

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

LIVIA ROCHA

**DESNUTRIÇÃO E EXCESSO DE PESO NO MEIO RURAL DE ARAMBARÉ, RS:
(des)construindo idéias, repensando novos desafios.**

Porto Alegre

2006

LIVIA ROCHA

**DESNUTRIÇÃO E EXCESSO DE PESO NO MEIO RURAL DE ARAMBARÉ, RS:
(des)construindo idéias, repensando novos desafios**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Enfermagem, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Tatiana Engel Gerhardt

Porto Alegre

2006

R672d Rocha, Livia

Desnutrição e excesso de peso no meio rural de Arambaré, RS:
(des)construindo idéias, repensando novos desafios / Livia Rocha ; orient.
Tatiana Engel Gerhardt. – Porto Alegre, 2006.
185f.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio
Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Curso de Mestrado em Enfermagem,
2006.

Inclui resumo em Português, Espanhol e Inglês.

1. Nutrição infantil. 2. Transtornos da nutrição infantil. 3. Bem-estar da
criança. 4. Condições de vida. 5. População rural: Arambaré, RS. 6. Saúde
rural. I. Gerhardt, Tatiana Engel. II. Título.

Limites para indexação: Humano.

LHSN – 626

NLM – WS 120

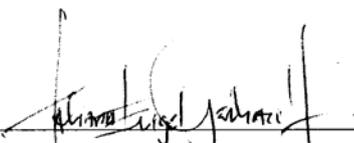
Catálogo por Celina Leite Miranda (CRB-10/837).

LÍVIA ROCHA

**DESNUTRIÇÃO E EXCESSO DE PESO NO MEIO RURAL DE ARAMBARÉ, RS:
(des)construindo idéias, repensando novos desafios**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Enfermagem, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovado em Porto Alegre, 21 de junho de 2006.



Profa. Dra. Tatiana Engel Gerhardt (Presidente)



Profa. Dra. Marta Julia Marques Lopes (EENF/UFRGS)



Profa. Dra. Dora Lúcia Leidens Corrêa de Oliveira (EENF/UFRGS)



Profa. Dra. Eleusis Ronconi Nazareno (Departamento de Saúde Comunitária/UFPR)

Dedico este trabalho a todas as crianças que vivem no meio rural, que em fase de intenso crescimento e desenvolvimentos merecem atenção especial.

AGRADECIMENTOS

Inicialmente, agradeço a Deus, por sempre ter estado ao meu lado, sei que sua presença foi fundamental durante os momentos difíceis pelos quais passei em campo, mas eles serviram para mostrar-me o valor da vida e das pequenas coisas que, muitas vezes, são esquecidas em meio à correria e à competitividade do dia-a-dia.

Às crianças e às famílias deste estudo que me receberam com muita atenção, dessa maneira possibilitando a realização deste trabalho.

Às agentes comunitárias de saúde, Zilda, Zenite e Clarisse, que foram mais do que facilitadoras deste trabalho, foram companheiras durante muitos quilômetros percorridos, em que trocamos idéias e conhecimentos. Ao seu Remi, taxista, uma pessoa muito especial, que me auxiliou no deslocamento e na localização das casas no meio rural.

À senhora Clair, secretária municipal de saúde de Arambaré e à Danieli, enfermeira, pela receptividade e viabilidade proporcionada por ambas para a realização da pesquisa.

À Danieli e ao Márcio, pela acolhida, pelo apoio, pela amizade e, principalmente, por me receberem com tanto carinho.

À professora Tatiana, pela paciência, pela compreensão, pela disponibilidade, e, ainda, pelos ensinamentos nas inúmeras orientações que, além de conduzirem a realização deste trabalho, contribuíram para meu crescimento pessoal e profissional.

À companheira de Mestrado, Adriana, a quem tenho muito a agradecer. Com nossas conversas, pude aprender muito, como aprendi com tua calma, vontade e capacidade de crescer que serviram e servem de estímulo. Muito obrigada pelas inúmeras horas de instrução sobre Epiinfo, banco de dados, cruzamentos, testes estatísticos, entre outros.

Ao Daniel, amigo e bolsista vinculado ao trabalho, pela ajuda, pela disponibilidade e pelas inúmeras horas de Epiinfo e Epinuti.

Às professoras Dora, Eleusis e Marta Júlia, pelas contribuições na banca de qualificação, que foram valiosas e permitiram o repensar sobre a pesquisa.

Às professoras do mestrado, pelos ensinamentos que me estimularam a procurar cada vez mais o conhecimento e a ilustrar o importante papel que o docente exerce na formação e na construção do saber em enfermagem.

Aos colegas do PROINTER, pela oportunidade de contribuir e de aprender dentro de uma perspectiva interdisciplinar. Agradeço por me sensibilizarem pelas questões que envolvem o meio rural, um espaço com inúmeras carências, que merece mais atenção das instituições governamentais, sociais e de ensino e pesquisa.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela concessão da bolsa de Mestrado, que me proporcionou executar este trabalho. À Pró-Reitoria de Pesquisa da UFRGS pelo Apoio Emergencial à Pesquisa (PROPESQ), ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) pela ajuda de custo ao trabalho e ao Programa Interdisciplinar de Pesquisa (PROINTER) pela concessão de diárias que auxiliaram na realização do trabalho de campo.

Às amigas e companheiras Daiane e Darielli pelo companheirismo e amizade desde a época da UFSM, nossas conversas e o apoio de vocês foram muito importantes para construção e crescimento nesta caminhada.

À Lucy Maria pela cuidadosa revisão de português e pelo carinho dispensado.

À Thaís, pela troca de idéias, pela receptividade, pelas palavras de estímulo e ainda, pela amizade que sempre será lembrada, assim como serão lembrados o apoio e o carinho da Bilu e do Francisco.

Aos meus pais, Júlio e Liane, pois além de me ensinarem que o estudo é a única e melhor herança que os pais podem deixar, me oportunizaram concluir mais essa etapa. Muito obrigada por todo o incentivo, pelo amor e pela paciência... Ao meu querido irmão, pelo abraço forte e pela compreensão num momento bastante difícil pelo qual passei, pude ter certeza, ainda mais, da pessoa maravilhosa que tenho a honra de ter como irmão.

Ao meu amor, André, pelo seu companheirismo, pelas sugestões e pela paciência com tua “estressadinha”. Sei que a busca pelos nossos ideais nos separa agora, mas seremos recompensados logo logo.

RESUMO

O presente estudo insere-se no programa interdisciplinar “Evolução e diferenciação da agricultura, transformação do meio natural e desenvolvimento sustentável em espaços rurais do sul do Brasil”. Nele a área da saúde, aborda as interfaces entre a saúde pública e a antropologia sobre as desigualdades sociais no meio rural e prioriza os segmentos mais fragilizados da população. Tem como objetivo conhecer a situação nutricional e o contexto de vida do universo de crianças menores de cinco anos do meio rural de Arambaré/RS, através de um estudo epidemiológico do tipo seccional. Os dados referentes ao contexto de vida, foram coletados por intermédio de um formulário semi-estruturado e analisados via estatística descritiva no software *Epi-info* 6.04. A avaliação antropométrica foi realizada com base em índices antropométricos (Peso/Idade, Peso/Estatura, Estatura/Idade) expressos em escore Z, como população de referência a do NCHS e analisados através do programa EPINUT. Os resultados mostram que a pobreza rural é marcante no contexto estudado e a agricultura de subsistência pouco expressiva. Constatase a dificuldade de acesso da população rural aos serviços de saúde. No que se refere à alimentação, identifica-se à introdução alimentar precoce e a adoção de padrões/modelos alimentares tidos como urbanos; o aleitamento materno exclusivo é pouco praticado. Em relação à nutrição, os problemas de déficit confirmam uma realidade comum a contextos rurais, e o excesso de peso, pouco explorado nestes locais, tem prevalência um pouco acima do esperado para população considerada saudável. Algumas associações estatísticas são observadas entre o excesso de peso e a não realização do aleitamento materno; no caso da desnutrição crônica, esta teria relação com a baixa escolaridade materna e com o peso da criança ao nascer. Evidencia-se que a complexidade que envolve os problemas nutricionais dificulta a construção de modelos causais, baseados em fatores de risco pré-estabelecidos; há diferentes graus de vulnerabilidade ao adoecimento, modulados pelas lógicas internas e pelo protagonismo social, como é visto na distribuição dos problemas nutricionais dentro da heterogeneidade social presente no município. O estudo desvela a necessidade de se repensar a atenção social, econômica e de saúde para a população rural. Acredita-se que essas e outras informações produzidas por este estudo, poderão influenciar políticas públicas locais direcionadas às crianças e às suas famílias.

Descritores: Nutrição infantil. Transtornos da nutrição infantil. Bem-estar da criança. Condições de vida. População rural: Arambaré, RS. Saúde rural.

Limites: Humano.

RESUMEN

El presente estudio se inserta en un Programa Interdisciplinar “Evolución y diferenciación de la agricultura, transformación del medio natural y desenvolvimiento sustentable en espacios rurales del sur de Brasil”. En él, el área de la salud, aborda las interfaces entre la salud pública y la antropología sobre las desigualdades sociales del medio rural y prioriza los segmentos más fragilizados de la población. Tiene como objetivo conocer la situación nutricional y el contexto de vida del universo de niños menores de cinco años de medio rural de Arambaré/RS, a través de un estudio epidemiológico del tipo seccional. Los datos referentes al contexto de vida, fueron colectados por intermedio de un formulario semiestructurado y analizados vía estadística descriptiva en el software Epi-info 6,04. La evaluación antropométrica fue realizada con base en los índices antropométricos (Peso/Edad, Peso/Estatura, Estatura/Edad) expresos en score Z, como población de referencia a del NCHS y analizados a través del programa EPINUT. Los resultados muestran que la pobreza rural es marcante en el contexto estudiado y la agricultura de subsistencia poco expresiva. Se constata la dificultad de acceso de la población rural a los servicios de salud. En lo que se refiere a la alimentación, se identifica una introducción alimentar precoz y una adopción de padrones/modelos alimentares tenidos como urbanos; la Lactancia Materna Exclusiva es poco practicada. En relación a la nutrición, los problemas de déficit nutricional confirman una realidad común a contextos rurales, yo el exceso de peso, poco explorado en estos locales, tiene prevalencia un poco encima de lo esperado para la población considerada saludable. Algunas asociaciones estadísticas son observadas entre el exceso de peso y la no realización de la lactancia; en el caso de la desnutrición crónica, esta tendría relación con la baja escolaridad materna y con el peso del niño al nacer. Se evidencia que la complejidad que envuelve los problemas nutricionales dificulta la construcción de modelos causales, apoyado en factores de riesgo pre establecidos; hay diferentes grados de vulnerabilidad al adolecimiento, modulados por las lógicas internas y por el protagonismo social, como es visto en la distribución de los problemas nutricionales dentro de la heterogeneidad social presente en el municipio. El estudio desvela la necesidad de repensar la atención social, económica y de salud para la población rural. Se cree que esas y otras informaciones produzidas por este estudio, podrán influenciar políticas públicas locales direccionadas a los niños y a su familia.

Descriptores: *Nutrición infantil. Trastornos de la nutrición del niño. Bienestar del niño. Condiciones de vida. Población rural: Arambaré, RS. Salud rural.*

Límites: *Humano.*

Título: *Desnutrición y exceso de peso en el medio rural de Arambaré, RS: (des)construyendo ideas, repensando nuevos desafíos.*

ABSTRACT

This study is in "Evolução e Diferenciação da Agricultura, Transformação do Meio Natural e Desenvolvimento Sustentável em Espaços Rurais do Sul do Brasil" interdisciplinary program. In it the health area approaches interfaces between public health and Anthropology about social inequalities of the rural environment and sets up a priority on the frailest segment of the population. This study draws the nutritional situation and the life context of rural children under five from Arambaré/RS, through an epidemiological study type sectional. Data referring to life context have been collected through a form semi-structured and estimated via descriptive statistics in software Epi-info 6,04. Anthropometrical assessment has been based on anthropometrical indexes (Weight/Age, Weight/Height, Height/Age) expressed in score Z, under referential fundament on National Center for Health Statistics and assessed through EPINUT program. Results show that rural poverty is remarkable in the context studied and agriculture of sustenance not relevant. Difficulty of access of rural population to health services has been noted. About alimentation precocious alimentary introduction has been noted and adoption of alimentary pattern considered healthy; breast-feeding is not much practiced. About nutrition deficit confirm common reality in rural contexts, and overweight is prevalent a little above the expected for a population considered healthy. Some relations are observed between and not breast-feeding; in case of chronic malnutrition this would be related to motherly learning and the weight of the child at birth. It is evident that the complexity involving nutritional problems makes difficult the construction of casual models, based on pre-set risk factors; there are different levels of vulnerability to getting sick, modeled by internal logic and by social acting as it can be seen in the distribution of nutritional problems within the social heterogeneity in this municipality. The study points out the necessity of rethinking social, economic and health attendance for rural population. We believe that this information influence local public politics concerning children and their families.

Descriptors: *Infant nutrition. Child nutrition disorders. Child welfare. Living conditions. Rural population: Arambaré, RS. Rural health.*

Limits: *Human.*

Title: Malnutrition and overweight in rural environment of Arambaré, RS: (des)constructing ideas, rethinking new challenges.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 – Mapa da Situação socioeconômica dos oito municípios da área empírica de estudo do PROINTER, PGDR/UFRGS, 2002	57
FIGURA 2 – Mapa do PIB per capita dos oito municípios da área empírica de estudo do PROINTER (ano base 1998), PGDR/UFRGS, 2002	58
FIGURA 3 – Mapa do Rendimento Médio Mensal das Pessoas Responsáveis pelos Domicílios dos oito municípios da área empírica de estudo do PROINTER, PGDR/UFRGS (ano-base 2000), 2002	59
FIGURA 4 – Mapa da Situação Demográfica dos oito municípios da área empírica de estudo do PROINTER, PGDR/UFRGS, 2002	61
FIGURA 5 – Imagem fotográfica ilustrando a Casa de Saúde do município de Arambaré	62
QUADRO 1 – Distribuição e razão de sexos entre crianças rurais menores de cinco anos no Brasil, Rio Grande do Sul e Arambaré, 2000	66
FIGURA 6 – Distribuição da idade dos pais das crianças (menores de cinco anos) do meio rural de Arambaré, 2005.....	68
FIGURA 7 – Distribuição da idade das mães das crianças (menores de cinco anos) do meio rural de Arambaré, 2005.....	69
FIGURA 8 – Imagem fotográfica ilustrando moradia em alvenaria de famílias assalariadas de uma grande propriedade.....	82
FIGURA 9 – Imagem fotográfica ilustrando moradia em madeira das famílias pesquisadas	83
QUADRO 2 – Distribuição das doenças apresentadas pelas crianças pesquisadas conforme declarado pelo respondente, Arambaré, RS, 2005	100
FIGURA 10 – Fluxo dos recursos terapêuticos utilizados pelas famílias investigadas nos casos de doenças consideradas costumeiras nas crianças, Arambaré, RS, 2005	104
FIGURA 11 – Cartograma do município de Arambaré identificando a distribuição das famílias investigadas segundo o tipo de propriedade, Arambaré, 2005	132

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Evolução do retardo estrutural (-2 desvio-padrão) de menores de cinco anos no Brasil, por grandes regiões e estratos urbanos e rurais (1975, 1989 e 1996).....	31
TABELA 2 – Distribuição por faixa etária das crianças menores de cinco anos do meio rural de Arambaré, 2005.....	65
TABELA 3 – Distribuição por faixa etária das crianças menores de cinco anos do meio rural de Arambaré, 2005.....	66
TABELA 4 – Distribuição da escolaridade dos pais das crianças menores de cinco anos do meio rural de Arambaré, 2005.....	70
TABELA 5 – Distribuição da escolaridade das mães das crianças menores de cinco anos do meio rural de Arambaré, 2005.....	71
TABELA 6 – Distribuição da estrutura das famílias das crianças menores de cinco anos do meio rural de Arambaré, 2005.....	72
TABELA 7 – Distribuição da situação socioeconômica das famílias de crianças menores de cinco anos do meio rural de Arambaré, 2005.....	75
TABELA 8 - Distribuição da situação de saúde materno-infantil no que se refere ao pré-natal das crianças menores de cinco anos do meio rural de Arambaré, 2005.....	89
TABELA 9 – Distribuição da situação de saúde materno-infantil no que se refere às idades maternas ao nascerem as crianças, hoje, menores de cinco anos, do meio rural de Arambaré, 2005.....	94
TABELA 10 – Distribuição da situação de saúde materno-infantil no que se refere à condição de nascimento das crianças, hoje, menores de cinco anos, do meio rural de Arambaré, 2005.....	96
TABELA 11 – Distribuição da situação de saúde materno-infantil no que se refere ao peso ao nascer das crianças, hoje, menores de cinco anos, do meio rural de Arambaré, RS, 2005.....	97
TABELA 12 – Distribuição do Aleitamento Materno Exclusivo (AME), por	

tempo de duração, para crianças menores de cinco anos do meio rural de Arambaré, RS, 2005.....	107
TABELA 13 – Estado nutricional das crianças do meio rural de Arambaré, segundo indicador Peso/Estatura, 2005.....	113
TABELA 14 – Estado nutricional das crianças do meio rural de Arambaré, segundo indicador Estatura/Idade,	114
TABELA 15 – Estado nutricional das crianças do meio rural de Arambaré, segundo indicador Peso/Idade, 2005.....	114
TABELA 16 – Associação entre índice Peso/Estatura e variáveis independentes. Crianças menores de cinco anos do meio rural de Arambaré, RS, 2005.....	120
TABELA 17 – Associação entre índice Estatura/Idade e variáveis independentes. Crianças menores de cinco anos do meio rural de Arambaré, RS, 2005.....	127
TABELA 18 – Distribuição da situação socioeconômica das famílias de assalariados de grandes propriedades pesquisadas, Arambaré, RS, 2005.....	134
TABELA 19 - Distribuição da situação nutricional nos índices Peso/Estatura, Estatura/Idade e Peso/Idade, para as crianças filhas de assalariados de grandes propriedades, Arambaré, RS, 2005.....	138
TABELA 20 – Distribuição da situação socioeconômica das famílias de assalariados de pequenas propriedades pesquisadas, Arambaré, RS, 2005.....	139
TABELA 21 – Distribuição da situação nutricional nos índices Peso/Idade, Estatura/Idade, Peso/Estatura para as crianças filhas de assalariados de pequenas propriedades, Arambaré, RS, 2005.....	142
TABELA 22 – Distribuição da situação socioeconômica das famílias de proprietários de pequenas propriedades pesquisadas, Arambaré, RS, 2005	144
TABELA 23 – Distribuição da situação nutricional nos índices Peso/Estatura, Estatura/Idade, Peso/Idade, para as crianças filhas de	

proprietários de pequenas propriedades, Arambaré, RS, 2005.....	148
TABELA 24 – Distribuição da situação socioeconômica das famílias de assentados pesquisadas, Arambaré, RS, 2005	150
TABELA 25 – Distribuição da situação nutricional nos índices Peso/Estatura, Estatura/Idade, Peso/Idade, para as crianças filhas de assentados, Arambaré, RS, 2005.....	155
TABELA 26 – Distribuição da situação socioeconômica das famílias de habitantes rurais irregulares pesquisadas, Arambaré, RS, 2005	156
TABELA 27– Distribuição da situação nutricional nos índices Peso/Estatura, Estatura/Idade, Peso/Idade, para as crianças filhas de habitantes rurais irregulares, Arambaré, RS, 2005.....	159

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	20
2 CONTRUÇÃO DO PROBLEMA DE ESTUDO	24
2.1 A Nutrição Infantil: concepções e ações.....	24
2.2 O Meio Rural e a Nutrição Infantil: números e Políticas Públicas.....	31
2.3 O Programa Interdisciplinar de Pesquisa – PROINTER.....	39
2.4 Problematizando a temática de estudo.....	42
3 OBJETIVOS	44
3.1 Objetivo Geral	44
3.2 Objetivos Específicos	44
4 METODOLOGIA	45
4.1 Pressupostos Metodológicos	45
4.2 Área do Estudo	46
4.3 População em Estudo	46
4.4 Coleta de Dados	47
4.4.1 O desencadeamento da Pesquisa.....	47
4.4.2 Aplicação do formulário de coleta de dados e avaliação antropométrica das crianças.....	49
4.5 Análise dos Dados	50
4.6 Considerações Éticas.....	53
5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	54
5.1 Caracterização do local de estudo: o município de Arambaré.....	54
5.2 A situação nutricional e o contexto de vida do universo de crianças menores de 5 anos do meio rural de Arambaré.....	64
5.2.1 Situação sociodemográfica das crianças e famílias.....	64
5.2.2 Situação Socioeconômica das famílias.....	74
5.2.3 Situação de Saúde Materno-Infantil.....	89
5.2.4 Situação Alimentar e Nutricional das crianças.....	106
5.3 A vulnerabilidade aos problemas nutricionais: associações entre índices	

antropométricos e variáveis demográficas, socioeconômicas e de saúde.....	118
5.3.1 Excesso de Peso: identificando elementos de vulnerabilidade no contexto.....	120
5.3.2 Desnutrição Crônica ou retardo no crescimento: identificando elementos de vulnerabilidade no contexto.....	126
5.4 O tipo de propriedade e a nutrição infantil no meio rural de Arambaré, RS	131
5.4.1 Assalariados de grandes propriedades.....	133
5.4.2 Assalariados de pequenas propriedades.....	138
5.4.3 Proprietários de pequenas propriedades.....	142
5.4.4 Assentados.....	149
5.4.5 Habitantes rurais irregulares.....	155
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	160
REFERÊNCIAS.....	168
APÊNDICE A – Formulário de Coleta de Dados	176
APÊNDICE B - Variáveis utilizadas para compor o nível de vida das famílias entrevistadas	179
APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participação da criança.....	180
APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ao responsável pela criança, informante do estudo.....	181
APÊNDICE E – Características Socioeconômicas das famílias pesquisadas no meio rural de Arambaré, 2005.....	182
ANEXO A – Mapa mostrando os oito municípios de estudo do PROINTER.....	184
ANEXO B – Etapas Metodológicas do PROINTER	185

1 INTRODUÇÃO

O foco desta dissertação de mestrado centra-se no tema da nutrição infantil e é decorrente, principalmente, da trajetória acadêmica da autora no Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/ Rio Grande do Sul. Durante a graduação, surgiu o interesse por tal tema e pelas práticas sobre a saúde da criança no contexto da saúde coletiva, por identificar-se, na infância, um período de crescimento e formação - marcado por uma grande imaturidade que torna a criança mais sensível e suscetível às adversidades da realidade vivida -, no qual ela necessita de mobilização social e apoio para garantir sua sobrevivência com um crescimento saudável.

O interesse pelo cuidado com a criança levou a autora a leituras sobre os processos de saúde-doença dessa fase, desvelando tanto o conhecimento sobre os altos índices de morbimortalidade por problemas nutricionais, nos países em desenvolvimento, quanto a necessidade destes serem detectados e tratados precocemente para evitar danos irreversíveis à saúde da criança. Isso tudo, desencadeou a vontade de saber e fazer mais pelas crianças em risco nutricional; culminando, assim, na realização do Projeto Assistencial de Conclusão do Curso de Enfermagem junto ao Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC), de uma Unidade Básica do município de Santa Maria/RS. O projeto objetivava a aproximação entre a Unidade de Saúde e as crianças e sua família, não só para uma avaliação e monitoramento da situação nutricional e de saúde das crianças, mas também para construção de ações educativo/assistenciais, mais adequadas à realidade vivida e aos inúmeros elementos que influenciam na situação nutricional.

Posteriormente, houve a inserção da autora no Grupo de Estudos em Saúde Coletiva (GESC)/ Escola de Enfermagem/UFRGS, e a aproximação de pesquisadoras que fazem parte de um Programa Interdisciplinar de Pesquisa (PROINTER). Nessa proposta de pesquisa, foi identificada a possibilidade de dar continuidade ao estudo das questões nutricionais, uma vez que este se mostrava uma problemática de pesquisa pertinente a área empírica do Programa.

O referido Programa Interdisciplinar de Pesquisa (PROINTER) é fruto de um acordo de cooperação interuniversitário franco-brasileiro, CAPES-COFECUB, nº 330/2000, entre a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Rural, Escola de Enfermagem – Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva/GESC e Departamento de

Geografia), a Universidade Paris 7, a Universidade Paris 10, a Universidade Bordeaux 2 e a Universidade Federal do Paraná (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2000).

Conforme referem Almeida, Gerhardt, Miguel *et al.* (2004), pesquisadores do programa, a composição da equipe e a definição da problemática ocorreram simultaneamente, à medida que se sucediam novas contribuições, ou novas “leituras” disciplinares que se adicionavam aos diagnósticos preliminares. A temática tratada *lato sensu*, unanimemente definida, foi o desenvolvimento rural em certas regiões, particularmente, no Estado do Rio Grande do Sul.

Segundo os mesmos autores, em paralelo e associado ao novo quadro político que se desenhava no final da década de 90, um debate ganhava terreno no Estado a propósito da chamada Metade Sul, uma região social e economicamente desfavorável, apropriada assim à análise imaginada pelo Programa Interdisciplinar. A conjugação de todos esses fatores e a vontade dos pesquisadores, implicados em prosseguir seus esforços de investigação interdisciplinar, resultaram na definição do programa de pesquisa intitulado “Evolução e diferenciação da agricultura, transformação do meio rural e desenvolvimento sustentável em municípios da planície costeira e do planalto sul do Rio Grande do Sul: uma abordagem interdisciplinar” (Prointer) (ALMEIDA; GERHARDT; MIGUEL, *et al.*, 2004).

Nessa proposta interdisciplinar, os olhares diferenciados e o posterior diálogo das várias disciplinas envolvidas objetivavam compreender uma realidade complexa, para construir conhecimento e subsídio (políticas públicas) para o desenvolvimento rural cujo enfoque é o da sustentabilidade (ALMEIDA; GERHARDT; MIGUEL, *et al.*, 2004).

Em virtude da grande extensão geográfica que compreende a Metade Sul, foi necessário limitar a área inicial de estudo, para tanto os pesquisadores selecionaram municípios representantes das heterogeneidades espaciais originárias das diferentes interações entre os sistemas naturais e os sistemas sociais da região em questão e pertinentes à investigação (ALMEIDA; GERHARDT; MIGUEL, *et al.*, 2004).

Em decorrência disso, os municípios escolhidos (Anexo A) foram: Arambaré, Camaquã, Canguçu, Chувиска, Cristal, Encruzilhada do Sul, Santana da Boa Vista e São Lourenço do Sul. Entre os principais critérios adotados para essa escolha, cita-se a presença de três compartimentos de paisagem (planície costeira, colinas e planalto), a diversidade das atividades primárias e a estrutura fundiária em cada um desses compartimentos de paisagem, indicando assim

condicionantes naturais que interagem com o processo histórico de ocupação e de desenvolvimento dos sistemas sociais (ALMEIDA; GERHARDT; MIGUEL, *et al.*, 2004).

Diante dos inúmeros elementos que caracterizam a área empírica e inter-relacionam-se de forma dinâmica, um enfoque setorial ou unilateral não seria suficiente para apreender essa realidade complexa. Dessa forma, a abordagem interdisciplinar emerge como uma exigência de natureza científica para análises destas realidades complexas, o que possibilita produzir um conhecimento a partir das interfaces de diferentes disciplinas.

A área da saúde contribui para identificar determinantes do processo saúde-adoecimento, na dinâmica das realidades locais e na produção de análise, com as demais áreas, sobre o desenvolvimento rural da região, suas características e os impasses mais recentes (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2003).

Ela parte da abordagem das interfaces entre a saúde pública e antropologia em torno das desigualdades sociais no meio rural. Nesse sentido, permite a análise das desigualdades sociais existentes, levando em consideração tanto os determinantes materiais, quanto os mecanismos de regulação e perturbação da saúde que são de origem social e cultural, como o papel das relações sociais e as conseqüências dos comportamentos individuais em relação às desordens corporais e à estruturação dos sistemas de assistência e de cuidados em saúde (GERHARDT, 2000).

Partindo dessa interface, a saúde assenta o foco em grupos mais frágeis da população – já que estão mais propensos aos condicionantes sociais e econômicos que interferem no processo saúde-doença -, e determina, assim, a necessidade de maior atenção e de investimentos em políticas públicas. Esse é o caso, por exemplo, das crianças que, em especial fase de vulnerabilidade, necessitam de ações específicas e de monitoramento constante de seu crescimento e desenvolvimento.

Nessa lógica de abordagem da saúde no PROINTER, o presente estudo se insere e busca por meio de um enfoque epidemiológico, caracterizar as condições de vida e de saúde, em especial as de nutrição das crianças menores de cinco anos, do meio rural de Arambaré. E ainda procura situar tais condições em um contexto mais amplo, do município em sua totalidade, e também em relação às particularidades dentro da diversidade social encontrada e suas inter-relações com a situação nutricional das crianças.

A partir dessas reflexões, acredita-se que a pesquisa em questão poderá permitir a compreensão do contexto e da situação nutricional das crianças e fornecer um primeiro olhar da

situação capaz de subsidiar ações e políticas públicas de saúde que vão ao encontro da realidade, bem como, contribuir com hipóteses de pesquisa para a área empírica de estudo do PROINTER.

O presente estudo está estruturado para tentar responder as motivações aqui expostas; em vista disso, após a introdução, apresenta-se a contextualização do problema de pesquisa abordando, entre outros aspectos, a justificativa da escolha do município para a pesquisa, questões ligadas à nutrição infantil e o meio rural. Posteriormente traçam-se os objetivos do estudo, a metodologia utilizada, a análise e a discussão dos dados e as considerações finais.

2 CONSTRUÇÃO DO PROBLEMA DE ESTUDO

O delineamento da problemática de estudo é composto pela contextualização do Programa Interdisciplinar que compreende sua organização, etapas metodológicas e seu caráter interdisciplinar, dos quais emergem elementos importantes sobre o contexto geral do município de Arambaré, como subsídios para a abordagem do tema da nutrição infantil e da área de estudo. Concomitantemente para a construção do problema, obteve-se subsídio por intermédio da revisão de literatura.

2.1 A Nutrição Infantil: concepções e ações

A alimentação e a nutrição são integrantes fundamentais para promoção e proteção da saúde, que permitem o pleno potencial de crescimento e desenvolvimento humano, com qualidade de vida e cidadania (BRASIL, 2002).

