARTIGO 2

**SAÍDA DO ALEITAMENTO MATERNO E USO DE ESTIMULANTES DO
APETITE: QUAL A RELAÇÃO?**

RESUMO

Este artigo procurou observar a relação existente entre o uso de medicamentos estimulantes do apetite e a prática do aleitamento materno, principalmente na busca das lactentes de abandonar o processo de amamentação. O presente estudo faz parte de um quadro de resultados retirados de uma pesquisa qualitativa maior, que tinha como objetivo investigar as razões envolvidas no consumo de medicamentos para estimular o apetite de crianças. O estudo foi realizado por meio de entrevistas semiestruturadas com 15 mães residentes de um bairro urbano de uma cidade baiana de pequeno porte. As mães selecionadas deveriam ter administrado em seus filhos menores de cinco anos medicamentos para estimular o apetite. Os dados foram analisados com base na técnica de análise de conteúdo. Foi encontrado em algumas mães um olhar reprovador para a preferência da criança pelo leite materno. Um comportamento que deveria ser modificado. O medicamento passa desta forma a ser utilizado como uma estratégia para que a criança perca o interesse pelo leite materno. As mães entrevistadas apresentavam um desejo de não amamentar que tinha relações com a sua significação do que era comer bem. O medicamento apareceu como um instrumento auxiliador no desmame.

Palavras-chave: aleitamento materno, alimentação infantil, estimulantes do apetite.

ABSTRACT

This article aims to observe the relationship between the use of appetite stimulant drugs and breastfeeding, specially in the pursuit of nursing mothers to abandon the process of breastfeeding. This study is part of a results framework elaborated from a larger qualitative study that aimed to investigate the reasons involved in the use of appetite stimulants. The study was conducted through semi - structured interviews with 15 mothers living in an urban neighbourhood of a small town in Bahia. The selected mothers should have administered drugs to stimulate the appetite in their under five years old children. Data were analysed based on the technique of content analysis. It was found in some mothers a disapproving view related to the preference of the child for maternal milk. A behaviour that should be changed. On this case, the drug becomes a strategy for the child to lose interest in the breast milk. The interviewed mothers presented a desire to do not breastfeed the children that had relationship to their concepts of what is to eat well. The medicine represented a supporting tool in weaning

Keywords: breastfeeding, child feeding, appetite stimulants.

INTRODUÇÃO

A promoção do aleitamento materno é considerada pela Organização Mundial de Saúde uma recomendação global de saúde pública. A mesma organização recomenda que durante os seis primeiros meses de vida as crianças sejam amamentadas exclusivamente, ou seja, sem nenhuma complementação de outros líquidos ou alimentos (WHO, 2001). O conhecimento sobre os benefícios do aleitamento materno, principalmente o exclusivo, encontram-se bem difundidos na literatura, e a promoção dessa prática nos serviços de saúde no nível da atenção básica é considerada prioritária pelas políticas do Sistema Único de Saúde (SUS). A partir dos seis meses a alimentação complementar passa a ser oportuna, pois as necessidades nutricionais não são mais satisfeitas apenas com o aleitamento materno (GARCIA, 2009).

Entretanto, a literatura mostra também que o abandono do aleitamento exclusivo até os seis meses mantém-se frequente, a despeito das ações de incentivo desenvolvidas até então (PELEGRIN, 2008; GARCIA, 2009).

A amamentação não é totalmente instintiva no ser humano, muitas vezes deve ser aprendida para ser prolongada com êxito, considerando-se que a maioria das nutrizes precisa de esforço e apoio constantes. Pensando assim é preciso enxergar a prática do amamentar além dos aspectos biológicos, incluindo a valorização dos fatores psicológicos e socioculturais (ARAÚJO et al, 2008).

A atividade de amamentar pode representar um fardo para certas mães. Às vezes a perda estética dos seios, ou a carga de esforço do próprio processo de dar-se o leite, o que inclui a dor ou a indisponibilidade de horário, principalmente no caso de mães que acumulam jornadas de trabalho, contribui para que algumas lactentes tentem abandonar o processo de amamentação. Para as mães que tomam essa atitude, a substituição deveria vir naturalmente com alimentos. Mas como provocar o desinteresse do filho pelo leite materno e/ou levá-lo ao interesse pelos outros alimentos? E se medicamentos fossem usados com esse objetivo?

O uso de medicamentos durante o período de lactação é uma prática comum apontada por vários estudos (COLLABORATIVE, 1992; CHAVES, 2007). Existe uma série de estudos sobre a influência que o uso de medicamentos nas lactentes pode causar no período de amamentação, evidenciando uma relação direta entre o uso do medicamento e o desmame precoce (ANDERSON; POCHOP; MANOQUERRA, 2003; ITO, 2000). Estes estudos,

entretanto, voltam o olhar sobre o consumo do medicamento alterando a lactação de forma não intencional. Não é comum o objetivo dos estudos observarem quando o consumo de medicamentos é feito propositalmente para a interrupção do processo de amamentação. A escassez de estudos sobre essa estratégia materna de desmame orientou a realização deste artigo que obteve dados sobre esta prática como resultado secundário de uma pesquisa maior sobre uso de estimulante do apetite em crianças menores de 5 anos. A partir destes achados buscou-se identificar as motivações, expectativas, e significados relacionados ao uso desta classe de medicamentos na busca do desmame.

METODOLOGIA

A complexidade e subjetividade do cuidado e a necessidade de compreender os fenômenos interativos entre as mães e seus filhos motivou esta investigação a trabalhar com referenciais teóricos e técnicas metodológicas de natureza qualitativa.

O estudo possui caráter descritivo e analítico. Segundo Gil (2002) pesquisas que tem como objetivo levantar as opiniões, atitudes e crenças de uma população ou de um determinado grupo são classificadas como descritivas. Desse modo, ele descreve as práticas cotidianas do cuidado alimentar e o universo de significados atribuídos pelas mães às suas ações, mas procura estabelecer relações de sentido e determinação entre o ato de alimentar e o uso de estimulantes do apetite.

O Estudo foi realizado na área urbana de um município de pequeno porte, no estado da Bahia. A área urbana em questão foi a área de cobertura de uma Unidade de Saúde da Família (USF) localizada em um bairro desta cidade.

A população da área de cobertura da USF contabilizava 657 indivíduos. Destes, fizeram parte 15 sujeitos, todas mulheres, já que o trabalho buscava entrevistar mães. O quantitativo foi considerado satisfatório para obter um volume de informações que atendesse aos objetivos da pesquisa. Minayo (1998) considera que a quantidade de dados ideal em uma pesquisa qualitativa é aquela capaz de refletir a totalidade nas suas múltiplas dimensões, daí não ser adequado pensar em termos de amostra, uma vez que o grupo estudado não é representativo de um universo maior. Entretanto, a singularidade da situação estudada pode encontrar possibilidades de generalização caso o fenômeno se repita em escalas maiores de tempo e espaço.

Os critérios de seleção dos sujeitos da pesquisa foram: as mães deviam ter administrado em um filho menor de cinco anos de idade um medicamento estimulante do apetite ou outro medicamento com esta intenção; essa administração deveria ser recente (menos de 180 dias); e deveriam residir na área considerada. Para atender estes critérios, elas foram selecionadas com auxílio das agentes comunitárias da unidade de saúde que apontavam em quais residências habitavam mães com filhos menores de cinco anos. Em muitos casos, as agentes já conheciam famílias em que a mãe estava fazendo uso desses medicamentos. As mães que atendiam aos critérios de inclusão foram informadas do objetivo e dos procedimentos da pesquisa e as que concordaram (mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) fizeram parte da pesquisa.

A coleta de dados foi realizada utilizando-se da técnica de entrevista semiestruturada. Para a entrevista semiestruturada foi aplicado um roteiro de entrevista cujas respostas obtidas através da linguagem falada dos entrevistados foram armazenadas por meio de um gravador eletrônico. O Roteiro de Entrevista visa orientar uma “conversa com finalidade”, devendo ser o facilitador de abertura, de ampliação e de aprofundamento da comunicação. A entrevista é um método comum de coleta de dados em pesquisa qualitativa na área da saúde, pois ajuda a entender as respostas das pessoas que vivem uma situação particular, de interesse do pesquisador (TEIXEIRA e LEFÈVRE, 2001).

Os dados qualitativos retirados da entrevista semiestruturada foram analisados, inicialmente, com base no conteúdo. Esta técnica de análise foi desenvolvida por meio de leituras de primeiro plano, flutuantes, seguidas de operações de fragmentação e rearranjo do texto de forma a se atingir um nível mais aprofundado, relacionando estruturas semânticas (significantes), com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados (MINAYO, 1998).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Se os benefícios da amamentação são consensuais e alicerçam, inclusive, uma das políticas de saúde da criança no Brasil, o processo de saída da amamentação exclusiva para a alimentação complementar ainda se constitui uma desafio.

O início do desmame, com a introdução gradual de alimentos, pode ser feito, por vezes, de maneira equivocada, trazendo problemas de hábitos alimentares nas crianças, como a inapetência e a seletividade alimentar (COULTHARD; HARRIS; EMMETT, 2009).

A inclusão de alimentos complementares antes dos seis meses de idade da criança é uma prática desaconselhável. Primeiramente por não apresentar vantagens. Em segundo tal atitude pode levar a prejuízos a saúde da criança, pois a introdução precoce de outros alimentos está associada à maior risco de hospitalizações por doença respiratória, maior número de episódios de diarreia e menor duração do aleitamento materno (BRASIL, 2009).

Em trabalho de Araújo e colaboradores (2008) a maioria das mães desmamou seus filhos alegando enfermidades associadas geralmente a medicamentos utilizados, ao trabalho fora de casa e ao oferecimento por parte das avós de outro tipo de alimento para o lactante.

Uma das estratégias maternas mais comuns para induzir a mudança de hábito alimentar na criança pequena, fazendo-a perder o interesse pelo leite materno, seguiu, nesse estudo, o raciocínio do senso comum de que a fome é o melhor caminho para que a criança busque por si o alimento. Por isso os estimulantes de apetite apareceram no grupo de mães desta pesquisa como instrumento privilegiado na modificação da cultura alimentar das crianças.

O filho de onze meses da **Entrevistada 9** usava um polivitamínico havia dois meses. O objetivo era comer mais, pois seu filho praticamente “só” mamava, segundo seu relato:

Só o peito o tempo todo. Não queria comer nada, tudo que eu dava ela não comia. (Ent.9).

Quando perguntada como é a alimentação da criança, ela assim descreveu:

Ele toma leite na parte da manhã, mama praticamente o dia todo. Verdura meio-dia. Mais tarde um pouco de danoninho. Assim... a noite ele toma o mingau de noite. (Ent.9).

Na situação analisada, a mãe enxergava a preferência da criança pelo leite materno como um comportamento a ser modificado. Ele deveria, portanto, se alimentar mais de outros alimentos. Para isso, buscou solução para o “problema” na visita ao balcão da farmácia, onde pediu ao atendente um medicamento para abrir o apetite. À mãe foi vendido um complexo vitamínico.

Uma preocupação no que tange ao uso racional de medicamentos, dentre outras coisas, é quanto à dose administrada. A falta de uma informação profissional deixa o usuário sujeito a erros de administração de medicamentos. As doses podem acabar sendo superiores ou inferiores ao recomendado.

Para a **Entrevistada 9** a dose do produto a ser administrado estava clara: “*eram 2mL ao dia*”. Falou sem hesitar, baseado na informação do vendedor. Porém, a constatação do pesquisador ao comparar, posteriormente, a dose empregada pela mãe e a dose recomendada pelo próprio fabricante, é que a dose administrada à criança foi o dobro da dose recomendada para crianças daquela idade.

Entretanto, o medicamento, no modo de ver da responsável, trouxe resultados positivos, pois se antes “*era o peito o tempo todo, não queria comer nada*”, após o uso do medicamento o filho passou a comer mais: “*não ta mamando tanto, sabe? Mas antes ele mamava, muito mesmo*”.

Salve e Silva (2009) argumentam que muitas vezes os pais anseiam pela administração de alimentos sólidos em suas crianças, acreditando que estes sustentam melhor o filho. Os autores atribuem isso à associação de que o leite materno é um alimento pouco compreendido pelas mães, diferentemente da comida de panela, na qual a mãe tem segurança que atenderá as necessidades básicas da criança uma vez que se utiliza, ela própria, destes mesmos alimentos e sente em si mesma a saciedade provocada por eles.

As motivações para o desmame pode envolver razões pessoais. Ramos e Almeida (2003), em estudo qualitativo sobre o desmame precoce, encontraram o exercício da maternidade como um fardo para as mães. Esse fardo viria em função das múltiplas funções desempenhadas por aquela, que também é esposa e mulher. Os sentimentos de dependência da criança terminam por gerar limitações e interferências significativas na vida da mulher, o que implica em sentimentos de desmotivação e contrariedade, traduzidos como impaciência, nervosismo, irritação e raiva.

A permanência da alimentação no peito se torna um problema real, principalmente, após certa idade, em torno dos dois anos, quando a mãe entende que existe algo errado, ou até passa a sofrer algum tipo de questionamento por parte de outros. Nesse caso, a rejeição da criança a outros alimentos se transforma em motivo de angústia e vira uma queixa. A **Entrevistada 4** relata, com a tonalidade de sua voz constantemente na faixa da frustração, a insistência do filho em solicitar-lhe o peito sempre:

Ele mama assim... toda hora ele quer, se for brincar é toda hora. Mas eu evito dar, levo ele para casa da avó, pra ver se a avó dá comida para ver se ele não mama. Mas tem vezes que ele come, tem vez que ele não come, é assim... Ah! Me sinto enjoada de dar mama, porque ele vai fazer dois anos, né? E mesmo assim, não tem como tirar, porque senão morre de fome. Ai eu nem sei mais o que fazer para dar comida a ele.

A ida ao médico se apresenta, então, como uma solução:

Fui ao médico. Falei a ele que ele (o filho) não queria comer nada, tudo que eu dava ele não comia, só queria mamar, mamar, mamar. Aí eu queria que passasse uma vitamina, que ele abrisse o apetite, para ele comer, para esquecer o peito. (Ent.4).

A ida ao médico se faz em cima de uma demanda já programada (passar vitamina), e não para que o pediatra diagnostique algum problema e faça sua orientação, pois já existe uma noção prévia estabelecida e a expectativa da prescrição de algum medicamento. A **Entrevistada 4**, antes da visita ao médico, já havia utilizado por automedicação outro estimulante do apetite, de outra marca. Este outro medicamento foi utilizado pela ex-sogra na filha daquela. O resultado teria sido positivo, porque a criança “teria comido”.

Naquela situação, a mãe conversou com a sogra, e dessa conversa saíra a decisão de usar o produto, criando-se uma expectativa de solução para o conflito:

Esperava que abrisse o apetite e desse vontade de ele comer as comida, comer comida ele não quer. Só quer mamar! (Ent.4).

Outro achado importante neste estudo foi a associação observada entre a saída da amamentação e o apetite das crianças: uma relação de causa-consequência. A **Entrevistada 5**, que também é agente comunitária de saúde, relata sua crença de que a amamentação exclusiva interfere na introdução de outros alimentos e relata também as opiniões de outras mães de sua área de atuação:

Sabe o que eu acho? Eu acho assim, que a criança que só mama, que só tem amamentação exclusiva, ela é ruim para comer, entendeu? Com minha filha foi assim. (...) As mães reclamam que é ruim a amamentação exclusiva para o filho comer depois. As que amamentam reclamam. E as que não amamentam já acham que os meninos já são melhores, que comem tudo, porque começa a comer logo cedo. (...) Ter dificuldade é normal né? Porque a gente sabe, acostumado há seis meses dessa forma, lógico que vai ser diferente, só que elas acham que isso fica para o resto da vida. (Ent.5).

A agente de saúde aparenta estar em um conflito de opinião, pois ao mesmo tempo em que conhece as recomendações positivas da amamentação exclusiva observa em sua própria filha, e na comunidade, uma associação positiva entre amamentação exclusiva e dificuldade para comer. Nesse ponto de vista, a amamentação exclusiva estaria atrasando a introdução do costume da alimentação, do “comer”. Assim sendo, quando os alimentos complementares fossem sendo inseridos, essa introdução tornar-se-ia problemática. A prática deixaria o filho mal-acostumado, a querer somente o peito.