De acordo com Batista Filho (2003), nutrição define um processo mecânico e bioquímico que o organismo vivo utiliza para transformar as substâncias sólidas e líquidas exteriores de que precisa para sua manutenção, desenvolvimento orgânico normal e produção de energia, portanto, é algo estritamente biológico não incluindo qualquer relação com o meio físico ou social.

A alimentação é definida pelo mesmo autor (2003, p.389) como um “processo voluntário e consciente, influenciado por fatores culturais econômicos e psicológicos, mediante o qual o ser humano consome um conjunto determinado de produtos naturais ou artificiais para suprimento de suas necessidades biológicas de material e energia a partir do meio externo”. Se ela for qualitativamente e quantitativamente boa, o organismo terá energia e nutrientes para funcionar adequadamente e manter o estado de saúde.

Diferente da nutrição, a alimentação tem relação com o meio físico e o social. O ato de comer e a escolha pelos alimentos a serem consumidos sofrem influência de inúmeros fatores, tais como a cultura, o estado emocional, a saúde e a situação socioeconômica dos sujeitos.

Ao pensar-se nas crianças e em sua alimentação, a atuação dos sujeitos pode ser determinante para a manutenção de saúde delas. Para Almeida (2004), durante os primeiros anos

de vida da criança, práticas alimentares e hábitos saudáveis devem ser garantidos, caso contrário podem prejudicar o crescimento e o desenvolvimento infantil e, futuramente, influenciar no aparecimento de doenças na vida adulta.

Em face disso, para diversos estudiosos da área (Barro; Victora, 1998; Monte, 2000; Monteiro *et al.*, 2000a), o diagnóstico e a vigilância das condições nutricionais das crianças constituem-se uma forma prática e sensível de avaliar as condições e as tendências de saúde.

A necessidade de identificar os problemas nutricionais e, assim, prevenir sua repercussão negativa sobre a saúde, tornou a avaliação do estado nutricional das crianças uma prática difundida em diversos países. No caso do Brasil, há um certo consenso de sua relevância, a ponto de tornar-se uma ação preconizada não só pelo Ministério da Saúde, mas também desenvolvida por instituições de ensino e pesquisa e por organizações não governamentais.

Em nível ministerial, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), criada em 1999, tem como objetivo principal, em linhas gerais, garantir e promover a seguridade alimentar e nutricional¹, como forma de consolidação dos Direitos Humanos à Alimentação e à Nutrição, exigindo, para tanto, a responsabilidade do Estado e da sociedade civil, sendo uma proposta inter e intrasetorial (BRASIL, 1999; BRASIL, 2004b).

O monitoramento da situação alimentar está contemplado na terceira diretriz da Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Consiste em uma ação recomendada pela OMS, OPAS, FAO e UNICEF, por meio da ação do Sistema de Informação de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN, com o objetivo de: “(...) monitorar as condições dos grupos desfavorecidos da população de risco e proporcionar um método de avaliação rápida e permanente de todos os fatores que influenciam os padrões de consumo alimentar e o estado nutricional, visando à melhoria das condições de saúde e nutrição da população brasileira” (FAO/OMS,1974). Para tanto, o monitoramento do estado nutricional deve ser uma prática desenvolvida na atenção básica da rede do serviço de saúde e incorporada às rotinas de atendimento (BRASIL, 1999).

De acordo com Monte (2000), o compromisso multilateral preconizado pela PNAN se torna necessário, ao pensar no caráter multifatorial que envolve as questões nutricionais, que são

¹ O conceito adotado, no Brasil, de segurança alimentar e nutricional consiste em “garantir a todos, condições de acesso a alimentos básicos seguros e de qualidade, em quantidade suficiente, de modo permanente e sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, com base em práticas alimentares saudáveis, contribuindo assim para uma existência digna em um contexto de desenvolvimento integral da pessoa humana”.

vistas como problemas sociais e não puramente de saúde pública; exigindo, assim, ações mais complexas e de interdependência entre os diferentes setores do governo (saúde, desenvolvimento, agricultura, trabalho, educação, entre outros). Dessa forma, transportando estas considerações do nível geral ao particular, o diagnóstico dos casos também requer o conhecimento do contexto, dos aspectos materiais e imateriais de vida, para que as intervenções não só se restrinjam aos sintomas (biológico), mas também levem em consideração as causas e a complexidade das inter-relações.

Dentre os diversos problemas nutricionais que acometem a população, muitos são de difícil avaliação em grande escala, por exigirem análise laboratorial (como deficiências de vitaminas e minerais); já o diagnóstico dos problemas de Subnutrição ou Desnutrição e Sobrepeso/Obesidade² ganham destaque e privilégio de investigação em nível nacional, porque a sua identificação se dá por meio do acompanhamento do crescimento, utilizando procedimentos simples, como a análise do peso e da estatura (dados antropométricos) (BATISTA FILHO; RISSIN, 2003).

Segundo Monte (2000), a desnutrição é definida como uma síndrome carencial que reúne várias manifestações clínicas, antropométricas e metabólicas, as quais são intimamente relacionadas à intensidade e à duração da deficiência alimentar, dos fatores patológicos (principalmente a infecções associadas, *chamado ciclo vicioso*³, que compromete o adequado aproveitamento biológico dos alimentos) e da fase de desenvolvimento biológico do ser humano.

A desnutrição pode apresentar níveis que a caracterizam em diferentes formas de gravidade (leve, moderado, grave) e cronicidade (agudo e crônico). Nos casos mais sérios, além da carência causada no organismo, a presença da desnutrição está associada a outros agravos, como aumento na incidência e na severidade de doenças infecciosas, aumento na taxa de mortalidade infantil, retardo no desenvolvimento psicomotor e diminuição da capacidade produtiva na vida adulta (MONTEIRO; CONDE, 2000b).

² O sobrepeso é considerado um estágio de risco à obesidade, o seu diagnóstico permite a intervenção precoce no intuito de prevenir que o problema, em sua forma mais grave, se instale.

³ O ciclo vicioso caracteriza-se pela associação entre as doenças carenciais, como a desnutrição e as infecções, que estabelecem um ciclo de ações sinérgicas, que ocorre da seguinte forma: por um lado a desnutrição compromete as resistências mecânicas, afetando as barreiras cutânea e mucosa, diminui as defesas imunológicas e reduz as respostas celulares e humorais de proteção específica; as infecções, por sua vez, aumentam consideravelmente as necessidades de nutrientes, por ativação do metabolismo energético, nos estados febris e por exagero de catabolismo, especialmente proteico, além de prejudicar a ingestão (anorexia e vômito), a digestão, absorção e excreção de nutrientes pelas fezes e urinas (BATISTA FILHO, 2003, p.393).

Por outro lado, o sobrepeso/obesidade, como alvo dos estudos sobre a situação nutricional no país, é uma doença caracterizada pelo acúmulo de gordura corporal que acarreta prejuízos à saúde dos indivíduos, uma vez que potencializa o desenvolvimento de doenças crônico-degenerativas de alta letalidade, especialmente na vida adulta (MONTEIRO; CONDE, 2000a; WHO, 1998).

Silva, Balaban e Motta (2005) destacam que as conseqüências causadas pelo excesso de peso (sobrepeso/obesidade) podem ser evidenciadas ainda na infância, com desordens ortopédicas, distúrbios respiratórios, diabetes, hipertensão arterial, dislipidemia, distúrbios psicossociais, entre outros.

Nesta mesma direção, Melo, Luft e Meyer (2004) entendem que prevenir a obesidade significa diminuir, de forma racional e menos onerosa, a incidência de doenças crônico-degenerativas, principalmente nos dias atuais, em que o sobrepeso chega a uma prevalência de quase 50% na população adulta no País (BRASIL, 2004).

A gênese aparentemente oposta entre os dois problemas, um por excesso e outro por carência alimentar, vem sendo amplamente discutida na literatura. Pesquisas mostram que, em famílias carentes, local onde a obesidade aumenta consideravelmente, a presença dos dois problemas nutricionais pode ser considerada fruto de uma causa comum, a insegurança alimentar. Para os pesquisadores, a qualidade e a quantidade da alimentação desses indivíduos desencadeia o que chamam de “obesidade mal nutrida”, porque eles acreditam que os limites econômicos podem levar ao consumo de alimentos ricos em açúcares e farinhas que, além de não saciarem a fome e as necessidades nutricionais, engordam (BATISTA FILHO; RISSIN, 2003; DIAS; ATHAYDE, 2005). Essas constatações são interessantes, porém, conforme Gerhardt (2000), necessitam de cautela quando utilizadas como hipóteses explicativas para os fenômenos em todos os contextos.

Além de toda a complexidade que envolve os problemas tanto de carência quanto de excesso nutricional, os arranjos e as combinações entre eles, nas mais diversas realidades, parecem ilustrar o emaranhado de elementos que precisam ser desvelados antes de planejada qualquer intervenção.

Desenvolvendo essa reflexão, é comum os autores estabelecerem uma relação direta entre a pobreza e o comprometimento nutricional. A exemplo, Monteiro *et al.* (2000a), referem que nutrição infantil pode ser influenciada pelo grau de atendimento às necessidades básicas

humanas, tornando-se, assim, bom indicativo das condições de vida da coletividade na qual está inserida. Já Batista Filho (2003) destaca que, nos casos em que há privação econômica, esta repercute nas possibilidades de acesso aos alimentos tanto em qualidade quanto em quantidade essencial para a saúde e para a boa nutrição.

Não desconsiderando a contribuição do fator econômico, Gerhardt (2000) refere-se às diversas situações nutricionais encontradas em um mesmo estrato social ou área geográfica semelhante e levanta a hipótese de que há diferentes e inúmeras estratégias construídas pelos indivíduos e pelas famílias que, mesmo em meio aos limites econômicos conseguem com êxito garantir ou amenizar o crescimento e o desenvolvimento pleno de seus componentes.

Essa idéia reporta a definição de ‘Situação de Vida’, conceituada pela mesma autora como a utilização que os atores sociais fazem das suas condições materiais e imateriais (de acordo com as percepções deles sobre as adversidades às quais eles são submetidos, enquanto as recompõem e as reinterpretam). Além disso, essa noção tem o mérito de permitir uma síntese entre o que, na existência de um indivíduo – ou de um grupo – revela de fatores contextuais coercitivos, sejam eles materiais, sociais ou culturais, e as interpretações e as combinações que o indivíduo faz, de acordo com suas próprias percepções, de seus objetivos e de sua capacidade de formular um projeto de vida, modulando, por exemplo, diferentes graus de vulnerabilidade ao adoecimento (GERHARDT, 2000).

É possível avaliar a condição nutricional das crianças por intermédio de três índices antropométricos, ou seja, combinando os valores de peso e estatura verificados e a idade e o sexo de cada uma delas, o que resulta nos indicadores peso para idade (P/I), peso para estatura (P/E) e estatura para idade (E/I). Para interpretar estes indicadores e realizar a classificação nutricional, é necessário estipular um padrão de referência e pontos de corte para a caracterização das diferentes condições nutricionais (risco para a desnutrição ou desnutrição leve, desnutrição moderada e grave; eutrofia; sobrepeso e obesidade) (MONTE, 2000; SIGULEM; DEVINCENZI; LESSA, 2000; WHO, 1997)

No caso de uma criança apresentar qualquer alteração ou de déficit ou de excesso em algum desses índices, isso caracteriza uma má nutrição; entretanto, isoladamente, eles não conseguem explicar o processo específico que levou ao problema nutricional, funcionando apenas para demonstrar o grau de carência ou de excesso que a criança apresenta (ALMEIDA,

2004). Para tanto, é necessário estabelecer correlações com o contexto e a análise em profundidade de cada caso em que a má nutrição aparece.

A importância de utilizar os três índices para avaliar a desnutrição infantil deve-se ao fato de que cada um deles denota um significado. A correlação de peso/estatura tem sido útil para diagnosticar casos agudos, nos quais são mais sensíveis as alterações no peso e provocam o emagrecimento da criança; já o índice estatura/idade tem se mostrado mais prevalente em nosso país, caracterizando um processo crônico de longa duração, pois leva à baixa estatura ou ao nanismo da criança (nomenclatura definida para os casos em que E/I tiver um escore Z menor ou igual a -2 DP); por fim, a relação de peso/idade é dependente das verificações anteriores para elucidação nutricional, podendo representar um agravo agudo ou crônico (FERNANDES, *et al.*, 2002; MONTE, 2000).

No Brasil, as informações antropométricas têm sido tão úteis para demonstrar a trajetória da situação nutricional no país em suas diferentes macrorregiões, que serviram de referência para os três inquéritos nutricionais de base populacional realizados.

As três importantes pesquisas acima mencionadas são: Estudo Nacional de Despesa Alimentar – ENDEF de 1974 a 1975; Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição – PNSN do ano de 1989; e Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde – PNDS, ocorrida em 1995 e 1996. Em todas as pesquisas, foram realizados inquéritos domiciliares a uma amostra representativa da população urbana e rural do País. Vale ressaltar que, na pesquisa de 1975, não foram incluídas as áreas rurais da Região Norte e do Centro-Oeste do País, fato que se repetiu na Região Norte no inquérito de 1989 (BENFAM, 1996; IBGE, 1974; INAN, 1990).

Com base, principalmente, nesses inquéritos nacionais, o Ministério da Saúde tem procurado planejar as ações no âmbito alimentar e nutricional, já que o SISVAN que deveria permitir um melhor conhecimento do comportamento epidemiológico dos problemas nutricionais e servir de suporte para o desenho e o ajuste dos programas sobre alimentação e nutrição no País, não vem sendo eficaz, conforme indica o Relatório de Gestão –2004 da Coordenação Geral da Vigilância Alimentar e Nutricional. Dentre os motivos de tal ineficácia, destacam-se: dados gerados sem padronização; inexistência de um instrumento informatizado que possibilite a comunicação e um fluxo ágil entre as três esferas do SUS; e há também muitos municípios brasileiros que não aderiram ao SISVAN (BRASIL, 2005c).

É pertinente ressaltar que, passados quase dez anos do último inquérito, o País encontra-se carente de pesquisas desse gênero que possam retratar a situação atual e dinâmica da nutrição infantil e direcionar ações mais próximas da realidade. Sem esquecer que, caberia a cada município a preocupação e a responsabilidade de prevenir e identificar o excesso de peso e a desnutrição infantil em âmbito local. A importância da prevenção decorre, entre outros aspectos, do fato de que, o comprometimento do pleno crescimento e desenvolvimento infantil e as conseqüentes complicações sobre a saúde desses indivíduos, diferentemente das práticas preventivas, consome um grande montante dos limitados recursos destinados ao setor saúde no Brasil (BRASIL, 1999).

Independentemente do contexto, faz-se necessário o diagnóstico e a avaliação constante da condição nutricional e, conseqüentemente, da saúde das crianças. As pesquisas nacionais de base populacionais, apesar de interessantes são prolongadas, onerosas e nem sempre retratam as especificidades que envolvem cada caso em meio às diversidades tanto regionais quanto de situação do domicílio – rural ou urbano. Isso ocorre porque a complexidade e a multicausalidade que permeiam esses problemas – resultantes da relação dinâmica de inúmeros aspectos correlacionados (sociais, culturais, psicológicos, ambientais) que atuam conjuntamente e podem ser influenciados pela ação dos sujeitos sociais -, impedem a construção de modelos causais estanques e replicáveis em todos os contextos, sendo necessário, então, relativizá-los a cada realidade, em que se tenta compreender a desnutrição e a obesidade presente.

No caso específico de Arambaré, a falta de informações sobre a situação nutricional e o aparente descaso de políticas públicas de saúde infantil, motivaram a presente investigação. Ainda, ao analisar-se as particularidades do município de Arambaré, na área empírica do PROINTER, observa-se que as heterogeneidades sociais e as dinâmicas complexas se reproduzem em nível mais intrínseco ao meio rural, torna-se campo fértil para analisar-se a questão nutricional dentro de uma visão ampliada considerando as heterogeneidades sociais e as do contexto.

Um olhar específico, permite identificar não só as condições de vida nesse contexto, mas também as particularidades da diversidade social encontrada e sua influência na saúde nutricional das crianças. Cabe dizer que, essa primeira aproximação dos casos permite diagnóstico inicial, fornece subsídios para aprofundar conhecimento sobre a realidade e para a construção de ações interdisciplinares mais próximas da gênese intrínseca dos problemas.

2.2 O Meio Rural e a Nutrição Infantil: Números e Políticas Públicas

A avaliação da situação nutricional infantil parece ser uma temática de investigação interessante para o meio rural. De acordo com os três inquéritos nutricionais de base populacional realizado no País e com as pesquisas locais – quando existem – a situação é preocupante para a população infantil residente em espaços rurais nas diversas regiões do Brasil.

Os índices demonstram que a desnutrição infantil tem uma alta prevalência especialmente nas crianças rurais; por outro lado, a obesidade infantil, por ser tratada como uma enfermidade relacionada ao estilo de vida urbano, apresenta pouca informação de sua incidência no meio rural. (BATISTA FILHO; RISSIN 2003; BRASIL, 2004d; MONTEIRO; CONDE, 2000a).

Resumidamente, sem se considerar a situação do domicílio, a evolução da nutrição, nas três décadas (70, 80 e 90) de pesquisa, caracterizou um processo denominado de “transição nutricional ou epidemiológica”, marcado pelo declínio da desnutrição infantil (principalmente os casos moderados e graves, ou seja, quando a frequência dos índices estão abaixo de -2 DP) e intensa ascensão do sobrepeso e da obesidade em adultos (BATISTA FILHO; RISSIN, 2003, BRASIL, 2004a).

Durante o período compreendido pelas pesquisas, a desnutrição infantil apresentou melhora substancial. Batista Filho e Rissin (2003), em análise comparativa das três pesquisas, afirmam que essa redução é dimensionada na queda de 72% dos seus casos crônicos (referente ao índice E/I) (tabela 1).

TABELA 1 – Evolução do retardo estatural (-2 desvio-padrão) de menores de cinco anos no Brasil, por grandes regiões e estratos urbanos e rurais (1975, 1989 e 1996)

Estrato/ região	1975 (%)	1989 (%)	1996 (%)	Variação anual (%)	
				1975/1989	1989/1996
Urbano					
Norte	39,0	23,0	16,6	-2,9	-4,3
Nordeste	40,8	23,8	13,0	-3,0	-6,5
Centro-Sul	20,5	7,5	4,6	-4,5	-5,5
Brasil	26,6	12,5	7,7	-3,8	-5,5
Rural					
Nordeste	52,5	30,9	25,2	-2,9	-2,6
Centro-Sul	29,4	12,3	9,9	-4,2	-2,8
Brasil	40,5	22,7	18,9	-3,1	-2,4

Fonte: BATISTA FILHO, M.; RISSIN, A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, supl.1, 2003.

Observa-se que a queda da desnutrição em crianças, durante as duas primeiras décadas, foi maior na Região Centro-Sul do que na Região Norte e Nordeste do País; por outro lado, entre 1989 e 1996, esse comportamento foi revertido. Mesmo com um decréscimo maior do problema, nas Regiões Norte e Nordeste, nos anos 90, é aí que se encontra a maior prevalência da desnutrição infantil no Brasil (MONTE, 2000; MONTEIRO *et al.*, 2000a).

Em relação à situação do domicílio (rural ou urbano), evidencia-se que a desnutrição crônica, que sempre foi mais prevalente no meio rural do que no urbano, apresentou um incremento substancial, no decorrer das décadas, ou seja, a diferença campo-cidade, em 1975, era de 52%, passou a 80% em 1989 e chegou ao ápice, em 1996, com 145% (BATISTA FILHO; RISSIN, 2003).

No quadro atual, a desnutrição no meio rural chega a valores onze vezes acima dos limites aceitáveis na Região Nordeste, e a quatro vezes no Centro-Sul. Baseado nesses índices, que Monteiro (2000, p. 389) subsidia sua afirmação de que “a desnutrição infantil no Brasil é eminentemente rural”.

A fim de justificar tal comportamento e os motivos da redução da desnutrição infantil no meio urbano, ocorrida durante as décadas de 70, 80 e 90, alguns autores como, Almeida (2004), Batista Filho e Rissin (2003), Monte (2000) e Monteiro *et al.* (2000a), defendem hipóteses plausíveis à situação. Resumidamente, eles consideram que a melhora dos serviços públicos (saneamento, educação, saúde e principalmente, ações preventivas); alguns aspectos demográficos ocorridos (como a queda da fecundidade e da natalidade, que alivia a pressão sobre os programas de saúde destinados às crianças e sobre o número de dependentes econômico nas famílias); e o êxodo rural (que desloca a população para as áreas urbanas, onde normalmente as oportunidades de acesso e infra-estrutura são melhores), são elementos que podem responder esse quadro positivo.

Se, por um lado, os referenciais bibliográficos sobre indicadores e fatores relacionados à desnutrição infantil são numerosos; por outro lado, sobre a obesidade infantil e seus indicadores são escassos. (BRASIL, 2004d). A maioria dos estudos referentes ao tema da obesidade concentra-se sobre a população adulta, porque as proporções tomadas pelo problema entre essa faixa etária têm chamado mais a atenção, se comparadas a baixa prevalência dela em crianças,

conforme demonstra a Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição de 1989 e a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde de 1996. (BENFAM, 1996; INAN, 1990; MONTEIRO *et al.*, 2000b).

Em análise comparativa, entre 1989 e 1996 a obesidade em crianças menores de cinco anos aumentou apenas na Região Nordeste em 2,1%; já na Região Sul, teve uma queda de 3,2% passando de 8,6% para 4,1%. De forma geral, ela foi mais prevalente entre as crianças do sexo feminino e naquelas que estavam entre os dois primeiros anos de vida como exibem as análises feitas por Corso *et al.* (2003) e Monteiro *et al.*, (2000b). Sobre esse último aspecto, estudiosos acreditam que, nessa faixa etária, o problema estaria associado ao desmame precoce e a erros alimentares, contudo, eles destacam que a alteração no índice de peso para estatura (P/E) em crianças menores de seis meses, não requer preocupação ou intervenção para controle, uma vez que o quadro pode ser revertido com o crescimento normal da criança e com aumento progressivo da atividade física, comuns à idade (ALMEIDA, 2004; BALABAN *at el*, 2004).

A lacuna de quase dez anos sem inquéritos de base populacional dificulta afirmar se o comportamento de baixa prevalência da obesidade infantil persiste no País. Ao compararem-se estudos locais mais recentes, realizados no meio urbano com os anteriores, observa-se uma realidade que vem mudando. Em pesquisa realizada na cidade de Florianópolis/SC, com crianças menores de seis anos, 1,9% delas estavam desnutridas e 6,8% apresentavam sobrepeso. Na análise dos pesquisadores, esse é um resultado preocupante; pois, ao compará-lo com a prevalência do problema em pesquisas realizadas na América Latina, o valor de 6,8% apenas foi menor do que o encontrado na Argentina (7,3%), e sobressaiu sobre todos os demais países comparados. Além disso, tal pesquisa demonstra que a obesidade infantil entre a população urbana começa a tomar proporções relevantes se comparada com a da desnutrição (CORSO *et al.*, 2003).

Outra pesquisa realizada no município de Pelotas/RS, que investigava a situação nutricional de duas coortes de crianças, umas nascidas em 1982 e outras em 1993, também constatou a elevação da obesidade infantil. Ao analisar a prevalência de obesidade aos quatro anos de idade, identificaram um percentual de 4,9% entre as crianças da primeira coorte e 10,5% na segunda coorte (VICTORA; CESAR, 2000).

De acordo com Batista Filho e Rissin (2003), a escassez de estudos que demonstrem as proporções atuais da obesidade entre as crianças, precisa ser revista, principalmente em períodos de transição epidemiológicas, em que a obesidade entre os adultos, inclusive de estratos sociais

inferiores e que vivem no meio rural, torna-se um problema de saúde pública endêmico, com grandes chances de refletir-se sobre a população infantil, uma vez que a etiologia da obesidade infantil está ligada a dois fatores que direta ou indiretamente têm relação com os adultos que geraram ou cuidam da criança. A elencar: fatores ambientais (ingestão energética excessiva, níveis baixos de gasto energético, influência familiar, entre outros) e fatores genéticos (NGUYEN, *et al.* 1996).

Ao se observar à lacuna entre as pesquisas sobre o excesso de peso em crianças rurais, e o quadro positivo da desnutrição infantil principalmente no meio urbano, justificada por diversas análises que afirmam haver melhores condições de vida e saúde no meio urbano, a realidade rural chama atenção.

Analisando, na literatura, artigos que abordam a saúde da população do campo, um aspecto comum entre eles é a afirmação de que em alguns contextos rurais a dificuldade de acesso aos serviços de saúde aumenta a vulnerabilidade dos indivíduos ao adoecimento (ALBUQUERQUE, 2002; LEROY, 2002; MONTEIRO *et al.*, 2000a; SICHIERI, 1993).

Segundo o Ministério da Saúde, o acesso da população rural aos serviços de saúde é ainda um grande desafio ao Sistema Único de Saúde que envolve os gestores de todos os níveis, ou seja: municipal, estadual e federal (BRASIL, 2004d). A tomada de consciência sobre o problema, por parte do poder público, é explicitada ao menos teoricamente em diferentes publicações, uma delas é o material referente à saúde da mulher em que se pontuam alguns fatores relacionados a questões, como: a distância até os serviços, a precariedade dos serviços locais e a precária capacitação dos gestores e dos profissionais de saúde para lidar com a especificidade dos agravos decorrentes no campo (BRASIL, 2004c).

Na prática, as conseqüências dessa situação são visualizadas em índices oficiais de saúde. De acordo com a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (1996), 32% das mulheres rurais não tiveram nenhum atendimento pré-natal, ou ainda, a taxa de mortalidade infantil entre os filhos de mulheres sem assistência pré-natal ou ao parto foi de sessenta e cinco (65) por mil (1000) nascidos vivos nas áreas rurais para quarenta e dois (42) por mil (1000) nascidos vivos na área urbana (BRASIL, 2004c; BENFAM, 1996).

Monteiro (2003) refere, que tais lacunas na assistência à saúde da gestante, além de aumentar o número de óbitos infantis, interferem sobre a saúde e a nutrição das crianças que sobrevivem; pois, em muitos casos, as mães continuarão sem um acompanhamento pediátrico e

sem orientações sobre a maneira mais adequada de cuidar e alimentar a criança. Em complementaridade a essa idéia, Monteiro, Benício e Freitas (2000, p.405) declaram que “cuidados pré-natais ausentes ou insatisfatórios podem aumentar em 1,6 a chance de retardo de crescimento infantil”.

Somada à dificuldade de acesso caracterizada por Unglert (1995) como geográfica (distância a ser percorrida e barreiras geográficas impostas) e funcional (qualidade e horário de funcionamento e ainda, programas oferecidos) a população rural também passa por dificuldades de acesso cultural (serviços de saúde inseridos nos costumes e hábitos da população). Segundo o “Diagnóstico da saúde e nutrição da população do campo”, publicado em 2004 pela Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição- PNAN, não há uma preparação e capacitação eficaz dos gestores e dos profissionais para trabalharem com as especificidades de agravos no campo e as particularidades sociais e culturais que ele comporta (BRASIL 2004c).

Budó (2002), ao estudar o preparo da enfermagem para a prática do cuidado em comunidades rurais, detectou que a formação recebida por ela (durante graduação, pós-graduação e preparo informal caracterizado como cursos de capacitação, estudos autodidatas, uso do conhecimento empírico e da criatividade, entre outros) não tem contribuído por ser muito genérica, vale dizer, não colabora para o pensamento da complementaridade entre saberes profissionais e populares, desfavorecendo, assim, o cuidado cultural que essa população necessita.

Contudo, recentemente, para fazer frente à precária realidade de saúde vivenciada por grande parte das comunidades rurais em comparação às urbanas, foi implementada, em 2003, a Política de Saúde para a População do Campo, e instituído um grupo de trabalho chamado de Grupo da Terra (GT) (BRASIL, 2004d)

Esse grupo assume a missão de discutir e elaborar estratégias para melhorar o acesso da população do campo aos serviços de saúde e, assim, garantir aos que lá coabitam e constroem suas vidas o direito legal de cidadania, sem que seja preciso, para isso, deslocarem-se do campo. Dentro dos objetivos do GT, foram estipulados seis principais pontos da agenda para a saúde da população do campo. São eles: Política de Acesso; Política de Fitoterápicos; Política de Saneamento; Política de Saúde do Trabalhador e Saúde Ambiental; Política de Educação em Saúde e Controle Social; *Política de Nutrição e Segurança Alimentar*.

Schneider e Fialho (2000) traçam considerações sobre as iniciativas e as políticas públicas para a população rural, essas impulsionadas, especialmente, pela pobreza e exclusão social; por elas pode-se fazer um paralelo com as políticas de saúde. Inicialmente, os autores criticam as propostas pautadas na idéia de “fixar” o homem no campo, uma vez que ela parece ser fruto de um “viés urbano”, ou seja, o aumento do desemprego e da violência urbana sensibiliza estratégias sociais e governamentais para tornar o campo atrativo e evitar o êxodo rural. E também, os autores acreditam que há uma considerável lacuna entre as “preocupações” com a população rural e uma tradução em esforços e iniciativas efetivas para fazer frente a essas questões preocupantes. Dessa forma, o viés de interesse oculto e a otimização das diferentes políticas pensadas para a população do campo são elementos a serem pensados.

Diante dos problemas de saúde traduzidos em indicadores de saúde desfavoráveis à população rural, parece emergente a necessidade que a consciência governamental das dificuldades de acesso (geográfico, funcional e cultural) e da precariedade da saúde dos indivíduos rurais, transforme-se, na prática, em medidas de atenção à saúde, instituídas aos municípios e legitimamente aferidas pelo controle social.

É interessante mencionar que, em épocas anteriores, o foco da atenção do setor saúde se dava sobre o campo, diferentemente do que ocorre nos dias atuais. Muito antes de pensar-se em propostas de promoção e prevenção à saúde na atenção básica, já se fazia menção a algumas estratégias preventivas ligadas, por exemplo, à alimentação e à nutrição no meio rural. Internacionalmente, por volta do século XIX, Florence Nightingale, em seus discursos, estimulava a importância de levar, para as áreas rurais da Inglaterra, a visita domiciliar (MARQUES, 2000).

Outros achados sobre o mesmo tema, porém no Brasil, reportam aos casos ocorridos em Pernambuco, por volta da década de 50, com a criação da primeira unidade de atenção básica em comunidades rurais, a chamada Unidade de Campo de Ribeirão; ainda, na década de 70, o Serviço de Puericultura do Centro de Saúde Escola Paulínia em Campinas – SP, relacionado à Universidade de Campinas, através do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças rurais conseguiu resultados consideráveis sobre a saúde dessa população (MARQUES, 2000; VASCONCELOS, 2000).

Dentro de uma análise histórica, a transição rural-urbano, identificada no País, acompanhou o decréscimo populacional, uma vez que a população que era de 65% rural, na

década de 50 decaiu para 18% em 2000. Isso ocorreu porque a constituição social e econômica do País pautada inicialmente na agricultura, foi modificada com o processo de industrialização, de crescimento urbano e de incremento tecnológico na agricultura que culminou em excesso de mão de obra, que propiciou o êxodo rural e concomitantemente o “esquecimento” do campo. (BRASIL, 2000; ROSSATO, 1996).

Vale ressaltar que o “esquecimento” da população do campo não só ocorre por parte das políticas de saúde, mas também, por parte das pesquisas e dos estudos que privilegiam o meio urbano das cidades. Um exemplo disso é a inexistência de estudos que demonstrem a prevalência da obesidade infantil nas diferentes regiões rurais do País (BRASIL, 2004d).

A justificativa encontrada, na literatura, para a escassez de estudos nutricionais sobre as populações rurais, decorre do fato de eles despenderem muito tempo, recursos materiais e humanos; pois tal população reside em comunidades distantes e de difícil acesso, o que torna as pesquisas amplamente onerosas e engenhosas, e exige uma logística mais complexa, muitas vezes, inviável. (BRASIL, 2004d). No entanto, têm sido estimuladas pelo governo, as pesquisas locais, que além de refletirem situações próprias da realidade e contribuir com propostas de ação mais contextualizadas, favorecem a concretização do ideal de descentralização político-administrativo no setor saúde em nosso país (BRASIL, 2004d; LEAL; BITTENCOURT, 1997).

O resultado de estudos encontrados, na literatura, sobre a nutrição infantil e sobre a população do campo exemplifica a importância da apropriação e do planejamento baseados numa realidade mais restrita. Ainda que escassos, esses estudos demonstram que a alta taxa da desnutrição não é onipresente em todo meio rural, cada um com características singulares, possivelmente moduladas pela atuação dos atores sociais, reflete resultados próprios e retrata a heterogeneidade regional presente no País.

As cinco pesquisas ocorreram nos Estados de Alagoas, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e Paraná, algumas delas investigavam, além da questão nutricional, aspectos sobre a saúde das crianças e informações sobre as condições socioeconômicas da população. Para fins da análise, são apresentados apenas dados comuns entre elas, ou seja, a prevalência da desnutrição infantil, que deve ser relativizada ao ano da pesquisa e a redução que o problema vem apresentando no decorrer das últimas quatro décadas.

A pesquisa ocorrida no ano de 1995, em Alagoas, investigava o estado nutricional de trezentos e cinquenta e sete (357) crianças menores de dez anos, residentes no assentamento

Fazenda Conceição de Porto de Calvo/Alagoas. Nela, a prevalência de desnutrição crônica nas crianças foi de 39,8%. Este resultado, se comparado com as demais pesquisas citadas a seguir, confirma a maior proporção do problema na Região Nordeste do País como demonstrado nos inquéritos populacionais (FERREIRA *et al.*, 1997).

No Rio de Janeiro, os pesquisadores investigaram, em 1997 e 1998, os indicadores sócio-econômicos e o perfil nutricional de duzentas e uma (201) crianças e adolescentes do assentamento rural de São José da Boa Morte. Como resultado, constataram que as crianças menores de 5 anos não tinham nenhum déficit nutricional; por outro lado, entre a faixa etária dos 5 aos 18 anos a prevalência de sobrepeso (7,9%) foi maior do que a da desnutrição (2,9%). Segundo eles, a inexistência da desnutrição entre a faixa etária comumente mais atingida, poderia ser justificada pela proximidade e pelo acesso aos serviços de saúde que estariam atuando como fator de proteção (VEIGA; BURLANDY, 2001).

O estudo em Minas Gerais ocorreu no ano de 2001, em um assentamento rural, localizado no Município de Tumiritinga, Vale do Rio Doce. O objetivo do estudo era avaliar o estado de saúde e nutrição das sessenta e nove (69) crianças de 0 a 60 meses que residiam nesse local. Como resultado, a desnutrição crônica estava presente em 7,6% das crianças, tal resultado teve associação estatística com o baixo peso da criança ao nascer (CASTRO *et al.*, 2004).

No Rio Grande do Sul, a pesquisa ocorrida em 1982, teve um formato diferente. Nela, o autor queria testar a hipótese de que as crianças filhas de pequenos proprietários que cultivam sua própria terra tendem a apresentar melhor estado nutricional do que os filhos de empregados rurais, que dependem de um salário para alimentar sua família. Para tanto, o autor comparou duas microrregiões do Estado: Campos de Vacarias, onde a mortalidade é alta e existe maior número de grandes propriedades, e Alto Taquari, onde há baixa mortalidade e pequenas propriedades. Com o resultado, a hipótese foi comprovada, pois a maior prevalência de desnutrição crônica (20,2%) foi encontrada, conforme o esperado, no meio rural da primeira microrregião (VICTORA, 1986).

Seguindo essa linha de investigação, o estudo ocorrido, em 1983, no Paraná, buscava avaliar a hipótese de que a mudança na relação de trabalho da família durante a infância da criança, passando de situações mais protetoras do estado nutricional, como pequenos proprietários rurais para bóias-frias (trabalhadores rurais assalariados), poderia ter consequência no estado nutricional das crianças. Para tanto, foi estudado a nutrição das crianças menores de

onze anos, moradoras da área rural de Mandaguaçu/PR, segundo a relação de trabalho da família durante o período de 1972 a 1983. A hipótese foi comprovada pela alta prevalência de desnutrição aguda (47,6%) entre as crianças de famílias que passaram de trabalhadores urbanos para bóias-frias. Para os autores, a mudança para o campo poderia estar relacionada a condições de miséria que tornariam as crianças mais expostas a infecções, bem como, dispõem de menos recursos de assistência à saúde (SICHERI *et al.*, 1993).

Ao se pensar conjuntamente os resultados, confrontando os dados apresentados, parece que cada estudo mostra uma conjuntura peculiar ao momento histórico e espacial (diferenças regionais) e à heterogeneidade social. Ainda, por intermédio deles, é possível ilustrar a estreita relação entre o acesso aos serviços e a melhor condição de saúde, neste caso, de saúde nutricional das crianças rurais.

Pelos elementos abordados neste item, pensar nas questões que envolvem a saúde e a população rural parece uma necessidade emergente. Dentro disso, indo ao encontro da temática de estudo, a nutrição infantil destaca-se como importante problema de saúde pública nesses contextos e merece então, atenção por parte das instâncias governamentais, de ensino e pesquisa. Nesse sentido, a interface disciplinar da saúde, no Programa de Pesquisa (PROINTER), pode contribuir para construção de conhecimento e para subsídio de Políticas Públicas para essa área.

2.3 O Programa Interdisciplinar de Pesquisa - PROINTER

No Programa Interdisciplinar de Pesquisa, realizado por pesquisadores franceses e brasileiros, a problemática de estudo vem sendo construída conjuntamente, no decorrer dos anos de trabalho, pela contribuição do olhar particular e posterior diálogo das diferentes disciplinas envolvidas, com vistas à compreensão de uma realidade complexa. Esse conjunto de olhares volta-se para entender a inter-relação entre as dinâmicas naturais e as dinâmicas sociais, tentando definir os impasses e as perspectivas do desenvolvimento rural, com a noção de sustentabilidade, dos municípios da Metade Sul do Rio Grande do Sul.

A Metade Sul do Estado é caracterizada por um intenso fenômeno de pobreza econômica e social (SCHNEIDER; FIALHO, 2000). Neste processo de exclusão, identificam-se dinâmicas

complexas em que uma diversidade de inter-relações natureza/sociedade interferem no meio rural e em suas condições de vida e desenvolvimento.

Nessa área, mais precisamente em oito municípios (Anexo A), os pesquisadores identificaram o espaço geográfico ideal, cujas características e inter-relações se mostravam presentes e pertinentes aos objetivos da pesquisa em decorrência de alguns aspectos, a elencar: a região de estudo encontra-se em fase de estagnação e em declínio do ponto de vista econômico e, ainda, apresenta fatores que indicam a existência de fortes impactos ambientais em consequência das atividades produtivas de arroz, fumo e mineração; do ponto de vista social, sua justificativa se dá pela existência de uma diversidade/heterogeneidade de grupos sociais e de sistemas produtivos e em interação; presença de remanescentes de quilombos e, recentemente, de vários assentamentos (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2003).

Para dar conta dessas relações e pautado na interdisciplinaridade, o programa é fundamentado em três etapas metodológicas, nas quais estão descritas as diferentes atividades para concretização da proposta, como pode ser visualizada na representação gráfica em anexo (Anexo B).

Em linhas gerais, após a estruturação do programa, balizado na temática chave do desenvolvimento rural, intitulada de “Evolução e diferenciação da agricultura, transformação do meio natural e desenvolvimento sustentável em espaços rurais do sul do Brasil”, ocorreu a primeira etapa da pesquisa. Nela, realizaram-se oficinas de trabalho para a escolha da área empírica do estudo, a qual resultou nos oito municípios supracitados.

Ainda, foi realizado um diagnóstico global dos municípios para compreender as diversidades espaciais e sociais. Inicialmente, composto por dados secundários e, posteriormente, direcionado a aprofundar as informações e torná-las mais fidedignas à realidade, foram coletados dados municipais primários, por meio de entrevistas com autoridades públicas e informantes-chave. Nessa oportunidade, houve um reconhecimento espacial da área de cada município e construiu-se um “zoneamento” com identificação das áreas rurais, sedes urbanas e demais particularidades.

Essas informações retratam um pouco das heterogeneidades que foram ilustradas em “Mapas Temáticos”. Estes mapas, fundamentados em indicadores e variáveis, traduzem diferentes “domínios”, como a demografia, economia, agricultura, entre outros. Em seguida, foi efetuado o cruzamento de indicadores e de variáveis dentro de cada domínio, que representaram

uma síntese das várias situações apresentadas pelos municípios, ilustradas por um outro conjunto de mapas denominado de “Mapas de Síntese”. Um exemplo de síntese é o cruzamento de indicadores demográficos - crescimento populacional e densidade populacional-, que definiram a chamada “situação demográfica dos oito municípios”.

A segunda etapa é baseada nessa pré-análise, quando acontece o delineamento da problemática comum do PROINTER, ou seja, a Problemática Interdisciplinar de Pesquisa. Nela, cada área de conhecimento realiza seus projetos individuais.

Na terceira e última etapa, os resultados das pesquisas disciplinares serão analisados conjuntamente, assim, ocorre uma troca de informações que resultará em um novo modelo de interfaces que definirá as heterogeneidades da região de estudo, seus problemas e as estratégias que podem subsidiar políticas públicas de desenvolvimento rural.

Nessa proposta de construção coletiva, o presente projeto inseriu-se no Programa com o intuito de contribuir, com suas análises, para a construção da Problemática Interdisciplinar de Pesquisa.

O primeiro aspecto que justifica a opção de estudo no município de Arambaré se deve ao fato de ele ser um dos oito municípios de investigação do PROINTER, envolvidos na primeira fase interdisciplinar de pesquisa. As informações geradas nessa etapa e ilustrada pelos Mapas Temáticos e de Síntese, possibilitaram um esboço geral do município, identificando heterogeneidades que marcam a organização espacial e o funcionamento socioeconômico e delineiam diferentes situações de vida e reprodução social.

Esse elenco de informações aprofundadas sobre o contexto, fizeram emergir aspectos de interesse investigativo que subsidiaram ainda mais a escolha da autora por Arambaré. As condições de vida, a precariedade pelo qual passa a maioria da população rural do município e a falta de informações de saúde (dados secundários) sobre tal população, em especial sobre as crianças e sua situação nutricional, foram elementos que impulsionaram essa escolha.

2.4 Problematizando a temática de estudo

A revisão de literatura deste estudo cursa um caminho reflexivo que destaca, inicialmente, a nutrição como elemento integrante da promoção e da proteção da saúde e influenciada por uma complexidade de aspectos, que vão além da questão alimentar. As conseqüências sociais, econômicas e de saúde, acarretadas pelos problemas de sua ordem, fazem com que a prevenção e o monitoramento constante da situação nutricional infantil seja atividade preconizada e integrante do rol de ações desenvolvidas pelos serviços de atenção primária à saúde e, dessa forma, prática inerente ao trabalho de saúde comunitária.

Na busca bibliográfica sobre o tema e o meio rural, evidenciam-se dados em três inquéritos nutricionais, mas pouquíssimas pesquisas de base local. A partir delas, constata-se que monitorar a situação nutricional infantil e melhorar o acesso (geográfico, funcional e cultural) aos serviços de saúde para a população rural é desafio, uma vez que requer políticas públicas e ações que considerem as peculiaridades sociais, econômicas, alimentares e de saúde da vida no campo.

Cabe retomar que a desnutrição infantil, especialmente no meio rural, é um importante problema de saúde pública e lembrar que, em períodos de transição nutricional marcados pelo aumento considerável de excesso de peso entre adultos de baixa renda, inclusive os que vivem no meio rural, despontam tanto a necessidade de investir em pesquisas, quanto o monitoramento entre crianças menores de cinco anos que vivem em contextos rurais.

Esses e mais uma série de indicadores que revelam as piores condições do meio rural, impulsionaram o interesse do Programa Interdisciplinar de Pesquisa e, em especial, a interface disciplinar da saúde. Dentre os oito municípios, Arambaré é alvo deste estudo por diversos aspectos já destacados, entre eles, pautado na literatura, o diagnóstico da situação nutricional aparece como uma necessidade emergente. Ainda, em meio à heterogeneidade social, intrínseca ao município, e à complexidade envolvida nos problemas nutricionais, faz-se necessário conhecer o contexto e as possíveis inter-relações entre ele e a condição nutricional para, assim, fornecer um primeiro olhar da situação, capaz de subsidiar ações e políticas públicas de saúde mais abrangentes e de acordo com a realidade.

Nesse sentido, foram propostas algumas questões básicas de pesquisa que buscam responder ao problema levantado: qual o contexto de vida das crianças menores de cinco anos do

meio rural de Arambaré? qual a situação nutricional dessas crianças? Será que os índices de desnutrição e o excesso de peso, no meio rural, apresentam as mesmas proporções de outros estudos? Se há problemas nutricionais, quais os elementos do contexto que aumentam a vulnerabilidade das crianças e estes problemas? Há alguma relação entre as heterogeneidades sociais e as diferentes formas de vida e a questão nutricional? Que elementos do contexto emergem como necessidade de políticas públicas?

Acredita-se que este estudo seja de relevância como subsídio a propostas de revisão das políticas públicas atuais de saúde, no que se refere ao monitoramento da situação nutricional e ao acesso e atenção à saúde, de acordo com as peculiaridades sócio-econômica-cultural do meio rural.

Em vista disso, traçaram-se os objetivos deste estudo expostos a seguir:

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

O objetivo geral deste estudo é de, através da epidemiologia, conhecer a situação nutricional e o contexto de vida das crianças menores de cinco anos, do meio rural de Arambaré-RS.

3.2 Objetivos Específicos

Os objetivos específicos deste estudo compreendem:

- a) descrever e analisar variáveis sociodemográficas e socioeconômicas das famílias das crianças menores de cinco anos do meio rural de Arambaré ;
- b) descrever e analisar variáveis epidemiológicas referentes à saúde materno-infantil e à alimentação das crianças menores de cinco anos do meio rural da Arambaré;
- c) identificar e analisar o estado nutricional de crianças menores de cinco anos do meio rural de Arambaré;
- d) identificar associações entre variáveis do contexto e variáveis nutricionais da população infantil estudada;
- e) analisar a situação nutricional dentro da heterogeneidade social característica do meio rural do município.

4 METODOLOGIA

4.1 Pressupostos Metodológicos

O estudo em questão está delineado na perspectiva epidemiológica do tipo seccional exploratória e descritiva, que se utiliza da coleta e da análise quantitativa dos dados. A escolha por esse formato de pesquisa segue as reflexões de Rouquayrol e Almeida Filho (2003) e outros autores que referem que a epidemiologia descritiva, além de permitir a exploração circunstanciada do fenômeno, possibilita hipóteses geradoras de novos conhecimentos. Ainda, ao utilizar os princípios básicos de outras ciências de apoio (Sociologia, Antropologia, Economia, Informática e Ciências Políticas) e do ferramental estatístico apropriado, tem-se por objetivo desvendar os processos de saúde-doença em nível coletivo e ser útil para o planejamento em saúde.

Como a ferramenta metodológica, em especial sua particularidade seccional, é bastante factível a análises simples e padronizadas, como é o caso da epidemiologia nutricional, ela é adequada aos objetivos desta investigação (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003).

O caráter exploratório do estudo, segundo Triviños (1987), deve-se ao fato de acontecer em locais e/ou com problemas onde o conhecimento sobre eles é insignificante ou inexistente, o que permite ao pesquisador uma primeira aproximação e uma familiaridade em relação ao fenômeno. Para isso, ele pode ou não partir de uma hipótese e, por meio de uma sondagem, buscar subsídios para, posteriormente, descrevê-lo ou explicá-lo.

Em face disso, acredita-se ser possível uma primeira aproximação com a realidade estudada, tanto pela caracterização da situação nutricional das crianças menores de cinco anos do meio rural de Arambaré, como pela análise do contexto de vida delas e de suas famílias considerando as heterogeneidades sociais.

4.2 Área do Estudo

A área de estudo compreende o meio rural de Arambaré, município localizado na Metade Sul do Rio Grande do Sul e integrante do Programa de Pesquisa Interdisciplinar – PROINTER.

No município, 30% da população reside no meio rural. O critério, para definir a situação de domicílio rural, seguiu as determinações de “área rural”, oficialmente definidas pelo IBGE e utilizadas no Censo 2000, conforme os setores censitários, os quais, no município, compreendem os setores 0006 e 0007 do Distrito - Arambaré e 0002 do 2º Distrito- Santa Rita do Sul (BRASIL, 2000).

4.3 População em Estudo

A população em estudo é composta pelo universo de crianças menores de cinco anos do meio rural de Arambaré. A faixa etária das crianças foi definida de acordo com as Ações de Atenção Integral à Saúde da Criança, propostas pelo Ministério da Saúde, que considera a idade de zero a cinco anos primordial para o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento, que inclui a avaliação antropométrica e a vigilância nutricional (BRASIL, 2003).

O total de crianças nessa faixa etária é de oitenta e uma (81). Essa população foi definida por meio do Cadastro Local de Famílias, utilizado pelas agentes comunitárias de saúde e pela busca ativa em cada domicílio das áreas que não eram cobertas por agentes de saúde.

A análise do contexto parte do referencial família e, nesse caso, considera-se “família” todos os indivíduos domiciliados na residência da criança. Contudo, na análise das relações da criança com familiares não domiciliados, considera-se “família” com base no referencial de Zimmerman e Osório (1997) que a definem como um conjunto de relações pessoais de aliança, filiação e consangüinidade, socialmente reconhecido, que pode, através do tempo, influenciar os valores éticos, estéticos, religiosos e culturais.

4.4 Coleta de Dados

4.4.1 O desencadeamento da Pesquisa

O projeto recebeu verba do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (auxílio de campo) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e do Programa Interdisciplinar de Pesquisa (PROINTER), estes recursos permitiram o subsídio parcial das despesas para o desenvolvimento da pesquisa.

No período que antecedeu a coleta de dados, foram agendadas reuniões com a Secretária Municipal de Saúde e com o vice-prefeito, para entrega de uma cópia do projeto e uma carta de apresentação da coordenação do Programa Interdisciplinar à administração municipal de Arambaré. Nesse encontro, a pesquisadora foi formalmente apresentada ao poder público e expôs os objetivos do estudo, as atividades que o envolviam e o tempo de sua permanência no município. Além disso, verificou a possibilidade de receber auxílios técnicos da Secretaria de Saúde tais como transporte e recursos humanos. O único auxílio recebido foi a disponibilidade das três agentes comunitárias de saúde, responsáveis pela área rural do município, para acompanhamento, orientação no meio rural e localização das crianças nas respectivas áreas de abrangência do estudo.

A justificativa alegada para o não empréstimo de veículos foi o reduzido número de unidades e nas prioridades de transporte para pacientes e para profissionais e, ainda, para os interesses burocráticos da Secretaria de Saúde.

Após o contato com o poder público, agendou-se um encontro com as três agentes comunitárias de saúde, no qual se contou com a presença da única enfermeira do município. Naquele momento, foram expostos os objetivos da pesquisa e a importância do acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento infantil. A enfermeira aproveitou a oportunidade e incentivou as agentes a aprenderem como se avalia uma criança, uma vez que, após o término da pesquisa, elas continuariam a acompanhar mensalmente as crianças. As agentes se dispuseram a divulgar a pesquisa distribuindo pequenos informativos durante as visitas domiciliares que fariam às famílias cujas crianças fossem menores de cinco anos.

As saídas de campo retardaram dois meses na espera da avaliação do projeto pelo Comitê de Ética. Após a aprovação, a coleta de dados que se iniciou no mês de julho, estendeu-se até o início de agosto, de terça a sexta-feira, nos turnos da manhã e da tarde, perfazendo uma média de oito horas diárias. Contudo, nos dias de chuva, as saídas programadas não puderam ocorrer, pois o tráfego nas estradas era perigoso ou inviável.

A locomoção no meio rural, para a coleta de dados, inicialmente se deu com o carro particular da pesquisadora. A companhia das agentes de saúde, que moravam há tempo no meio rural, facilitava a orientação nas estradas e nos acessos às fazendas. Por duas semanas a pesquisa aconteceu dessa maneira, porém, após um acidente envolvendo a pesquisadora, o carro ficou impossibilitado de continuar rodando, sendo necessário outra alternativa para dar continuidade à coleta de dados. A pesquisadora optou, então, por contratar o único taxista da cidade. Como ele já havia participado de outra pesquisa realizada no meio rural do município, adquirira experiência com trabalhos desse tipo.

O serviço contratado previa o pagamento de uma diária e o custeio com o combustível, estes efetuados pela pesquisadora. A proposta era interessante para o motorista, pois o lucro obtido era maior do que o de um dia de trabalho na cidade, uma vez que era inverno e poucas pessoas permaneciam no meio urbano do município que é pequeno e, na maioria das vezes, dispensa transporte. O conhecimento dele sobre os locais de melhor acesso e as precauções com as estradas arenosas, permitiram que a pesquisa terminasse sem mais intercorrências.

A presença das agentes comunitárias foi essencial para a divulgação e para o contato com as famílias durante a pesquisa. Os laços de amizade e confiança entre elas e a população facilitou as visitas domiciliares e a realização da coleta de dados, principalmente, na avaliação antropométrica das crianças. Como tal avaliação é sempre motivo de choro, poderia ser geradora de desconfiança dos pais e de uma possível negativa na participação na pesquisa.

Após essa longa e “perigosa” jornada, algumas lições são tiradas. Constata-se a que dificuldade de acesso, a logística e os altos custos de uma pesquisa no meio rural são aspectos que fazem da pesquisa nesses contextos um grande desafio.

4.4.2 Aplicação do formulário de coleta de dados e avaliação antropométrica das crianças

O instrumento de coleta de dados foi composto por uma série de variáveis propostas por Victora e Barros, no livro “Epidemiologia da Saúde Infantil: um manual para diagnóstico comunitário”, porém adaptadas à realidade rural. O formulário semi-estruturado (Apêndice A) foi aplicado à mãe ou ao responsável pela criança via inquérito domiciliar. Vale destacar que mesmo as duas questões abertas, presentes no instrumento, foram quantificadas; obedecendo, assim, ao delineamento quantitativo do estudo. Paralelamente a esse instrumento, também foi desenvolvido um diário de campo como forma de complementar os dados coletados. Nele, registraram-se particularidades observadas e relatadas pelos respondentes, quando justificavam suas repostas ou quando conversavam informalmente.

A aferição antropométrica ocorreu, quase sempre, após o preenchimento do formulário, seguindo normas padronizadas (BRASIL, 2003). Convém notar que a estatura das crianças menores de dois anos foi tomada com um antropômetro de madeira (infantômetro) e com a criança deitada; já as maiores de dois anos, foram medidas com uma fita métrica, fixada em uma parede sem rodapé e com auxílio de um esquadro; nesse caso, as crianças ficavam em pé, descalças, com calcanhares unidos e joelhos estendidos. Para aferição do peso, utilizou-se uma balança portátil digital eletrônica com capacidade máxima de 150Kg e precisão de 100g. As crianças pequenas foram pesadas no colo da mãe e o peso total reduzido do peso materno. Todas as crianças foram pesadas com um mínimo de roupa possível, para não interferir no valor real do peso.

Vale ressaltar que as avaliações antropométrica e de contexto foram realizadas em oitenta (80) crianças, com apenas uma (1) perda. Essa criança passa alguns períodos com os avós que moram no meio rural de Arambaré, por isso está no cadastro das agentes de saúde; porém, naquele momento, ela estava com a mãe que mora e trabalha em Camaquã. Após três tentativas, com grandes intervalos de tempo, em que a criança não foi encontrada, ela foi considerada fora da pesquisa. Acredita-se que a constante mudança para o meio urbano, poderia diferenciá-la de todas as demais crianças que possuem residência fixa no meio rural, logo, tal perda pode não ter tanta influência na representação do universo da pesquisa.

4.5 Análise dos Dados

O tratamento dos dados coletados se constituiu, inicialmente, na inserção das informações antropométricas em um banco de dados criado no Software *Epi-Info* 6.04. A avaliação nutricional foi realizada por meio do *Epinut*, que utiliza a referência do National Center for Health Statistics (NCHS, 1977).

Todas as crianças foram avaliadas quanto aos índices antropométricos peso/idade (P/I), peso/estatura (P/E) e estatura/idade (E/I). O estado nutricional das crianças foi classificado utilizando-se os pontos de corte expressos em escore-z. Este significa o número de desvio-padrão (DP) que o dado obtido está afastado da mediana de referência e segue as recomendações da OMS (WHO, 1997). Considerou-se:

- **Desnutrição grave** o escore-z menor que -3 DP;
- **Desnutrição moderada** o escore-z entre $-2,9$ DP e -2 DP;
- **Risco para a desnutrição ou desnutrição leve** o escore-z entre $-1,9$ DP e -1 DP;
- **Eutrófica** o escore-z está acima -1 DP e abaixo de $+1$ DP;
- **Sobrepeso ou risco para obesidade** (apenas nos índices P/I e PE) escore-z está acima de $+1$ DP;
- **Obesidade** (apenas nos índices P/I e PE) quando os escores-z valores maiores que e $+2$ DP;

Vale ressaltar que, a soma dos casos graves e moderados de desnutrição caracterizam os casos já instalados do problema, já os casos leves são denominados de risco à desnutrição, ou seja, quando ainda não estaria instalado o processo mórbido.

No início do agravo nutricional, a criança deixa de ganhar peso e, com a continuidade dele, deixa de ganhar altura. Para prevenir que o problema se torne crônico, é importante que o agravo seja diagnosticado antes mesmo da sua instalação, quando pode ser classificado como risco para a desnutrição. Em virtude da importância da detecção precoce dos distúrbios nutricionais, optou-se por uma investigação cujos pontos de corte incluem as formas leves ou risco ao déficit nutricional, seguindo-se, assim, as recomendações de Almeida (2004), sobre os benefícios desse tipo análise.

A situação nutricional das crianças no índice Peso/Idade, foi registrada na curva de crescimento do “Cartão da Criança” e foi explicado o resultado às mães. Ao concluir-se a análise dos três índices antropométricos, no *Epinut*, obteve-se a situação nutricional das crianças, essa informação foi repassada detalhadamente à enfermeira do município, para que ela pudesse planejar a assistência para cada caso em que o déficit ou o excesso nutricional acontece.

Os dados do formulário codificados, posteriormente, foram inseridos em outro banco de dados, elaborado no Software Epi-info 6.04. Vale destacar que os dados referentes às crianças e às famílias foram analisados em bancos diferentes, para que não houvesse duplicidade de resposta nos casos das famílias com mais de uma criança. Disso resulta que, nas tabelas, quando a somatória total for 80, refere-se aos dados individuais de cada criança; quando for 71, representa as informações coletadas sobre a família.

As variáveis que compõem o formulário foram reunidas, durante a análise dos dados, em grupos temáticos que representam **diferentes situações**: *situação sociodemográfica, situação socioeconômica, situação de saúde materno-infantil e situação alimentar e nutricional*. Cada uma delas agrupa elementos que permitem a contextualização das situações de vida e saúde das crianças e de suas famílias, dentro do universo em sua totalidade, e também, dentro das diferentes composições sociais encontradas neste espaço rural.

A descrição e a análise de algumas variáveis, nas quatro situações, além de descreverem a realidade, são pensadas no enfoque da saúde, em especial, de sua relação com a questão nutricional. Acredita-se que a complexidade que envolve os problemas nutricionais é influenciada por elas e pela atuação dos atores sociais, que modulam diferentes graus de vulnerabilidade aos problemas.

Vale ressaltar que, para a caracterização da *situação socioeconômica* das famílias foi construído um indicador de nível de vida. Inicialmente selecionaram-se variáveis que retratam os dois eixos principais, ou seja, as condições sociais e econômicas das famílias. Após identificá-las, construiu-se um escore para as opções de resposta de cada uma dessas variáveis. Daí considerar: as opções que reportam às piores condições, receberam a pontuação 0 e, de forma crescente, as que representam uma realidade mais positiva ganharam números mais altos, como mostra quadro em apêndice (Apêndice B). Em face disso, cada família recebe uma pontuação para a sua realidade em cada variável. Por fim, para cada família, é feito o somatório dos escores, resultando na pontuação individual delas, que varia de 7 a 23 pontos. Para estabelecer os três níveis da

situação socioeconômica (superior, média e inferior), fez-se pontos de corte de modo a que os níveis tenham, aproximadamente, a mesma proporção, com base em variáveis definidoras.