Contrário a essa perspectiva estão variados estudos que sinalizam as desvantagens da introdução precoce da alimentação complementar. Segundo Monte e Giugliane (2004), apoiados em revisão bibliográfica sobre o tema, os alimentos complementares são muitas vezes, nutricionalmente, inferiores ao leite materno. A introdução precoce aumenta a morbimortalidade infantil como consequência de uma menor ingestão de fatores de proteção existente no leite materno. Ou seja, não protege o crescimento da criança tão bem quanto com a amamentação exclusiva.

Estudo realizado no Senegal com 420 crianças acompanhadas dos dois aos dez meses revelou que as que receberam alimentos complementares entre os dois e três meses tiveram um estado nutricional menos adequado que as outras crianças, baseado nos índices antropométricos estatura/idade, peso/idade, peso/estatura e circunferência do braço. A diferença manteve-se estatisticamente significativa, mesmo após ajuste para fatores socioambientais (SIMONDON; SIMONDON, 1997).

A introdução tardia de alimentos complementares, também parece ser prejudicial. Um estudo de coorte com 7.821 crianças inglesas dos seis meses aos sete anos de idade revelou que a idade da introdução dos alimentos complementares influencia a aceitação alimentar aos sete anos. No grupo de crianças em que a introdução da alimentação complementar se deu após os nove meses, encontraram-se problemas com relação à alimentação: como não ingerir

quantidade suficiente; ser muito seletivo com os alimentos; e recusar-se a comer (COULTHARD; HARRIS; EMMETT, 2009).

Seja por meio da prescrição médica ou da aquisição direta na farmácia, o acesso ao estimulante do apetite para fins de desmame se mostra extremamente problemático por suas implicações sobre a saúde infantil. Entretanto, essa prática se apresenta mediada por uma série de comportamentos com sentidos culturalmente fixados que se tornam necessários compreender no interesse da construção de estratégias que sejam efetivas para a solução do problema apontado. Estratégias que contemplem as necessidades da relação mãe-filho, atentando para as especificidades das famílias mais vulneráveis e sem suporte social adequado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As mães entrevistadas utilizaram estimulantes do apetite para modificar os hábitos dos filhos quanto à amamentação, ou para suprimi-la ou para, simplesmente, facilitar a introdução de outros alimentos.

A falta de autonomia materna por excesso de demanda pelo peito, ou receio de que a criança viesse a ter baixo apetite no futuro foram motivações apresentadas pelas mães, neste trabalho, que justificavam o uso de medicamentos estimulantes do apetite no período de amamentação.

Neste contexto é preciso que os profissionais de saúde não se limitem a enxergar apenas os aspectos biológicos, mas incluir a valorização dos fatores psicológicos e socioculturais. Sendo assim, é essencial que o profissional permita que a mulher exponha suas vivências e experiências anteriores, já que a decisão de amamentar está intimamente associada ao que ela já viveu (ARAUJO et al, 2008).

Ressalta-se que os resultados aqui apresentados são referentes a práticas maternas de um grupo pequeno e singular de um município do interior da Bahia e por isto não podem ser generalizados, mas entendidos e questionados quanto ao seu significado. Fazem-se, portanto, necessários novos estudos que esclareçam melhor as motivações do uso de estimulantes do apetite em nutrízes e a magnitude deste uso. O conhecimento destas motivações poderá auxiliar os profissionais de saúde e gestores a buscarem alternativas mais saudáveis para

auxiliar as mães que desejam, ou necessitam do desmame em situações similares, evitando os problemas que o uso de estimulantes do apetite pode causar.

REFERÊNCIAS

ANDERSON, P. O.; POCHOP, L. S.; MANOQUERRA, A. S. Adverse drug reactions in breastfed infants: Less than imagined. **Clin. Pediatr.**, New York, v. 42, n. 4, p. 325-340, May. 2003.

ARAUJO, O. D. et al . Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 61, n. 4. Ago. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 23, Saúde da Criança: nutrição infantil. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

CHAVES, R.G. **Uso de medicamentos por nutrizes em Itaúna-MG: caracterização e associação com o tempo de aleitamento materno**. Belo Horizonte. 2007. 119 p. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

COLLABORATIVE group on drug use in pregnancy. Medication during pregnancy: an intercontinental cooperative study. **Int. J. Gynaecol. Obstet.**, v. 39, p.185-196, 1992.

COULTHARD, H.; HARRIS, G.; EMMETT, P. Delayed introduction of lumpy foods to children during the complementary feeding period affects child's food acceptance and feeding at 7 years of age. **Matern. Child. Nutr.**, v. 5, n. 1, p. 75-85, 2009.

GARCIA, M. T. **Alimentação complementar e estado nutricional de crianças menores de dois anos em Acrelândia, Acre, Amazônia Ocidental Brasileira**. 2009. 127 p. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

GIL. A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

ITO, S. Drug therapy for breastfeeding women. **N. Engl. J. Med.**, v. 343, p. 118-126, 2000.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 5. ed. São Paulo: Hucitec, 1998.

MONTE, C. M. G.; GIUGLIANI, E. R. J. Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno. **Jornal de Pediatria**, v. 80, n. 5, p. 131-41, 2004.

RAMOS, C. V. ; ALMEIDA, J. A. G. Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo. **Jornal de Pediatria**, v. 79, n. 5, 2003.

SALVE, J. M.; SILVA, I. A. Representações sociais de mães sobre a introdução de alimentos complementares para lactentes. **Acta Paul Enferm.**, v. 22, n.1, p.43-48, 2009.

SIMONDON, K. B.; SIMONDON, F. Age at introduction of complementary food and physical growth from 2 to 9 months in rural Senegal. **Eur. J. Clin. Nutr.**, v. 51, p. 703-737, 1997.

TEIXEIRA, J. J. V.; LEFÈVRE, F. A prescrição medicamentosa sob a ótica do paciente idoso. **Rev. Saúde Pública**, v. 35, n. 2. p. 207-213, 2001.

WHO. World health assembly resolution. **Infant and young child nutrition**. Geneva, 2001.

ARTIGO 3

**O DESVIO DE USO NO CONSUMO DE MEDICAMENTOS ESTIMULANTES DO
APETITE**

RESUMO

Este artigo objetiva apontar as práticas e motivações de mães no uso de estimulantes de apetite em seus filhos para provocar sedação e controle comportamental. O presente estudo faz parte de um quadro de resultados retirados de uma pesquisa qualitativa maior, que tinha como objetivo investigar as razões envolvidas no consumo de medicamentos para estimular o apetite de crianças. O estudo foi realizado por meio de entrevistas semiestruturadas com 15 mães residentes de um bairro urbano de uma cidade baiana de pequeno porte. As mães selecionadas foram as que administraram em seus filhos, menores de cinco anos, medicamentos para estimular o apetite. Os dados foram analisados com base na técnica de análise de conteúdo. Cinco das quinze mães entrevistadas revelaram utilizar o medicamento para uma função diferente à proposta farmacológica do medicamento. Induzir o sono das crianças foi uma dessas intenções de uso. Fazer as crianças dormirem mais se relacionou à representação das mães sobre o que seria normal. O medicamento também encontrou uso como modificador do humor da criança, buscando a função ansiolítica. Compreende-se que os estimulantes do apetite foram administrados no propósito de servirem como instrumento disciplinador dos pais, que não conseguindo conter o comportamento dos filhos utiliza desse recurso para colocá-los em ordem.

Palavras-chave: estimulante de apetite, uso de medicamentos, crianças.

ABSTRACT

This article aims to point out the motivations and practices of mothers related to the use of appetite stimulants in children to cause sedation and behavioural control. Methodology: This study is part of a results framework elaborated from a larger qualitative study that aimed to investigate the reasons involved in appetite stimulants in children. The study was conducted through semi-structured interviews with 15 mothers living in an urban neighbourhood of a small town in the state of Bahia. The selected mothers have administered to their children under five years, drugs to stimulate appetite. Data were analysed based on the technique of content analysis. Results: five of the fifteen interviewed mothers revealed using the drug for a different function from the proposed by the pharmacological indication of the drug. Induce sleep of children was one of these intended uses. Make your child sleep more was related to the representation of what mothers think that would be normal. The drug was also used as a modifier of the child's mood, when the mothers used it seeking anxiolytic function. Conclusion: It was revealed that the appetite stimulants were administered by mothers in order to serve as a disciplinary tool, when they were not able to contain the behaviour of the children, using this feature to put them in order.

Keywords: appetite stimulants, use of medicines, children.

INTRODUÇÃO

As atuais práticas e valores envolvidos no consumo de medicamentos são reflexos do pensamento mágico sobre o poder dos medicamentos, na medida em que este é entendido como uma solução tecnológica imediata para os problemas da sociedade. Assim, se instaura uma ingênua e excessiva crença da sociedade atual na competência dos medicamentos, o que contribui para a crescente demanda de produtos farmacêuticos para qualquer tipo de transtorno, por mais banal ou auto limitado que seja (RAMOS, SILVA e ALENCAR 2010).

A alta frequência da administração de medicamentos em crianças é prática observada em vários estudos.

Na Alemanha, Du e Knopf (2009) deram destaque a automedicação em crianças. O estudo com 17.450 crianças entre zero e 17 anos revelou que 25% dos indivíduos se automedicaram na última semana, totalizando 40% de todos os medicamentos descritos na pesquisa como uso recente. Suplementos vitamínicos tiveram grande destaque, figurando como os medicamentos mais utilizados por automedicação.

Béria e colaboradores (1993) identificaram, no sul do Brasil, o consumo de algum tipo de medicamento nos 15 dias que precederam a entrevista em 56% de 4.746 crianças, com idade entre 35 e 53 meses. Weiderpass e colaboradores (1998) encontraram resultados ainda mais alarmantes em seu estudo: 65% das crianças com um mês de vida haviam utilizado medicamentos nos 15 dias pregressos. As crianças figuram como umas das faixas etárias mais vulneráveis ao uso de medicamentos, mais sujeitas também a um consumo abusivo e que, por vezes, pode ser muito precoce e indiscriminado.

A prática da automedicação traz um risco inerente em seu processo, pois há uma possibilidade maior de um uso inadequado e irracional do medicamento. Em consequência, poderão surgir efeitos indesejáveis, enfermidades iatrogênicas e mascaramento de doenças evolutivas, representando, portanto, problemas que podem e devem ser prevenidos. O risco dessa prática está correlacionado com o nível de instrução e informação dos usuários sobre medicamentos, assim como a acessibilidade destes ao sistema de saúde (ARRAIS, 1997).

Para Bricks e Leone (1996) muitos medicamentos são usados em crianças de forma não racional. Em seu próprio estudo, considerando-se, apenas, o tipo de fármaco utilizado, 26,3% do total foram classificados como de uso inadequado por serem medicamentos contraindicados para a idade da criança ou fármacos de ação duvidosa ou ineficaz.

Diversos fatores favorecem as práticas inadequadas de utilização de medicamentos por indivíduos, incluindo até mesmo sincretismos culturais, que expõem os medicamentos a usos jamais pensados por aqueles que os desenvolveram (CASTRO, 2000). Torna-se necessário, portanto, estimular estudos que esclareçam os aspectos envolvidos no desvio de utilização e os problemas dele decorrentes. Somente assim será possível discutir e propor estratégias de intervenção para promover o uso correto dos medicamentos.

É válido lembrar que qualquer prática de automedicação inscreve-se sempre no domínio da incerteza quanto a seus resultados. Logo, está sempre dentro do quadro de risco, o qual é tanto maior quanto menor a perícia de quem decide a intervenção (LOPES, 2001). O quadro teórico do artigo compreende, portanto, a automedicação como comportamento de alto risco, culturalmente negligenciado na sociedade brasileira e relacionado, tanto às necessidades de reprodução do capital, quanto a pouca prioridade dada pelo Estado brasileiro às suas políticas de saúde e educação.

Sendo assim, este artigo tem como objetivo analisar desvios de uso de estimulantes do apetite em crianças menores de cinco anos de uma comunidade rural e discutir os contextos de sua utilização nas famílias estudadas.

METODOLOGIA

O presente estudo faz parte de um quadro de resultados retirados de uma pesquisa qualitativa maior, que tinha como objetivo investigar as razões envolvidas no consumo de medicamentos para estimular o apetite de crianças.

A abordagem escolhida para o referido estudo foi a qualitativa já que segundo Queiroz e colaboradores (2007) o método qualitativo tem como foco de estudo o processo vivenciado pelo sujeito, respondendo à necessidade de compreender alguns fenômenos que a pesquisa epidemiológica com dados quantitativos não consegue alcançar. Assim, o objeto de estudo pediu uma abordagem qualitativa de forma a explorar o subjetivo e pessoal do entrevistado na sua experiência vivida.

O local escolhido para o estudo foi a área de cobertura de uma Unidade do Programa Saúde da Família (USF), em um bairro urbano periférico de um município de pequeno porte

do sertão baiano. A população cadastrada pela unidade de saúde contabilizava 657 indivíduos no período da pesquisa.

Foram entrevistadas as mães de 15 famílias da USF selecionada que forneceram volume satisfatório e devidamente saturado de informações (MINAYO, 1998).

Os sujeitos da pesquisa eram as mães que tinham recentemente administrado (180 dias) medicamentos estimulantes de apetite para crianças menores de cinco anos. A seleção foi intencional, guiada pelos agentes comunitários da área trabalhada, que já sabiam quais mães estavam administrando estes medicamentos. As mães foram informadas do objetivo e dos procedimentos da pesquisa e as que concordaram (mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) fizeram parte da pesquisa.

A coleta de dados foi realizada utilizando-se da técnica de entrevista semiestruturada, com auxílio de um roteiro de entrevista. As respostas obtidas através da linguagem falada dos entrevistados foram armazenadas por meio de um gravador eletrônico. É comum nas entrevistas, e bem-vindo, que os sujeitos pesquisados se expressem livremente sobre o tema.

Todas as entrevistas foram transcritas formando os dados qualitativos para análise. A análise deu-se com base na técnica de análise de conteúdo. Essa técnica busca sua lógica na interpretação do material textual. Esta metodologia caracteriza-se como sendo uma leitura de primeiro plano, para atingir um nível mais aprofundado, relacionando estruturas semânticas (significantes), com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados (MINAYO, 1998).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O desvio de uso foi um resultado inesperado e perturbador que emergiu do material empírico coletado sobre o uso cotidiano de medicamentos estimulantes de apetite sem prescrição médica. Das quinze mães entrevistadas sobre o uso de estimulantes de apetite em seus filhos menores de cinco anos, cinco delas revelaram utilizar o medicamento para induzir o sono das crianças e, ou, torná-las mais “calmas”, menos “agitadas”. Vale ressaltar que esta prática não se enquadra dentro do quadro de respostas esperado pelos estimulantes do apetite, nem tem sido relatado nos poucos trabalhos que falam sobre o uso desses produtos farmacêuticos em crianças (MELO; SANTOS; LIRA, 2005; POCKELS, 1994).

O desejo de fazer as crianças dormirem mais se relacionou às representações das mães sobre o que seria um “sono normal” mas, principalmente, ao efeito secundário do sono “diminuído” da criança, que era não permitir que a mãe também dormisse.

Porque me preocupava essa questão do sono, porque eu achava assim: toda criança gosta de dormir. E aí ele vai, deita e dorme, então levo pra cama. Não vai dez minutos os meninos acordam. Ai eu ficava “*não é normal isso*”, tem que ter alguma coisa pra esses meninos dormirem. Ainda mais a noite, a noite eles acordam duas a três vezes (...) O sono deles é assim, são muitos agitados até na cama. Tá dormindo e tá virando pra lá e pra cá. Fácil de dormir e fácil de acordar. Eu não entendo porque (...) A parte que mais me interessa é o sono. Nem tanto pelo apetite, que eu sei que eles comem bem. O problema é o sono que me incomoda. Porque nem eles dormem, nem eu durmo. Me incomoda essa parte. (Ent.10).

Passei a dar também pra dormir, porque é ruim pra dormir esse aí, viu?(...) Pra que durma a noite toda, assim, vá dormir umas 8 horas e acorde 6 horas. (Ent.2).

Eu dei por causa da anemia e também para abrir o apetite e para dormir. (Ent.3).

Porque ele é assim, ele é bem sapeca. Então ele é uma criança que não quer mais dormir durante o dia. Então ele tomando o Apevitin ele dorme (tom de satisfação). (Ent.5).

A satisfação materna com o resultado esperado – mais horas de sono para ela e para a criança – foi confirmada mesmo diante do questionamento, por parte do entrevistador, da possibilidade deste uso trazer algum malefício.

Menino, se isso é bom ou não eu não sei (risos). Eu sei que eu gosto do resultado, porque eu vejo ele dormindo, lá quietinho. (Ent.5).

Essa mesma mãe, que atuava como agente comunitária de saúde, revelou como as outras mães faziam uso do estimulante de apetite à base de ciproptadina.

Já tive contato com mães que davam pra criança dormir. A verdade é essa: “*ai, esse menino não dorme!*” e dava, entendeu? Eu lembro que tinha uma mãe que ela dizia assim: “*não falta Apevitin em casa, porque tem dia que não aguento*”. (Ent.5).

A intenção era aumentar as horas de sono das crianças ou fazer com que “*ficassem mais calmas*”. Este uso, que pode ser considerada também séria distorção, ou mesmo abuso, quando efetuado por um profissional do SUS, na figura da agente de saúde (**Entrevista 5**), ganha ares de normalidade, e até de “cientificidade”.

A **Entrevistada 2** relatou que certa vez administrou o dobro da dose do medicamento que costumava utilizar. Depois disso percebeu um efeito diferente.

Uma vez a gente deu duas colheres, aí ele dormiu, então a gente dava a mais pra ver se acalmava também, porque ele era muito hiperativo. (Ent.2).

Devido ao efeito sedativo descoberto, a mãe comentou que pretendia retornar ao uso do medicamento:

Eu acho que ele dormia mais. É tanto que agora eu to pensando em comprar, porque tá acordando de noite, às vezes duas vezes na noite. (Ent. 2).

Este novo efeito, então, passou a ser incluído no seu domínio de conhecimento e a busca por esse resultado tornou-se preponderante. Agora ela sabia que o mesmo estimulante de apetite poderia provocar sedação na criança.

Isto se configura como um claro desvio de uso, pois sedar não é um efeito farmacológico esperado destes medicamentos, nem seu uso em crianças saudáveis pode ser considerado algo aceitável. O quadro que se vê é de um desvio de conduta materno culturalmente sancionado pelas mães da comunidade e fora do âmbito de conhecimento e controle dos serviços de saúde, ou, informalmente, por ele sancionado.

E não só para regular o sono o medicamento foi aplicado, mas também como modificador do humor da criança, tirando dela a inquietude e o nervosismo.

Queria que ele se acalmasse mais, deixasse de ser nervoso. (Ent. 8).

Pelo que minha cunhada me explicou, disse que acalmava, que eles são muito agitados, que ia dar um sono... eles iam adormecer assim, frequentemente, eles teriam sono legal, né? Porque criança não costuma dormir bem. E os meus então... então menina tu compra, que eles vão dormir, que eles vão ficar mais calmos, eles vão ter mais disposição pras coisas. (Ent.10).

Já a **Entrevistada 8** ficou mais satisfeita com o uso de estimulante do apetite, em função do efeito sedativo observado, considerando o resultado positivo:

Até acalmou ele mais, porque ele era muito nervoso. Tudo ele chorava (risos). Era muito nervoso. (Ent. 8).

Outra mãe, a **Entrevistada 10**, ancorava-se nos efeitos que o medicamento teria feito no filho da cunhada, a mesma que indicou o medicamento para ela. O filho daquela teria um comportamento exemplar, pois:

É calmo, come bem, é uma criança bem dócil (risos), toda mãe quer (...) já é a segunda vez que ela dá ao filho dela, e o filho dela é calminho, não sei se é porque é um só, né? Mas é calmo que é uma beleza. (Ent.10).

A mãe, portanto, parece visualizar o medicamento como uma solução que a outra mãe tem conhecimento, uma solução que está ao seu alcance e foi experimentada por uma pessoa próxima ao seu círculo familiar. Projeta nos seus próprios filhos o comportamento do filho da sua conhecida, que é visto com naturalidade e aparente desejo.

É possível também compreender o uso do medicamento como instrumento disciplinador dos pais, que não conseguindo conter o comportamento dos filhos utiliza desses recursos para colocá-los em ordem.

O medicamento é encarado como um transformador e educador da criança. Como indutor do sono, atua no Sistema Nervoso Central – local de ação do anti-histamínico, classe dos estimulantes do apetite – mas também na volição e atividade, funções que terminam afetadas pelo efeito inibidor desta classe de medicamentos. Assim, a criança se adaptaria aos

desejos da mãe, atingindo o comportamento desejado, como mesmo classificou a mãe da **Entrevistada 2** quanto à intenção de usar o medicamento: “*melhorar a criança*”.

Estudo qualitativo com entrevista em profundidade com 40 pais de crianças menores de cinco anos notou o uso de medicamentos de venda livre para alterar o comportamento de crianças (ALLOTEY; REIDPATH; ELISHA, 2004). Mães descreveram usar medicamentos anti-histamínicos na solução do mau humor ou comportamento antissocial dos seus filhos. O uso para fazer as crianças dormirem também foi descrito. As justificativas usadas pelas mães eram de que a criança era incapaz de dormir; deveria dormir para se sentir melhor; melhorar o seu comportamento; ou para quebrar o ciclo de uma criança com maus hábitos de sono.

Na observação de Allotey, Reidpath, Elisha (2004) os medicamentos surgiam como uma estratégia alternativa de apoio, já que quando as mães iam ao médico, este não as compreendiam em suas inquietações e dificuldades na lida com a criança. As mães interpretavam a posição do médico como acusadora: a “mãe neurótica” que não sabia lidar com o próprio filho. Sendo assim, recorriam à automedicação.

É fácil explicar os efeitos observados pelas mães desta pesquisa. O que ocorre é que a sonolência é um efeito colateral esperado dos estimulantes do apetite que contém ciproptadina, o princípio ativo mais comum encontrado nas formulações desse produto e usado por dez das 15 famílias. A ciproptadina é um anti-histamínico de primeira geração. Fármacos desse grupo farmacológico têm grande facilidade para atravessarem a barreira hematoencefálica e agirem no Sistema Nervoso Central (mesmo não sendo seu campo de atuação desejável) causando o efeito colateral da sedação (ROCHA JÚNIOR, 2006).

O estimulante do apetite pode ajudar a criança a comer mais e até a ganhar o peso desejado. Trabalhos não questionam essa função. Mas e quando o objetivo é usar o medicamento como sedativo? Após a suspensão do uso pode ser que o comportamento que a mãe refere-se como ruim, continue a se repetir. Há um risco então de repetição de uso de um produto que já apresenta uma utilidade equivocada:

Ele dormia a tarde toda, quando chegava o horário de ele dormir, ele dormia a noite toda. E agora que eu parei de dar voltou tudo de novo. (Ent.8).

Na descrição acima se encontra, novamente, uma potencialidade de desvio de uso. O resultado negativo encontrado pela mãe na suspensão do medicamento pode representar um motivador para o risco de cronicidade na utilização do produto.

É preciso lembrar que algumas preocupações dos pais em relação ao sono de seus filhos podem advir do desconhecimento do que é normal em cada faixa etária. Um sono de boa qualidade depende, além da integridade estrutural e funcional das estruturas neurais, do estado geral de saúde da criança e da capacidade dos pais em disciplinar adequadamente o processo de adormecer (MADEIRA; AQUINO, 2003). Mas também se devem observar as diferenças constitucionais de cada criança. Em uma sociedade fundada sobre a rejeição à diversidade, sobre a intolerância com as diferenças, a busca de um padrão estreito de normalidade pode trazer consequências ainda muito desconhecidas.

Parte da naturalidade observada no comportamento da sedação em crianças normais pode ser creditada à ideia de que os medicamentos utilizados não ofereciam risco à saúde dos seus filhos.

É possível compreender a escolha pela automedicação, observando as respostas do grupo populacional ao quais as mães desta pesquisa fazem parte. Para elas, não seria necessário levar ao pediatra para a indicação medicamentosa. O uso do medicamento se mostra seguro, já atestado pelo testemunho do uso de outras mães, próximas a elas. Mães que deram o medicamento e indicaram: “*nenhuma criança adoecia, não tinha nada, ai a gente dava, também por isso*” (Ent 2), justificou uma das entrevistadas.

A identificação do risco da prática da automedicação pelo indivíduo vai depender de alguns fatores. Para Lopes (2001) por mais que os indivíduos relatem reconhecer os riscos atribuídos à prática da automedicação, essa ideia de risco relativiza-se quando os inquiridos são situados na automedicação circunscrita a medicamentos conhecidos. Certamente, por se tratar de domínios sobre os quais os indivíduos consideram ter algum controle cognitivo ou prático, situação que a autora classificou de efeito de *familiaridade social* com o objeto, no caso o medicamento.

A displicência quanto ao risco, ou o mero desconhecimento, é notado nas entrevistas na relação que ela faz com o seu dia-a-dia. E na forma que se refere a ele, o produto. Mesmo quando perguntado se o medicamento trazia malefícios ou riscos, essas consequências eram ignoradas pelas mães. Não havia problemas no seu uso. Essa conclusão foi apresentada por

uma das mães com uma lógica própria que chama a atenção. Para a questão se os medicamentos podiam apresentar algum malefício ou problema, a resposta foi:

Eu acho que não. Esses remédios não causam não. Mesmo até porque ele é feito para criança. (Ent.3).

Portanto, na visão da mãe, se o medicamento é pediátrico ele já foi classificado para o uso em crianças. Há o que parece, implícito nesta opinião, talvez uma confiança depositada na indústria farmacêutica.

Estudo de Almeida, Castro e Caldas (2011) acerca da percepção de risco no uso de medicamentos encontrou que as vitaminas eram a classe medicamentosa que mais usuários classificavam como segura quanto ao consumo (não fazem mal a saúde).

Os estimulantes de apetite e polivitamínicos ainda estão inseridos dentro de um contexto onde os medicamentos possuem um status de símbolo de saúde, representando a materialização do desejado “completo bem-estar”. Para os consumidores, medicamentos constituem-se de substâncias farmacológicas e simbolicamente potentes (LEITE; VASCONCELLOS, 2009).

Na infância, os riscos são potencialmente maiores, pois como lembra Leite e Vasconcellos (2009), nesta fase os infantes estão em um estágio de desenvolvimento onde o organismo está sofrendo alterações sendo, potencialmente, mais sensíveis a iatrogenias. Além de que, muitos medicamentos não têm sua segurança comprovada para as faixas etárias até 5 anos.

Um risco que pode ocorrer com o controle farmacológico do comportamento pretensamente indisciplinado (porque não é certo que haja algum problema fisiológico com as crianças do estudo, pelo contrário, tudo indica que eram normais) é que ele pode interferir com a capacidade da criança de aprender, através dos conflitos, as regras normais de interação social e os limites interpessoais. Por outro lado, a vitalidade da criança, a aquisição de habilidades psicomotoras passa por uma inquietação que deve ser bem-vinda, e não vista como algo patológico. No entanto, a curiosidade, a atividade natural das crianças pode se tornar um problema difícil para a convivência cotidiana quando os espaços residenciais são pequenos e não existem equipamentos comunitários seguros. Nestas situações, a tentação para a limitação artificial da atividade infantil pode ser grande.

Além disso, há um risco de que as crianças colocando medicamentos em sua vida em uma idade precoce aprendam que a solução para os problemas é, provavelmente, medicamentoso (ALLOTEY; REIDPATH; ELISHA, 2004). A questão da medicalização e da “psiquiatrização” da sociedade surge como um determinante social inserido dentro de um ciclo de retroalimentação de modo a incrementar e facilitar o acesso às drogas lícitas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreende-se que os estimulantes do apetite foram administrados na intenção de alterar o sono das crianças e mudarem o humor das crianças, para que elas se tornassem mais calmas ou disciplinadas. Os medicamentos serviram como instrumento disciplinador utilizado pelos pais, que não conseguindo conter o comportamento dos filhos apelaram para esse recurso.

Esse uso era acompanhado da concepção de que o medicamento era um produto tecnológico seguro e confiável, oferecendo, portanto, na visão materna, poucos os riscos na sua administração.

É preocupante tal uso ao se considerar que os medicamentos estimulantes de apetite foram usados buscando-se um efeito que não estava dentro da indicação médica, não sendo, portanto, possível assegurar quais manejos estariam envolvidos na administração do medicamento.

A pesquisa também pretende contribuir para chamar a atenção acerca do desconhecimento sobre as práticas de administração de medicamentos em crianças, sobretudo quando se faz por automedicação. É preciso considerar a importância da qualidade da orientação que a equipe de saúde oferece aos pais sobre o uso de medicamentos.

As conclusões deste estudo tornam-se relevantes para o direcionamento das ações de saúde, lembrando que é necessário o reconhecimento, por parte dos profissionais de saúde, das subjetividades e dos aspectos simbólicos que envolvem a alimentação da criança. Esse entendimento propicia maior proximidade com as mães, maior capacidade de orientá-las sobre o comportamento infantil, ajudando, conseqüentemente, no trato infantil e na condução de escolhas racionais, seguras e saudáveis para o cuidado materno cotidiano.

REFERÊNCIAS

- ALLOTEY, P.; REIDPATH, D. D.; ELISHA, D. “Social Medication” and the Control of Children: A Qualitative Study of Over-the-Counter Medication Among Australian Children. **Pediatrics**, v. 114, n. 3, Set. 2004.
- ALMEIDA, M. R.; CASTRO, L. L. C.; CALDAS, E. D. Conhecimentos, práticas e percepção de risco do uso de medicamentos no Distrito Federal. **Rev. Ciênc. Farm. Básica Apl.**, v. 32, n. 2, p. 225-232, 2011.
- ARRAIS, P.S. D et al. Perfil da automedicação no Brasil. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 31, n. 1, p. 71-77, Fev. 1997.
- BÉRIA, J. U. et al. Epidemiologia do consumo de medicamentos em crianças de centro urbano da região sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 95-104, 1993.
- BRICKS, L. F.; LEONE, C. Utilização de medicamentos por crianças atendidas em creches. **Rev. Saúde Pública.**, v. 30, n.6, 1996.
- CASTRO, C. G. S. O. **Estudos de utilização de medicamentos: noções básicas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.
- DU, Y.; KNOPF, H. Self-medication among children and adolescents in Germany: results of the National Health Survey for Children and Adolescents (KIGGS). **Br. J. Clin. Pharmacol.**, v. 68, n. 4, p.599–608, out. 2009.
- LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. P. C. Medicamentos e outros recursos utilizados no enfrentamento das doenças infantis no cotidiano familiar: estudo qualitativo. **Latin American Journal of Pharmacy**, v. 28, n. 6, p. 835-842, 2009.
- LOPES, N. M. Automedicação: algumas reflexões sociológicas. **Sociologia, problemas e práticas**, Lisboa, n. 37, p.141-165, 2001
- MADEIRA, I. R.; AQUINO, L. A. Problemas de abordagem difícil: “não come” e “não dorme”. **J Pediatr.**, Rio Janeiro, v. 79, p. 43-54, 2003.
- MELO, M.F.G; SANTOS, L.M.P; LIRA, P.I.C. Uso de suplementos vitamínicos e/ou minerais por crianças menores de seis meses no interior do estado de Pernambuco. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v.5, n.3, jul./set. 2005.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 5. ed. São Paulo: Hucitec, 1998.
- POCKELS, R. et al. Uso de estimulantes del apetito en la población infantil. **Arch. domin. Pediatr.**, v.30, n.2, p.30-32, 1994.

QUEIROZ, D. T. et al. Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. **Revista de enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p. 276-83, abr./jun. 2007.

RAMOS D. C.; SILVA T. O.; ALENCAR, B. R. Análise da prática do estoque domiciliar de medicamentos em um município do Estado da Bahia. **Infarma**, Brasília, v. 22, n. 9/10, 2010.

ROCHA JÚNIOR, M. A. Histamina e anti-histamínicos. In: SILVA, P. **Farmacologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. cap 56.