As variáveis definidoras são identificadas na análise da última pontuação das famílias da 1ª situação e a primeira pontuação da 2ª segunda situação. Dessa forma as variáveis definidoras da situação inferior e média são: a mãe trabalhar fora de casa, não ter TV, ter sete ou mais pessoas na casa, não ter água encanada e não dar nenhum destino aos efluentes. As definidoras da situação média e superior são: a mãe trabalhar fora de casa, ajudar alguém, não ter TV, o tipo de construção da moradia ou de madeira ou mista, ter de um a dois cômodos e um quarto.

Para a composição da *situação de saúde materno-infantil* utilizou-se informações referentes à mãe, durante o período gestacional, e à saúde da criança, uma vez que tais questões podem influenciar o desenvolvimento e o crescimento infantil e, especificamente, a nutrição da criança. As variáveis que compõem essa situação são: o pré-natal, a idade materna ao nascer a criança, as condições de nascimento e o peso da criança ao nascer, as doenças apresentadas pela criança até o momento da pesquisa e os recursos terapêuticos utilizados pelas famílias.

As variáveis pesquisadas foram analisadas por meio da estatística descritiva via análise freqüencial ou univariada e análise bivariada (CENTERS OF DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 1994). Nesta última, utilizou-se o teste qui-quadrado, para avaliar a significância estatística nos cruzamentos estabelecidos entre as variáveis dependentes, referentes ao estado nutricional, e algumas variáveis independentes (sexo, idade da criança, escolaridade do pai e da mãe, situação socioeconômica, idade da mãe ao nascer a criança, peso da criança ao nascer e aleitamento materno exclusivo). A escolha por tais variáveis ocorreu pela estreita relação que elas estabelecem com a situação nutricional das crianças. Por meio desses cruzamentos, objetivou-se identificar elementos que contribuem para aumentar a vulnerabilidade aos problemas nutricionais para as crianças neste contexto.

Utilizou-se também mapas do PROINTER e cartogramas da área geográfica do município, que servem para ilustrar informações e descrever as heterogeneidades identificadas; sinalizando, assim, grupos ou áreas prioritárias para as políticas públicas de atenção à saúde.

Além disso, foi definida uma tipologia representativa das famílias e sua heterogeneidade social, a qual foi construída com base na estrutura fundiária da propriedade e no tipo de relação que a família constitui com ela. Essa caracterização resultou em cinco tipos: 57,7% (41 famílias e 44 crianças) são *assalariados de grandes propriedades*, 23,9% (14 famílias e 17 crianças)

proprietários de pequenas propriedades, 15,5% (11 famílias e 12 crianças) *assentados*, 4,2% (3 famílias e 3 crianças) *assalariados de pequenas propriedades* e 2,8% (2 famílias e 4 crianças) *habitantes rurais irregulares*. Para a classificação, descrita acima, de pequena ou grande propriedade, toma-se a definição de módulo fiscal, que é a unidade de medida expressa em hectares, fixada para cada município, com base em diversos aspectos, segundo o Estatuto da Terra (INCRA, 2005).

Vale destacar que, as informações registradas em diário de campo, foram utilizadas na análise dos dados; desse modo, complementando e dando mais riqueza aos fenômenos descritos.

4.6 Considerações Éticas

Um cuidado especial, aqui observado, refere-se aos aspectos éticos que envolvem a pesquisa, já que se lida com seres humanos. Nesse sentido, esta pesquisa foi submetida à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sendo aprovada na reunião nº 38 ata nº 59, com registro número 2005404.

As recomendações previstas na resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), foram obedecidas em relação ao acesso, à análise e à utilização dos dados pela autora.

É pertinente salientar que, pelo fato de a pesquisa envolver crianças menores de cinco anos, foi necessário estabelecer uma pessoa maior de idade para responsabilizar-se pelo menor. Ao responsável foram esclarecidos, oralmente, os objetivos da pesquisa e clarificado o caráter voluntário de sua participação, podendo ele retirar-se do estudo a qualquer momento, sendo-lhe assegurado não só o anonimato, mas também que a participação dele na pesquisa, não envolveria nenhuma forma de pagamento. Ainda, a pesquisadora se colocaria a disposição para conversar com os participantes, fora do momento de coleta de dados, caso a investigação gerasse algum tipo de desconforto psicológico, bem como, fazer encaminhamentos necessários.

Posterior a esses esclarecimentos, os sujeitos que aceitaram participar, assinaram o Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C), referente à permissão da avaliação antropométrica da criança, e o Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice D) referente ao seu aceite em participar da pesquisa e responder o formulário.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Inicia-se a apresentação dos resultados da pesquisa com a descrição da caracterização do município de Arambaré pelas informações que constam dos Relatórios Técnicos Parciais do PROINTER, obtidas *in loco* e das bases de dados oficiais coletados pelos pesquisadores, atualizadas, durante a pesquisa e, ainda por informações apresentadas por profissionais da saúde e pela Secretaria Municipal da Saúde, estas registradas em diário de campo (PGDR, 2005; UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2002; 2003).

Posteriormente, a fim de descrever e analisar o contexto de vida e a situação nutricional das crianças pesquisadas, os resultados são apresentados em relação ao universo de crianças menores de cinco anos do meio rural de Arambaré, via frequências simples e de cruzamento entre variáveis.

Finalmente, são descritas e analisadas as variáveis nutricionais, dentro da tipologia representativa da diversidade social, construída com base nas informações referidas pelos entrevistados sobre o tipo de propriedade (dimensões em hectares) e a relação (de posse ou de emprego) que a família mantém com ela, e que resultaram em cinco grandes tipos: assalariados de grandes propriedades, assalariados de pequenas propriedades, assentados, proprietários de pequenas propriedades e habitantes rurais irregulares.

5.1 Caracterização do local de estudo: o município de Arambaré

Os traços históricos do município datam de sua criação e emancipação no ano de 1992. É oriundo de um antigo distrito de Camaquã e de uma pequena porção de Tapes, com uma área total de 540 km² que agrupa, em seu território, o distrito de Santa Rita. O processo de emancipação ocorreu em consequência de embates políticos impulsionados pela insatisfação da população com a exclusão que as lideranças de Camaquã exerciam contra a sociedade de Arambaré.

O novo município formado faz fronteira, ao norte, com o município de Tapes e a BR 116; ao sul, com o município de Camaquã, do qual a sede está distante 33 Km, e com a Laguna dos Patos; a leste, com a mesma Laguna e, a oeste, por Camaquã. Grande parte dessa área é plana e baixa, não ultrapassando quatro metros de altitude máxima; já os solos são arenosos e com drenagem deficiente, o que proporciona ao município uma vocação agrícola natural ao cultivo do arroz irrigado.

O cultivo de arroz, principal atividade agrícola de Arambaré, tem sua origem histórica na metade do século XIX, em grandes propriedades que possuíam engenhos de beneficiamento, pequenos portos de escoamento da produção e geravam muitos empregos. Porém, em meados da década de 50, em virtude da competitividade com produtos estrangeiros e a não compensação dos incrementos de produtividade pelos preços de venda do produto, começa a decair o cultivo, levando ao fechamento dos engenhos e ao declínio econômico da região.

A partir desse período, o gado de corte começa assumir progressivamente maior importância entre os produtores, aparecendo como uma alternativa de produção e também de atividade de entressafra.

Mesmo diante da crise pela qual passa o setor agrícola, o município ainda hoje apresenta, em sua matriz econômica, a agropecuária como atividade principal (especialmente a orizicultura), que é desenvolvida por poucos proprietários em grandes propriedades rurais e geram altos rendimentos. Como os latifundiários não residem no município a renda produzida não é investida nele. Por essas características, Arambaré dentre os oito municípios estudados pelo PROINTER, apresenta uma situação socioeconômica categorizada como: desigual, em expansão e base agrícola/ terciária, formada majoritariamente de empregados e não de empregadores, como mostra o mapa da figura 1.

A espacialização de indicadores econômicos permite visualizar a desigualdade econômica entre os municípios estudados e identificar alguns dos seus reflexos sociais em Arambaré. Dessa forma, o Produto Interno Bruto por pessoa (PIB *per capita*), que expressa a produção de renda da economia do município, ultrapassa os índices do Estado e é maior que os dos oito municípios da pesquisa (Figura 2); contudo a renda média dos responsáveis pelo domicílio está em torno de dois (2) salários mínimos (Figura 3). Somado a isso, o Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, produzido pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada indica que essa situação desigual, no

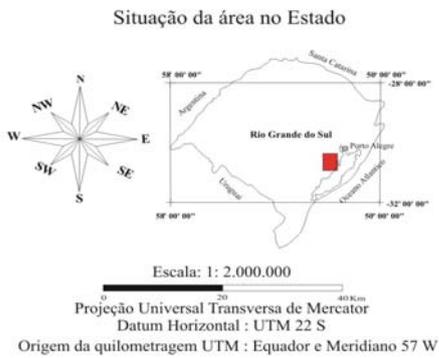
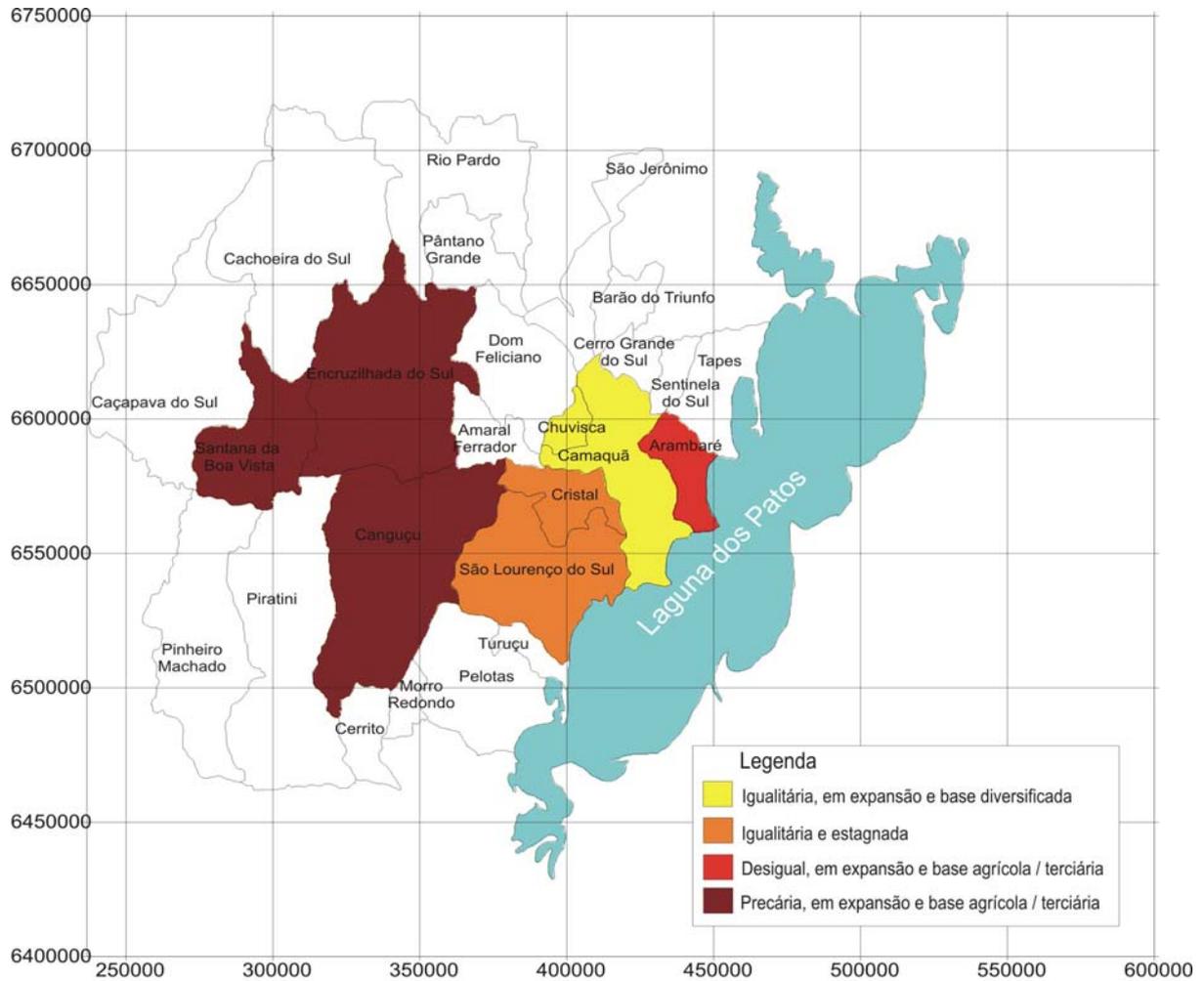
município, se intensificou nos últimos anos como mostra o aumento do índice de Gini (afere a concentração de renda) (IPEA, 2000; PGDR, 2005).

Nesse contexto, a concentração de terras ocupadas na produção de arroz irrigado, cuja tecnologia agrícola é pautada no uso da mão-de-obra e na moto-mecanização, gera, por um lado, concentração de renda, alta produtividade e investimentos em tecnologias na produção que inviabilizam a competitividade dos pequenos proprietários; por outro lado, essas grandes empresas agrárias transformam-se em potenciais fontes empregadoras para a mão-de-obra pouco qualificada do município e da região.

Schneider e Fialho (2000), em artigo que discutem o desenvolvimento agrário, as desigualdades regionais e a pobreza nas áreas rurais do Rio Grande do Sul, destacam que há dois tipos de pobreza no Estado. Uma delas, na qual se enquadra a “metade sul” e, conseqüentemente, Arambaré denomina-se pobreza “histórico-estrutural”, nesta estão os piores índices de desenvolvimento social e de qualidade de vida do Estado. Informações como essas retratam a difícil situação social que vive muitas populações rurais no Estado em especial na região do estudo.

A conjuntura socioeconômica atual e a estrutura agrária pautada nos latifúndios, são facetas de um ideal capitalista de lucro, com modernização na produção e na produtividade, que repercutem negativamente sobre as pequenas unidades de produção, levando à exclusão social e econômica os pequenos agricultores. Segundo os autores referidos acima, no Rio Grande do Sul, muitos integrantes deste grupo social foram forçados a abandonar a atividade agrícola e a buscar alternativas para sobreviver. Entre as alternativas, eles apontam a migração para outras regiões ou para as cidades; transformação em trabalhadores rurais assalariados (proletarização); desenvolvimento de atividades não-agrícolas; organizações social e política das quais emergiram os movimentos sociais dos sem-terras (MST) (SCHNEIDER; FIALHO, 2000).

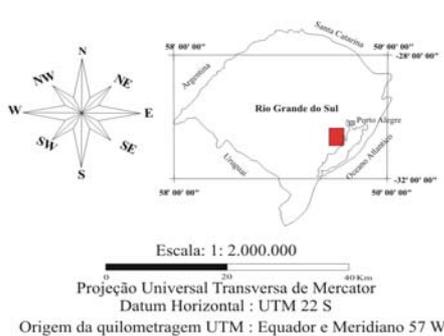
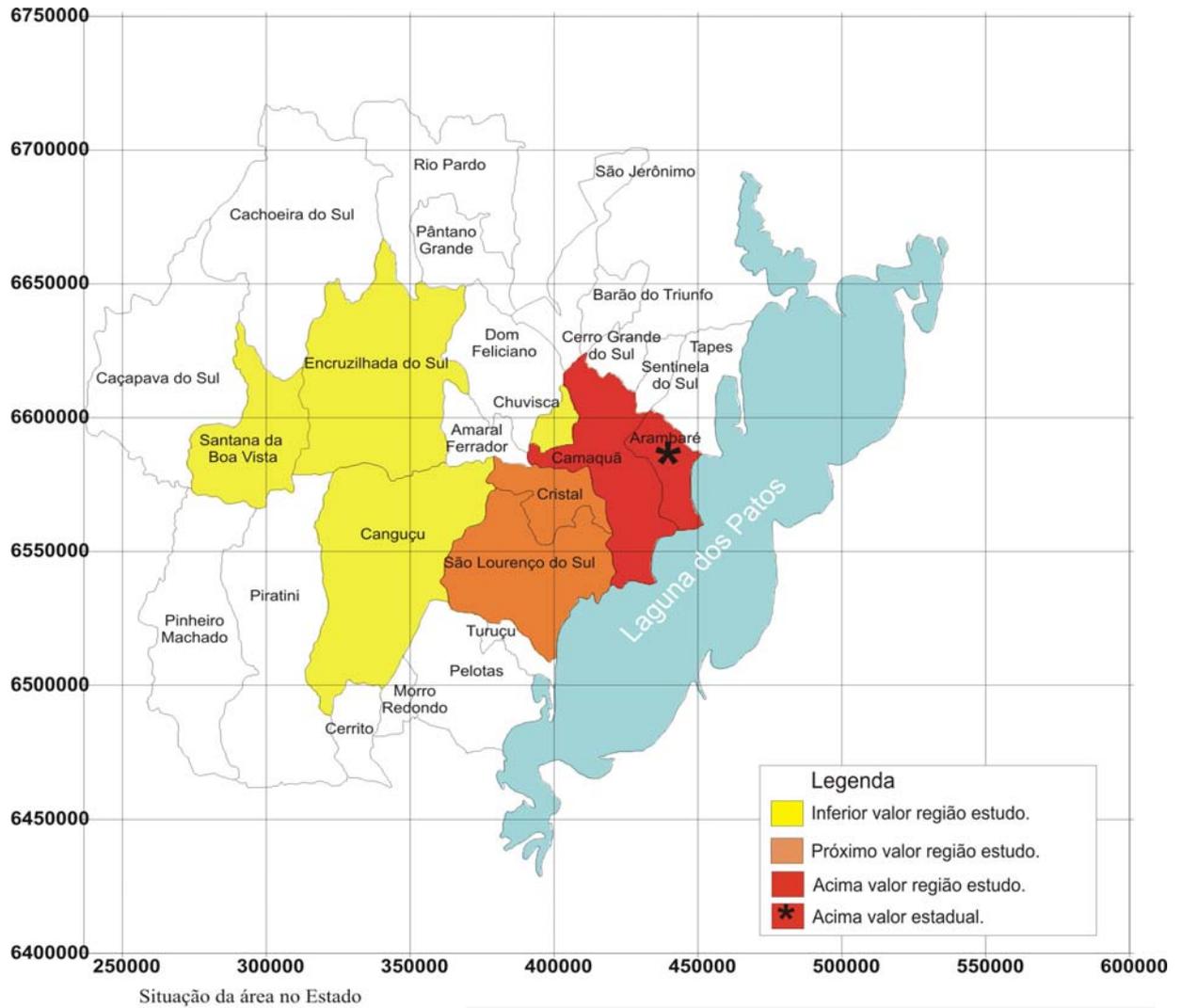
Em Arambaré, a sobrevivência dos pequenos proprietários parece acontecer, principalmente, por meio do trabalho rural assalariado, de trabalhos informais e esporádicos ou da aposentadoria que, conforme Brumer (2002), funciona como “seguro-agrícola” e “seguro-reprodução” em muitos contextos rurais. Há ainda os assentados que, além da concessão da terra, são beneficiados por políticas públicas de incentivo à agricultura familiar que favorecem à produção, porém em menor escala que as grandes propriedades



PGDR - UFRGS		
Projeto: Prointer		
Detalhe: Mapa da situação econômica.		
DEPARTAMENTO DE GEOGRAFIA / LABORATÓRIO DE GEOGRAFIA FÍSICA DEPTO GEO / LAGEO / UFRGS		
Responsáveis Técnicos:		
Geóg. Roberto Verdum	Acad. Camila Thomaz da Silveira	
Geóg. Ney Fett Júnior		
Mapeamento elaborado a partir de dados do Anuário Estatístico do RS 1998, FEE e Censo Demográfico 2000, IBGE.		
Data: Março/04	Escala: 1:2.000.000	Mapa da situação econômica.

Fonte: PGDR/UFRGS. Elaboração do Departamento de Geografia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2002.

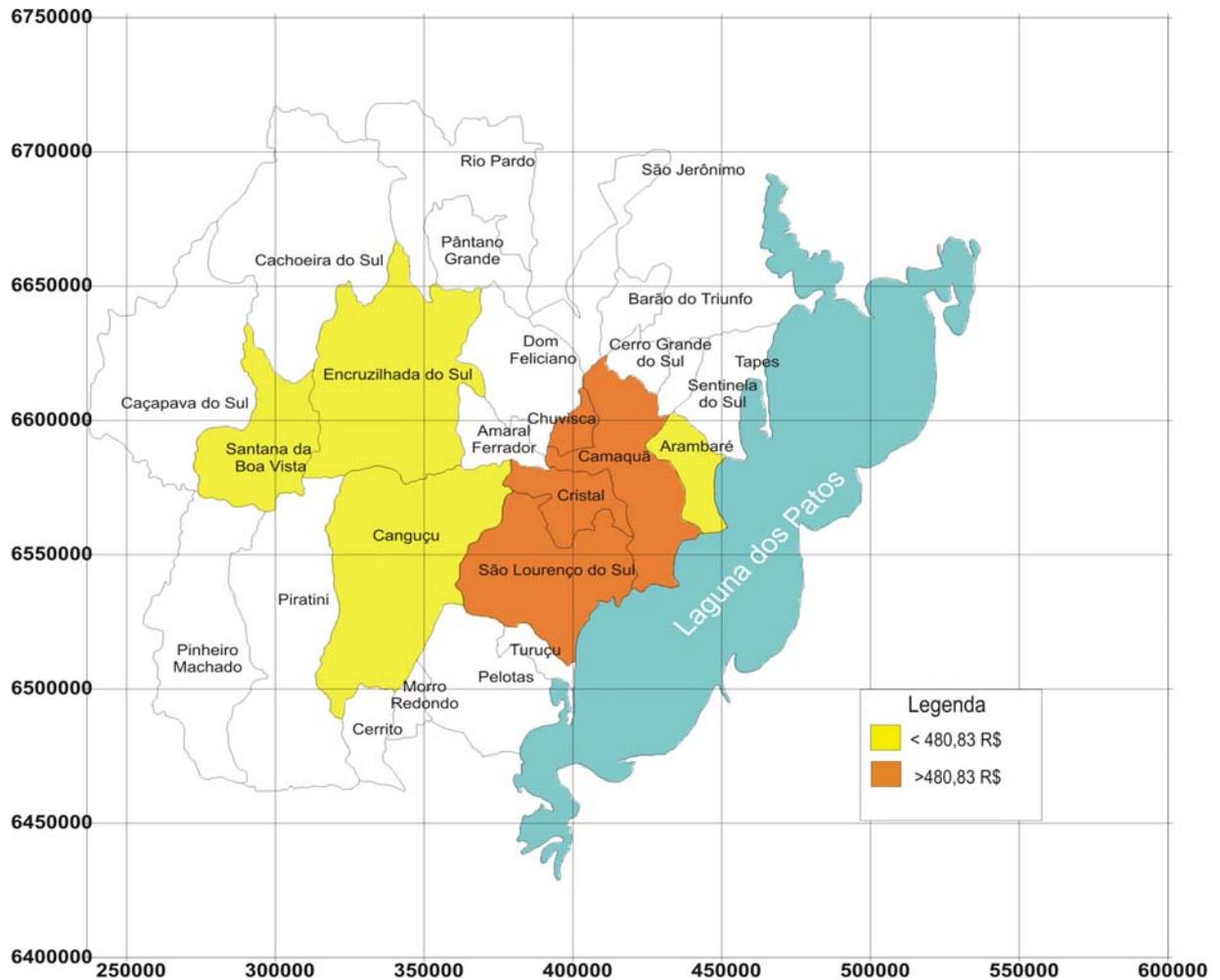
FIGURA 1- Mapa da Situação socioeconômica dos oito municípios da área empírica de estudo do PROINTER, PGDR/UFRGS, 2002.



PGDR - UFRGS		
Projeto: Prointer		
Detalhe: Mapa de PIB per capita		
DEPARTAMENTO DE GEOGRAFIA / LABORATÓRIO DE GEOMORFOLOGIA DEPTO GEO / LAGEO / UFRGS		
Responsáveis Técnicos:		
Geóg. Roberto Verdum	Acad. Ney Fett Júnior	
Geóg. Nathalie Deschamps	Acad. Rafael Ribas	
Mapeamento elaborado a partir de dados do Anuário Estatístico 1998 - FEE.		
Data: Abril/02	Escala 1:2.000.000	Mapa PIB per capita

Fonte: PGDR/UFRGS. Elaboração do Departamento de Geografia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2002.

FIGURA 2- Mapa do PIB per capita dos oito municípios da área empírica de estudo do PROINTER (ano base 1998), PGDR/UFRGS, 2002



<i>PGDR - UFRGS</i>	
Projeto:	Prointer
Detalhe:	Mapa do rendimento médio mensal das pessoas responsáveis pelos domicílios - 2000
DEPARTAMENTO DE GEOGRAFIA / LABORATÓRIO DE GEOGRAFIA FÍSICA DEPTO GEO / LAGEO / UFRGS	
Responsáveis Técnicos:	
Geóg. Roberto Verdum	Acad. Camila T. Silveira
Acad. Ney Fett Júnior	Geóg. Nathalie Deschamps
Mapeamento elaborado a partir de dados do IBGE, Censo demográfico 2000.	
Data: Outubro/02	Escala 1:2.000.000

Fonte: PGDR/UFRGS. Elaboração do Departamento de Geografia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2002.

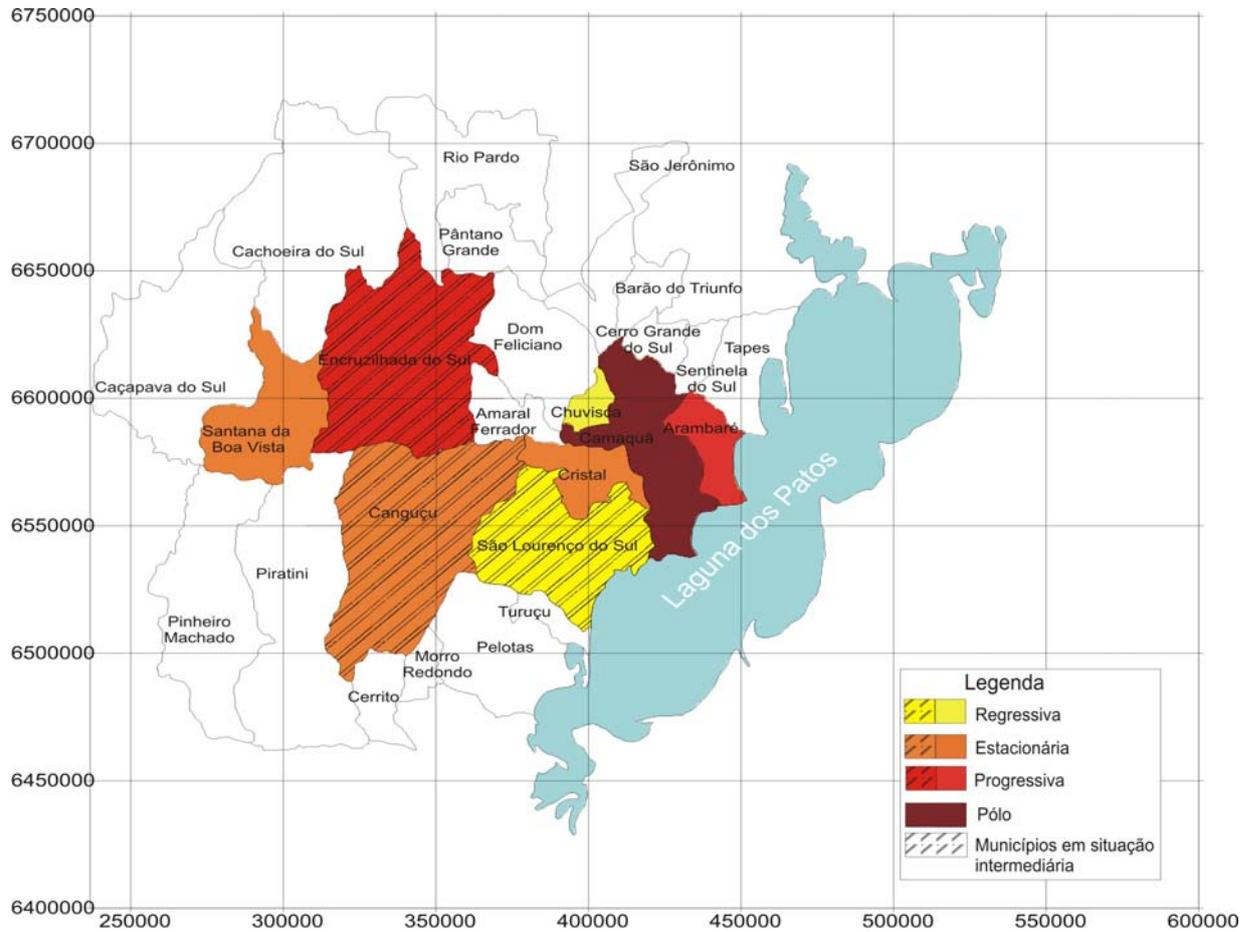
FIGURA 3 – Mapa do Rendimento Médio Mensal das Pessoas Responsáveis pelos Domicílios dos oito municípios da área empírica de estudo do PROINTER, PGDR/UFRGS (ano-base 2000), 2002.

O município, por sua formação recente, apresenta um processo de urbanização que exibe um alto crescimento populacional e uma baixa densidade, elementos que contribuem para a situação demográfica ser conceitualmente definida, na análise interdisciplinar do PROINTER, como “progressiva” como mostra o mapa da figura 4 (PGDR, 2005). Esse crescimento populacional é resultado, principalmente, de três assentamentos rurais, do crescimento vegetativo e da migração que chega ao meio urbano. Este último aspecto deve-se, principalmente, às características turísticas do município que por estar às margens da Laguna dos Patos, torna-se um atrativo aos turistas que vão até lá em busca de suas praias de águas doces e de seu cenário fito natural.

Segundo dados do cadastro das agentes comunitárias de saúde, o município apresenta uma população de 3.917 habitantes, estando 30% desse total (1160) no meio rural; dos quais, 7,0% (81) são crianças menores de cinco anos. Contudo, nos meses de verão, a população da cidade aumenta seis (6) vezes o seu contingente, sobrecarregando não só a infra-estrutura dos serviços de saúde, como o saneamento e o abastecimento de água.

O setor turístico, apesar de ser prioridade política no município, ainda emprega poucos trabalhadores e não agrega tanto valor no que se refere ao comércio e aos serviços, como agrega a agropecuária que, mesmo sazonal, é a maior fonte de emprego. Além disso, não há indústrias, o que resulta em mão-de-obra excedente que trabalha esporadicamente, ou sai em busca de emprego em outros centros. Esse aspecto torna o município dependente do município de Camaquã, pólo regional quanto ao comércio, ao atendimento hospitalar, às assistências médico-hospitalar e médico-veterinário, à rede de comunicações e ao acesso aos ensinos de magistério, superior e cursos profissionalizantes.

Para o atendimento de saúde, o município conta com uma Casa de Saúde que funciona como uma Unidade Básica de Saúde “ampliada”(figura 5), pois o atendimento é vinte e quatro horas, dispõe de leitos para observação dos pacientes e realizam-se pequenos procedimentos cirúrgicos. Ela está localizada no meio urbano de Arambaré, mas há também uma Unidade Básica de Saúde no distrito de Santa Rita. A baixa resolutividade e insuficiência de consultas especializadas de ambos serviços de saúde, força encaminhamentos para o pólo da região ou para outras cidades como Pelotas ou Porto Alegre.



PGDR - UFRGS		
Projeto:	Prointer	
Detalhe:	Mapa da situação demográfica comparada.	
DEPARTAMENTO DE GEOGRAFIA / LABORATÓRIO DE GEOGRAFIA FÍSICA DEPTO GEO / LAGEO / UFRGS		
Responsáveis Técnicos:		
Geóg. Roberto Verdum	Acad. Camila Thomaz da Silveira	
Geóg. Ney Fett Júnior		
Mapeamento elaborado a partir de dados da Sinopse Preliminar do Censo Demográfico 2000 e Contagem da População 1996, IBGE.		
Data:	Escala	Situação demográfica comparada.
Março/04	1:2.000.000	

Fonte: PGDR/UFRGS. Elaboração pelo Departamento de Geografia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2002.

FIGURA 4 – Mapa da Situação Demográfica dos oito municípios da área empírica de estudo do PROINTER, PGDR/UFRGS, 2002.



Fonte: Direta, elaborada pela autora, Arambaré, 2005.

FIGURA 5 – Imagem fotográfica ilustrando a Casa de Saúde do município de Arambaré

A equipe de saúde da Unidade de Saúde de Santa Rita é composta por dois técnicos de enfermagem que trabalham no turno da manhã e no da tarde, todos os dias da semana e, aos finais de semana, ficam de sobreaviso; por um dentista que atende duas manhãs na semana, por um médico clínico geral que atende vinte pacientes três manhãs na semana e uma enfermeira, nestes mesmos três turnos. Uma equipe fixa da Estratégia de Saúde da Família estava sendo formada durante o período de coletas de dados -, pois seria implantada na Unidade.

Na Casa de Saúde, até 2002, havia o Programa de Agentes Comunitárias de Saúde (PACS), que passou a ser Estratégia de Saúde da Família; contudo a enfermeira e o médico que o compõem são os mesmos que vão três vezes por semana a Santa Rita. Ainda, a enfermeira é responsável por nove (9) agentes comunitárias de saúde, sendo seis (6) responsáveis pela área urbana e três (3) pela área rural; contudo não é toda área rural que está coberta pela assistência das agentes comunitárias. Com a mudança de partido político em Arambaré, no ano da pesquisa, o setor saúde estava em processo de transformação, as áreas de atuação das ACS foram alteradas e elas estavam atualizando e cadastrando as famílias.

Além da Equipe da Saúde da Família, a Casa de Saúde possui um médico clínico geral que atende vinte e quatro horas; um cardiologista e um ginecologista que atendem uma vez na semana; um dentista que presta serviço no município duas vezes na semana, e um atendente de enfermagem e nove auxiliares de enfermagem que revezam turnos diários de trabalho. Os procedimentos realizados incluem: consulta médica, vacinas, eletrocardiograma, raio-x dentário, coleta de exame citopatológico, suturas, verificação de pressão, teste de glicose, curativos, entre outros. Há também uma farmácia popular que distribui remédios sob prescrição do médico.

Em ambos serviços, não são desenvolvidas quaisquer atividades educativas e preventivas, a enfermeira não realiza consultas, o atendimento se restringe à demanda espontânea que busca consultas médicas e os necessários procedimentos.

Um aspecto que chama atenção em Arambaré, em relação aos outros municípios da área empírica do PROINTER, é o fato de gastar mais com saúde por habitante, mesmo com suas limitadas opções de serviços e procedimentos. Em face disso, chegou a consumir R\$139,78 reais por habitante, no ano de 2000 (BRASIL, 2000). De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde, esse elevado montante gasto no setor é resultado da “ambulâncioterapia”, que requer o pagamento não só de diárias aos motoristas e aos médicos que acompanham o paciente, mas também do combustível e da manutenção dos carros. Estes sofrem grande desgaste, visto que o deslocamento para Arambaré se dá por estradas não asfaltadas.

Mesmo com essa infra-estrutura (limitados recursos para o atendimento de saúde no município), com a dificuldade de acesso da população rural aos serviços e com a falta de pediatra e de atividades preventivas à saúde infantil, Arambaré apresenta um baixo índice de mortalidade, em especial a infantil, que chegou, em 2000, a ser zero em valores relativos (taxa e absoluto) (BRASIL, 2000). Ao perguntar-se a Secretária da Saúde sobre essa questão, não soube responder os motivos que levam a esse baixo índice. Os autores Victora e Cesar (2003) e Monte (2000) acreditam que a intervenção em nível domiciliar executada, por exemplo, pelas agentes comunitárias de saúde, possa estar desempenhando um importante papel para a prevenção das mortes infantis.

Na questão ambiental, os relatórios do PROINTER destacam a preocupação com o saneamento: água, esgoto e lixo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2002; 2003). Uma das prioridades ambientais envolve a preocupação com a contaminação das águas com agrotóxicos, especialmente as do Arroio Velhaco, que é um dos mais importantes do

município, pois deságua na Lagoa dos Patos e contamina o lençol freático. Ainda, a falta de esgotamento adequado e de coleta e destino ideal dos resíduos sólidos já eram prioritários, contudo, quase nada havia mudado entre o ano de levantamento do PROINTER e a presente pesquisa.

No que se refere à educação, o município conta com duas escolas municipais, uma delas localizada no meio rural, e duas estaduais. São oferecidos, transporte escolar gratuito e almoço aos alunos de toda rede, o que tem provavelmente justificado uma taxa de evasão escolar de quase 0% em 2002. No entanto, a taxa de analfabetismo no município é de 10% (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2002).

5.2 A situação nutricional e o contexto de vida do universo de crianças menores de 5 anos do meio rural de Arambaré

Na descrição dos resultados sobre o contexto de vida das famílias e sobre a situação nutricional das crianças, as variáveis investigadas são classificadas em quatro grandes grupos que representam; a situação sociodemográfica, a situação socioeconômica, a situação de saúde materno-infantil e a situação alimentar e nutricional das crianças.

5.2.1 Situação Sociodemográfica das crianças e famílias

O número de famílias cujas crianças são menores de cinco anos, no meio rural de Arambaré, é de setenta e uma. Nestas, o total de crianças é constituído de oitenta, o que representa, na população geral do município, uma proporção de 7,4%, e, em relação apenas ao meio rural, significa 6,9%. Comparando essas porcentagens (e sua evolução na década de 90 até o último censo demográfico) com os 13% de idosos no município, pode-se dizer que a pirâmide etária de Arambaré segue uma tendência nacional de transição ocorrida pelo estreitamento da sua base e o envelhecimento da população (acima de 12% de idosos). Segundo registros do Censo 2000 (BRASIL, 2000), a alteração na composição etária da população brasileira é resultado da queda nas taxas de fecundidade e de mortalidade, ocasionando, assim, o crescimento da

expectativa de vida no país. São situações que tiveram início em meados dos anos sessenta e intensificaram-se nas duas décadas seguintes (BRASIL, 2000).

É necessário destacar que a mobilidade das famílias, nesse contexto rural, onde o trabalho temporário nas lavouras de arroz faz com que muitas se desloquem em busca de empregos e oportunidades, pode resultar na constante variação da população. Isso foi constatado durante a coleta de dados, quando as agentes comunitárias de saúde, ao passarem pelas propriedades, referiam que há pouco tempo, crianças na faixa etária de zero a cinco anos, havia saído de alguma localidade no rural juntamente com a família.

A situação sociodemográfica do universo de crianças pesquisadas, no que se refere à estratificação por sexo, demonstra que os sexos se igualam em número, ou seja, há 50,0% de meninos e 50,0% de meninas, como mostra a tabela 2.

TABELA 2 – Distribuição por faixa etária das crianças menores de cinco anos do meio rural de Arambaré, 2005.

Sexo	Frequência	%
Masculino	40	50,0
Feminino	40	50,0
Total	80	100,0

Fonte: ROCHA, L; pesquisa direta, Arambaré, 2005

Nas informações fornecidas pelos Censos Demográficos sobre contagem, projeções e estimativas populacionais, constata-se que a população de zero a cinco anos é formada em maior proporção pelo sexo masculino.

Não obstante, como mostra o Quadro 1 sobre a Razão de Sexos (definido pelo número de meninos para cada 100 meninas), para a população dessa faixa etária que reside no meio rural, esse coeficiente de masculinidade só é confirmado, em Arambaré, se a criança que foi excluída da pesquisa, por motivos já descritos na metodologia, for considerada. Mesmo com tal inclusão, o predomínio masculino no meio rural de Arambaré fica abaixo da proporção encontrada no Brasil e no Rio Grande do Sul, para as crianças dessa faixa-etária que residem no meio rural. Contudo, essa razão de sexos menor parece ser característico do Município de Arambaré em sua totalidade (crianças rurais e urbanas), uma vez que o coeficiente de masculinidade é de 101,2 (Quadro 1).

Vale lembrar que a mobilidade das famílias e dos indivíduos (como o caso da criança excluída), pode ter influenciado a igualdade entre os sexos do universo pesquisado. Entretanto, o resultado reflete o momento da pesquisa, podendo variar em outros períodos, principalmente,

pelo trabalho sazonal na rizicultura e pelas “favelas rurais” que vêm se formando e tornando o meio rural atrativo à população de baixa renda (este último aspecto será discutido dentro da tipologia - habitantes rurais irregulares).

QUADRO 1 – Distribuição e razão de sexos entre crianças rurais menores de cinco anos no Brasil, Rio Grande do Sul e Arambaré, 2000.

População 0 a 4 anos	Feminino		Masculino		Total	Razão de sexos
	Frequência	%	Frequência	%		
Brasil	1.303.695	48,4	1.389.661	51,6	2.693.356	106,6
Rio Grande do Sul	72.348	49,0	75.231	51,0	147.579	104,0
Arambaré	40	50,0	40	50,0	80	100,0
Arambaré*	40	49,4	41	50,6	81	102,5

Fonte: IBGE (2000), ROCHA, L; pesquisa direta, Arambaré, 2005

*Incluída uma criança do sexo masculino que foi desconsiderada na pesquisa.

Ao analisar a distribuição do universo de crianças pesquisadas entre as faixas etárias definidas (tabela 3), observa-se outro aspecto que caracteriza a população, ou seja, a baixa proporção de crianças até vinte e três meses, visto que, a maioria das crianças (70,1%) é maior de dois anos e apenas 14,6% têm entre 0 a 11 meses e 15,0% tem entre 12 e 23 meses.

TABELA 3 – Distribuição por faixa etária das crianças menores de cinco anos do meio rural de Arambaré, 2005.

Idade criança	Frequência	%
0 a 5 meses	5	6.3
6 a 11 meses	7	8.3
12 a 23 meses	12	15.0
24 a 35 meses	21	26.3
36 a 47 meses	16	20.0
48 a 59 meses	19	23.8
Total	80	100.0

Fonte: ROCHA, L; pesquisa direta, Arambaré, 2005

O comportamento registrado acima, não é restrito apenas a esse contexto, mas vai ao encontro de algumas tendências nacionais, regionais e até mesmo do próprio município de Arambaré (incluindo crianças rurais e urbanas). Tal fato pode estar relacionada a evolução de alguns indicadores, como por exemplo, a queda de 3,09 para 2,75 filhos/mulheres, na taxa de fecundidade total na região sul rural entre os censos de 1991 e 2000, que foi maior do que a ocorrida entre a população urbana da mesma região no mesmo período (IBGE, 2000).

Somada a isso está a queda de natalidade, no Rio Grande do Sul, entre as mães de baixa escolaridade, numericamente representada pela diminuição de 48,5% da natalidade entre analfabetas, no período de 2000 a 2003 (RIO GRANDE DO SUL, 2004a). Conforme demonstram dados oficiais do Brasil, o analfabetismo predomina entre as mulheres que vivem no meio rural e entre aquelas pertencentes a estratos socioeconômicos inferiores (tanto as que vivem no meio rural como no meio urbano). Se se considerar a pobreza rural presente no País, descrita por autores como Graziano da Silva, Hoffmann, Waquil e Schneider (este com inúmeras publicações sobre a situação do Rio Grande do Sul), pode-se pensar que a redução da natalidade entre analfabetas também foi significativa para o meio rural. Por fim, outro indicador que representa o decréscimo de nascimentos, é o coeficiente de natalidade de Arambaré que, entre 1999 e 2003, teve um decréscimo significativo de 21,9% para 10,5%. (RIO GRANDE DO SUL, 2005).

Conforme considerações de Monteiro *et al.* (2000), essa queda de nascimentos, representada pela distribuição das faixas etárias das crianças do meio rural de Arambaré, pode ter impacto no desenvolvimento das crianças, uma vez que a redução de membros na constituição familiar, principalmente de indivíduos dependentes (crianças), pode representar menos consumo na renda e uma melhora nas condições de vida dada à criança. Além disso, o primeiro ano de vida é a fase determinante de grande parte do crescimento e do desenvolvimento infantil, o que exige um intenso investimento por parte dos pais e das instituições de saúde.

Outro aspecto pesquisado que reporta à situação sociodemográfica das famílias foi a idade e a escolaridade paterna e materna. Nas figuras 6 e 7, que descrevem, respectivamente, a distribuição da idade dos pais e das mães das crianças pesquisadas, observa-se que as mães, de forma geral, são mais novas do que os pais. Isso pode ser ilustrado pela distribuição entre as faixas etárias, pois apenas 1,4% dos pais e 15,5% das mães são adolescentes (abaixo dos vinte anos) e, ainda, a proporção com idade mais avançada é maior entre os pais, uma vez que 14,7% deles tem mais de quarenta anos e apenas 5,6% das mães está nessa mesma faixa etária; já o mais velho entre todos homens tem cinquenta e quatro anos e a mulher mais velha tem quarenta e cinco anos.

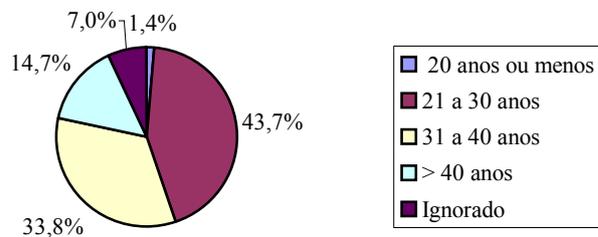
Na faixa etária de vinte e um a trinta anos, estão 46,5% das mães e 43,7% dos pais; já no intervalo de idade que segue (31 a 40 anos), a porcentagem fica um pouco maior para os pais (33,8%). A combinação de idades dos casais que constituem as famílias das crianças do estudo é

bastante variada. Há casos em que ambos são jovens, há outros em que a diferença de idade entre eles é grande, algumas vezes, as mulheres são mais velhas; em outras, os homens. Nesta última situação, é comum a mãe ser adolescente e até dez anos mais nova que o pai da criança.

Numa análise geral, observa-se que as famílias são formadas de indivíduos jovens, uma vez que mais de 45% dos pais e 62% das mães tem menos de trinta e um anos. Trabalhos produzidos pelo Projeto Rurbano⁴ e uma pesquisa realizada no meio rural de Barão/RS constatam que, em muitas localidades, o espaço rural está se tornando um local de moradia de jovens famílias (GRAZIANO DA SILVA, 1999; SCHNEIDER, 2003).

Segundo os mesmos autores, a atração do meio rural vem traduzindo a intensificação de atividades não-agrícolas nesses espaços, que se tornam uma importante forma de inserção produtiva e reprodução social em meio à pobreza atrelada à exclusividade da atividade agrícola de estrutura familiar (GRAZIANO DA SILVA, 1999; SCHNEIDER, 2003). Essa situação é evidenciada no meio rural de Arambaré, quando são identificados trabalhos informais e não ligados à agricultura, conforme será descrito no decorrer da discussão.

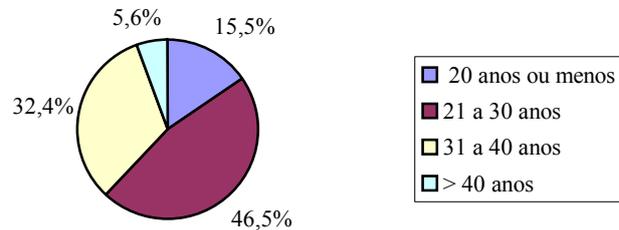
A idade de alguns pais (7,0%) foi ignorada, pois o respondente não sabia informar (são alguns casos em que o pai não convive com a criança); um deles já havia falecido.



Fonte: ROCHA, L; pesquisa direta, Arambaré, 2005

FIGURA 6- Distribuição da idade dos pais das crianças (menores de cinco anos) do meio rural de Arambaré, 2005.

⁴ O Projeto Rurbano é um projeto temático denominado "Caracterização do Novo Rural Brasileiro, 1981/95, que vem trabalhando com a hipótese de que o meio rural brasileiro, de modo geral, não pode mais ser tomado apenas como o lugar das atividades agropecuárias. Ele é dividido em três fases, que vêm representando um ganho importante para a produção científica e para o País. O projeto é vinculado à Unicamp e coordenado pelo Professor José Graziano da Silva.



Fonte: ROCHA, L; pesquisa direta, Arambaré, 2005

FIGURA 7 - Distribuição da idade das mães das crianças (menores de cinco anos) do meio rural de Arambaré, 2005.

No que se refere à escolaridade do pai, tabela 4, observa-se que 5,6% são analfabetos; já a maioria (42,3%) deles tem de um a quatro anos de estudo. De certo modo, o resultado é positivo, se comparado com os 10,71% de analfabetismo existente entre os homens que vivem no campo no Rio Grande do Sul e com os 16,9% encontrados na população de idosos do sexo masculino, residentes no meio rural de Arambaré, conforme estudo realizado no município, em 2004 (BRASIL, 2005a, SILVA, 2005).

A melhora no nível de alfabetização dos pais das crianças (menores de cinco anos), se comparado com o nível de alfabetização dos idosos que moram em Arambaré, pode estar atrelado ao fato de eles serem indivíduos mais jovens e pertencerem a uma geração cujo acesso à educação foi melhor. Também se pode pensar que o movimento migratório, na busca de emprego, fez com que alguns tenham vindo do meio urbano, local onde o analfabetismo é menor. Essa última hipótese pode ser relacionada, principalmente, aos pais que são assalariados de grandes propriedades, pois muitos deles migraram, em maioria, de outros municípios, em busca do emprego.

TABELA 4 – Distribuição da escolaridade dos pais das crianças menores de cinco anos do meio rural de Arambaré, 2005.

Escolaridade do pai	Frequência	%
Analfabeto	4	5,6
1 a 4 anos	30	42,3
5 a 8 anos	26	36,6
9 a 11 anos	4	5,6
+ de 12 anos	2	2,8
Ignorado	5	8,0
Total	71	100.0

Fonte: ROCHA, L; pesquisa direta, Arambaré, 2005

Observa-se que o tempo de estudo entre eles está abaixo do nível de instrução da população rural masculina, com mais de quinze anos, no Rio Grande do Sul. No Estado, a maior parte (52,04%) da população rural estudou de quatro a sete anos e, em Arambaré, 36,6% dos pais freqüentaram a escola entre cinco a oito anos (IBGE, 2005). Apesar do dado disponibilizado pela Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar não ter a mesma categorização (intervalo de anos estudados) que a utilizada nesta pesquisa, ele demonstra, de forma relativa, que o nível de escolaridade, no meio rural focado, está abaixo da média do Estado.

Os cinco (5) casos onde a escolaridade dos pais é ignorada, são creditados a alguns aspectos tais como: mãe que desconhece a identidade do pai da criança; separação do casal e desconhecimento sobre essa informação; dificuldade cognitiva da mãe e há o caso de uma criança que vive com a avó materna que não soube informar sobre a escolaridade do pai da criança.

Analisando a escolaridade materna, observa-se que o nível de instrução, no meio rural de Arambaré, é semelhante, em alguns aspectos, ao resultado constatado pela Pesquisa de Amostra Domiciliar, de 2003, sobre a população feminina com mais de quinze anos, que reside no meio rural do Rio Grande do Sul. Convém salientar, como mostra a tabela 5, que a maior porcentagem delas (49,3%) estudou de cinco a oito anos, como acontece no Estado e, ainda, os 8,5% de mães analfabetas estão próximos dos 8,1% encontrados entre as gaúchas que vivem no campo; porém, diferentemente do que ocorre no Estado, são poucas (8,5%) as mães que cursaram o ensino fundamental (IBGE, 2005).

Analisando, dados específicos das mulheres que tiveram filhos, no ano de 2003, no Rio Grande do Sul e no Município de Arambaré, a porcentagem de analfabetismo é de 1,0% e 4,5%,

respectivamente (RIO GRANDE DO SUL, 2004b). Entretanto, a disparidade entre esses resultados e a realidade pesquisada pode ser justificada pelo fato dos mesmos serem construídos com informações da população urbana e da rural; dessa forma, os índices mais altos de analfabetismo encontrados na população rural, desaparecem com a média feita entre ambos.

TABELA 5 – Distribuição da escolaridade das mães das crianças menores de cinco anos do meio rural de Arambaré, 2005.

Escolaridade da mãe	Frequência	%
Analfabeta	6	8,5
1 a 4 anos	24	33,8
5 a 8 anos	35	49,3
9 a 11 anos	6	8,5
+ de 12 anos	-	-
Total	71	100.0

Fonte: ROCHA, L; pesquisa direta, Arambaré, 2005

Comparando a escolaridade das mães com a dos pais, observa-se que quase 50,0% das mulheres estudaram de cinco a oito anos e a maior parte dos homens estudaram de um a quatro anos; porém apenas os pais chegaram ao terceiro grau (mais de doze anos de estudo) e o analfabetismo é menor entre eles. Em alguns casos, essa situação pode ser melhor compreendida se for analisada sob o enfoque de gênero, uma vez que, em épocas anteriores, era facilitado mais aos homens sair para estudar ou dedicar maior tempo à formação. Para as mulheres, ficava a responsabilidade de educar e cuidar dos filhos ou dos irmãos e as atribuições domésticas.

A estrutura das famílias (domiciliadas) foi outro aspecto pesquisado, em que o resultado encontrado, além de refletir como se estruturam as famílias no meio rural de Arambaré, permite, em alguns casos, compreender um pouco mais a entre-ajuda existente nas famílias.

Inicialmente, como se observa na tabela 6, no meio rural de Arambaré, a estrutura⁵ das famílias segue o padrão brasileiro, pois 83,1% delas são nucleares, ou seja, vivem, na mesma casa, o casal e os filhos. Segundo dados do Censo Demográfico de 2000, a estruturação nuclear é uma característica marcante nas famílias cuja situação do domicílio é rural. Haja vista que as

⁵ Zimmerman e Osório (1997) sustentam que definir ou classificar família não é algo fácil, pois cada um tem seu conceito, conforme sua visão e experiência. Contudo, eles acreditam que a família domiciliada pode se apresentar, “grosso modo”, sob três formatos básicos: a nuclear (conjugal), a extensa (consangüínea) e a abrangente (inclui não-parentes que coabitam).

famílias com esse formato chegam a 61,7% do total de arranjos na área rural, enquanto na urbana alcança 52,9% (BRASIL, 2000).

TABELA 6 – Distribuição da estrutura das famílias das crianças menores de cinco anos do meio rural de Arambaré, 2005.

Tipos de famílias	Frequência	%
Nuclear	59	83,1
Extensa	11	15,5
Abrangente	1	1,4
Total	71	100,0

Fonte: ROCHA, L; pesquisa direta, Arambaré 2005

Há também famílias denominadas de extensas (15,5%), formadas por pessoas que possuem algum grau de parentesco. Em Arambaré, elas são compostas de diversas formas, como exemplo: aquelas em que, além da família nuclear, moram juntos os avós, ou então, quando a mãe ou o pai é solteiro e mora com os filhos na casa dos pais.

O único caso de família abrangente é uma composta pela criança, pela mãe e por um casal de amigos. Segundo a mãe da criança, ela, o marido e a filha moravam na propriedade onde ele trabalhava; após a separação do casal, o pai da criança foi embora, então ela e a filha permaneceram no local residindo na casa de outra família de trabalhadores.

Pesquisas realizadas em diferentes contextos cujo pano de fundo é a desnutrição infantil (CIAMPONE *et al.* 1999, GOLDENBERG, 1989), constata que arranjos familiares ampliados ou extensos têm a chance de agregar mais pessoas trabalhando e contribuindo com a renda e as despesas da família, traduzindo assim no que Goldenberg (1989, p 64) chama de “esforço cooperativo de sobrevivência”, que repercute positivamente sobre a nutrição infantil.

Contudo, de acordo com Durhan⁶, citado por Goldenberg (1989), em famílias nucleares, essa cooperação também existe, porém ela se dá de forma interfamiliar. Para ele, a presença de crianças nessas famílias conjugais favorece a permanência de relações de ajuda mútua com a família de origem, representada, principalmente, pelos avós da criança.

A figura dos avós está presente em 22,5% das famílias pesquisadas no meio rural de Arambaré, alguns vivem na mesma casa com a criança; outros, no mesmo terreno, em casas diferentes, formando unidades de solidariedade.

⁶ DURHAM, E.R. A família e a mulher. In: Centro de estudos Rurais e Urbanos. Família e Sociedade. Cadernos n. 18, 1ª série, maio de 1993.

Dentro da pobreza em que vivem muitas famílias rurais, o fato de ser aposentado e receber o benefício da previdência pode, segundo Brumer (2002), promover a revalorização do idoso que passa de dependente a provedor. A aposentadoria não foi uma questão investigada nesta pesquisa, entretanto, nos domicílios onde os idosos estavam presentes, eles ajudavam de alguma forma a família da criança pesquisada.

O estudo realizado em 2004, com os idosos que vivem no meio rural de Arambaré, identificou que 71,4% eram aposentados e que 23,4% de todos os idosos, independentemente da renda, prestavam auxílio econômico, principalmente, a filhos e/ou netos, em alguns casos, desempenhando papel de chefe da família (SILVA, 2004).

Na pesquisa com as crianças de Arambaré, em 5,6% das famílias, os avós desempenham o papel de chefes. Nas demais famílias, essa função é atribuída ao pai em 90,1%, e em 4,2% a referência é a mãe, nesta última situação a função é dada a ela, já que não vive mais com o pai da criança ou com qualquer outro familiar.

O formato familiar constituído e chefiado apenas pela mãe, é quase duas vezes mais comum no meio urbano (18,7%) do que no rural (9,9%), conforme constata o IBGE. Para sustentar sozinha uma família, no meio rural, as mulheres precisam criar alternativas, uma vez que o trabalho agrícola é fortemente atrelado ao papel masculino. Nos três casos identificados no estudo, duas delas realizam atividades não-agrícolas (uma delas trabalha como doméstica; a outra, em trabalhos esporádicos no município e em cidades vizinhas) e uma terceira mora na casa de amigos e recebe, às vezes, a pensão do ex-marido. Exemplos como esses vão de encontro ao estudo de Goldenberg (1989, p.68), quando, ao descrever a desnutrição como uma questão social, o autor afirma “...que nenhuma mulher consegue prover sozinha a casa, na ausência do companheiro ou marido, ela se volta para a família de origem”.

A presença das atividades não-agrícolas no meio rural ajuda a romper com a idéia de que o rural se restringe ou é sinônimo de agricultura, exemplificando, assim, o que Graziano da Silva (1999) denomina de *novo rural Brasileiro*. A participação das mulheres no mercado de trabalho rural, no ramo de atividades não-agrícolas, teve crescimento expressivo em nove países da América Latina na década de 90, representando uma variação de 65% para 93% e contribuindo para redução da pobreza rural e para a reprodução social dos indivíduos (SCHNEIDER, 2003).

Resumidamente, a situação sociodemográfica das famílias e das crianças do meio rural de Arambaré é descrita por oitenta crianças, com paridade entre os sexos, em maioria com mais de

dois anos de idade, seus pais são jovens e a maioria deles é alfabetizado, porém com nível de instrução baixo. Os arranjos familiares constituem-se, majoritariamente, de famílias nucleares chefiadas pelo pai, contudo a figura dos avós está presente em todos os tipos de famílias e, em algumas, desempenha o papel de chefe; em outras, apenas ajuda a família da criança.

5.2.2 Situação Socioeconômica das famílias

Apesar de Arambaré ser um município considerado de “pequeno porte”, para os padrões brasileiros (IBGE, 2005), os indivíduos da área rural estão submetidos às mesmas condições materiais, naturais e sociais, não sendo, portanto, confrontados aos mesmos tipos de problemas. As dinâmicas sociais, mesmo sendo diferentes nas áreas rurais em relação às urbanas, nos informam como as sociedades se estruturam e se diferenciam de acordo com variadas lógicas: lógicas de reprodução humana e demográfica, lógicas materiais, lógicas sociais e culturais (GERHARDT *et al.*, 1997).

Segundo Raynaut (1992, p.11), “as lógicas coletivas compreendem a associação de elementos da realidade – que podem ser de ordem material ou social (normas, valores e simbólico) em um encadeamento de laços que geram solidariedades recíprocas e acarretam necessidades as quais os comportamentos individuais são submetidos. Os comportamentos individuais são necessariamente tributários deste encadeamento, aqui chamado de lógica, por serem coerentes em relação aos seus objetivos sociais em função do qual eles se ordenam”.

Para captar os mecanismos desses processos de diferenciação dos grupos sociais, tornou-se necessário identificar a situação socioeconômica das famílias, via construção de um indicador de nível de vida, partindo-se do pressuposto de que ele mede o grau de inserção das famílias na “economia de consumo”.