WEIDERPASS, E. et al. Epidemiologia do consumo de medicamentos no primeiro trimestre de vida em centro urbano do Sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 335-344, 1998.

ARTIGO 4

**AUTOMEDICAÇÃO NA ESTIMULAÇÃO DO APETITE EM CRIANÇAS:
REPRESENTAÇÕES E PRÁTICAS**

RESUMO

Este estudo investiga as práticas de automedicação dos medicamentos estimulantes do apetite, buscando conhecer os mecanismos para este consumo e as relações construídas pelas mães com o medicamento. O estudo foi realizado por meio de entrevistas semiestruturadas com 15 mães residentes de um bairro de uma cidade baiana de pequeno porte. As mães selecionadas foram as que administraram em seus filhos, menores de cinco anos, medicamentos para estimular o apetite. Os dados foram analisados com base na técnica de análise de conteúdo. O consumo de medicamentos estimulantes do apetite por automedicação foi bem presente nas famílias pesquisadas. A indicação para o uso dos produtos comumente vinham de pessoas próximas às famílias; outras mães que já haviam utilizado o produto serviam de referência para a segurança e eficácia do medicamento. O medicamento era consumido de forma precoce e sem preocupação das mães quanto à idade da criança. A automedicação revela-se neste estudo como uma opção frequente e natural para as mães, não sendo medidos os riscos no uso desses medicamentos.

Palavras-chave: Uso de medicamentos, automedicação, alimentação infantil.

ABSTRACT

This study investigates the practical of self-medication with appetite stimulators, aiming to elucidate the mechanisms of this consume and the relations built by the mothers with this kind of medicine. This study was developed using semi-structured interviews with 15 mothers residentes of a neighbourhood in a small-sized city in Bahia. The selected mothers were the ones who have used medicines to stimulate appetite in their under five years old children. The date were analysed based on the content analysis technique. The use of appetite stimulants medicines as self-medication was very present in the surveyed families. The indication for using these products commonly came from people close to the family and other mothers who had used the product served as a reference for safety and efficacy. The appetite stimulant was used early and without any concern about child's age. Self-medication was revealed in this study as a frequent and natural choice for mothers, and the risks are not being measured by them.

Keywords: Use of medicines, self-medication, child nutrition

INTRODUÇÃO

É rotina nos consultórios de pediatria mães queixando-se que seus filhos não comem, ou que só comem guloseimas. Tais queixas são, muitas vezes, o motivo da consulta pediátrica. Os lamentos geralmente envolvem a seletividade alimentar da criança, discriminando que a mesma “come apenas alguns alimentos”, “não gosta de provar nada diferente”. Os pais habitualmente apontam que os filhos se alimentam menos do que em períodos passados e comparam essa ingestão com a de outras crianças. Também pedem a prescrição de medicamentos ou orientações dietéticas restaurativas (KACHANI et al, 2005; POCKELS et al, 1994).

A crença dos pais de que as crianças são incapazes de regular a ingestão e a observação da recusa alimentar deixam os pais angustiados, gerando conflitos manifestados por sentimentos de culpa, incompetência e frustração. Daí decorre o emprego de estratégias coercitivas de controle da alimentação da criança (KACHANI et al, 2005; CERRO et al, 2002). Destas estratégias, pode fazer parte a administração de estimulantes de apetite em crianças.

As crianças figuram, junto com a população idosa, nos grupos populacionais mais vulneráveis ao uso de medicamentos, mais sujeitas também a um consumo abusivo. Esse alto uso preocupa, pois muitas vezes ele é indiscriminado.

Santos (2008), em sua pesquisa, evidencia como o consumo de medicamento em crianças é frequente. Das 1.382 crianças analisadas em seu trabalho, 663 (48%) haviam consumido pelo menos um medicamento nos últimos 15 dias. Estudos de Weiderpass e colaboradores (1998) e de Bricks e Leone (1996) ainda ressaltam a precocidade desse consumo.

O uso de medicamentos em crianças fica mais bem compreendido ao se observar o poder dos medicamentos na sociedade. Os medicamentos figuram atualmente como o insumo terapêutico mais massivamente empregado. Prescrever, dispensar ou simplesmente utilizar se converteu, tanto para os profissionais de saúde como para a população, em práticas sociais frequentes e naturalizadas (PERETTA e CICCIA, 2000). Dessa forma o medicamento tornou-se um símbolo, onde na interpretação da sociedade consumista do século XXI a sua aquisição passou a significar a obtenção de saúde (RAMOS, SILVA e ALENCAR, 2010).

Assim se instaura uma ingênua e excessiva crença da sociedade atual na competência dos medicamentos, o que contribui para a crescente demanda de produtos farmacêuticos para qualquer tipo de transtorno, por mais banal ou auto limitado que seja. Esse modo de ver tornou a automedicação um comportamento ditame no consumo de medicamentos (RAMOS, SILVA e ALENCAR, 2010).

Estudo sobre consumo de estimulantes de apetite em crianças apontou que de 300 mães, 54% delas assumiram já ter usado em seus filhos. Em 22% dos casos a indicação veio de amigos e familiares. Quase metade (45%) das crianças que usaram tinha até quatro anos de idade (POCKELS et al, 1994).

O uso de estimulantes de apetite é encontrado até mesmo em crianças menores de seis meses de idade. Idade em que deveriam somente estar em uso do leite materno. Melo, Santos e Lira (2005) em estudo de coorte com 399 crianças, acompanhando-as do nascimento até os seis meses de idade encontrou nessa população uso de estimulantes de apetite em aproximadamente 4,5%.

É inegável que a prática da automedicação deve ser vista como um fenômeno complexo, que envolve uma série de fatores como causadores. Pachelli (2003), por exemplo, enumera algumas destas causas que justificam a prática exacerbada no Brasil: a legislação que regula o medicamento de venda livre; as práticas comerciais do varejo farmacêutico; o acesso restrito da população aos sistemas de saúde e a relação entre o medicamento e os meios de comunicação em massa.

Trabalhos qualitativos sobre a prática de automedicação no Brasil são muito escassos. Um dos poucos estudos é o de Naves e colaboradores (2010). Utilizando a metodologia de grupo focal os pesquisadores investigaram os usuários de um centro de referência no tratamento DST/AIDS a respeito de suas motivações para a automedicação. A insatisfação com o atendimento recebido nos serviços de saúde era o principal motivo. A automedicação era justificada pela má qualidade e a demora no atendimento no sistema de saúde, com longo tempo de espera e filas. Havia nos entrevistados uma insatisfação com a qualidade do atendimento na rede pública, classificado por eles como rápido, superficial e impessoal.

Não é possível, ainda, discutir esta automedicação sem trazer à pauta a discussão sobre o “fetichismo da mercadoria” e a forma como ele opera, substituindo o todo pela parte. O medicamento, assim, se transforma na saúde como um todo, no bem-estar. Processo estranho, cheio de sutilezas metafísicas e angústias teológicas, mas ampliado pelas estratégias

mercadológicas que estimulam o consumo de insumos médicos e farmacológicos (NASCIMENTO, 2005).

A partir de motivações diversas para o uso de estimulantes de apetite, este estudo objetivou conhecer as práticas de automedicação desses produtos, os mecanismos envolvidos neste consumo e compreender as relações desenvolvidas pelas mães com os medicamentos.

Estudos como este auxiliam a verificar o entendimento dos indivíduos acerca dos medicamentos, contribuindo para o entendimento sobre a forma e o contexto de utilização dos medicamentos na sociedade. Somente assim, será possível discutir e propor estratégias de intervenção para promover o uso racional dos medicamentos.

METODOLOGIA

O correto trabalho com o objeto deste estudo envolve a necessidade de se compreender fenômenos dentro de um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes. Sendo assim a abordagem qualitativa torna-se a mais indicada para alcançar os objetivos, atendendo a dimensão necessária que a pesquisa exige.

Como suporte teórico foi utilizado a teoria das Representações Sociais, estabelecida pelo psicólogo Serge Moscovici. Esta teoria permite responder as questões que tratam de conhecimentos, crenças e valores (significação que as mães fazem do medicamento e da alimentação infantil) e como isso acaba por reverberar nas atitudes dos indivíduos (atitude de administração dos estimulantes de apetite).

No processo de ancoragem a neutralidade é uma ilusão, pela própria lógica do sistema, onde cada objeto e ser devem possuir um valor positivo ou negativo, em uma escala hierárquica (MOSCOVICI, 2005). O uso de estimulantes de apetite em crianças foi analisado enquanto processo social onde se poderá identificar a ocorrência deste procedimento.

O Estudo foi realizado na área urbana de um município de pequeno porte, no estado da Bahia. A área urbana em questão foi a área de cobertura de uma Unidade de Saúde da Família (USF) localizada em um bairro desta cidade.

O quantitativo de sujeitos desta pesquisa foi de 15 mulheres. Permitiu-se definir esse número durante a coleta de dados, e não durante o planejamento da pesquisa, ou com cálculos de amostra, como é de hábito em pesquisas de abordagem quantitativa. Para alcançar o valor

foi necessário ao pesquisador ficar atento à coleta de dados e decidir um número satisfatório quando notasse a saturação do material recolhido, com volume satisfatório de informações e uma tendência à repetição das mesmas. Essa concepção está de acordo com o argumento de Minayo (1998), que considera que uma amostra ideal em uma pesquisa qualitativa é aquela capaz de refletir a totalidade nas suas múltiplas dimensões.

Foram incluídas na pesquisa as mães que recentemente administraram (180 dias) medicamentos estimulantes de apetite para crianças menores de cinco anos, ou medicamentos com a intenção de alterar o apetite do filho, sendo a seleção dos sujeitos do tipo intencional, com auxílio dos agentes comunitários da área na indicação das famílias da localidade que se encontram nessa situação. As mães (que responderam afirmativamente) foram informadas do objetivo e dos procedimentos da pesquisa e as que concordaram (mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) fizeram parte da pesquisa.

A coleta de dados foi realizada utilizando-se da técnica de entrevista semiestruturada. Para a entrevista semiestruturada foi aplicado um roteiro de entrevista cujas respostas obtidas através da linguagem falada dos entrevistados foram armazenadas por meio de um gravador eletrônico.

A técnica de análise de conteúdo foi empregada na análise dos dados coletados. A técnica é apropriada para a interpretação de materiais de caráter qualitativo, por conterem conteúdos relativamente cifrados. Como Minayo (1998) explica, essa metodologia caracteriza-se como sendo uma leitura de primeiro plano, para atingir um nível mais aprofundado, relacionando estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados.

Concordando com o pensamento de Jodelet (2001), as Representações Sociais foram analisadas articulando elementos afetivos, mentais e sociais, integrando a cognição, a linguagem e a comunicação às relações sociais que afetam estas representações. A representação que relaciona o sujeito com o objeto deve ser devidamente identificada em comportamentos e comunicações que de fato ocorram.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As mães investigadas neste trabalho prezavam que os seus filhos comessem mais do que estavam comendo. Que não rejeitassem a comida oferecida, que aceitassem a comida que elas disponibilizavam para eles. O desejo de que sua criança comesse mais, em algumas vezes, induzia ao julgamento, por parte da mãe, de que a criança não estava comendo adequadamente. A recusa era mal tolerada. As crianças eram descritas como resistentes ao ato de comer gerando reprovação da mãe.

O desenho do cenário relatado acima motivava o uso dos medicamentos estimulantes de apetite, prática observada neste trabalho.

O uso dos medicamentos não se restringia apenas à insatisfação no quantitativo que a criança ingeria. Algumas entrevistadas relataram que o apetite dos filhos era normal. Porém, estas mães soma-se a frustração contida no perfil alimentar da criança, no que tange ao qualitativo. Para as mães a questão nutricional tornava-se uma questão não atendida. Havia a concepção do que eram os alimentos nutricionalmente melhores. Porém estes alimentos não eram, habitualmente, preferência dos seus filhos.

Se a preferência das crianças não agrada as genitoras é preciso uma forma de alterar essa seleção. Ao medicamento, é atribuída a propriedade de mudar o gosto do filho pelos alimentos. Em sua significação o aumento da fome, causado pelo medicamento, poderia vencer a resistência da criança em ingerir todos os alimentos sugeridos e desejados pela mãe.

Dentro desta pesquisa cabe conhecer as portas de acesso aos medicamentos objetos desse estudo. Como ficaram conhecendo o produto? Que rol de informações a mãe explorou e quem foram os agentes fomentadores para o uso?

Foi então observado, que a experiência de outros indivíduos se apresentou como a principal referência para o uso do medicamento: parentes próximos, amigos e vizinhos teriam indicado os produtos farmacêuticos. A visita ao médico não foi, portanto, para as mães desta pesquisa, atitude necessária para começar a usar os estimulantes de apetite. Dentro da justificativa para o uso foi extremamente comum às mães exporem que alguém próximo a elas já tinha usado o mesmo produto.

As explanações das mães consistiam em descrever um uso generalizado do produto por outras mães próximas a elas. A ideia é de que se o uso é comum, compartilhado por outras

mães, esse produto farmacêutico faz parte do universo de cuidado com os filhos, logo uma prática validada pela experiência.

Assim, um monte de gente aí já deu as crianças. (Ent.2).

Sempre que as mães dão, aí disse que a criança se deu bem. (Ent.3).

Quando perguntadas como ficaram sabendo do medicamento as respondiam transitavam quase sempre pelo aconselhamento de terceiros:

Minha avó que me indicou. Ela me mandou comprar e que fosse bom que eu continuasse dando a eles. (Ent.6).

Eu praticamente não sei nada (sobre o medicamento), é mais por indicação. Ela me falou que era bom eu fui lá e comprei. (Ent. 1).

Tem um cunhado meu que também tem um filho, de mesma idade. Ele que indicou (...) *“Ah! A pediatra me disse pra dar Propan, aí eu comprei. Ganhou até peso também. Compre pro seu filho também”*. (Ent. 15).

Tava assim sem querer comer nada. Aí o povo fala que é bom dar uma vitamina, né? Um estimulante (...) Foi minha irmã que me indicou. *“Ah! Dá uma vitamina a ele”*. Que a filha dela teve o mesmo problema. Aí deu esse remédio e melhorou bastante. (Ent.14).

A representação social das mães sobre a falta de apetite das crianças, sobre o comportamento do “não comer”, deposita no medicamento a solução para o problema. Essa resolução é socialmente compartilhada, formando um pensamento coletivo que converge para o uso dos medicamentos para estimular/restaurar o apetite das crianças.

Este direcionamento, quando chega de forma testada em filhos alheios, dá segurança às mães para que reproduzam a prática em seus filhos.

A tia do meu esposo, ela sempre deu para o filho dela. Ela disse que ele sempre teve problema de não comer e ela sempre deu e disse que era bom. Ai passou pra mim, me explicou como era. (Ent.3).

O uso do medicamento, assim, se mostra seguro, já atestado pelo testemunho do uso de outras mães próximas a elas. Mães que deram o medicamento e o indicaram. A **Ent. 2**, inclusive, justificou desse modo a inocuidade do uso sem prescrição médica: “*nenhuma criança adoecia, não tinha nada, aí a gente dava também por isso*”.

A prática da automedicação é socialmente partilhada e construída através das indicações do produto por outras mães, sendo a percepção do risco diminuída com a partilha positiva da experiência daquela que indica.

A procura direta na farmácia também foi uma opção. Para adquirir bastava solicitar uma indicação de qual tipo de produto desejar. O objetivo da **Entrevistada 9** quando foi à farmácia era adquirir um produto que estimulasse o apetite de seu filho. Foi então atendida, saindo do estabelecimento com um polivitamínico, um produto que não possuía em sua formulação princípios ativos considerados estimulantes. Mesmo assim, chamando-o de “vitamina” a mãe administrou o medicamento. O fato de seu filho ter apenas nove meses no período da compra não foi empecilho para a venda.

Vê-se, nesta pesquisa, como a automedicação teve papel importante no cuidado com o filho quando havia queixa de má alimentação, sendo recorrente modalidade de consumo. As entrevistas puderam contabilizar 25 medicamentos. Em 14, a escolha partiu sem comunicação com o médico, dentro de sete famílias diferentes.