Dessa forma, diferentemente da maioria das pesquisas, a caracterização da situação socioeconômica não é composta de questões diretas sobre a renda familiar. Acredita-se que há outras variáveis que traduzem melhor a situação econômica das famílias do que a renda auto-referida por elas, porque o valor absoluto mencionado, muitas vezes, não reflete a realidade, pois

não consideram as estratégias construídas pelos autores sociais, os trabalhos informais e esporádicos que certamente, podem alterar a situação de vida das famílias.

Como resultado, é visto que, no universo estudado, 42,3% das famílias vivem numa situação intermediária; 33,8% num nível superior e, em menor proporção, 23,9% vivem numa situação inferior (tabela 7). Vale ressaltar que o nível caracterizado como superior não representa famílias que gozem de ótima qualidade de vida, e sim, dentre todas as demais, aquelas que possuem melhores condições socioeconômicas, pois há uma pobreza rural que assola a região do estudo, conforme descrito na caracterização de Arambaré, somada ao fato de que, entre a população aqui pesquisada, não há famílias⁷ proprietárias de grandes propriedades, que concentrem maior parte da riqueza originada pelo setor primário (agricultura) no município.

TABELA 7 – Distribuição da situação socioeconômica das famílias de crianças menores de cinco anos do meio rural de Arambaré, 2005.

Situação Socioeconômica das famílias	Freqüência	%
Situação Inferior	17	23,9
Situação Média	30	42,3
Situação Superior	24	33,8
Total	71	100,0

Fonte: ROCHA, L; pesquisa direta, Arambaré 2005

Esses três grandes níveis sociais caracterizam-se por possuir diferentes proporções nas variáveis utilizadas (tabela –Apêndice E), conforme é descrito abaixo e evidenciado na tabela 7.

Situação socioeconômica inferior – Com 23,9%, agrupam famílias que vivem em condições extremamente precárias; para a maioria (52,9%), não há produção agrícola na propriedade, as que produzem fazem principalmente para subsistência; a comercialização é realizada por apenas 5,6% (pouco significativa, pois se refere à venda de ovos a pessoas conhecidas). A variedade de tipo de produto distribui-se igualmente (23,4%) entre o cultivo de um ou dois tipos e, em nenhuma propriedade há cultivo de três tipos (animal+ cereal+ hortaliças). A maioria (88,2%) das mães é do lar, 70,6% recebem ajuda econômica (proporção elevada se comparada aos demais níveis), concomitantemente, 88,2% das famílias referem não ajudar economicamente outras pessoas; contudo, mesmo sob condições de vida difíceis 11,8% prestam ajuda a alguém (moradia, alimentos). Quanto aos bens de consumo, 29,4% das famílias não

possuem TV, nem geladeira; 17,6% não têm fogão, 23,5% não dispõem de rádio, e a posse de automóvel caracteriza bem a diferença entre este e os demais níveis, pois 88,2% não o possuem, assim como o trator, em que a totalidade das famílias não o tem. A infra-estrutura habitacional é de baixo padrão para a grande parte dessa população. Em geral, as casas são de alvenaria (47,1%), entretanto as casas de madeira (35,3%) também são comuns e se destacam aqui em relação as demais situações socioeconômicas; 52,9% delas possuem de três a quatro cômodos, porém uma boa parcela (35,3%) dispõem de um a dois cômodos e mais da metade (52,9%) das casas contém apenas um quarto. Nas famílias, o número de pessoas é variado, há de uma a três pessoas em 35,3% das famílias, quatro pessoas em 23,5% e, com essa mesma percentagem, encontram-se famílias com sete ou mais pessoas, o que pode resultar em alta densidade habitacional, ao se considerar o tamanho das casas. Não há água encanada em quase metade (47,1%) das casas. O destino dado aos efluentes é a vala a céu aberto, em 47,1%, das casas; apenas 17,6% têm um sumidouro (forma ideal para o meio rural) e, em 35,3%, não há nenhum destino aos efluentes, por não possuírem água encanada dentro de casa. Nessa situação socioeconômica, 58,8 % das instalações sanitárias têm descarga, porém, em 23,5%, há apenas a fossa seca (“casinha”). Já, em condições piores estão 17,6% das famílias que não dispõem de qualquer forma de instalação sanitárias e utilizam o “pinico” ou o “mato”.

Situação socioeconômica média – 42,3% das famílias, possuem uma situação menos precária que das anteriores. Apesar de 46,7% não produzirem nada, 43,3% produzem para subsistência e 10 % para subsistência e comercialização (o produto comercializado é o arroz em duas famílias; em uma são as hortaliças). O tipo de produto cultivado varia; em 30,0%, há apenas um tipo; em 20,0%, dois tipos, e aqui aparece, em 3,3%, os três tipos de produtos (animal, cereal e hortaliça). Nesse nível socioeconômico, há maior número de mães que, além de serem do lar trabalham também fora de casa (93,3%) e, ao mesmo tempo, grande parte (60,0%) das famílias não recebe ajuda econômica, mas 16,7% ajudam alguém. No que se refere aos bens de consumo, a TV, a geladeira e o rádio estão presentes em 96,7% das casas das famílias; o fogão é encontrado em todas elas; já a posse de automóvel cresce significativamente, pois 50,0% o têm; porém, mais uma vez, nenhuma família possui trator. O padrão de moradia apresenta melhora nesse nível social: 70% das casas são de alvenaria e um número baixo (10,0%) é de madeira. Na maioria

⁷ As famílias que são descritas neste item estão entre um destes cinco tipos - *assalariados de grandes propriedades, assalariados de pequenas propriedades, assentados, proprietários de pequenas propriedades e habitantes rurais irregulares*- todos são apresentados separadamente no decorrer do trabalho.

(70,0%) delas, há de três a quatro cômodos, e 23,3% delas são mais amplas, com cinco a seis cômodos. Entretanto, em 6,7%, há apenas um a dois cômodos, fato que contribui para caracterizar a situação intermediária, como os 16,7% de casas com apenas um dormitório também a caracterizam, embora 70,0% tenha dois dormitórios e 13,3% tenha três. O número de pessoas que reside nessas casas é bastante variado: em 36,7% há quatro pessoas; em 33,3% há de uma a três e o restante mais de cinco pessoas. A água encanada é encontrada em todas as casas, o destino dos efluentes é a vala a céu aberto em 76,7% e, a proporção que existe sumidouro, melhora, assim, ficando em 23,3%. Por fim, em 93,3%, há sanitários com descarga e apenas 6,7% dispõem da fossa seca (“casinha”).

Situação socioeconômica superior - 33,8% das famílias pesquisadas apresentam um nível com as melhores condições de vida (salvo as considerações sobre a pobreza rural feitas acima). A maioria das famílias se dedica a produção agrícola; 62,5% é apenas para subsistência e 20,8% é para subsistência e comercialização (neste percentual, o produto é o arroz). Em 50,0%, há apenas um tipo de produto; em 29,2%, dois tipos e em 4,2%, três tipos. Apesar de a grande maioria (79,2%) das mães ser do lar, há uma boa parte (20,8%) que desempenha atividade remunerada e contribui para a renda familiar. Mais da metade (58,3%) das famílias recebe ajuda econômica, em contra partida, são poucas (4,2%) que ajudam alguém. Quanto aos bens de consumo básicos, como TV, geladeira, fogão e rádio, a totalidade de famílias os possui, e o automóvel está presente em 83,3% delas também. Apenas nesse nível, encontram-se tratores. O padrão de moradia é mais elevado: 87,5% das casas são de alvenaria e nenhuma é de madeira, 50,0% delas têm de cinco a seis cômodos; 8,3% têm sete ou mais cômodos; 62,5% têm dois dormitórios e, ainda, em um número considerável de casas há três dormitórios (33,3%). O número de habitantes/casa é variado: 62,5% têm quatro pessoas residindo; 16,7% têm de cinco a seis pessoas; 12,3% de uma a três pessoas e apenas, em 8,3%, há sete ou mais pessoas. Se se considerar a estrutura das casas, há menor densidade habitacional nesse nível superior. A água encanada está presente em todas as casas; em 62,5%, o destino dos efluentes é a vala a céu aberto. No entanto, nesse nível, o sumidouro é mais presente (37,5%) e, em todas as casas, há sanitários com descarga.

A descrição das três situações socioeconômicas feita acima, mostra que, mesmo em meio a pobreza rural, característica da sociedade local, há famílias que, moduladas pelas diferentes lógicas individuais e/ou coletiva ou pelo protagonismo, minimizam essa situação e sobressaem

entre as demais. Entre algumas das variáveis utilizadas para compor o indicador de nível de vida, há informações que podem traduzir um pouco mais essas lógicas e permitir a compreensão mais ampla desse contexto rural. Nesse sentido, são descritas, a seguir, algumas peculiaridades dessas variáveis em relação à população total estudada (unindo as três situações socioeconômicas).

No que se refere à produção agrícola das famílias, a subsistência é o principal destino da produção; contudo, deve-se destacar que o cultivo de cereais (milho e feijão), de hortaliças (mandioca, batata, abóbora, beterraba, alface, cebola, couve e pepino) e a criação de animais (galinha, vaca de leite, porco, peru e pato) são pouco desenvolvidos, não chegando a ser significativos. Entretanto, a presença deles é garantia de algum tipo de alimento para as famílias e, nos casos em que há dois ou três tipos de produtos, a variabilidade nutricional pode ser maior.

A comercialização praticada por poucas famílias, é mais expressiva naquelas cujo produto é o arroz (exclusivamente entre as famílias de assentados). Chama atenção, ainda, que há as que nada produzem, não estabelecendo, assim, nenhuma relação com a terra. Isso acontece com famílias de assalariados de grande propriedade, que residem na propriedade onde trabalham, e com outras que moram na própria propriedade (com pouquíssima extensão de terra), porém, alguns são assalariados das grandes propriedades e outros sobrevivem de trabalhos informais e esporádicos (“bicos”), formando verdadeiras “favelas rurais”. Estas famílias ditam uma nova estrutura social no meio rural, em decorrência da forma como se organizam, como se apropriam do meio (vivendo ilegalmente ao longo das estradas) e da sua não inserção na estrutura agrária. Esses “novos habitantes rurais” são frutos de um ideal capitalista de modernização e de superespecialização da mão-de-obra que expelle inúmeras famílias do meio urbano e, ao mesmo tempo, sofrem com o crescimento agroindustrial que diminui as chances de trabalho deles no meio rural. Dessa forma, essas famílias facilmente compõem, ou estão, no mesmo patamar dos 57,07% de pessoas indigentes que vivem no Rio Grande do Sul Rural. Dados esses, extraídos do Mapa da Fome, realizado pelo IPEA, e analisados por Schneider e Fialho (2000), quando estes autores discutem sobre as consequências sociais da modernização agrícola.

Ainda, com referência à questão financeira, o trabalho materno, outra variável utilizada, tem pouca prevalência (12,7%) no estudo em sua totalidade; não obstante ele vem sinalizar a presença de atividades não-agrícolas, nesse contexto rural, como já referido anteriormente. Dentre as funções remuneradas desenvolvidas pelas mães, aparecem: serviços gerais na mesma

propriedade onde o marido trabalha; cuidado de pessoa idosa de outra família e serviços de empregada doméstica, no meio urbano ou em outra propriedade rural.

Para Graziano da Silva (1999) e para outros autores que estudam as mudanças rurais e as novas forma de inserção econômica, o emprego doméstico remunerado é uma alternativa interessante para milhares de mulheres, pois ele é capaz de absorver os excedentes da mão-de-obra gerada pelo desenvolvimento capitalista no campo. Acrescentar-se-ia ainda, que tal alternativa representa uma forma de protagonismo dos atores sociais que, modulados por lógicas internas, oportunidades e vontade de mudança da situação adversa, buscam ou criam alternativas. Em complementaridade, cita-se Solymos (1997) que, durante uma pesquisa com famílias pobres do meio urbano que têm crianças desnutridas, destaca o importante papel da *iniciativa* materna que nasce de uma motivação e dá energia e direção à mãe em busca de alternativas, as quais, posteriormente, podem ser traduzidas em benefícios à criança. Vale lembrar que, além de todas as contribuições econômicas, essa variável também pode repercutir de alguma forma na vida da criança e, conseqüentemente, em sua saúde biológica.

Um aspecto que chama atenção é o fato de nenhuma das mães que não exerce trabalho remunerado, referir as atividades domésticas e/ou rurais que realizam na propriedade. Concorda-se com Silva (2004), quando, em resultado semelhante, encontrado em pesquisa com idosas rurais, associou a situação à perspectiva de gênero, atrelada ao conceito “trabalho produtivo” para aquelas mulheres, ou seja, elas valorizam apenas o que gera lucro e ocultam as demais atividades e a dupla jornada (rural e doméstico) de trabalho a que se submetem. Acredita-se que a contribuição delas na produção familiar e no cuidado com a casa e com a família também exerce papel fundamental para o crescimento econômico e a reprodução dos seus membros.

Uma informação interessante, levantada e utilizada no indicador de nível de vida, refere-se à ajuda de qualquer natureza recebida ou fornecida pela família. Esse tipo de questão pode retratar, a grosso modo, as estratégias e a solidariedade existentes entre os indivíduos que, dificilmente, são lembrados quando são perguntados sobre a renda familiar, mas que certamente influenciam na situação socioeconômica das famílias.

A ajuda recebida pelas famílias caracterizou-se pelo recebimento de dinheiro, alimentos, remédios e moradia vindos de parentes (avós ou tios da criança), conhecidos (caseiro da fazenda onde a família trabalha) e do governo. Destes três, é referendado em maior proporção o apoio econômico vindo do governo via Bolsa Família.

Em relação à Bolsa Família, dois aspectos merecem destaque. Primeiro, partindo do pressuposto de que a ela é destinada às famílias pobres (que possuem renda per capita inferior a R\$90,00 mensais), o fato de estar presente nas três situações socioeconômicas, ilustra a pobreza característica de muitas famílias, nesse contexto rural; contudo as possíveis alternativas criadas por algumas, representadas por melhores condições (escores mais altos) em outras variáveis da situação socioeconômica, podem repercutir em melhores condições de vida e numa situação socioeconômica mais positiva, na perspectiva de análise construída. Ainda, a alta prevalência dessa ajuda vinda do governo, principalmente para as famílias que vivem numa situação média e superior, parece servir de complemento da renda e, conseqüentemente, de acesso a melhores condições sociais e econômicas; já para outras que vivem numa situação socioeconômica inferior, essa é a única garantia financeira mensal.

O atual governo brasileiro tem apostado fortemente em programas sociais no País, como é o caso da Bolsa Família. Esta iniciativa, se, por um lado, tem sido reconhecida principalmente no cenário internacional, por outro, é criticada pelos que a qualificam como assistencialista e eleitoreira. Com base na realidade de vida das crianças rurais de Arambaré, constata-se que o auxílio financeiro é fundamental para algumas famílias pesquisadas; porém, acredita-se que, isolada de ações que envolvam a melhora na educação, no acesso ao trabalho formal e dão condições para que as pessoas possam aumentar sua renda, a Bolsa Família continuará agindo como um “extintor de incêndios” que apenas contribui de forma pontual e não atua na origem do problema, reproduzindo, assim, a desigualdade social enraizada em nosso país.

É pertinente lembrar que há a necessidade de rever se as determinações e os objetivos da Bolsa Família estão sendo alcançados. Mais uma vez, as experiências no município revelam inúmeras falhas que colocam em cheque a função do programa. Durante a coleta de dados, foi implantado, em Arambaré, o SISVAN, sistema responsável pelo acompanhamento e pela avaliação nutricional das crianças beneficiadas. Como essa informação nunca foi “coletada” antes, os profissionais de saúde corriam contra o tempo para obtê-la e enviá-la ao Ministério da Saúde, uma vez que o município e os beneficiados estavam ameaçados de perder tais recursos do governo. Esse exemplo ilustra uma certa descontinuidade e uma falta de sensibilização das partes envolvidas no programa e mostra que, há necessidade de rever o que já está posto e até que ponto essa transferência de renda vai ao encontro do desejado.

Os limites econômicos vividos pelas famílias pesquisadas, demonstrado, por exemplo, pela grande prevalência (84,2%) de Bolsa Família entre os que recebem ajuda, é a justificativa utilizada por grande parte delas quando afirmam não ajudar economicamente ninguém. Quando a ajuda ocorre, ela se dá na forma de apoio financeiro, de alimentos e de moradia, principalmente aos parentes.

Não obstante, as situações informais e corriqueiras, como o recebimento ou doação de um simples litro de leite, podem ter sido desconsideradas ou esquecidas para muitas pessoas que mencionam não ganhar ou fornecer qualquer tipo de ajuda. Situações como essas podem ser comuns entre algumas famílias das grandes fazendas, ou entre os proprietários de pequenas propriedades, em decorrência da maneira como vivem, pois residem lado a lado das demais famílias assalariadas, ou dividem o mesmo terreno com diferentes parentes, condições que favorecem a solidariedade e a entre-ajuda entre as famílias. Esses elementos necessitam de pesquisas aprofundadas, qualitativas, em que a imersão do pesquisador em tais contextos e o uso de metodologias adequadas (entrevistas aprofundadas, observação participante) fazem emergir as práticas cotidianas das quais se utilizam as famílias no enfrentamento das questões econômicas.

Por outro lado, há elementos em que a simples observação do pesquisador e anotações em diário de campo são suficientes para uma descrição detalhada; isso se refere, principalmente, a dados objetivos como, por exemplo, a infra-estrutura habitacional das famílias. Dessa forma, com base nessas fontes, pode-se dizer que as condições de moradia das famílias estudadas são diversificadas, independentemente da situação socioeconômica, todas elas vivem de maneira bastante simples.

De forma geral, as casas construídas em alvenaria e algumas mistas são as que apresentam melhores condições. Na maioria das vezes, o revestimento das paredes, a cobertura e as aberturas estão em bom estado de conservação; entretanto, vale lembrar que isso se dá principalmente nas famílias assalariadas, que moram nas propriedades onde trabalham. Nesses casos, o poder de posse ou de consumo não é algo tão direto, uma vez que elas residem em casas emprestadas, contudo, o fato de estarem empregadas e poderem proporcionar melhores condições de moradia às crianças que são o alvo principal deste estudo, já as coloca em posição mais privilegiada do que a de muitas outras famílias neste contexto rural, como será visto na descrição sobre a tipologia.

As figuras 8 e 9, a seguir, destacam melhor as condições de moradia das famílias pesquisadas. As duas primeiras fotos exibem casas de alvenaria nas grandes propriedades e ilustram a proximidade das famílias, dado referido anteriormente como uma característica que pode facilitar a entre-ajuda nas famílias. A outra figura retrata como são as casas de madeira, estas são mais precárias que as construídas de alvenaria e abrigam principalmente as famílias cuja situação socioeconômica é mais precária.



Fonte: Pesquisa direta, elaboração pela autora, Arambaré, 2005

FIGURA 8 – Imagens fotográficas ilustrando moradias em alvenaria de famílias assalariadas de uma grande propriedade



Fonte: Pesquisa direta, elaboração pela autora, Arambaré, 2005

FIGURA 9 – Imagem fotográfica ilustrando moradia em madeira das famílias pesquisadas

O tamanho das casas e, conseqüentemente, a densidade habitacional são variados, metade delas é composta de três a quatro cômodos e dois quartos, onde residem, na maioria dos casos, de três a quatro pessoas. Contudo, há casos extremos, por exemplo: em uma casa de madeira de dois cômodos, moram sete pessoas; já, em moradias amplas, com cinco ou mais cômodos e três quartos, moram apenas três pessoas.

A alta densidade habitacional é também uma preocupação do setor da saúde. Victora e Cesar (2003), ao dissertarem sobre possíveis intervenções contra a mortalidade infantil de menores de cinco anos, selecionam, entre vários aspectos, a necessidade de reduzir os aglomerados domiciliares (nº de pessoas convivendo no mesmo espaço físico com crianças), uma vez que a aglomeração pode levar a uma elevação da mortalidade pelo aumento da exposição à organismos patogênicos, fato confirmado por pesquisas realizadas e citadas pelos dois autores. Nessas situações, a doença ganha uma conotação de “problema social” e isso pode levar os profissionais da saúde a adotarem uma atitude de descaso, modulados pela sensação de incapacidade de atuação.

De acordo com as idéias de Monte (2000), não é função do profissional da saúde mudar a estrutura política e econômica de uma sociedade, mas é sua responsabilidade entender as desigualdades e as limitações vividas pela população por ele atendida, e ser capaz de, neste contexto, aplicar o conhecimento científico adequado.

Ainda sobre a infra-estrutura habitacional, está o acesso à luz elétrica e a água encanada. A rede elétrica presente em 95,8% das casas, retrata uma realidade positiva, principalmente se comparada ao resultado encontrado no Censo de 2000, na área rural da região sul do país, onde 91,6% dispunham desse benefício, e a pesquisa com os idosos rurais de Arambaré, na qual a porcentagem de casas sem rede elétrica era quase três vezes maior do que nas das famílias das crianças estudadas.

No meio rural de Arambaré, como em toda área rural do território nacional, o acesso à rede elétrica a todos está próximo de tornar-se uma realidade, porque o governo federal iniciou, em 2004, o desafio de acabar com a exclusão elétrica no País. O programa chamado de Luz para Todos, tem o objetivo de levar energia elétrica para mais de 12 milhões de pessoas até 2008 e assim, acreditam estar “contribuindo para a diminuição da pobreza e para aumento de renda das famílias atendidas”, priorizando as comunidades rurais. No Rio grande do Sul, por exemplo, onde diversas obras já foram inauguradas, a previsão é de um investimento de R\$ 69,6 milhões de reais para essa população (BRASIL, 2005e).

Iniciativas como essas que tentam minimizar a exclusão e o esquecimento em que vive a população rural são muito importantes; entretanto, acredita-se que a diminuição da pobreza dificilmente será alcançada por propostas que desconsideram toda a complexidade envolvida nesse problema social. Como exemplo, o acesso à água encanada e de qualidade para o consumo humano, outros problemas que acometem as famílias no meio rural, são frutos da situação de pobreza em que vivem muitas famílias, também requerem atenção dos órgãos públicos.

No meio rural de Arambaré, a água encanada está presente em 88,7% das famílias. Ela é proveniente, em grande parte (95,2%), de poços rasos (menos de 20m de profundidade) e apenas uma pequena porcentagem (4,8%) de poços profundos (mais de 20 metros). Todavia a origem de qualquer uma dessas fontes é o lençol freático que, em consequência das áreas de várzeas existentes em Arambaré, é superficial e permeável à poluição por: águas das chuvas, agrotóxico, metais pesados e coliformes fecais (vindos, muitas vezes, das fossas construídas próximas aos poços).

Essa situação, já abordada nos relatórios do PROINTER, em 2002, é confirmada em parte pelo funcionário da prefeitura responsável pelo SISAGUA⁸, que testa, mensalmente, a

⁸ O Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano-SISAGUA, implementado pela vigilância ambiental em saúde das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, foi estruturado com o intuito de

qualidade da água consumida no município (meio rural e urbano). Segundo ele, o índice de contaminação por coliformes totais e/ou coliformes termotolerantes (este, quando presente na água impossibilita o consumo) é alta nos poços do meio rural de Arambaré. Por outro lado, o município não recebe verbas para avaliar a presença de agrotóxicos nessas fontes, mas relatórios do Programa Interdisciplinar em investigação, junto à companhia de abastecimento de água de Arambaré, confirmam essa contaminação (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2002).

Com base em resultados como o que comprova a má qualidade da água consumida pela população rural, cabe aos órgãos municipais responsáveis, um trabalho de conscientização, que forneça informações e meios para que as famílias rurais tratem as fontes e a água consumida, exercendo, assim, seu papel de vigilância à saúde da população.

A pesquisa em Arambaré demonstra que essa não é uma prática comum no município; pois, em 69,0% das famílias, a água consumida pelas crianças não recebe nenhum tipo de tratamento. Acredita-se que o bom aspecto e a transparência que dão a sensação de pureza à água, impedem qualquer juízo de valor, logo, de vê-la como uma ameaça passível de tratamento.

Entre as famílias que não dispõem de água encanada, todas relatam utilizar a água de poços rasos de propriedades vizinhas, ou da casa de um parente residente no mesmo terreno onde moram. Além das dificuldades de acesso à água para consumo, higiene corporal e higiene dos alimentos, o local de onde retiram essa água, provavelmente, sofre problemas de qualidade. Conforme Victora e Cesar (2003), a qualidade e a quantidade de água são importantes à saúde infantil. Em pesquisa liderada pelo primeiro autor, constata-se uma chance 3,9 vezes maior de crianças que residem na região sul do país, em domicílios sem água encanada, terem diarreia (VICTORA; CESAR, 2003).

Ao se considerar a estreita ligação ou o ciclo vicioso entre a diarreia e instalação ou piora do quadro de desnutrição em crianças, parece que investir na melhoria do saneamento, embora se saiba serem medidas onerosas, contribui não apenas para questões sociais e de bem-estar, mas também repercute na saúde e na redução de mortes por doenças facilmente preveníveis.

No contexto rural, além das casas sem água encanada, há outras condições de saneamento bastante precárias que podem influenciar na saúde da população.

Apesar de a grande maioria (85,9%) ter fossa séptica para tratamento do esgoto, o destino dado aos efluentes é a vala a céu aberto, em 70,8% das casas. Situação esta que facilita a contaminação do lençol freático com a infiltração da água das chuvas. Somado a isso, está a instalação sanitária das casas, mesmo que grande parte possam ser caracterizadas por boas condições (possuem descarga), há aquelas que, em meio às dificuldades econômicas e ao acesso à água, são tolhidas de usufruir da mínima qualidade sanitária. Nessa situação, encontram-se as que dispõem de instalações sem descarga e fora de casa. Esse tipo de sanitário é conhecido como “casinhas” ou fossa seca e consta de um buraco escavado no solo, que não deve ser muito profundo para não alcançar o lençol freático. E em pior condição, estão aquelas casas que não dispõem de qualquer tipo de instalação sanitária, seus moradores, referiam utilizar um “pinico” ou utilizar o “mato” para suas necessidades. A realidade descrita acima, reflete a precariedade no saneamento e na higiene de algumas famílias que representam a extrema pobreza e a exclusão social de algumas pessoas que vivem no campo.

Essa é uma situação inaceitável, somada a ela, há inúmeras realidades ainda piores, um exemplo é encontrado entre os assentados da Região Sul do País. Conforme pesquisa realizada em 1999, 57,5% deles utilizavam a fossa seca e 17,4% o mato, ou seja, entre eles eram poucos os que possuíam banheiros com descarga (BRASIL, 2001).

Já relacionado à moradia, porém mais ligado à questão ambiental pesquisou-se o destino que as famílias dão ao lixo. Como resultado, surge que, em apenas 2,4% delas, o lixo é coletado, e a prática mais comum (64,0%) é queimá-lo; em segundo lugar, com 25,4%, é enterrado, ainda, 7,0% das famílias dão ao lixo um destino considerado menos ideal, pois o jogam a céu aberto. A PNDA, de 2003, também constata um resultado semelhante em relação ao destino dado aos resíduos sólidos pela população rural do Rio Grande do Sul, ou seja, 52,9% queimam e 14,3% enterram. Já no estudo com amostra de assentados brasileiros, 61,1% também queimam; por outro lado, é alta (39,8%) a porcentagem dos que jogam o lixo a céu aberto (IBGE, 2005, BRASIL, 2001).

Vale ressaltar que, em Arambaré, até o período da pesquisa, encontrar famílias que coletam o lixo não significa nada, uma vez que, no município, não havia qualquer tipo de tratamento dos resíduos. Eles são jogados a céu aberto em uma área dentro do perímetro urbano e próximo de um dos mais importantes cursos d' água, o Arroio do Velhaco, que, segundo o poder público, era fiscalizado pela Fundação Estadual de Proteção Ambiental (UNIVERSIDADE

FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2002). Todavia a questão do lixo, no município, está próxima de passar por mudanças. Conforme relato de alguns profissionais da saúde, os órgãos municipais responsáveis estão contratando uma empresa do município de Camaquã que vai se responsabilizar pelo tratamento do lixo e pela estruturação da coleta seletiva.

Esse quadro sanitário descrito acima, que vai além das questões do lixo e envolve toda infra-estrutura sanitária encontrada nas residências, pode se refletir nos problemas de saúde da população, uma vez que potencializa as chances de contaminação biológica dos reservatórios naturais e do lençol freático e, conseqüentemente, aumenta a vulnerabilidade aos agravos de saúde em especial às doenças de veiculação hídrica. Ao se pensar nas crianças, objetivo deste estudo, as chances podem ser ainda maiores em conseqüência da fase de formação em que se encontram e que as tornam suscetíveis ao meio onde vivem.

Ainda falando em condições de acesso, porém não mais referentes às condições de saneamento, a pesquisa levantou dados sobre meios de transporte das famílias. Conforme se constatou, o deslocamento, no meio rural, ainda é difícil, principalmente para as famílias que residem em locais distantes e em estradas secundárias. Elas precisam andar vários quilômetros para pegar o ônibus, já que ele é referido por 69,0% das famílias como o meio de transporte mais utilizado, independentemente da situação socioeconômica. Em Arambaré, além do ônibus escolar que circula por todo meio rural, a população pode contar com as linhas que vão a Camaquã, Porto Alegre e Tapes, porém estas não são gratuitas.

Mesmo para algumas famílias que possuem carros ou motos, o ônibus é a primeira escolha para transporte. Em vista disso, apenas 22,5% utilizam o veículo particular para locomoção (principalmente as famílias com situação socioeconômica superior e intermediária), isso pode estar atrelado ao elevado impacto de tal transporte sobre a renda familiar. Ainda, outros meios de locomoção que aparecem (quase que exclusivamente nas famílias de nível socioeconômico inferior) são a bicicleta e o andar a pé.

A partir da construção do indicador do nível de vida, é possível caracterizar a situação socioeconômica em que se encontram as famílias com crianças menores de cinco anos, no meio rural de Arambaré, e contextualizar a realidade vivida por elas. Em síntese, pode-se dizer que essas famílias estão inseridas em um contexto marcado por uma intensa desigualdade socioeconômica, herança de uma dinâmica global, pautada no ideal capitalista de lucro, de modernização da agricultura, de concentração de terras e de riqueza nas mãos de poucos. Essa

fase de “crescimento” no setor primário, iniciada em meados da década de 50, era ilusoriamente entendida como sinônimo de desenvolvimento rural, contudo a grande maioria dos agricultores não conseguiu acompanhar o mercado competitivo, resultando a eles o empobrecimento, o desemprego e o êxodo rural (SCHNEIDER; FIALHO, 2000). Disso decorre motivos e lógicas internas que modulam a permanência de umas famílias no meio rural, a vinda de outras, ou mesmo a luta para voltar a esse contexto, onde o desafio de reprodução social é constante.

Na pobreza atrelada aos mais diversos espaços rurais, como é o caso de Arambaré, há famílias que se destacam e conseguem situar-se socioeconomicamente melhor que os demais. No local do estudo, parece que dois aspectos contribuem para as famílias estarem nessa situação: o primeiro deles deve-se à conquista da terra (assentados); o segundo ao fato de auferir um salário mensal (assalariados de pequenas e grandes propriedades). Nesses dois casos, o fato de receber um incentivo ou mesmo a conquista da terra, parece estimular a produção e o comércio entre as famílias assentadas; já entre os assalariados, a garantia de uma renda mensal, de uma infraestrutura habitacional minimizam os problemas e permitem o desenvolvimento social dos indivíduos.

Essas duas condições diferem um pouco das daqueles que possuem terras há mais tempo, os quais, dentro da nova ordem de tecnologia, alta produtividade e queda no preço dos produtos, não conseguem progredir e investir no setor. Vale entender, se a fonte econômica está na dependência única e exclusivamente da relação com a terra, a situação se torna crítica e isso impulsiona muitos a buscarem trabalhos assalariados em outras propriedades, trabalhos informais, ou mesmo ficar na dependência de outros familiares (avós da criança). Essas diferentes formas de sobrevivência podem interferir no poder de posse de bens, no acesso a condições ideais de saneamento e moradia. Por outro lado, parece que a inserção materna no mercado de trabalho, o cultivo de produtos na propriedade e a ajuda recebida são alternativas criadas por uns e não por todos. Estas, influenciadas pelas lógicas individuais ou coletivas, podem demonstrar diferentes graus do protagonismo social nas famílias rurais de Arambaré.

5.2.3 Situação de Saúde Materno-Infantil

A situação de saúde materno-infantil foi analisada utilizando-se informações referentes à mãe, durante o período gestacional, e à saúde da criança, uma vez que tais questões podem influenciar o desenvolvimento e o crescimento infantil e, especificamente, a nutrição da criança.

No que se refere ao **pré-natal** (tabela 8), 95,0% das mães mencionam tê-lo realizado; destas, a maioria com índices de cobertura razoável, pois 72,4% iniciaram o acompanhamento no primeiro trimestre da gestação e 51,3% realizaram mais de 7 consultas.

Vale ressaltar que o termo ignorado que aparece na tabela 8, refere-se a uma criança sob responsabilidade da avó que, por não ter contato com a mãe da criança, não sabe informar sobre o pré-natal dela.

TABELA 8 – Distribuição da situação de saúde materno-infantil no que se refere ao pré-natal das crianças menores de cinco anos do meio rural de Arambaré, 2005.

Condições de saúde materno-infantil	Frequência	%
Realizou pré-natal		
Sim	76	95,0
Não	4	5,0
Total	80	100,0
Mês em que se iniciou o pré-natal		
1° ao 3° mês	55	72,4
4° ao 6° mês°	18	23,7
Após 6° mês	2	2,6
Ignorado	1	1,3
Total	80	100,0
N° de consultas pré-natal		
1 a 3	5	6,6
4 a 6	31	40,8
Mais de 7	39	51,3
Ignorado	1	1,3
Total	80	100,0

Fonte: ROCHA, L; pesquisa direta, Arambaré, 2005

No diálogo com algumas mães, elas mencionam ter realizado o pré-natal em outra cidade e justificam pela proximidade e pela maior facilidade de acesso, como é caso de duas mulheres cujas famílias residem próximas à BR 116, conseqüentemente, ao município de Camaquã, que está 33 Km distante do perímetro urbano de Arambaré e é considerado pólo regional. Em outros

casos, algumas mães que, em anos anteriores, durante a gestação da criança, não residiam no município, referem ter feito o acompanhamento pré-natal no local onde estavam morando.

Para a realização do pré-natal em Arambaré, as gestantes contam com os seguintes recursos: na Casa de Saúde de Arambaré, há um ginecologista que atende 20 pacientes, no turno da manhã e no da tarde, em duas terças-feiras e duas quintas-feiras no mês (alternadas, em uma semana ele atende na terça; na outra, na quinta e, assim, sucessivamente), e um Clínico Geral que atende durante vinte e quatro horas por dia. Já, na Unidade Básica de Saúde do distrito de Santa Rita há um Clínico Geral nas segundas, quartas e sextas-feiras, durante as manhãs. Para o deslocamento dos pacientes, neste caso das gestantes à Unidade Básica de Arambaré, o prefeito permite que elas utilizem o ônibus escolar nas segundas, terças e sextas-feiras, à tarde.

Ao analisar essa realidade atual, uma vez que não se sabe como era o quadro de profissionais e a dinâmica dos serviços de saúde do município em anos anteriores, quando ele estava sob outro comando político-administrativo, e considerando os dados da PNDS de 1996, que registram como um problema significativo o acesso à assistência pré-natal da população rural do País (BENFAM, 1997), os 95,0% de mães que realizaram o pré-natal, podem ser um número bem expressivo para um contexto em meio às dificuldades enfrentadas pelas gestantes. Entretanto, como mencionado anteriormente, esse resultado não reflete exclusivamente uma boa assistência local, porque muitas referiram ter realizado o acompanhamento pré-natal em outro município.

As dificuldades, referidas acima, enfrentadas pelas gestantes que vivem no meio rural de Arambaré e realizam a assistência pré-natal no município, são de ordem geográfica e de acesso ao atendimento especializado, visto que, ao residirem no meio rural, elas necessitam de meios de locomoção para chegarem até à Unidade de Saúde, uma vez que algumas casas distam mais de 30 km do meio urbano. Para tanto, elas contam com o ônibus gratuito em alguns dias da semana, entretanto a presença do ginecologista na Unidade coincide com o transporte apenas dois dias no mês (duas terças-feiras), além disso, há um número reduzido de fichas para atender toda a população feminina do município.

A questão de acesso a serviços de saúde parece ser problema enfrentado não apenas pelas gestantes, mas também por toda essa população rural. Segundo Unglert (1995), a acessibilidade aos serviços de saúde pode ser analisada sob várias abordagens, sendo elas a geográfica (distância a ser percorrida e barreiras geográficas impostas), funcional (qualidade e horário de

funcionamento, bem como programas oferecidos), cultural (serviços de saúde inseridos nos costumes e hábitos da população) e, por último, a econômica (gastos do usuário). Com base nessa classificação, os acessos geográfico, funcional e econômico influenciam as gestantes rurais de Arambaré na realização de um acompanhamento pré-natal.

Diante de todos esses obstáculos, pode-se dizer que elas necessitam criar estratégias para conseguir atendimento mensal e especializado. Dessa forma, analisando os 95,0% de mulheres que fizeram pré-natal, 27,7% o fizeram fora do município. Fica ainda, como questão em aberto, a qualidade da assistência prestada nos serviços de saúde local.

Segundo o diagnóstico da situação de saúde da mulher no Brasil, publicado pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2004c), apesar do aumento do número de consultas de pré-natal, a qualidade dessa assistência é precária. Isso pode ser atestado pelos indicadores do SisPreNatal⁹, que demonstram que apenas 4,07% das gestantes inscritas no programa (PHPN), realizaram o elenco mínimo de ações preconizadas.

Em decorrência da dificuldade de obterem-se dados mais específicos que retratem a qualidade do pré-natal das gestantes pesquisadas, uma vez que são poucas as mães que ainda têm a carteira de gestante, apenas é possível analisar essa informação no que se refere à cobertura do atendimento.

Em relação ao número de consultas, a porcentagem de mães das crianças do meio rural de Arambaré que realizou mais de sete consultas (51,6%), está abaixo da cobertura atual no Estado e no município de Arambaré (gestantes rurais e urbanas); entretanto, deve-se considerar que, ao incluírem-se gestantes urbanas, a média de cobertura dos municípios, normalmente, fica mais positiva. Segundo dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos do Rio Grande do Sul, o número de mães que realizam mais de sete consultas no Estado e também no município de Arambaré, vem melhorando substancialmente (RIO GRANDE DO SUL, 2005). Como exemplo, no Rio Grande do Sul, em 2000, 48,6% das mães realizaram sete consultas ou mais; já, em 2004, esse percentual subiu para 62,0%, uma evolução mais positiva ocorreu em Arambaré (gestantes em situação de domicílio rural e urbano), onde esse número de consultas era realizado por apenas

⁹ O SisPreNatal é o software que foi desenvolvido pelo Datasus, com a finalidade de permitir o acompanhamento adequado das gestantes inseridas no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), do Sistema Único de Saúde. No SisPreNatal está definido o elenco mínimo de procedimentos para uma assistência pré-natal adequada. Permite o acompanhamento das gestantes, desde o início da gravidez até a consulta de puerpério. (Disponível em :<<http://www.datasus.gov.br/sisprenatal/sisprenatal.htm>>)

22,8% delas, em 1999, e passou para 63,8%, em 2004 (RIO GRANDE DO SUL, 2004b; RIO GRANDE DO SUL, 2005).

Essa melhora de cobertura pré-natal no Estado, durante tal período, pode ser resultado das inúmeras estratégias criadas pelas mães e também pelo setor saúde, no intuito de transformar o modelo de atenção, como exemplo: a valorização da atenção primária, implementação e expansão da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e do número de Unidades Básicas de Saúde, sendo todas estas condições favoráveis para a ampliação da atenção ao pré-natal de baixo risco.

Em Arambaré, dadas as informações que se têm, uma mudança plausível, mas pouco conclusiva, para justificar a melhora no número de consultas de pré-natal, foi à inclusão de um médico da família na antiga equipe do Programa de Agentes Comunitários, aumentando, assim, a oferta de consultas, entretanto sem garantir a qualidade.

Ainda, acredita-se que esse importante crescimento, não apenas em Arambaré, mas no Estado em seu conjunto, também pode ser resultado da melhora no fornecimento dos dados aos Sistema de Informações em Saúde (SIS) existentes, uma vez que os índices de sub-registro e de dados mal registrados são comuns no País. Essas são apenas hipóteses que podem ser exploradas em estudos mais aprofundados e direcionados a analisar os reais motivos do aumento substancial, na cobertura pré-natal, em tão curto intervalo de tempo neste município.

Considerando a não realização do pré-natal, 5,0% das mães deste estudo se enquadram nessa situação. Segundo o SINASC – RS-2003, entre as crianças nascidas no Rio Grande do Sul, neste ano, 2,6% das mães não tinham realizado o pré-natal e, em Arambaré, essa situação se apresentava em 6,8% das mães. Esse resultado demonstra que a falta de assistência em Arambaré (crianças rurais e urbanas) era mais que o dobro da média do Estado, no ano de 2003. O resultado encontrado entre as mães das crianças menores de cinco anos, ainda que repercuta sobre o meio rural do município, vai ao encontro do panorama negativo de Arambaré, se comparado à realidade do Estado (RIO GRANDE DO SUL, 2004b).

Para ilustrar a situação das famílias do meio rural, estudos com famílias assentadas no Brasil, demonstram que 79,4% das mulheres que estavam grávidas ou tiveram filhos, no ano de 1998, fizeram pré-natal. Dentre as regiões do País, as famílias assentadas da Região Sul apresentaram melhores índices de cobertura pré-natal (90,9%) em relação às famílias assentadas da Região Nordeste que tiveram a pior cobertura (71,3%). O motivo destacado pelas mulheres

assentadas para a não realização do pré-natal foi, principalmente, o atendimento distante de casa (49,6%) e a dificuldade em marcar consulta (34,1%) (BRASIL, 2001).

Mais uma vez, agora em outra população rural, aparece o acesso geográfico e o funcional como moduladores da inserção desta população ao sistema de saúde e de melhores condições de saúde. Exemplificando isso, três estudos sobre a nutrição infantil de crianças rurais confirmam a situação do domicílio e do difícil acesso aos serviços de saúde como fatores importantes para presença da desnutrição.

Na pesquisa realizada por Veiga e Burlandy (2001), em um assentamento rural no Rio de Janeiro, os autores atribuem à inexistência de desnutrição entre as crianças pesquisadas ao significativo grau de urbanização do assentamento, por causa da localização geográfica próxima a centros urbanos e, conseqüentemente, a postos de saúde. Apesar de não deixarem claro a que distância essa população está dos serviços de saúde e como as suas demandas são atendidas, as boas condições nutricionais de crianças rurais chamam a atenção, levam a crer que o acesso geográfico aos serviços de saúde contribui de alguma forma.

Já no estudo realizado por Sichieri *et al.* (1993), com famílias rurais do Paraná, os autores comprovam a hipótese inicial do estudo de que o pior quadro nutricional seria encontrado em crianças filhas de trabalhadores rurais, que mudaram da cidade para o campo. Atribuindo tal fato às condições de miséria e à falta de recursos de assistência à saúde que ocorreram com a vinda deles ao campo. Por fim, no estudo com assentados do Estado de Minas Gerais, Castro *et al* (2004) constatam que a baixa cobertura vacinal e, conseqüentemente, a maior vulnerabilidade ao adoecimento, é atrelada à distância do assentamento ao posto de saúde do município, pois, segundo alegam as mães, a ida ao serviço comprometia o dia todo de trabalho dos pais.

Com base nos resultados encontrados na pesquisa em Arambaré e nos estudos supracitados, garantir acesso aos serviços de saúde aos habitantes rurais, sejam eles crianças, gestantes, homens, sejam trabalhadores, é uma necessidade real e mostra-se como um grande desafio ao Sistema de Saúde Público do Brasil. Teoricamente, a Constituição Federal já prevê, nos princípios de universalidade e equidade da assistência à saúde, essa garantia; contudo, na prática, pouco tem sido feito, e a tal população resta construir estratégias para vencer a desigualdade de acesso e de esquecimento a que estão sujeitos.

Outro aspecto investigado, que caracteriza a situação de saúde materno-infantil, é a **idade materna durante a gestação**. Para muitos autores, a gravidez na adolescência influencia na

saúde infantil (nascimento com baixo peso, prematuridade, entre outros) inclusive para o comprometimento nutricional. Nesse item é apenas realizada a análise frequencial dessa variável e, posteriormente, no decorrer do trabalho, os cruzamentos realizados com os índices nutricionais mostrarão se, neste contexto, a idade materna associa-se ou não aos problemas nutricionais.

No Brasil, a proporção de gravidez na adolescência vem crescendo a cada ano. Em 1980, 9,1% apenas das mães eram adolescentes; já, em 2000, esse número dobrou, chegando a 19,4% (BRASIL, 2000). Na pesquisa com as crianças rurais de Arambaré, 25,0% das mães tinham entre quinze e dezenove anos no momento do nascimento da criança, mas a grande maioria (60,0%) estava na faixa etária considerada ideal (20 a 35 anos) para a gestação, e uma parcela menor (15,0%) havia passado dos 35 anos (tabela 9).

TABELA 9 – Distribuição da situação de saúde materno-infantil no que se refere às idades maternas ao nascerem as crianças, hoje, menores de cinco anos, do meio rural de Arambaré, 2005.

Situação de saúde materno-infantil	Frequência	%
Idade materna		
< de 20 a.	20	25,0
20 a 35 a.	48	60,0
> de 35 a.	12	15,0
Total	80	100,0

Fonte: ROCHA, L; pesquisa direta, Arambaré, 2005

Os resultados da PNDS de 1996, analisados pelo Ministério da Saúde, mostram que a gravidez na adolescência vem aumentando nas regiões mais pobres, nas áreas rurais e entre a população com menor escolaridade (BRASIL, 2004c). Na análise, essa situação é atribuída a alguns fatores, dentre eles, a precária ou inexistente atenção à saúde da população rural, o que dificulta o acesso a métodos anticoncepcionais e, ainda, a orientações e ações de educação em saúde para as jovens que iniciam a vida sexual.

A partir desta análise, mais uma vez, é destacada a questão do acesso aos serviços de saúde pela população rural. No caso de Arambaré, os 25,0% de mães adolescentes é uma proporção elevada se comparados, por exemplo, com os 19,1% de incidência de gravidez na adolescência no Estado (rural e urbana), no ano de 2003 (RIO GRANDE DO SUL, 2004b). Ao analisar-se o elevado índice (27,3%) encontrado para Arambaré (urbano e rural), neste mesmo ano, uma série de questões são levantadas: Os serviços de saúde do município não dispõem de métodos anticoncepcionais? As adolescentes têm vergonha de consultar na Unidade de Saúde,

porque o município é pequeno e todos se conhecem? As adolescentes rurais como as gestantes, têm dificuldade de serem assistidas por problemas de acesso geográfico e funcional? É da cultura dessa população ter filhos cedo?

Como já mencionado na descrição sociodemográfica da população estudada, é comum a união de casais com grande diferença de idade, como no caso de mães adolescentes e homens até dez anos mais velhos, que constituem famílias nucleares e, inserem-se principalmente, no trabalho assalariado das grandes propriedades. Diferente dos centros urbanos, onde a maioria das adolescentes grávidas é solteira, as rurais constituem famílias e vivem, muitas vezes, independentes da família de origem, e a criança é resultado de um desejo do casal. Esta pode ser uma característica cultural da sociedade rural local.

Nessa mesma direção, Chaban Junior, Maqueira e Lopes (2003), analisando dados de algumas pesquisas, afirmam que a gravidez em adolescentes ocorre, com maior frequência, nas pequenas cidades, nos vilarejos e na zona rural. No entanto, nessas zonas, o matrimônio ou o convívio inicia-se nesta faixa-etária e a gravidez é uma consequência do convívio da adolescente com o parceiro.

Ainda, dados da PNDS (1996) revelam que a faixa etária mediana das mulheres ao casar estava em torno dos vinte e um anos para todo o Brasil, com diferenças segundo o local da residência. As mulheres rurais casam, em média, 1,1 ano mais cedo do que as residentes urbanas e usam menos anticoncepcionais do que estas (BENFAM, 1997). A partir dessas informações, persiste a dúvida se o menor consumo de contraceptivos pelas adolescentes das áreas rurais é consequência da falta de orientação e de acesso (que é deficiente) aos serviços de planejamento familiar, ou é resultante do desejo delas constituírem uma família, uma vez que a família pode funcionar como estratégia de “segurança social e econômica”.

A idade materna e os elementos sobre o pré-natal, descritos acima, contextualizam aspectos relacionados à gestação, devido sua estreita relação com a saúde da criança gerada. No que se refere à saúde da criança, a tabela 10 mostra como foram as **condições de nascimento** delas. Como se observa, 86,3% das crianças nasceram a termo e 8,8%, pré-termo. Esse índice de prematuridade encontrado, hoje, entre as crianças de Arambaré, está acima da média do Estado, segundo dados da Secretaria Estadual da Saúde; pois, entre 1999 e 2003, a média de prematuros no Rio Grande do Sul foi de 7,6% (RIO GRANDE DO SUL, 2005).

TABELA 10 - Distribuição da situação de saúde materno-infantil no que se refere à condição de nascimento das crianças, hoje, menores de cinco anos, do meio rural de Arambaré, 2005.

Situação de saúde materno-infantil	Frequência	%
Condições de nascimento		
Pré-termo	7	8,8
A termo	69	86,3
Pós-termo	4	5,0
Total	80	100,0

Fonte: ROCHA, L; pesquisa direta, Arambaré, 2005

Outro aspecto abordado foi as possíveis intercorrências durante, a gestação, o parto ou após o nascimento da criança, que influenciam na saúde dela. No conjunto de crianças estudadas, 16,3% das mães referiram que elas apresentaram algum problema. Dentre as três situações, os problemas ligados ao parto foram os mais relatados, tais como: aspiração de mecônio, fratura da clavícula da criança, circular de cordão umbilical, entre outros.

No município de Arambaré, como não existe hospital nem infraestrutura para a realização de partos, estes são realizados em Camaquã, por meio de um convênio entre as prefeituras municipais. Em decorrência disso, as gestantes são orientadas a se dirigirem até a Unidade Básica de Saúde de Arambaré, no caso de elas não terem como se deslocar, a Secretaria de Saúde se responsabiliza em buscá-las e, após o médico avaliá-las e preencher a Autorização para Internação Hospitalar (AIH), conduzi-las a Camaquã para a realização do parto.

Como visto, as dificuldades enfrentadas pelas gestantes rurais de Arambaré não ficam restritas ao pré-natal, mas se estendem ao momento do parto, cujas conseqüências podem repercutir em possíveis intercorrências durante o parto e após o nascimento da criança. Segundo Monteiro *et al.* (2000), as maiores dificuldades de acesso e as deficiências quanto à qualidade da atenção ao pré-natal e ao parto contribuem, provavelmente, para uma maior frequência de intercorrências neonatais. Como exemplo, o relato de uma mãe ajuda a compreender melhor as dificuldades vivenciadas pelos moradores rurais (narrativa registrada em diário de campo). Durante a conversa e o preenchimento do formulário de pesquisa, a senhora relatou que havia passado. Há alguns anos, tinha perdido um filho, ele nasceu dentro da ambulância a caminho do hospital e, em decorrência das complicações que teve, morreu dezessete (17) dias depois.

Outra importante informação levantada, neste estudo, foi sobre o **peso da criança ao nascer**, uma vez que peso insuficiente (entre 2500 Kg e 2999Kg) ou baixo peso (menos que

2500Kg) estão relacionados tanto com as chances de morrer quanto com a saúde da criança, no primeiro ano de vida, e pode, também, influenciar no déficit ponderal, no segundo ano de vida (VICTORA, BARROS 2003).

Entre as crianças menores de cinco anos do meio rural de Arambaré, 11,3% nasceram com menos de 2500Kg e 23,8% com peso insuficiente (tabela 11). O baixo peso ao nascer, encontrado nesta pesquisa, está muito próximo dos 11,1% para crianças do meio rural do Brasil, porém distante da prevalência (8,6%) de baixo peso para as áreas urbanas do País, segundo resultados da PNDS (BENFAM, 1997). Para ilustrar a repercussão do baixo peso, Victora e Cesar (2003, p.431) mencionam que “se fosse possível reduzir a sua prevalência para 7% em todo o país, a queda nos níveis de mortalidade em menores de cinco anos passariam de 17% para 6%”.

TABELA 11 - Distribuição da situação de saúde materno-infantil no que se refere ao peso ao nascer das crianças, hoje, menores de cinco anos, do meio rural de Arambaré, RS, 2005.

Situação de saúde materno-infantil	Frequência	%
Peso ao nascer		
Baixo peso	9	11,3
Insuficiente	19	23,8
Normal	52	65,0
Total	80	100,0

Fonte: ROCHA, L; pesquisa direta, Arambaré, 2005

Segundo os mesmos autores, um feto pode apresentar baixo peso ao nascer por ter nascido prematuramente, ou por ter tido retardo no crescimento intra-uterino; essas causas são frutos de inúmeros problemas que, certamente, podem ser solucionados com uma atenção pré-natal adequada. Os autores destacam, ainda, a importante influência da nutrição materna antes e durante a gestação (VICTORA; CESAR,2003).

Analisando os dados da Pesquisa de Orçamento Familiar, divulgada em 2004 (BRASIL, 2004a), constata-se que o déficit nutricional, em mulheres adultas residentes no meio rural da Região Sul do País, é pouco significativo (3,5%), se comparado com a presença do sobrepeso que chega quase a 50% da população. Em face disso, o baixo peso da criança ao nascer pode ter pouco a ver com o estado nutricional das mães.

Sendo assim, pela afirmação dos já citados autores e confirmada por autores como Monteiro *et al.* (2000) e Neumann *et al.* (2003), o baixo peso ao nascer encontrado na pesquisa, somado à prevalência de prematuridade e às intercorrências na gestação, leva a pensar que, além

da questão do difícil acesso aos serviços, a baixa qualidade da assistência pré-natal, recebida pelas gestantes, pode ser um forte componente para tais problemas. Conforme Victora e Cesar (2003), em análise sobre o pré-natal no Brasil, com base na PNDS, destacam que, embora as informações sobre a qualidade do pré-natal sejam limitadas, é possível dizer que a sua qualidade é baixa.

O fato de a população estudada ser de baixa renda e depender dos serviços públicos de saúde, pode ter influenciado ainda mais na questão da qualidade. Corroborando com tal hipótese, os achados da pesquisa de duas coortes de crianças nascidas em Pelotas (Barros, 1996), demonstram que o pré-natal foi inadequado, principalmente, para as mães que dependiam do serviço público. Ainda, Neumann *et al.* (2003), em pesquisa já referida anteriormente, mencionam que a população de baixa renda apresenta menor probabilidade de receber atendimento pré-natal adequado.

A escassez de estudos sobre a população rural, em especial sobre a materno-infantil, justifica a maioria das comparações que são feitas com estudos em áreas urbanas. Apesar das relativizações necessárias, os resultados da situação de saúde materno-infantil das crianças rurais de Arambaré, descrevem uma realidade desfavorável e ajudam tanto a definir os obstáculos que a população rural necessita transpor para ter acesso aos serviços de saúde, quanto a questionar sobre a qualidade da assistência recebida por eles.

Na tentativa de conhecer melhor a criança sob investigação nutricional, foram levantadas questões pela autora sobre a **saúde biológica da criança**, em relação aos problemas agudos e/ou crônicos que ela apresentou ou ainda apresenta. Para ajudar os respondentes a lembrarem-se dos problemas agudos, eles foram questionados sobre o motivo das últimas consultas médicas, das idas aos serviços de saúde e das internações hospitalares. O objetivo, aqui, não é fazer um mapa detalhado de todos os problemas apresentados pelas crianças e a frequência de tais problemas, já que informações desse tipo são difíceis de obter-se, pois os problemas de saúde mais comuns, como gripe ou resfriado, acontecem seguidamente na infância e, muitas vezes, são considerados banais e corriqueiros pelos pais e por isso não mencionados. A principal finalidade é identificar as principais doenças referidas que acometem as crianças e se alguma delas estabelece uma relação direta com a situação nutricional.

Conforme o quadro 2 abaixo, as doenças mais referidas foram a gripe em trinta e sete (37) crianças e, em segundo lugar, a diarreia em treze (13) crianças. Numa análise geral desses

resultados, pode-se observar que os problemas nos sistemas respiratório e digestivo são os que têm maior prevalência. Castro *et al* (2004), ao investigarem informações sobre a saúde de crianças pertencentes a famílias assentadas no Estado de Minas Gerais, verificaram também que esses dois grupos de doenças, acima citados, foram os mais freqüentes entre as crianças pesquisadas, conforme relatavam as mães.

Segundo informações coletadas nos registros do SIA (Sistema de Informações Ambulatoriais), disponíveis na Casa de Saúde de Arambaré, a principal demanda infantil por assistência, nos meses de maio, junho e julho de 2005, foi em consequência das infecções respiratórias agudas (IRA), entretanto, isso pode ter relação com o período de inverno, em que ocorreu a pesquisa.

Os dois problemas de saúde descritos acima parecem simples, mas, se não forem tratados, podem evoluir negativamente. Por exemplo, uma gripe pode facilmente resultar em uma pneumonia e uma diarréia persistente pode desencadear um processo de desidratação, afetar a nutrição infantil e levar à morte.

Na descrição da saúde materno-infantil em Pelotas/RS, feita por Barros *et al.* (1996), com base na comparação entre as duas coortes (nascidas em 1982 e 1993) de crianças que foram estudadas, os autores destacam que a diminuição observada nas internações hospitalares, causadas por diarréia, pode ter influenciado a melhora no padrão de crescimento infantil.

Em Arambaré, das treze (13) crianças que apresentaram esse processo mórbido (alguns casos antigos, outros recentes e recorrentes), oito (8) delas exibe algum grau de desnutrição, apesar de ser alta essa correlação, é difícil afirmar se existe uma ligação direta entre a diarréia e a desnutrição. Com respaldo na literatura, apenas se pode dizer que a ausência de diarréias repercute positivamente sobre a nutrição das crianças.

GRUPO DE DOENÇAS	DOENÇAS E PROBLEMAS	NÚMERO DE CRIANÇAS QUE APRESENTARAM
RESPIRATÓRIOS	Gripe	37
	Resfriado	3
	Afecções da Garganta	7
	Sinusite	1
	Adenóide	2
	Otite	5
	Bronquite	9
	Pneumonia	5
	Bronqueolite	1
	Infecção Respiratória	3
	Asma	2
DIGESTIVOS	Refluxo Gastrintestinal	4
	Constipação	3
	Estomatite	1
	Diarréia	13
	Vômito	4
	Intolerância Lactose	1
	Cândida Oral	3
	Giárdia	1
ENDÓCRINOS, METABÓLICOS OU NUTRICIONAIS	Dor de Barriga	1
	Anorexia	3
GENITURINÁRIOS	Desnutrição	3
	Infecção urinária	3
PELE E SUBCUTÂNEO	Infecção renal	1
	Dermatite seborréia	1
	Alergia	3
	Cândida	2
	Infecções pele	1
	Feridas	3
HEMATOLÓGICOS	Anemia	4
NEUROLÓGICOS	Convulsão	3
TRAUMA	Traumatismo	2
OUTRAS	Escabiose	1
NENHUMA DOENÇA		9

Fonte: ROCHA, L; pesquisa direta, Arambaré, 2005

QUADRO 2 – Distribuição das doenças apresentadas pelas crianças pesquisadas, conforme o declarado pelo respondente, Arambaré, RS, 2005.

Os três casos de desnutrição referidos pelas mães (quadro 2) teriam sido diagnosticados pelo médico ou nutricionistas e tratados, entretanto dois deles ainda persistiam de forma leve. A anemia ferropriva é outra carência nutricional que aparece; nos quatro (4) casos, também referiam diagnóstico médico e tratamento. Em Arambaré, os quatro (4) casos diagnosticados representam apenas 5,0% do universo de crianças estudadas, entretanto sua prevalência deve ser maior, pois, por depender de coleta de sangue e de análise bioquímica, o diagnóstico e o monitoramento são mais difíceis. Segundo Batista Filho e Rissin (2003), a anemia representa, quanto à magnitude, o principal problema carencial no País, já que atinge aproximadamente 50% das crianças menores de cinco anos, em especial aquelas que vivem num nível socioeconômico inferior.