Geralmente, quando a escolha do medicamento ocorre por automedicação, quando não há no processo uma indicação de um profissional prescritor, as ações que se esperam do medicamento vão cair sempre na esfera da representação que as mães fizeram dele. Seja essa formação trabalhada pela publicidade de medicamentos, ou seja, pelo aconselhamento de outras pessoas.

A publicidade torna-se um mecanismo eficaz para produzir o consumo por atuar em um processo de construção de símbolos que se encontram, em grande medida, alinhados com as crenças, valores e anseios vivenciados no imaginário social. O resultado é a sua capacidade de intervir na subjetividade coletiva, influenciando modos de vida quase sempre escorados no consumo de mercadorias (NASCIMENTO, 2003).

Pois, para o consumidor leigo, que não tem ideia de como o medicamento funciona no organismo, esta mercadoria expressa uma possibilidade mágica que a ciência, por intermédio da tecnologia, tornou acessível (LEFÈVRE, 1991).

A mãe, ao dar o medicamento pela primeira vez, tem uma expectativa de resultado que está afinada sempre com o seu desejo:

Eu queria que desse mais apetite a essas criaturas. Que comesse de tudo. Comesse agora e depois pedia mais e merendava de novo. (Ent.6).

Quando o resultado alcançado é positivo, elas podem incorporar essa ferramenta de cuidado ao seu núcleo de habilidades maternas, passando a ser uma opção em outras necessidades ou outros cuidados: “*Se eu tivesse outro filho daria de novo*” (Ent.7)

Existe uma credulidade na síntese química, no produto farmacêutico, que se verifica na exacerbação do papel a ser cumprido por este nos processos de saúde, o que pode entendido como “fetichismo da mercadoria”. O medicamento passa então a incorporar uma série de expectativas e representações que se relacionam a vários fatores, exemplo da confiança depositada em quem faz a prescrição ou o valor atribuído à eficiência científica e tecnológica (SCHENKEL, 1991).

Muitos estudos apontam a automedicação como uma opção frequente das mães para o uso de medicamentos nos seus filhos (PEREIRA et al, 2007; BECKHAUSER et al, 2010). No estudo de Beckhauser e colaboradores (2010), o fator mais justificado pelas mães para optarem pela automedicação foi a questão da praticidade (88% dos casos). Era mais prático ir à farmácia adquirir o medicamento do que marcar uma consulta com o médico para a mesma finalidade. A insatisfação com o atendimento recebido nos serviços de saúde e sua relação com a automedicação já é conhecida (NAVES et al, 2010).

A decisão para usar os medicamentos em seus filhos é orientada também por aspectos emocionais. As mães se guiam por uma sensação de que os seus filhos precisam de algum medicamento, de “alguma coisa”. Essa sensação elas chamam de “intuição de mãe” (ALLOTEY; REIDPATH; ELISHA, 2004).

É inegável no grupo estudado o posto da automedicação como uma opção importante e recorrente de direcionamento de consumo. Mas é preciso, porém, pontuar que alguns medicamentos foram prescritos. Dos casos em que o uso do medicamento foi precedido por uma prescrição, em quase totalidade houve a solicitação da mãe para a prescrição.

Eu fui ao pediatra para dá algum remédio para ele ter mais fome. Pedi a ele para passar. (Ent. 9).

Eu fiquei sabendo por intermédio da médica, que ela fez uns exames, eu achei até estranho, fazer uns exames e não dar nada. (...) Ai eu disse a ela: já que não deu nada, pelo menos a senhora passe uma vitamina. Ai foi essa aqui que ela me indicou. (Ent. 13).

A procura do médico pode, porém, representar apenas um ofício de buscar a legitimação de uma escolha própria, já feita antes do consultório. Essa informação chega advinda de outras pessoas, da publicidade de medicamentos, ou até mesmo da internet. A **entrevista 7** relata a facilidade de encontrar informações na rede mundial de computadores:

Pesquisei na internet. Eu coloquei: criança está com falta de apetite. Aí logo de imediato aparecem vários medicamentos. Ai eles dão logo a informação. Porque inclusive tem vários sites de criança. Ai você coloca a idade do bebê e ele logo aparece. (Ent. 7).

De posse da informação a mãe busca em seguida o referendo médico, a confirmação da sua escolha:

O site orienta o que é preciso. Aí por conta disso eu fui ao médico. Na verdade os médicos eles não estimulam, não. A gente que pede. Ele disse “*é necessário mesmo?*” Aí eu disse: “*é sim!*”. (...) Colegas conversando, comentaram: “*Ah fulana! Eu já fiz isso pela internet*”. Mas aí eu não quis só pela internet, eu pesquisei primeiro na internet e depois fui ao médico. Para ver se poderia mesmo, ou não. (Ent.7).

A prescrição de um médico sinaliza a escolha acertada. Agora o individuo sabe qual a escolha da medicina para o quadro clínico do seu filho. As informações, antes exclusivas do médico, passam a ser de sua apropriação. Dotado desta certificação médica ela, a mãe, passa a repetir o mesmo medicamento enquanto julgar necessário, entrando na prática da automedicação:

Foi passada a primeira vez pelo pediatra. E aí, quando ele fica ruim pra comer, eu sei que é bom, aí eu dou. (Ent. 5).

As mães também se apropriam da informação adquirida e fazem da sua experiência com o uso uma fonte de disseminação cultural. O que ela aprende como mãe ela ensina as outras mães. Ao mesmo tempo em que elas se aproveitam de uma representação criada acerca do medicamento e tiram dela a sugestão para o uso, elas também são agentes criadores e perpetuadores dessa prática e das representações sociais que a acompanham. Assim o fazem quando adotam a postura de indicar o medicamento para outras mães:

Indicaria e já indiquei. Tudo que a gente aprende a gente ensina. (Ent.1).

Indicaria. Por questão que eu achei que foi legal para minha filha. Indicaria numa boa. (Ent. 7).

Indiquei para minha irmã, para o filho dela. Falei que o medicamento era bom, que o medicamento era ótimo. (Ent. 11).

O comportamento adotado é o de compartilhamento desse conhecimento, perpetuando a prática da automedicação. Outros estudos mostram esse comportamento. Almeida, Castro e Caldas (2011) em estudo transversal, com 997 participantes, sobre conhecimento e práticas no consumo de medicamentos, encontraram que 64% dos entrevistados admitiam indicar medicamentos para outras pessoas.

Para a teoria das Representações Sociais a interação social gera necessariamente a comunicação, e a comunicação gera necessariamente Representações Sociais. Quando as mães se comunicam e compartilham a sua experiência indicando os produtos usados para outras mães, dentro do seu grupo de alcance, acabam por construir representações sociais acerca destes produtos farmacêuticos dentro de um universo consensual.

DANDO NOME AO MEDICAMENTO

Convidativo à análise trabalhar como as mães se referiam aos medicamentos. Que nomes atribuíam a ele, como o chamavam. Moscovici (2005) nos explica que no processo de formação da representação social a ancoragem é uma etapa fundamental, momento onde se

classifica e dá-se nome a alguma coisa. Pois coisas que não são classificadas e não possuem nome são estranhas e ameaçadoras.

Nós experimentamos uma resistência, um distanciamento, quando não somos capazes de avaliar algo, de descrevê-lo a nós mesmos ou a outras pessoas. O primeiro passo para superar essa resistência, em direção à conciliação de um objeto ou pessoa, acontece quando nós somos capazes de colocar esse objeto ou pessoa em uma determinada categoria, de rotulá-la com um nome conhecido. (MOSCOVICI, 2005, p. 62).

Assim, as mães passam a nomear esses medicamentos, que promovem a restauração da energia de comer, da saúde desejada e do ganho de peso, como “vitaminas”. Na Tabela 2, figuram extratos de falas das mães nomeando os estimulantes do apetite como vitaminas.

Tabela 2. Referências ao uso de estimulantes por meio do termo Vitamina.

Sujeitos	Extratos
Entrevistada 4	“Aí eu queria que passasse uma vitamina, que ele abrisse o apetite, pra ele comer, pra esquecer o peito (...). A gente que chegou a um acordo para dar uma vitamina a ele, porque ele não comia nada (...). Aí passou umas vitaminas pra abrir o apetite, mas até agora nada.”
Entrevistada 6	“Aí eu dei a vitamina a eles e não adiantou nada. Em nenhum dos dois abriu o apetite.”
Entrevistada 8	“Ele veio melhorar agora depois dessa segunda vitamina (...) ele veio melhorar mais, depois dessa vitamina.”
Entrevistada 9	“Assim, antes da vitamina ele não estava comendo praticamente nada.”
Entrevistada 10	“Eu comecei com um ano, mas como a vitamina é grande eu parei e comecei novamente.”
Entrevistada 11	“De dois em dois meses eu dou um remédio de verme pra ele e dou uma vitamina (...) Eu dava e ele não fazia isso, depois que eu dei a vitamina ele começou a almoçar meio dia certo (...)Eu acho que depois que eu dei a vitamina ele, e o remédio de verme, ele ta comendo bem (...).”

Entrevistada 13	“Todas as crianças têm que ter né? Tem que conter, tem que ter uma vitamina que contém ferro, cálcio, vitamina, né?”
Entrevistada 14	“Tava assim sem querer comer nada, assim. Aí o povo fala que é bom dar uma vitamina, né?”
Entrevistada 15	“E eu sempre dei a vitamina. Quando está assim eu dou a vitamina.”

Somente nos casos 9, 11, 13 as mães aplicavam o termo “vitamina” aos polivitamínicos, nos outros casos os medicamentos eram estimulantes de apetite, possuindo, portanto um princípio ativo bem definido e classificado farmacologicamente como orexígenos ou anti-histamínicos.

A nomenclatura aplicada pode ser entendida devido ao sentido dado popularmente às vitaminas. Esse termo foi socialmente incorporado, ele está dentro do universo consensual, mas após um trabalho de comunicação e transmissão de informações do universo reificado. Essa comunicação, ora efetuada por um processo educativo dos profissionais de saúde, ora pela comunicação publicitária a fim de vender seus produtos.

Sendo assim, as mães precisam estabelecer um posicionamento quanto a esse medicamento experimentado, e o faziam por meio de um processo de ancoragem (MOSCOVICI, 2005). O novo produto foi inserido em sua rotina de cuidado a criança e, assim, as mães os avaliaram como bom ou ótimo, segundo os resultados da sua experiência.

Tabela 3. Avaliação, pelas mães, dos medicamentos utilizados em seus filhos de 0 a 5 anos.

Sujeitos	Classificação
Entrevistada 1	“Um medicamento normal , serve para estimular o apetite e foi bom .”
Entrevistada 3	“Esse remédios que ela comprou é muito bom , é bom todo (...) Esse remédio é joia .”
Entrevistada 11	“Ah, eu falaria que o remédio é bom , que é ótimo .”
Entrevistada 7	“Foi legal para minha filha.”

A SEGURANÇA NO USO DO MEDICAMENTO

A presença de medicamentos na vida infantil pode-se dar muito cedo. Aparentemente, o medicamento, como recurso indispensável à saúde, não mede idade para que se faça presente. É preciso dar-lhe. E assim pode-se conferir a espera nos resultados propostos, longe de encontrar nas respostas das mães uma relação entre a idade da criança e o produto farmacêutico. O produto é para crianças, mas não restringe idades. É por assim que se faz presente o medicamento no núcleo familiar sem ponderar esses riscos atribuídos.

A idade da criança não apresentou, portanto, obstáculo no uso dos medicamentos estimulantes de apetite ou na escolha de qual formulação usar. Não houve manifestação de atenção das mães a idade no uso dos medicamentos nos filhos.

A pesquisa buscou um universo de menores de cinco anos, pelas razões de que as maiores preocupações quanto à alimentação residem principalmente na primeira infância, além de que nessa faixa etária os riscos a saúde são maiores quando há um uso irracional de medicamentos.

Trabalhos como o de Béria e colaboradores (1993) demonstram que o consumo de medicamentos é bem significativo nos primeiros cinco anos de vida, com os polivitamínicos bem presentes nesse cenário de consumo. A administração de medicamentos de forma precoce foi relatada também em pesquisa de Weiderpass e colaboradores (1998) sobre o consumo de medicamentos no primeiro trimestre de vida. No trabalho dos referidos autores os polivitamínicos ficaram em sexto lugar como os medicamentos mais usados no primeiro mês e o 4º mais usado no terceiro mês de vida.

O achado deste estudo relata que em muitas famílias houve consumo de polivitamínicos e estimulantes de apetite em menores de dois anos. Chama a atenção, quando lembramos que os estimulantes de apetite a base do fármaco Ciproptadina são contraindicados a menores de dois anos. Sua contraindicação possivelmente está relacionada ao seu efeito anticolinérgico e de depressor do Sistema Nervoso Central. À ciproptadina é atribuídos efeitos colaterais como por exemplo: sedação, agitação, confusão e taquicardia (ROCHA JÚNIOR, 2006).

Um possível efeito adverso pode ter acontecido com os filhos da **Entrevista 1**. Os dois, gêmeos, sendo menores de dois anos, usaram o medicamento juntos. A mãe, quando

perguntada se o medicamento poderia ser prejudicial relatou um efeito diferente nos seus filhos, quando ela aumentava a dose do medicamento:

Assim, em doses maiores eles ficavam muito, ficavam muito enjoados. Eu acho que eles ficavam assim... eu não sei se, se, era, era... cardíaco, eu sei que eles ficavam enjoados, ficavam chorando, tem uma vez que eu fui dar a mama pra ver se dormiam, invés de dormir toda vez eles acordavam chorando, agoniados, agitados, aí eu diminui, passei a dar dose bem menor, aí dava pra levar normal. (Ent.1).

Não bastou a ciproptadina ser o medicamento de escolha nas maiorias das famílias. Ele também foi usado em metade dos casos em menores de dois anos. Buclizina, outro estimulante de apetite contraindicado a menores de dois anos também foi usado. Das quatro famílias que a utilizaram a buclizina, em três vezes ela foi consumida em situação contraindicada. Chama a atenção que nesses casos apontados acima de contraindicação há situações em que o medicamento foi prescrito.

A displicência quanto ao risco, ou o mero desconhecimento, é notado nas entrevistas na relação que ela faz no seu dia-a-dia. E na forma que se refere a ele, o produto. Mesmo perguntado se o medicamento trazia malefícios ou riscos, essas consequências eram ignoradas pelas mães. Não havia problemas no seu uso. Essa conclusão foi apresentada por uma das mães com uma lógica própria que chama a atenção. Para a questão se os medicamentos podiam apresentar algum malefício ou problema, a resposta foi:

Eu acho que não. Esses remédios não causam não. Mesmo até porque ele é feito para criança. (Ent.3).

Portanto, na visão da mãe, se o medicamento é pediátrico ele já foi classificado para o uso em crianças. Há o que parece, implícito nesta opinião, talvez uma confiança excessiva depositada na indústria farmacêutica.

Lefèvre (1991) interpreta que para o indivíduo que consome o medicamento, este objeto é o saber científico materializado. Assim, o indivíduo está consumindo uma crença ou uma base de confiança empírica no outro: na ciência, no cientista, na medicina, no médico. Está vinculado ao medicamento uma capacidade potencial de concentrar saúde.

Uma forma muito eficiente de manter essa ideologia dominante é através da publicidade e propaganda de medicamentos. A publicidade sustenta um imaginário coletivo sobre esses produtos, onde o medicamento é visualizado como uma mercadoria de consumo.

É fácil entender essa confiança depositada nos medicamentos quando percebemos que os medicamentos que abrangem vitaminas estão comumente envolvidos em propagandas. É fácil concordar quando vemos os resultados da pesquisa de Nascimento (2005). Nesse trabalho 100 peças publicitárias de medicamentos publicadas entre outubro de 2002 e julho de 2003 foram analisadas quanto ao seu conteúdo programático. Tônicos/fortificantes/vitaminas foram o 3º grupo terapêutico com maior presença em materiais publicitários.

Um instrumento poderoso para a indução e fortalecimento de hábitos de consumo de medicamentos está na exploração do valor simbólico do produto farmacêutico. Os medicamentos passam a simbolizar possibilidades imediatas de acesso não apenas à saúde, mas ao bem-estar e à própria aceitação social (NASCIMENTO, 2005).

Apesar dessa segurança creditada aos medicamentos, todos eles podem causar efeitos adversos, que se tornam potencialmente mais perigosos em crianças, tanto pela vulnerabilidade ocasionada pela idade, quanto pela menor quantidade de estudos clínicos nesse extrato etário.

Os estimulantes do apetite não fogem, portanto, dessa regra. Não se espera muito que as mães conheçam ou listem os efeitos colaterais possíveis. Mas elas, ao menos, poderiam reconhecer que eles existem? Estaria dentro do seu domínio essa possibilidade?

O ponto em questão foi levantado na pesquisa. Sendo assim, perguntou-se à mãe se esta acreditava que o uso do medicamento poderia causar algum problema ou malefício. As respostas quase sempre se restringiam a dizer “*Acho que não*”, “*Não sei*”.

Apesar de não poder especificar o que aconteceria, algumas mães demonstravam relativo temor no uso do produto. A **Entrevistada 13** disse que dava o medicamento todo dia a sua criança. Quando perguntada o que faria depois que acabasse aquele frasco disse que não administraria o medicamento em seguida, teria que dar um intervalo senão criaria dependência.

Não pode dar direto, sempre tem um período que tem que parar. Para ela não ficar também dependente. (Ent. 13).

Esta afirmação mostra uma consciência não oculta em todas as mães de que o produto utilizado se inseria no âmbito de drogas que produzem efeitos psíquicos e que causavam dependência. Outro caso reflete que para essas mães, aparentemente, o corpo da criança deve ter um descanso do medicamento antes de administrar outra unidade do medicamento. Acreditaria que poderia acontecer alguma coisa negativa, mas não sabe especificar o que poderia ocorrer:

Penso em dar de novo, mas não agora, dar um tempinho. Porque assim, eu não acho que é bom dar uma vitamina atrás da outra. (Ent.8).

Eu acho que se ficar dando assim, direto, sem parar... (Ent.8).

Para a **Ent. 5** os malefícios do medicamento estariam descritos na bula, a possibilidade de acontecer algo com o seu filho a faz usar o produto com bastante moderação:

Pode (trazer malefícios). Tanto pode que a gente vê lá, as reações né? Eu acho que pode, por isso que eu não dou todo, é porque eu tenho medo. Eu tenho medo de ficar dando o tempo todo, entendeu? Dou um pouco, quando vejo que ele está bom, aí eu paro. (Ent. 5).

Outra preocupação, no que tange a segurança dos medicamentos é quanto à dose administrada. A orientação da dose do medicamento neste estudo ficava muitas vezes na memória da recomendação de terceiros. Recorrente era alguém que havia dito o quanto usar, baseado nas próprias experiências de uso deles.

A falta de uma informação profissional deixa o usuário sujeito a erros de administração de medicamentos. As doses podem acabar sendo superiores ou inferiores ao recomendado.

Para a **Entrevistada 9** a dose do produto estava clara: “*eram 2mL ao dia*”, falou sem hesitar. Porém, a constatação do pesquisador, posterior a entrevista, comparando a dose empregada pela mãe e a dose recomendada pelo próprio fabricante, é que a dose administrada à criança foi o dobro da dose recomendada para crianças daquela idade.

A segurança do uso de medicamentos em crianças é particularmente problemático, pois elas não fazem parte, por questões éticas, dos ensaios clínicos. A expectativa dos

resultados em crianças fica principalmente estabelecida através de estudos com adultos. Todavia, as crianças podem responder aos medicamentos de forma diferente dos adultos devido às diferenças nas propriedades de absorção de drogas, metabolismo e eliminação de medicamentos (HAWKINS; GOLDING, 1995).

Em crianças o risco de sobredoses e intoxicações é um perigo relevante. Telles Filho e Pereira Júnior (2013) chama a atenção para que é preciso maior proteção e vigilância por parte dos pais ao guardarem o medicamento que estão administrando aos seus filhos. Nas crianças até os cinco anos a noção de perigo não está totalmente sólida e as crianças, por estarem sujeitas a imaginação, curiosidade e pela ânsia da descoberta podem se envolver em acidentes com os medicamentos, como por exemplo uma intoxicação.

Ramos (2009) em seu estudo sobre o estoque domiciliar de medicamentos, realizado no mesmo bairro desta dissertação havia notado que 77,5% dos medicamentos presentes nas residências estavam ao alcance de crianças.

A intoxicação por ciproheptadina, por exemplo, mostra-se relevante em trabalho de Alcantara, Vieira e Albuquerque (2003). No estudo, conduzido no Centro de Assistência Toxicológica do Ceará, 203 fichas de crianças intoxicadas por medicamentos, dentro da faixa etária de zero a nove anos, foram avaliadas quanto às causas da intoxicação medicamentosa. A ciproheptadina apresenta grande destaque no estudo pois foi o 3º medicamento que mais causou intoxicação, representando 8,5% de todos os casos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A necessidade, na representação das mães, de que seu filho precisa comer mais ou comer alimentos diferentes, faz com que elas administrem medicamentos estimulantes de apetite a seus filhos, seja por automedicação ou procurando prescrição médica.

A automedicação revela-se neste estudo como uma opção frequente e natural, orientada por uma prática comum dentro da própria comunidade, onde outras mães indicam o medicamento orientando-se pela sua experiência de uso.

Foi observado também um risco no uso dos medicamentos devido ao uso em uma idade contraindicada para aqueles estimulantes do apetite.

O problema da segurança creditada nos medicamento, visualizada aqui, nem é tanto por ser uma estratégia de enfrentamento pelos pais das adversidades encontradas, mas ser a única opção de enfrentamento, não se atentando para a relação existente entre as condições socioambientais e as repercussões fisiológicas que a levam ocorrer.

Um risco que pode resultar com o controle farmacológico é que ele pode interferir com a capacidade da criança de aprender, através dos conflitos, as regras normais de interação social e os limites interpessoais. Além disso, há um risco de que as crianças colocando medicamentos em sua vida em uma idade precoce vão aprender que a solução para os problemas é provavelmente medicamentosa (ALLOTEY; REIDPATH; ELISHA, 2004).

Este trabalho, ao todo, permitiu notar a postura das mães envolvida na prática da automedicação, chamando a atenção para as representações sociais que guiam este comportamento.

REFERÊNCIAS

- ALCÂNTARA, D. A.; VIEIRA, L. J. E. S.; ALBUQUERQUE, V. L. M. Intoxicação medicamentosa em criança. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 16, n. 1-2, p. 10-16, 2003.
- ALLOTEY, P.; REIDPATH, D. D.; ELISHA, D. "Social Medication" and the Control of Children: A Qualitative Study of Over-the-Counter Medication Among Australian Children. **Pediatrics**, v. 114, n. 3, Set. 2004.
- ALMEIDA, M. R.; CASTRO, L. L. C.; CALDAS, E. D. Conhecimentos, práticas e percepção de risco do uso de medicamentos no Distrito Federal. **Rev. Ciênc. Farm. Básica Apl.**, v. 32, n. 2, p. 225-232, 2011.
- BECKHAUSER, G. C. et al. Utilização de medicamentos na Pediatria: a prática de automedicação em crianças por seus responsáveis. **Rev. Paul. Pediatr.**, v. 28, n. 3, p. 262-268, 2010.
- BÉRIA, J. U. et al. Epidemiologia do consumo de medicamentos em crianças de centro urbano da região sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 95-104, 1993.
- BRICKS, L. F.; LEONE, C. Utilização de medicamentos por crianças atendidas em creches. **Rev. Saúde Pública.**, v. 30, n.6, 1996.
- CERRO, N. et al. Eating behaviour of children 1.5-3.5 years born preterm: parents' perceptions. **J. Pediatr. Child Health**, v. 38, p. 72-78, 2002.
- HAWKINS, N.; GOLDING, J. A survey of the administration of drugs to young infants. **Br. J. Clin. Pharmacol.** v. 40, p. 79-82, 1995.
- JODELET, D. **As representações sociais**. Rio de Janeiro: Eduerj, 2001.
- KACHANI, A.T. et al. Seletividade alimentar da criança. **Pediatria**, São Paulo, v.27, n. 1, p. 48-60, 2005.
- LEFÈVRE, F. **O medicamento como mercadoria simbólica**. São Paulo: Cortez, 1991.
- MELO, M.F.G; SANTOS, L.M.P; LIRA, P.I.C. Uso de suplementos vitamínicos e/ou minerais por crianças menores de seis meses no interior do estado de Pernambuco. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v.5, n.3, jul./set. 2005.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 5. ed. São Paulo: Hucitec, 1998.
- MOSCOVICI, S. **O fenômeno das representações sociais**. In: Representações Sociais: investigações em psicologia social. 3ª ed. Petrópolis: Vozes, 2005. cap 1.

NASCIMENTO, M. C. **Medicamentos**: ameaça ou apoio a saúde? Rio de Janeiro: Vieira e Lent, 2003.

NASCIMENTO, A. “**Ao persistirem os sintomas o médico será consultado**” **Isto é regulação?** São Paulo: Sobravime, 2005.

NAVES, J. O. S. et al. Automedicação: uma abordagem qualitativa de suas motivações. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro. v. 15, 2010, supl. 1.

PACHELLI, C. A. A propaganda de medicamentos e a prática da automedicação no Brasil. **RAP**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 2, p.409-425, mar./abr. 2003.

PELEGRIN, R. C. P.; **O cuidado com a alimentação de crianças menores de um ano na perspectiva materna**. 2008. 167 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, 2008.

PEREIRA, F. S. V. T. **Automedicação em crianças e adolescentes**. J. Pediatr., Rio de Janeiro, v.83, n.5, Sept./Oct. 2007.

PERETTA, M. D.; CICCIA, G. N. **Reengenharia Farmacêutica**: guia para implementar a Atenção Farmacêutica. Brasília: Ethosfarma, 2000.

POCKELS, R. et al. Uso de estimulantes del apetito en la población infantil. **Arch. domin. Pediatr.**, v.30, n.2, p.30-32, 1994.

RAMOS, M. STEIN, L. M. Desenvolvimento do comportamento alimentar infantil. **J. Pediatria**, v. 76 (supl 3), p. 229-237, dez. 2002.

RAMOS, D.C. **Estoque domiciliar de medicamentos**: uma análise dos medicamentos encontrados nos domicílios de um bairro de Conceição do Coité-BA. 2009, 68 p. Monografia de conclusão de curso. Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2009.

RAMOS D. C.; SILVA T. O.; ALENCAR, B. R. Análise da prática do estoque domiciliar de medicamentos em um município do Estado da Bahia. **Infarma**, Brasília, v. 22, n. 9/10, 2010.

ROCHA JÚNIOR, M. A. Histamina e anti-histamínicos. In: SILVA, P. **Farmacologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. cap 56.

SANTOS, D. B. **Estudos de utilização de medicamentos em crianças na cidade de Salvador**: análise de fatores determinantes. 2008. 127 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia, 2008.

SCHENKEL, E. P. **Cuidado com os medicamentos**. 2. ed. rev. ampl. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1991.

TELLES FILHO, P. C. P. ; PEREIRA JÚNIOR, A.C. Automedicação em crianças de zero a cinco anos: fármacos administrados, conhecimentos, motivos e justificativas. **Esc. Anna Nery**, v. 17, n. 2. p. 291-297, abr./jun. 2013.

WEIDERPASS, E. et al. Epidemiologia do consumo de medicamentos no primeiro trimestre de vida em centro urbano do Sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 335-344, 1998.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo é um estudo qualitativo e, portanto, não foi trabalhado para fechar uma conclusão sobre o fenômeno em estudo proporcionando uma generalização para todas as mães dentro da condição trabalhada neste estudo. Serve de compreensão ao universo daqueles indivíduos, o que não exclui que possa acontecer o mesmo com outras mães em outros lugares do Brasil ou do mundo. Conhecendo-se as interpretações das mães de Conceição do Coité pode-se preparar os leitores deste trabalho para o contato e as possibilidades no trabalho com indivíduos no sistema de saúde.

A intenção desta pesquisa é, além de trazer essa abordagem descritiva, contribuir para chamar a atenção acerca do desconhecimento sobre os medicamentos administrados em crianças, sobretudo quando se faz por automedicação. É preciso considerar a importância da qualidade da orientação que a equipe de saúde oferece aos pais sobre o uso de medicamentos.

Este estudo põe em destaque a área inexplorada do uso de medicamentos de estimulantes do apetite como um instrumento de medicação social para o controle e manutenção do bom comportamento entre as crianças, utilizado intencionalmente para reger as crianças ao comportamento e hábitos alimentares que mais satisfazem as mães.

O estudo destaca a necessidade de um inquérito de base populacional maior em relação a algumas das questões trazidas pelas mães, para determinar não só a extensão em que ocorrem essas práticas, mas também a distribuição e as consequências de sua ocorrência.

Estudos como esse auxiliam a verificar a utilização inadequada dos medicamentos, podendo contribuir para o atendimento ao Uso Racional de Medicamentos.

REFERÊNCIAS

- ABREU, C. L. M.; FISBERG, M. **Recusa Alimentar: O que fazer com a criança que não come?** Disponível em: <http://br.monografias.com/trabalhos2/recusa-alimentar-fazer/recusa-alimentar-fazer.shtml>. Acesso em: 14 dez. 2012.
- AQUINO, D. S. Por que o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 733-36, Abr. 2008.
- ABRANTES M. M; LAMOUNIER J. A; COLOSIMO E. A. Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes das regiões Sudeste e Nordeste. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 78, n.4, p.335-340, 2002.
- ALCÂNTARA, D. A.; VIEIRA, L. J. E. S.; ALBUQUERQUE, V. L. M. Intoxicação medicamentosa em criança. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 16, n. 1-2, p. 10-16, 2003.
- ALLOTEY, P.; REIDPATH, D. D.; ELISHA, D. "Social Medication" and the Control of Children: A Qualitative Study of Over-the-Counter Medication Among Australian Children. **Pediatrics**, v. 114, n. 3, Set. 2004.
- ALMEIDA, M. R.; CASTRO, L. L. C.; CALDAS, E. D. Conhecimentos, práticas e percepção de risco do uso de medicamentos no Distrito Federal. **Rev. Ciênc. Farm. Básica Apl.**, v. 32, n. 2, p. 225-232, 2011.
- ANDERSON, P. O.; POCHOP, L. S.; MANOQUERRA, A. S. Adverse drug reactions in breastfed infants: Less than imagined. **Clin. Pediatr.**, New York, v. 42, n. 4, p. 325-340, May. 2003.
- ARAUJO, O. D. et al . Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 61, n. 4. Ago. 2008.
- ARRAIS, P.S. D et al. Perfil da automedicação no Brasil. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 31, n. 1, p. 71-77, Fev. 1997.
- ARRAIS, P.S.D. et al . Prevalência e fatores determinantes do consumo de medicamentos no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, nov./dez. 2005.
- ARRUDA, A. Teoria das representações sociais e teoria de gênero. **Cadernos de Pesquisa**, n.117, Nov. 2002.
- BARBIN, J. M. et al. Psychological adjustment in the children of mothers with a history of eating disorders. **Eat Weight Disord.**, v. 7, n. 1, p. 32-38, 2002.
- BARBOSA, L. Feijão com arroz e arroz com feijão: o Brasil no prato dos brasileiros. **Horiz. antropol.**, Porto Alegre, v. 13, n. 28, Jul./Dez. 2007.

BARROS, J. A. C. Estratégias mercadológicas da indústria farmacêutica e o consumo de medicamentos. **Revista de Saúde pública**, São Paulo, v. 17, p. 377-386, 1983.

BARROS, J. A. C. **A propaganda de medicamentos: atentado à saúde?** São Paulo: Hucitec, 1995.

BECKHAUSER, G. C. et al. Utilização de medicamentos na Pediatria: a prática de automedicação em crianças por seus responsáveis. **Rev. Paul. Pediatr.**, v. 28, n. 3, p. 262-268, 2010.

BENTLEY, M. et al. Infant feeding practices of low-income, African-American adolescent mothers: an ecological, multigenerational perspective. **Soc. Sci. Med.**, v. 49, p. 1085-1100, Oct. 1999.

BÉRIA, J. U. et al. Epidemiologia do consumo de medicamentos em crianças de centro urbano da região sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 95-104, 1993.

BESTANE, W. J. et al. Tratamento da cistite e farmácias de São Paulo. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 26, n. 6, p. 185-186, 1980.

BIOTÔNICO fontoura: mais de 100 anos com muita força. **Propagandas Históricas**. 2013. Disponível em: <http://www.propagandashistoricas.com.br/2013/01/biotonico-fontoura-mais-de-100-anos-com.html>. Acesso em: 13 dez. 2013

BIRCH, L. Development of food preferences. **Ann. Rev. Nutr.**, v. 19, p. 41-62, 1999.

BOA-SORTE, N. et al. Percepção materna e autopercepção do estado nutricional de crianças e adolescentes de escolas privadas. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 83, n. 4, p. 349-35, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 23, Saúde da Criança: nutrição infantil. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Instituto Oswaldo Cruz. **Sistema Nacional de Informações Tóxico Farmacológicas**. Disponível em: http://www.fiocruz.br/sinit_ox_novo/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?tpl=home. Acesso em: 17 fev. 2013.

BRICKS, L. F.; LEONE, C. Utilização de medicamentos por crianças atendidas em creches. **Rev. Saúde Pública.**, v. 30, n.6, 1996.

BUSTAMANTE, V.; TRAD, L. A. B. Cuidando da saúde de crianças pequenas no contexto familiar: um estudo etnográfico com famílias de camadas populares. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. v. 12, n. 5, set./out. 2007.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CARRUTH, B. R. et al. The phenomenon of “picky eater”: a behavioral marker in eating patterns of toddlers. **J. Am. Coll. Nutr.**, v. 19, n. 6, p.771-780, 1998.

CASTRO, C. G. S. O. **Estudos de utilização de medicamentos: noções básicas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

CERRO, N. et al. Eating behaviour of children 1.5-3.5 years born preterm: parents' perceptions. **J. Pediatr. Child Health**, v. 38, p. 72-78, 2002.

CHAVES, R.G. **Uso de medicamentos por nutrizes em Itaúna-MG: caracterização e associação com o tempo de aleitamento materno**. Belo Horizonte. 2007. 119 p. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

CHUPROSKI, P.; MELLO, D. F. Percepção materna do estado nutricional de seus filhos. **Rev. Nutr. Campinas**, v. 22, n.6 , nov./dez., 2009.

CHUPROSKI, P. **Práticas alimentares de crianças menores de dois anos de idade em Guarapuava-PR: experiências do cotidiano**. 2009. 166 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

COLLABORATIVE group on drug use in pregnancy. Medication during pregnancy: an intercontinental cooperative study. **Int. J. Gynaecol. Obstet.**, v. 39, p.185-196, 1992.

COOKE, L.; CARNELL, S.; WARDLE, J. Food neophobia and mealtime food consumption in 4–5 year old children. **Int. J. Behav. Nutr. Phys. Act.**, v. 3, n. 14, 2006.

COULTHARD, H.; HARRIS, G.; EMMETT, P. Delayed introduction of lumpy foods to children during the complementary feeding period affects child's food acceptance and feeding at 7 years of age. **Matern. Child. Nutr.**, v. 5, n. 1, p. 75-85, 2009.

DAVIS, C. M. Results of the self-selection of diets by young children. **Can. Med. Assoc. J.**, v. 41, p. 257-261, 1939.

DU, Y.; KNOPF, H. Self-medication among children and adolescents in Germany: results of the National Health Survey for Children and Adolescents (KIGGS). **Br. J. Clin. Pharmacol.**, v. 68, n. 4, p.599–608, out. 2009.

EPIFANIO, M. et al. Ensaio clínico randomizado, duplo-cego e controlado por placebo de ciproheptadina para estímulo do apetite na fibrose cística. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 88, n. 2, mar./abr. 2012.

FARR, R. Representações sociais: a teoria e sua história. In: JOVCHELOVITCH, S.; GUARESCHI, P. (Org.). **Textos em representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 1994, p.31-59.

JOVCHELOVITCH, S. (Org.). **Textos em representações sociais**. 8 ed. Petrópolis: Vozes, 2003. cap. 1.

FERRAZ, M. B. et al. Availability of over-the-counter drugs for arthritis in São Paulo, Brazil. **Soc. Sci. Med.**, v. 42, n. 8, p. 1129-1131, 1996.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: nascimento da prisão.** (trad. Raquel Ramallete) Petrópolis: Vozes, 1987.

GARCIA, M. T. **Alimentação complementar e estado nutricional de crianças menores de dois anos em Acrelândia, Acre, Amazônia Ocidental Brasileira.** 2009. 127 p. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

GIACOMOSSI, M. C.; ZANELLA, T.; HÖFEKMANN, D. A. Percepção materna do estado nutricional de crianças de creches de cidade do sul do Brasil. **Rev. Nutr. Campinas**, v. 24, n. 5, p. 689-702, set./out. 2011.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOMES, M. L. Vendendo Saúde! Revisitando os antigos almanaques de saúde. **História, Ciências, Saúde**, v. 13, n. 4, p. 1007-1018, out./dez. 2006.

GOULART, I. C. Automedicação em menores de cinco anos em municípios do Pará e Piauí: prevalência e fatores associados. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, v. 12, n. 2, abr./jun. 2012.

GUARESCHI, P.A. “Sem dinheiro não há salvação”: Ancorando o bem e o mal entre neopentecostais. In: GUARESCHI, P.A; JOVCHELOVITCH, S. (Org.). **Textos em representações sociais.** 8 ed. Petrópolis: Vozes, 2003. cap 6.

HANNON, P. et al. African American and Latina adolescent mothers' infant feeding decisions and breastfeeding practices: a qualitative study. **J. Adolesc. Health**, v. 26, p. 399-407, jun. 2000.

HAWKINS, N.; GOLDING, J. A survey of the administration of drugs to young infants. **Br. J. Clin. Pharmacol.** v. 40, p. 79-82, 1995.

HEINECK, I. et al. Análise de publicidade de medicamentos veicula em emissoras de rádio do Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 193-198, 1998.

INSTITUTO Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2012.** Estudos e Pesquisa: Informação Demográfica e Socioeconômica, n. 29. Rio de Janeiro, 2012.

INSTITUTO Brasileiro de Geografia e Estatística. Resultados **Censo 2010.** Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br/resultados>. Acesso em: 05 fev 2014.

ITO, S. Drug therapy for breastfeeding women. **N. Engl. J. Med.**, v. 343, p. 118-126, 2000.

JAIN, A. et al. Why Don't Low-Income Mothers Worry About Their Preschoolers Being overweight? **Pediatrics**, v. 107, n. 5, maio. 2001.

JODELET, D. **As representações sociais.** Rio de Janeiro: Eduerj, 2001.

JOVCHELOVITCH, S. Vivendo a vida com os outros: intersubjetividade, espaço público e representações sociais. In: GUARESCHI, P. A; JOVCHELOVITCH, S. (Org.). **Textos em representações sociais**. 8 ed. Petrópolis: Vozes, 2003. cap 2.

KACHANI, A.T. et al. Seletividade alimentar da criança. **Pediatria**, São Paulo, v.27, n. 1, p. 48-60, 2005.

KAHTUNI, H. C. O terapeuta/mãe, o paciente/bebê e os cuidados requeridos. **Psyche**, São Paulo, v. 9, n. 16, p. 197-212, jul./dez. 2005.

LE BRETON, D. **Adeus ao corpo**. Campinas: Papirus, 2003.

LEITE, S. N.; VIEIRA, M.; VEBER, A. P. Estudos de utilização de medicamentos: uma síntese de artigos publicados no Brasil e América Latina. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, abr. 2009.

LEFÈVRE, F. **O medicamento como mercadoria simbólica**. São Paulo: Cortez, 1991.

LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. P. C. Medicamentos e outros recursos utilizados no enfrentamento das doenças infantis no cotidiano familiar: estudo qualitativo. **Latin American Journal of Pharmacy**, v. 28, n. 6, p. 835-842, 2009.

LESSA, M.; BOCHNER, R. Análise das internações hospitalares de crianças menores de um ano relacionadas a intoxicações e efeitos adversos de medicamentos no Brasil. **Revista brasileira de epidemiologia**, São Paulo, v.11, n. 4, dez. 2008.

LIMA, R. S. C. **Representações sociais do medicamento por farmacêuticos**. 2001, 148 f. Dissertação (Mestrado Interdisciplinar em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual da Paraíba, 2001.

LUIZ, L. T. A ideologia do consumismo. **Colloquium Humanarum**, v. 3, n. 2, p. 39-44, Dez. 2005.

LOPES, N. M. Automedicação: algumas reflexões sociológicas. **Sociologia, problemas e práticas**, Lisboa, n. 37, p.141-165, 2001

MADEIRA, I. R.; AQUINO, L. A. Problemas de abordagem difícil: “não come” e “não dorme”. **J Pediatr.**, Rio Janeiro, v. 79, p. 43-54, 2003.

MARTIN, V.B.; CASTILHO, C. D. El niño que no quiere comer. **Rev. Chil. Pediatric**, Santiago, v. 71, n.2, mar. 2000.

MATOS, E. G. et al. Padrões de indicação do uso de antidiabéticos em farmácias e gravidade sintomatológica. **Rev. ass. med. brasil.**, v. 31, n. 7/8, p. 116-120, 1985.

MELO, M.F.G; SANTOS, L.M.P; LIRA, P.I.C. Uso de suplementos vitamínicos e/ou minerais por crianças menores de seis meses no interior do estado de Pernambuco. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v.5, n.3, jul./set. 2005.

MINAYO, M.C.S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa qualitativa. In: _____, organizadora. **Pesquisa social: teoria, método, criatividade**. 21ª ed. Petrópolis: Vozes, 1994. p.9-29.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 5. ed. São Paulo: Hucitec, 1998.

MONTE, C. M. G.; GIUGLIANI, E. R. J. Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno. **Jornal de Pediatria**, v. 80, n. 5, p. 131-41, 2004.

MOSCOVICI, S. **O fenômeno das representações sociais**. In: Representações Sociais: investigações em psicologia social. 3ª ed. Petrópolis: Vozes, 2005. cap 1.

NASCIMENTO, M. C. **Medicamentos: ameaça ou apoio a saúde?** Rio de Janeiro: Vieira e Lent, 2003.

NASCIMENTO, M. C. Medicamentos, comunicação e cultura. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, 2005a.

NASCIMENTO, A. **“Ao persistirem os sintomas o médico será consultado” Isto é regulação?** São Paulo: Sobravime, 2005b.

NAVES, J. O. S. et al. Automedicação: uma abordagem qualitativa de suas motivações. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro. v. 15, 2010, supl. 1.

OLIVEIRA, E. A. **Utilização de medicamentos em crianças da coorte de nascimento de pelotas**. 2009. 72 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Programa de Pós-Graduação de saúde Coletiva. Universidade do Vale do Rio dos Sinos, 2009.

PACHELLI, C. A. A propaganda de medicamentos e a prática da automedicação no Brasil. **RAP**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 2, p.409-425, mar./abr. 2003.

PFÄFFENBACH, G. Automedicação em crianças: um problema de saúde pública. **Rev. paul. pediatr.** (Editorial), São Paulo, v. 28, n. 3, Set. 2010.

PELEGRIN, R. C. P.; **O cuidado com a alimentação de crianças menores de um ano na perspectiva materna**. 2008. 167 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, 2008.

PEREIRA, F. S. V. T. **Automedicação em crianças e adolescentes**. *J. Pediatr.*, Rio de Janeiro, v.83, n.5, Sept./Oct. 2007.

PERETTA, M. D.; CICCIA, G. N. **Reengenharia Farmacêutica: guia para implementar a Atenção Farmacêutica**. Brasília: Ethosfarma, 2000.

POCKELS, R. et al. Uso de estimulantes del apetito en la población infantil. **Arch. domin. Pediatr.**, v.30, n.2, p.30-32, 1994.

QUEIROZ, D. T. et al. Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. **Revista de enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p. 276-83, abr./jun. 2007.

RAMOS, D.C. **Estoque domiciliar de medicamentos**: uma análise dos medicamentos encontrados nos domicílios de um bairro de Conceição do Coité-BA. 2009, 68 p. Monografia de conclusão de curso. Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2009.

RAMOS, C. V. ; ALMEIDA, J. A. G. Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo. **Jornal de Pediatria**, v. 79, n. 5, 2003.

RAMOS D. C.; SILVA T. O.; ALENCAR, B. R. Análise da prática do estoque domiciliar de medicamentos em um município do Estado da Bahia. **Infarma**, Brasília, v. 22, n. 9/10, 2010.

RAMOS, M. STEIN, L. M. Desenvolvimento do comportamento alimentar infantil. **J. Pediatria**, v. 76 (supl 3), p. 229-237, dez. 2002.

REIS, S. L. A; BELLINI, M. Representações sociais: teoria, procedimentos metodológicos e educação ambiental. **Acta Scientiarum. Human and Social Sciences**, Maringá, v. 33, n. 2, p. 149-159, 2011.

ROCHA JÚNIOR, M. A. Histamina e anti-histamínicos. In: SILVA, P. **Farmacologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. cap 56.

RODRIGUES, S.M. A relação entre o corpo e o poder em Michel Foucault. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 9, n. 13, p. 109-124, jun. 2003.

ROMANELLI, G. O significado da alimentação na família: uma visão antropológica. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 39, n. 3, p.333-339, jul./set. 2006.

ROTEMBERG, S.; VARGAS, S. Práticas alimentares e o cuidado da saúde: da alimentação da criança à alimentação da família. **Rev. Bras.Saúde Matern. Infan.**, Recife, v. 4, n.1, p. 85-94, jan./mar. 2004.

RYDELL, A. M. et al. Characteristics of school children who are choosy eaters. **J. Genet. Psycho**, v. 156, n. 2, p.217-229, 1995.

SÁ, C. P. O campo de estudos das representações sociais. In: _____. **Núcleo central das representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 1996. cap 1.

SÁ, C. P. As estratégias metodológicas da pesquisa. In: _____. **A construção do objeto de pesquisa em representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998.

SALVE, J. M.; SILVA, I. A. Representações sociais de mães sobre a introdução de alimentos complementares para lactentes. **Acta Paul Enferm.**, v. 22, n.1, p.43-48, 2009.

SANT'ANNA, H.C. **OpenEvoc: um programa de apoio à Pesquisa em representações sociais**. VII Encontro Regional da ABRAPSO, Rio de Janeiro, 2012.

SANTOS, D. B. **Estudos de utilização de medicamentos em crianças na cidade de Salvador**: análise de fatores determinantes. 2008. 127 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia, 2008.

SCHENKEL, E. P. **Cuidado com os medicamentos**. 2. ed. rev. ampl. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1991.

SIMONDON, K. B.; SIMONDON, F. Age at introduction of complementary food and physical growth from 2 to 9 months in rural Senegal. **Eur. J. Clin. Nutr.**, v. 51, p. 703-737, 1997.

SCHIRM, E. Drug use of children in the community assessed through pharmacy dispensing data. **Br. J. Clin. Pharmacol.**, v. 50, n. 5, p. 473-478, nov. 2000.

SEVALHO, G. O medicamento percebido como objeto híbrido: uma visão crítica do uso racional. In: ACURCIO, F. A. (Org.). **Medicamentos e Assistência Farmacêutica**. Belo Horizonte: Coopmed, 2003.

SPINK, M. J. Desvendando as teorias implícitas: uma metodologia de análise das representações sociais. In: GUARESCHI, P.A; JOVCHELOVITCH, S. (Org.). **Textos em representações sociais**. 8 ed. Petrópolis: Vozes, 2003. cap. 4.

SIMON, V. G. N.; SOUZA, J. M. P.; SOUZA, S. B. Introdução de alimentos complementares e sua relação com variáveis demográficas e socioeconômicas, em crianças no primeiro ano de vida, nascidas no Hospital Universitário no município de São Paulo. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 6, n. 1, p. 29-38, abr. 2003.

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, out./dez. 2008.

SOARES, M. D. **Práticas de cuidado alimentar de crianças e sentidos atribuídos aos discursos sobre alimentação e nutrição por cuidados alimentares**. 2011, 158 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós graduação em Saúde coletiva, Universidade Federal da Bahia, 2011.

SPERBER, D. O estudo antropológico das representações: problemas e perspectivas. In: JODELET, D (Org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: Editora da UERJ, 2001, p. 90-103.

STEFANELLO, J. **Representação social de mulheres/mães sobre as práticas alimentares de crianças menores de um ano**. 2008. 198 f. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

TEIXEIRA, J. J. V.; LEFÈVRE, F. A prescrição medicamentosa sob a ótica do paciente idoso. **Rev. Saúde Pública**, v. 35, n. 2. p. 207-213, 2001.

TELLES FILHO, P. C. P. ; PEREIRA JÚNIOR, A.C. Automedicação em crianças de zero a cinco anos: fármacos administrados, conhecimentos, motivos e justificativas. **Esc. Anna Nery**, v. 17, n. 2. p. 291-297, abr./jun. 2013.

VIEIRA, G. O. Hábitos alimentares de crianças menores de 1 ano amamentadas e não-amamentadas. **Jornal de Pediatria**, v. 80, n. 5, p. 411-16, 2004.

VILARINO, J. F et al. Perfil da automedicação em município do Sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 43-49, fev. 1998.

VITOR, R. S et al. Padrão de consumo de medicamentos sem prescrição médica na cidade de Porto Alegre, RS. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, abr. 2008.

WAGNER, W. **Descrição, explicação e método na pesquisa das representações sociais**. In: GUARESCHI, P. A; JOVCHELOVITCH, S. (Org.). *Textos em representações sociais*. 8 ed. Petrópolis: Vozes, 2003. cap. 5

WEIDERPASS, E. et al. Epidemiologia do consumo de medicamentos no primeiro trimestre de vida em centro urbano do Sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 335-344, 1998.

WHO. World health assembly resolution. **Infant and young child nutrition**. Geneva, 2001.

APÊNDICES



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA -UEFS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA - PPGSC
NÚCLEO DE SAÚDE COLETIVA - NUSC

PROJETO DE PESQUISA: Representações Sociais de mães sobre estimulantes de apetite em crianças.

AUTOR: Diego Carneiro Ramos

ORIENTADOR: Prof^ª Dr^ª Thereza Christina Bahia Coelho

ROTEIRO PARA ENTREVISTA (APÊNDICE A)

MÃES DAS CRIANÇAS

1. Estrutura Familiar (Membros)

1. _____ Idade _____ 2. _____ Idade _____
 3. _____ Idade _____ 4. _____ Idade _____
 5. _____ Idade _____ 6. _____ Idade _____
 7. _____ Idade _____ 8. _____ Idade _____
 9. _____ Idade _____ 10. _____ Idade _____

2. Escolaridade da mãe:

- Analfabeta Fundamental Incompleto Fundamental completo
 Ensino médio incompleto Ensino médio completo Superior incompleto
 Superior completo

3. Profissão da mãe _____

4. Estado civil:

- Solteira Casada Divorciada Viúva

5. Renda familiar:

- < 1 salário mínimo 1 sal. Mínimo (R\$ 678,00) entre 1 e 2 sal. mín. (R\$ 679,00 a 1.356,00)
 entre 2 e 3 sal.mín. (R\$ 1.357,00 a 2.034,00) entre 3 e 4 sal. mín. (R\$ 2.035,00 a 2.712,00)
 entre 4 e 5 sal. mín. (R\$ 2.713,00 a 3.390,00) acima de 5 sal. mín (> de R\$ 3.391,00)

9. Peso e altura referidos das crianças

1. _____ 2. _____
 3. _____ 4. _____
 5. _____ 6. _____
 7. _____ 8. _____



PROJETO DE PESQUISA: Representações Sociais de mães sobre estimulantes de apetite em crianças.

AUTOR: Diego Carneiro Ramos

ORIENTADOR: Prof^a Dr^a Thereza Christina Bahia Coelho

ROTEIRO PARA ENTREVISTA (APÊNDICE B)
MÃES DAS CRIANÇAS

1. O que a senhora sabe sobre os medicamentos estimulantes do apetite?
2. Quais os medicamentos que estimulam o apetite você conhece?
3. Quais os medicamentos para estimular o apetite que a senhora já utilizou?
4. Como a senhora ficou sabendo sobre esse medicamento?
5. De onde partiu a iniciativa para o uso do medicamento?
6. Você recebeu orientação de como usar esse medicamento?
7. Como a senhora faz nas vezes em que necessita usar esse tipo de medicamento?
8. Conte-me porque a senhora utilizou?
9. Descreva como a senhora dava o medicamento
10. Em que situações a senhora utiliza/utilizou o medicamento?
11. Como foi a amamentação do seu filho que usou o medicamento?
12. O medicamento pode trazer algum malefício ou problema?
13. Que efeito o medicamento teve? Era o efeito esperado?
14. Que significado esse medicamento tem para senhora?



PROJETO DE PESQUISA: Representações Sociais de mães sobre estimulantes de apetite em crianças.

AUTOR: Diego Carneiro Ramos

ORIENTADOR: Prof^a Dr^a Thereza Christina Bahia Coelho

APÊNDICE C: Categorias de análise para operacionalizar a entrevista semiestruturada

Objetivos do estudo	Categoria	Unidade de análise	Questões
Representação social do medicamento	Razões de uso do medicamento	Em quais situações foi utilizado; razões do uso dos medicamentos; relação entre a amamentação e o uso do medicamento	<ul style="list-style-type: none">• Conte-me porque a senhora utilizou?• Como foi a amamentação do seu filho que usou o medicamento?
	Modo de uso	Particularidades da forma de administrar os medicamentos; condicionalidades do uso com aceitação do produto pela criança; aumento ou diminuição do uso de acordo com a resposta observada e a resposta esperada de ação do produto; Frequência de uso dos medicamentos	<ul style="list-style-type: none">• Descreva como a senhora dava o medicamento
	Conhecimento do produto	Principais fontes de informações sobre o produto; existência de orientação sobre riscos; qual o papel do medicamento na saúde; afetividade com o produto	<ul style="list-style-type: none">• O que a senhora sabe sobre os medicamentos estimulantes do apetite?• Você recebeu orientação de como usar esse medicamento?• Quais os medicamentos que estimulam o apetite você conhece?
	Acesso ao produto	Local da aquisição do medicamento; quem indicou ou orientou o uso; quais os medicamentos utilizados nessa situação; fonte de informações sobre o produto	<ul style="list-style-type: none">• Como a senhora faz nas vezes que necessita usar esse tipo de medicamento?• Quais os medicamentos para estimular o apetite a senhora já utilizou?• Como a senhora ficou sabendo sobre esse medicamento?• De onde partiu a iniciativa para o uso do medicamento
	Efeitos esperados	Expectativas relacionadas à ação do produto; como o medicamento iria influenciar o apetite ou os hábitos alimentares da criança;	<ul style="list-style-type: none">• Conte-me porque a senhora utilizou?• Em que situações a senhora utiliza/utilizou o medicamento?• Que efeito o medicamento teve? Era o efeito esperado?• O medicamento pode trazer algum malefício ou problema?
	Simbolização do produto	O que o medicamento representa; Impressão positiva ou negativa do produto; Simbolização do produto	<ul style="list-style-type: none">• Que significado esse medicamento tem para senhora?



PROJETO DE PESQUISA: Representações Sociais de mães sobre estimulantes de apetite em crianças.
AUTOR: Diego Carneiro Ramos
ORIENTADOR: Prof^a Dr^a Thereza Christina Bahia Coelho

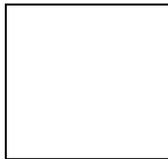
APÊNDICE D: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título da Pesquisa: Representações Sociais de mães sobre estimulantes de apetite em crianças.

Pesquisador Responsável: Diego Carneiro Ramos
Pesquisadora Colaboradora: Thereza Christina Bahia Coelho

Objetivo: identificar a representação social que mães têm sobre o apetite dos filhos e sobre os medicamentos administrados para modificar este apetite.

Você está sendo convidada a participar de uma pesquisa. Antes de decidir, é importante que entenda o motivo da realização do estudo e no que ele consiste. Esta pesquisa tem como finalidade identificar as representações sociais de mães sobre medicamentos estimulantes do apetite. A sua participação será voluntária, não havendo custos pra você e nem benefícios materiais. Lembramos que a qualquer momento da realização da pesquisa você poderá desistir, sem que isso gere um prejuízo para você. Para participar você deverá ser entrevistado em um local, data e horário que você mesmo escolher. Se você autorizar, a entrevista poderá ser gravada com auxílio de um gravador digital. Durante ou após sua entrevista você poderá solicitar para ouvir gravação, retirando e/ou acrescentando quaisquer informações. As perguntas são sobre sua opinião sobre medicamentos estimulante de apetite, se já usou algum medicamentos estimulante de apetite nele e como foi esse uso. Antes você também responderá a um formulário socioeconômico. A sua identificação será mantida em segredo, mas se alguma pergunta do questionário lhe causar incômodo, ela não precisará ser respondida. Esclarecemos que os possíveis riscos da pesquisa poderão estar relacionados ao constrangimento a respeito de algumas questões a serem respondidas na entrevista, enquanto que os benefícios não são diretos aos participantes da pesquisa, mas a todos os cidadãos que poderão contar com uma orientação sobre saúde de forma mais eficiente. Os resultados da pesquisa serão divulgados aos participantes da pesquisa e a comunidade geral e científica. Esta divulgação, em qualquer meio de apresentação, se fará de forma a garantir a confidencialidade dos dados. Todo o material produzido nesta pesquisa será arquivado no Núcleo de Saúde Coletiva da UEFS, para posterior descarte após o prazo de cinco anos. Se você achar que foi bem informado (a) e quiser participar voluntariamente desta pesquisa, permitindo que os resultados da mesma sejam publicados, deverá assinar este documento que consta de duas vias. Uma das vias ficará com você e a outra conosco. Desde já, agradecemos a sua colaboração e nos colocamos a disposição para quaisquer esclarecimentos que você possa necessitar. Estaremos a sua disposição, pessoalmente, na UEFS – Centro de Pós Graduação em Saúde Coletiva – Núcleo de Saúde Coletiva- KM 03, BR 116, Campus Universitário, 44.031-460, Feira de Santana-BA, ou pelo telefone (0xx75) 3161-8095.



Impressão digital
(quando necessário)

Conceição do Coité, _____ de _____ de _____

Assinatura do Participante

Pesquisador Responsável – Diego Carneiro Ramos

Pesquisador colaborador – Thereza Christina Bahia Coelho

ANEXOS



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA -UEFS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA - PPGSC
NÚCLEO DE SAÚDE COLETIVA - NUSC

PROJETO DE PESQUISA: Representações Sociais de mães sobre estimulantes de apetite em crianças.
 AUTOR: Diego Carneiro Ramos
 ORIENTADOR: Profª Drª Thereza Christina Bahia Coelho

ANEXO A: Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
FEIRA DE SANTANA - UEFS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Representações sociais de mães sobre estimulantes de apetite em crianças

Pesquisador: Diego Carneiro Ramos

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 19427513.1.0000.0053

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Feira de Santana

Patrocinador Principal: FUND COORD DE APERFEICOAMENTO DE PESSOAL DE NIVEL SUP

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 411.609

Data da Relatoria: 01/10/2013

Apresentação do Projeto:

Projeto de dissertação de mestrado pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - Núcleo de Saúde Coletiva, do mestrando e Pesquisador Responsável Diego Carneiro Ramos tendo como Pesquisadora Colaboradora e Orientadora a Profa Thereza Christina Bahia Coelho. Segundo o autor "As práticas alimentares tornaram-se tema de preocupação cada vez mais comum no meio científico e nas práticas de saúde. Tem sido cada vez mais frequente a atribuição aos maus hábitos alimentares a responsabilidade pelas principais doenças crônico-degenerativas na sociedade ocidental. Nesse cenário a adoção de práticas alimentares adequadas nos primeiros anos de vida de um indivíduo soa de grande importância. O desempenho das mães é apontado como fator chave no desenvolvimento dos comportamentos e preferências alimentares dos filhos, na regulação da ingestão energética e nos padrões de atividade física das crianças. Sendo esta educação, portanto, assimilada e internalizada pela criança que pode perpetuar esse comportamento pela sua vida adulta (SIMON, SOUZA e SOUZA, 2003; CHUPROSKI e MELLO, 2009)." (p.3)

A pesquisa será realizada no Município de Conceição do Coité, especificamente na área de abrangência da unidade de saúde da família no bairro de Açudinho. Tem como sujeitos da pesquisa "mães que recentemente administraram (120dias) medicamentos estimulantes de apetite para crianças menores de cinco anos" (p.26) que concordarem em participar, sendo que a escolha

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
Bairro: Módulo I, MA 17 **CEP:** 44.031-460
UF: BA **Município:** FEIRA DE SANTANA
Telefone: (75)3161-8067 **E-mail:** cep@uefs.br

Assinatura

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
FEIRA DE SANTANA - UEFS



Continuação do Parecer: 411.609

dos participantes será por indicação dos agentes comunitários de saúde. Tem referencial teórico de acordo com a pesquisa a ser desenvolvida O projeto possui uma abordagem qualitativa e do tipo descritivo tem como instrumento de coleta de dados entrevista semiestruturada com um roteiro orientador, com a utilização de um gravador para armazenar as informações (Apêndice B p.26). Antes da entrevista será aplicado um formulário com questões socioeconômicas para traçar o perfil daquela família pesquisada, para ampliar a análise e interpretação das informações coletadas na entrevista (Apêndice A) (p.27). O projeto prevê ainda com um "ESTUDO-PILOTO com aproximadamente 10% do quantitativo de indivíduos que se estima incluir na pesquisa. O estudo piloto tem a intenção de certificar a aplicabilidade do formulário e a sua eficiência em coletar os dados."(p.27). Traz cronograma e orçamento.

Objetivo da Pesquisa:

- Identificar as representações sociais elaboradas pelas mães sobre o apetite dos filhos e sobre os medicamentos administrados para modificar este apetite;
- Discutir como a representação social influencia na prática da administração, pelas mães, nos seus filhos, de estimulantes de apetite.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

"Esclarecemos que os possíveis riscos da pesquisa poderão estar relacionados ao constrangimento a respeito de algumas questões a serem respondidas na entrevista, enquanto que os benefícios não são diretos aos participantes da pesquisa, mas a todos os cidadãos que poderão contar com uma orientação sobre saúde de forma mais eficiente."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O protocolo da pesquisa atende às Resoluções 196/96 e 466/2012.

O TCLE apresenta o título da pesquisa, objetivos, riscos, benefícios, procedimentos. A garantia do sigilo, do anonimato, o direito de desistir da pesquisa, informação de que a participação será voluntária não havendo custos nem benefícios e esclarecimento a qualquer momento através do endereço institucional.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo de pesquisa atende às exigências da Resolução 466/2012.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após o atendimento das pendências o projeto está aprovado para execução.

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
 Bairro: Módulo I, MA 17 CEP: 44.031-460
 UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA
 Telefone: (75)3161-8067 E-mail: cep@uefs.br

Assinatura

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
FEIRA DE SANTANA - UEFS



Continuação do Parecer: 411.609

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Tenho muita satisfação em informa-lhe que o atendimento às pendências referente ao seu Projeto de Pesquisa satisfaz às exigências da Res. 466/12. Assim, seu projeto foi Aprovado, podendo ser iniciada a coleta de dados com os sujeitos da pesquisa conforme orienta o Cap. X.3, alínea a - Res. 466/12.

Relembro que conforme institui a Res. 466/12, Vossa Senhoria deverá enviar a este CEP relatórios anuais de atividades pertinentes ao referido projeto e um relatório final tão logo a pesquisa seja concluída.

Em nome dos membros CEP/UEFS, desejo-lhe pleno sucesso no desenvolvimento dos trabalhos e, em tempo oportuno, um ano, este CEP aguardará o recebimento dos referidos relatórios.

FEIRA DE SANTANA, 01 de Outubro de 2013

Zamily Conceição Silva do Nascimento Souza

Assinador por:

PA Maria Angela Alves do Nascimento
(Coordenador)

Zamily Conceição Silva do Nascimento Souza
COORDENADORA
Comitê de Ética em Pesquisa - UEFS

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
Bairro: Módulo I, MA 17 CEP: 44.031-460
UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA
Telefone: (75)3161-8067 E-mail: cep@uefs.br