Dadas as características da população em estudo, como por exemplo, situação socioeconômica difícil, ocorrência de baixo peso ao nascer, hábitos alimentares (baixo consumo de alimentos ricos em ferro e pouco tempo de aleitamento materno exclusivo), todos eles predisponentes na gênese da anemia (Batista Filho, 2003), recomenda-se que a realização de um mapeamento da situação seja feito e que medidas clínicas e educativas sejam tomadas nos casos identificados, já que o problema pode repercutir negativamente sobre a saúde da criança.

A enfermagem tem papel relevante nas ações de educação em saúde, dessa forma pode problematizar sobre a doença junto às mães, salientando a importância de reposição do ferro, seja por meio de suplementação com sulfato ferroso, seja com alimentos ricos neste mineral, privilegiando alimentos regionais e acessíveis à renda familiar; e por fim, esse profissional pode sugerir alternativas, como equipes volantes que se desloquem mensalmente ao meio rural para acompanhar as crianças, já que tal procedimento não parece ser uma prática comum na população pesquisada, como é visto a seguir.

Quando as mães foram questionadas sobre a frequência com que a criança é levada ao médico, a grande maioria (88,8%) respondeu que apenas leva em casos de doença identificada por alguns sintomas (dor, febre, vômito persistente, dificuldade respiratória, entre outros), uma mãe referiu nunca ter levado. Das poucas (10,0%) que fazem acompanhamento periódico do crescimento e do desenvolvimento infantil, duas delas vão a Porto Alegre, e sete levam as crianças ao médico para avaliações rotineiras e para vaciná-las.

A realidade descrita acima é condicionada, entre outros aspectos, pela estrutura dos serviços de saúde do município, uma vez que a equipe de saúde não se posiciona como agente de

prevenção, não executa seu papel na promoção da saúde e a formação de indivíduos “empoderados”. Para que isso ocorra, além da mudança na estrutura e no modelo de atenção à saúde, aspectos dependentes da transformação do processo de trabalho da equipe de saúde, caberia a população o controle social sobre seus direitos, e o estímulo ao protagonismo social na luta pela qualidade de vida.

Uma forma de aferir o acompanhamento da criança pelos serviços de saúde, se dá na análise do Cartão da Criança, observando-se com que frequência o crescimento da criança é avaliado e registrado e se o calendário de vacinas está atualizado. O universo de crianças do meio rural de Arambaré possui o Cartão da Criança, entretanto, na maioria deles (acredita-se que em mais de 70%), não há informações atuais registradas no gráfico do crescimento. Esse fato pode ser resultante de vários fatores como: a não procura dos serviços de saúde, a falta de registro da avaliação realizada, ou ainda, apesar de irem aos serviços não há a avaliação do crescimento.

Segundo dados da PNDS, 1996, comentados por Victora e Cesar (2003), apenas 11,4% das crianças (rurais e urbanas) exibiam o peso registrado dois meses antes da pesquisa. Dados como este e os da pesquisa em Arambaré demonstram que o Cartão da Criança, um ótimo instrumento para avaliação do crescimento e do acompanhamento do estado nutricional, ainda é subutilizado; dessa forma, se esvai seu importante papel não só de prevenção e detecção precoce dos problemas nutricionais das crianças, mas também educativo junto às mães/responsáveis. As causas disso, como o exposto acima, vão além do não cumprimento, pelos serviços de atenção básica, das ações programáticas para as crianças, já que envolve também questões de acesso. Tudo isso, mais uma vez, sinaliza a necessidade de rever a desigualdade e as dificuldades de acesso aos serviços para as populações mais carentes e distantes dos serviços de saúde, como é o caso das crianças rurais, que geralmente apresentam as piores condições nutricionais e de saúde.

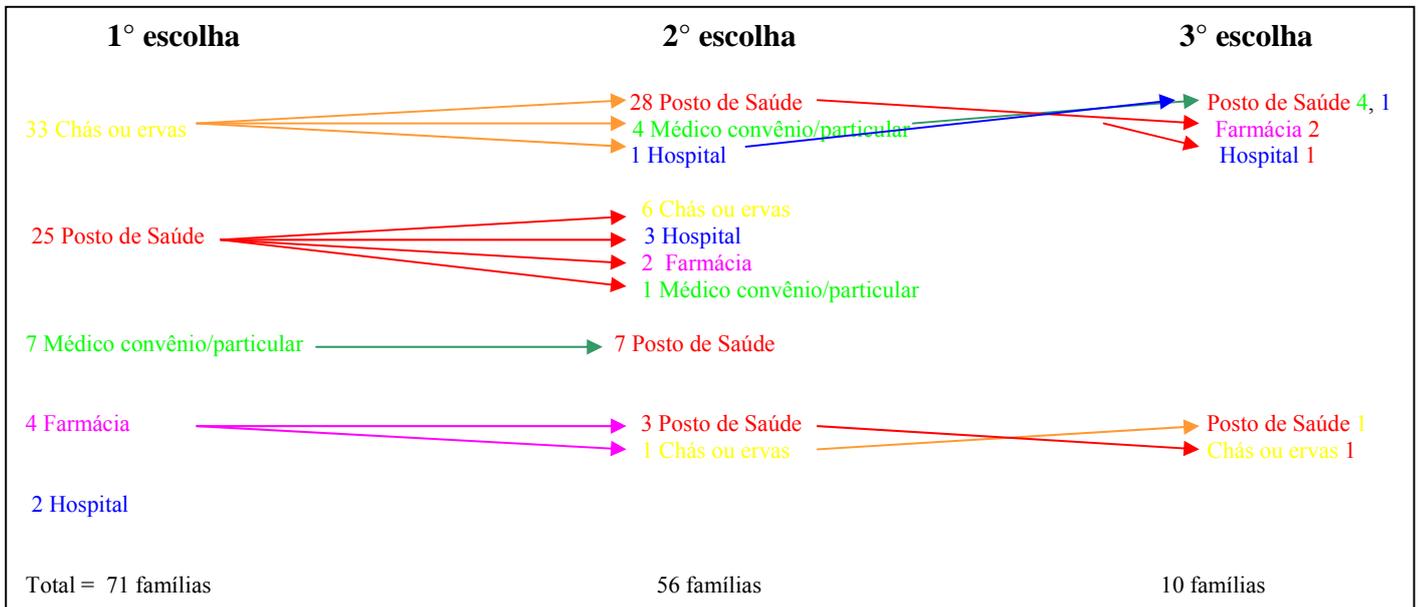
Chama atenção o fato de que a maioria das crianças de Arambaré são beneficiárias da Bolsa Família. Em decorrência disso, pela previsão da agenda mínima, elas deveriam ser acompanhadas pelos serviços de saúde. Essa situação não é restrita ao município, pois já é do conhecimento do Ministério da Saúde, conforme mostra o segundo relatório de avaliação da Bolsa Alimentação divulgado por ele, em 2005 (BRASIL, 2005d). A presença da consulta médica e a posse do Cartão da Criança não foram significativamente maiores para as crianças beneficiadas como se esperava, o que demonstra a necessidade de revisão da proposta e de sensibilização dos envolvidos (serviços de saúde e beneficiários) sobre o elenco de compromissos

a serem cumpridos, já que o caráter intersetorial dele não se limita apenas a transferência de dinheiro.

Na tentativa de compreender quais são os **recursos terapêuticos** escolhidos pelas famílias em casos de doença, questionou-se sobre o que elas fazem quando a criança apresenta algum problema considerado costumeiro. Para tanto, foram mencionadas as opções da questão, solicitando que descrevessem, ordenando, na seqüência em que acontecem, se as medidas utilizadas para a solução dos problemas forem mais de uma. As opções de resposta incluíam: Posto de Saúde, Hospital, Médico do Convênio ou Particular, Farmácia e também Chá ou ervas.

No contexto rural, conforme figura 10, quase a metade (46,5% ou 33 casos) das famílias prefere utilizar, primeiramente chás e ervas para solucionar os problemas de saúde mais simples. Essa medida pode ser preferida por ter forte ligação com a cultura da população do campo - principalmente, por este ser um local onde a facilidade de acesso às plantas e ao conhecimento popular das pessoas mais velhas, contribui para tal escolha -, ou então, por se impor como uma necessidade posta em decorrência da distância dos serviços de saúde.

Em pesquisa realizada com crianças rurais que vivem em um assentamento da reforma agrária, os autores também constatam que, nos casos de enfermidades, o tratamento mais empregado (69,8%) pela mãe foi o consumo de chás (hortelã, poejo, erva-cidreira), enquanto as práticas medicamentosas convencionais (não destacando se auto-medicação ou ida aos serviços de saúde) são adotadas em apenas 30,2%% (CASTRO *et al.*, 2004). Em outro estudo, também com população assentada, as práticas terapêuticas são diferentes, 47,8% utilizam algum tipo de atendimento médico (posto de saúde ou hospital) e apenas 8,3% utilizam algum recurso caseiro. Contudo, conforme os próprios autores afirmam, o significativo grau de urbanização e de proximidade dos serviços de saúde pode ter influência nessa escolha (VEIGA; BURLANDY, 2001). Tal constatação corrobora com a idéia acima, de que o acesso geográfico a serviços de saúde pode modular as escolhas por práticas caseiras.



Fonte: ROCHA, L; pesquisa direta, Arambaré, 2005

FIGURA 10 – Trajetórias terapêuticas utilizadas pelas famílias investigadas, nos casos de doenças consideradas costumeiras nas crianças, Arambaré, RS, 2005.

Em Arambaré, também é elevada a proporção (35,2% ou 25 casos) dos que referem ir direto ao Posto de Saúde ao invés de utilizar chá ou ervas, por exemplo. Ao buscar este serviço a população tem de transpor algumas dificuldades, como a distância até o Posto de Saúde de Arambaré ou Santa Rita (2º Distrito) e a pouca disponibilidade de meios de locomoção em horários freqüentes, pois ela dispõe apenas do ônibus escolar em dias úteis e em horários específicos. Entretanto, mesmo com esses obstáculos, a maioria das famílias que reside próxima à BR 116, ou seja, mais perto de Camaquã do que da sede de Arambaré, busca assistência no Posto de Saúde do Município de Arambaré.

Ainda, referente ao primeiro recurso terapêutico escolhido, 9,9% (7) das famílias referem procurar o médico do convênio ou particular, para resolver os problemas de saúde, demonstra que a maioria depende do sistema público de saúde. Essa prática, neste contexto, é facilitada pelo sindicato dos trabalhadores rurais que proporciona, via vínculos trabalhistas, o atendimento privado com valores acessíveis aos trabalhadores do meio rural. Há dois casos que não se enquadram na situação descrita acima, pois as crianças são acompanhadas por médicos de Porto Alegre, em um deles pela preferência da família; em outros, pelas necessidades exigidas pelo quadro de saúde da criança. Constata-se que as famílias que utilizam essa medida como primeira

escolha, referem apenas procurar o Posto de Saúde como segunda escolha, para realizar as vacinas.

Poucas (4) são as famílias que buscam a farmácia para comprar de medicamentos por “autoprescrição”. Isso pode ter relação com as dificuldades econômicas vividas por muitas delas ou com o fato de terem acesso à farmácia do Sistema Único de Saúde, na qual podem retirar os medicamentos sob prescrição do médico do Posto de Saúde.

Apenas duas famílias procuram o hospital (de Camaquã) como primeira e única escolha. Elas vivem no assentamento próximo a Camaquã (acesso geográfico), e uma delas, além da proximidade, referiu procurar o hospital por não gostar do serviço de saúde de Arambaré. Dentro do que Navakoski (1999, f. 172) chama de “tendência hospitalocêntrica impregnada nas políticas e práticas de saúde”, a busca principal pelo posto de saúde e não pelo hospital neste contexto, pode-se dever, principalmente, às dificuldades de acesso geográfico e econômico de grande parte da população do estudo.

Contudo, não se deve desconsiderar a tendência emergente de “desospitalização” da assistência de Saúde Pública no País. Um estudo realizado, em Camaquã - sobre fluxos e acessos dos usuários a serviços de saúde de média complexidade, no município (ROESE, 2005)-, constatou significância estatística em relação ao serviço de saúde habitualmente utilizado pelo entrevistado e sua procedência, ou seja, 93,8% dos usuários entrevistados que residiam em outros municípios que não Camaquã (incluindo moradores de Arambaré) procuravam as unidades básicas em seu município de origem. No Brasil, a escolha pela atenção primária como primeira alternativa de assistência vem crescendo. Segundo dados da PNAD de 2003, a procura pelos postos de saúde por 39,1% da população é maior do que a procura por hospitais, clínicas e sindicatos (30,1%). Já a procura por médico particular que é de 27,3% também é menor do que a pelos postos (IBGE, 2005).

Como pode ser visto na figura 10, os recursos terapêuticos da população do estudo são bastante diversificados, cada um constrói sua trajetória na busca da resolução dos problemas percebidos. A utilização de chás ou ervas e o posto de saúde aparecem em quase todas as famílias, já os recursos que representam gastos, como a compra de medicamentos na farmácia e a busca de assistência particular, são pouco mencionados, assim como é a procura pelo hospital que, apesar de público, não teve mais destaque talvez por dificuldade de acesso.

5.2.4 Situação Alimentar e Nutricional das crianças

A importância de investigar a alimentação da criança decorre da estreita relação de tal prática com a situação nutricional infantil. Sabe-se que os hábitos alimentares sofrem influência de inúmeros fatores, como as condições econômicas, sociais, culturais, emocionais, entre outras. No caso de uma criança, sua alimentação está na dependência dos indivíduos responsáveis por ela que, influenciados pelos fatores acima descritos e pelo protagonismo ou imobilismo social, podem interferir na sua vulnerabilidade aos problemas nutricionais.

Entre as informações pesquisadas sobre a **situação alimentar**, está o Aleitamento Materno Exclusivo (AME). Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002), essa prática deve ser estimulada desde o nascimento até os seis meses de idade; pois, nesta faixa etária, o leite materno sozinho fornece todos os nutrientes necessários para o crescimento e o desenvolvimento saudável da criança. Além disso, ela previne os problemas nutricionais, uma vez que a introdução precoce de alimentos pode ser insuficiente e desencadear uma desnutrição, ou ser excessiva e favorecer o desenvolvimento do sobrepeso (ALMEIDA, 2004).

Este estudo confirma a dificuldade de pesquisar o AME, relatada por alguns autores (MONTEIRO, 2000; BARROS; VICTORA, 1998), uma vez que as mães não associam o uso de chás ou de água com a interrupção da prática do aleitamento. Todavia, procurou-se interrogar os respondentes de vários modos na tentativa de obter uma resposta fidedigna possível sobre o tempo correto do AME.

Como pode ser observado na tabela 12, a maioria das mães (67,5%) não amamentou exclusivamente, porque usava chás ou água concomitante ao leite materno. Há casos em que a criança nunca foi amamentada (13,8%). Das crianças pesquisadas, apenas três (3,8%) dentre elas tiveram o AME até os seis meses, conforme recomenda o Ministério da Saúde. Entre as crianças que receberam o AME, na maioria dos casos, o tempo máximo dessa prática foi de apenas um mês.

TABELA 12 - Distribuição do Aleitamento Materno Exclusivo (AME), por tempo de duração, para crianças menores de cinco anos do meio rural de Arambaré, RS, 2005.

Aleitamento Materno Exclusivo	Frequência	%
Não AME	54	67,5
1 mês	9	11,3
2 meses	3	3,8
3 meses	6	7,5
4 meses	3	3,8
5 meses	1	1,3
6 meses	3	3,8
Ignorado*	1	1,3
Total	80	100.0

Fonte: ROCHA, L; pesquisa direta, Arambaré, 2005

* Dado não informado.

Analisando a amamentação de todas as crianças, seja ela exclusiva ou complementada, encontra-se uma porcentagem de 86,2% de crianças que receberam, por algum tempo, o leite materno. O Ministério da Saúde preconiza que, após os seis meses de aleitamento materno exclusivo, a amamentação complementada se estenda até, no mínimo, os dois anos de idade. Na pesquisa, 17,9% das crianças chegaram ou passaram dos dois anos de vida sendo amamentadas, e 12,5% do total das crianças talvez tenham atingido esse tempo de aleitamento, uma vez que estavam sendo amamentadas no momento do estudo.

A média de meses de aleitamento materno total encontrado é de 11,2 meses. Este é bastante alto se comparado com o tempo médio de amamentação das crianças rurais e urbanas de todo Brasil que é, respectivamente, 8,9 meses e 6,7 meses (BENFAM, 1997). As médias mais altas de aleitamento materno para as crianças rurais (Arambaré e Brasil) comprovam reflexões e pesquisas de alguns autores, de que o prolongamento do aleitamento materno é uma prática mais comum entre as mulheres do meio rural (ASSIS, *et al.*, 1994; HELMAN, 2003).

O resultado constatado nesta pesquisa, sobre o AME e o aleitamento total, vai ao encontro do que mencionam Assis *et al.* (1994) em artigo publicado sobre as práticas do aleitamento materno em comunidades rurais do semi-árido baiano. Segundo eles “o meio rural ainda consegue apresentar um panorama mais animador para o estabelecimento da amamentação e duração mediana do aleitamento total, mas a prática do aleitamento exclusivo por tempo mais prolongado não parece ser comum”. Ainda, corroborando com essa afirmação e com os achados da pesquisa em Arambaré, Castro *et al.* (2004) constataram que as crianças menores de cinco

anos de um assentamento rural do Estado de Minas Gerais, o AME durou em média trinta dias (1 mês) e o aleitamento materno total a mediana de tempo foi de doze meses.

Ainda referente à amamentação, ao relacionar-se a condição de aleitamento materno das crianças, durante a pesquisa, com a faixa etária delas, observa-se que 21,5% das crianças estudadas estavam sendo amamentadas, mas nenhuma delas tinha entre seis e onze meses, idade que normalmente coincide com a introdução de alimentos complementares, e 41,2% tinha mais que dois anos de idade, recebendo, uma delas ainda o leite materno aos cinquenta e cinco meses de vida.

Nessa mesma análise, evidencia-se que, nas crianças ainda amamentadas, não há um decréscimo linear da amamentação com o aumento da faixa etária, o que demonstra que essa é uma prática que varia bastante, já que, em alguns casos, se estende por um período relativamente longo. Das doze (12) crianças do estudo menores de um ano, nove (9) delas nunca receberam leite materno, ou já haviam parado de recebê-lo. Em vista disso, identifica-se a tendência de redução prática do aleitamento materno.

Continuando a discussão sobre a alimentação, outra informação investigada refere-se à alimentação da criança desde o nascimento até a introdução da mesma dieta da família. O principal objetivo da questão é conseguir informações de como se dá a introdução dos primeiros alimentos, em que faixa etária ocorre e quais os alimentos mais consumidos pela criança. Mais uma vez, esse não foi um dado obtido facilmente, a maioria das mães sentem dificuldade de lembrar os alimentos oferecidos à criança no primeiro ano de vida. Outro fator complicador refere-se à população deste estudo que é majoritariamente formada por crianças acima de vinte e quatro meses. Nesta idade, a criança normalmente consome o mesmo alimento que a família, sendo, portanto, mais difícil de lembrar a alimentação do primeiro ano de vida dela. Esta deve ser diferenciada, pois envolve todo o processo de desmame e a introdução gradual dos novos alimentos.

As respostas das mães ou responsáveis mostram claramente que cada uma delas, sob influências econômicas e culturais, tem seu jeito próprio de alimentar a criança. Dessa forma, considerando a complexidade que envolve esses fatores, não é pretensão do estudo julgar os hábitos alimentares de cada uma, uma vez que eles são escolhas pessoais e, muitas vezes, a única alternativa possível. Discuti-los necessitaria abordar questões sobre segurança alimentar, direito de cidadão, desigualdades sociais, estratégias e práticas alimentares, padrões alimentares, entre

outros. Em face disso, apenas se abordará o assunto tendo como pano de fundo as recomendações do Ministério da Saúde e da OMS sobre a alimentação complementar adequada e saudável para o pleno crescimento e desenvolvimento da criança (BRASIL, 2002).

Com base nessas recomendações e de forma resumida, destaca-se Giugliani e Victora (2000, p. S254) que referem:

Uma alimentação adequada deve ser variada, não pode ser monótona, tem que ser rica em energia, proteína e micronutrientes – como ferro, zinco, cálcio, vitamina A, vitamina C e folatos, isenta de contaminação, não muito salgada ou apimentada, fácil de ser consumida pela criança (consistência e apresentação adequada para a idade), em quantidade apropriada para saciar a criança e que seja disponível, acessível e culturalmente aceitável.

Não obstante, para muitas pessoas que vivem em extremo grau de pobreza e de exclusão social, garantir tal alimentação às crianças é algo utópico. Daí considerar que é imprescindível que se conheça o contexto (social, econômico, cultural) no qual se inserem as famílias, para que se possa encontrar, em conjunto com elas, formas de garantir as necessidades básicas referentes à alimentação.

Para a análise e a caracterização das respostas sobre a introdução alimentar da criança, no primeiro ano de vida, elas foram classificadas em introdução precoce, normal e tardia. Para a construção dessas categorias, considerou-se o tipo de alimento, a idade da criança, o tipo e a duração do aleitamento (leite materno ou não), conforme recomenda o Guia Alimentar “Dez passos para uma Alimentação Saudável”, publicado pelo Ministério da Saúde em conjunto com a OMS (BRASIL, 2002). De acordo com este Guia, a criança em aleitamento materno exclusivo deve permanecer assim até os seis meses, após este tempo deve receber de forma lenta e gradual outros alimentos; caso a criança não receba o leite materno, a introdução dos alimentos pode começar aos quatro meses de idade. Em ambas situações, a alimentação da família é indicada por volta dos doze meses de vida.

Com base nestas considerações, pode-se constatar que a introdução de novos alimentos ocorre precocemente para a maioria (46,3%) das crianças em Arambaré. Como exemplo, há casos em que a criança, mesmo sendo amamentada com leite materno, recebe a introdução dos alimentos aos três (3) meses de idade; outras, iniciam a alimentação da família entre os seis e sete meses de vida. Aos quatro meses, uma delas já recebia batata, feijão, “miojo” e arroz. O início precoce da alimentação complementar é um hábito presente em todo País, conforme verificou a PNDS de 1996 (BENFAM, 1997). No caso de Arambaré, os motivos que levam as mães a

introduzirem precocemente os alimentos e a escolher determinada dieta, não foram investigados; então permanecem como novas e interessantes questões de estudo.

Ainda em relação ao aleitamento materno e à introdução de novos alimentos, algumas mães referem que a realização do aleitamento materno, por um período prolongado é um problema, porque a criança tem dificuldade de aceitar outros alimentos. Para alguns autores, como Rotenberg e Vargas (2004) e Giugliani e Victora (2000), a preferência pelo leite materno a outros alimentos, pode ser resultado da monotonia ou da pouca variabilidade do alimento consumido pela família, ou oferecido à criança. Em artigo publicado pelos dois primeiros autores, em que eles investigam as percepções, as experiências e os valores sobre a alimentação para as mães cujas crianças estão sob risco nutricional, as mães, moradoras da Favela da Rocinha – RJ, relatam um resultado muito semelhante ao desta pesquisa e os autores destacam a importância dos serviços e dos profissionais de saúde intervirem nesses casos para prevenir e controlar os agravos nutricionais.

Ao se considerar algumas respostas e reportá-las ao contexto de vida das famílias, pode-se dizer que, em alguns casos, os erros alimentares não são resultantes da falta de alternativas alimentar, mas podem ser frutos da falta de orientação sobre a alimentação ideal para a saúde nutricional infantil; ou, até mesmo, são influências culturais. Como exemplo, quase todas as crianças de Arambaré que receberam leite de vaca nos primeiros meses de vida, nunca o recebiam diluído. Tal procedimento é prejudicial à criança, uma vez que a constituição do leite de origem animal puro – atuando na imaturidade fisiológica da criança que precisa degradá-lo e utilizá-lo -, pode sobrecarregar o organismo e contribuir para problemas de saúde, não só na infância, mas também ao longo da vida (GIUGLIANI; VICTORA, 2000).

Os alimentos mais comuns, no período de desmame em Arambaré são sopas de legumes, papas de frutas, arroz e o feijão, batata, moranga, abóbora; poucas mães mencionam vegetais e legumes. Algumas crianças comem produtos industrializados antes de um ano de idade, em alguns casos, eles são os primeiros alimentos oferecidos à criança. Entre alguns produtos, são mencionados: iogurte com sabor, suco artificiais, suco de gelatina, gelatina, refrigerantes e salgadinhos. De preferência esses alimentos são introduzidos à dieta após a criança completar um ano, porque, além de não serem saudáveis, alguns são constituídos de conservantes, tiram o apetite da criança e competem com os alimentos nutritivos (BRASIL, 2002). Ante esses resultados, entende-se que as famílias adotaram/adotam os padrões/modelos de alimentação

urbana (influência da mídia, modelos de desenvolvimento...), contudo há necessidade de um estudo sobre as concepções de uma alimentação saudável e de práticas alimentares para melhor elucidar essas questões.

Um aspecto que chama atenção: as mães ou os responsáveis raramente referem a oferta de carne para as crianças nesse período. Ela é apenas citada quando falam em alimentação da família, mas não em todas as falas. Rotenberg e Vargas (2004), ao discutirem os dados do estudo sobre significado das práticas alimentares, destacam “que a carne é um demarcador entre alimentação do rico, que a come todos os dias, e as camadas populares, que nem sempre podem consumi-la. O seu consumo passa a ser uma posição idealizada”.

A questão financeira pode não ser o único determinante para a falta de carne na dieta infantil, há ainda a representação que fazem desse alimento. Entre algumas mães ou responsáveis há a idéia de que a carne é um alimento “forte”, que deve ser cuidadosamente oferecido à criança. Como exemplo, uma mãe relata que os problemas de baixo peso e diarreia apresentados pelo filho faz ela ter medo de oferecer alimentos “fortes”; dessa forma, aos dois anos de idade a criança quase nunca recebe carne na dieta.

Concorda-se com Rotenberg e Vargas (2004), quando assinalam que os alimentos considerados fortes, que alimentam e sustentam, reforçam a dimensão de saúde e de doença nas práticas alimentares. Entretanto, nos casos identificados em Arambaré, como o exemplificado acima, a visão negativa atrelada ao alimento (carne) e à doença, provavelmente estão repercutindo num déficit de proteína e de ferro na dieta das crianças. Em decorrência das conseqüências sobre a saúde infantil, acarretadas com a carência desses nutrientes, é interessante que essa hipótese seja avaliada, em pesquisas específicas sobre a qualidade da dieta, as práticas e as representações alimentares dessa população rural.

A pesquisa com crianças pertencentes a um assentamento da reforma agrária em Minas Gerais, também constata que as crianças consomem com maior freqüência feijão, arroz, cereais e leite; já hortaliças, frutas e carnes apresentam baixo consumo ou estão ausentes na alimentação diária (CASTRO, *et al.*, 2004).

A composição da dieta da população rural do Brasil segue essa tendência. Conforme dados da última Pesquisa de Orçamento Familiar – POF, divulgados em 2004, no meio rural, o consumo de arroz, açúcares, farinha de trigo, outros cereais e derivados, com a participação do

feijão, demais leguminosas, raízes e tubérculos são maiores que no meio urbano, compondo assim uma dieta com maior proporção de carboidratos (BRASIL, 2004a).

Segundo a POF, a preferência por tais tipos de alimentos tem uma forte influência financeira, ou seja, a presença deles à mesa é maior nas famílias com rendimentos mensais menores. Isso se deve, principalmente, ao baixo custo deles em relação aos demais tipos de alimentos. No meio rural de Arambaré, além da questão financeira, a produção para subsistência, realizada pelas famílias e os elementos culturais podem estar influenciando a composição de dieta.

Outro aspecto que não se deve descartar é a cultura e sua possível interferência nos hábitos e nos padrões alimentares do meio rural. Os costumes e as preferências, por exemplo, por refeições de “panela” e “pesadas” a um sanduíche, facilmente podem ser encontrados nas famílias rurais (MINTZ, 2001). Em Arambaré, esses hábitos se estendem às crianças, como o caso de uma menina que pede a mãe que o café da manhã seja composto de arroz, feijão e ovo frito. Mais uma vez, fica evidente a necessidade de desenvolver um estudo sobre as práticas e as representações alimentares dessa população.

A fim de facilitar a compreensão e a análise dos resultados referentes à **situação nutricional** do universo estudado, são apresentadas três tabelas (tabelas 13,14,15), cada uma referente a um dos três índices antropométricos.

De acordo com os dados apresentados nas três tabelas abaixo, pode-se afirmar, em linhas gerais, que o estado nutricional das crianças do meio rural de Arambaré segue a tendência do Brasil em relação à desnutrição, pois a maior frequência é de baixa estatura para idade (25,1%), seguido de baixo peso para a idade (22,7%) e, por último, baixo peso para a estatura (11,4%). A obesidade está presente, porém em porcentagem pequena, se comparada a outros estudos; e o sobrepeso no índice peso/estatura excede um pouco a porcentagem esperada em populações saudáveis.

Em relação ao **déficit nutricional**, entre os três graus de gravidade do problema, são os casos leves ou de risco para a desnutrição que mais prevalecem nos três índices antropométricos estudados. Apesar desse resultado ser de difícil comparação, uma vez que a maioria dos estudos considera apenas a desnutrição já instalada (escore z menor que - 2, ou soma dos casos graves e moderados), ele permite a detecção e a intervenção precoce sobre a doença, minimizando ou

impedindo a sua evolução negativa, como alertam Sigulem, Devincenzi e Lessa (2000) e Almeida (2004). Justifica-se, assim, tê-lo considerado.

Ao analisar-se os índices isoladamente, o índice peso/estatura (tabela 13) que caracteriza os casos agudos da desnutrição, mostra uma prevalência de 3,9% (escore z menor que -2, ou casos moderados e graves). Esse resultado é alto se comparado ao encontrado na última pesquisa de base populacional no Brasil sobre nutrição infantil, a PNDS de 1996, em que o índice, entre as crianças da Região Sul do País (nas áreas rurais e urbanas) e do Brasil rural era de 0,8% e 2,6% respectivamente.(BENFAM, 1997). Post *et al.* (1996) destacam, com base em outras pesquisas, que esse tipo de déficit é muito raro no País.

TABELA 13 - Estado nutricional das crianças do meio rural de Arambaré, segundo indicador peso/estatura, 2005.

Índice P/E	Frequência	%		%
Desnutrição Grave*	1	1,3	Déficit nutricional	11,4
Desnutrição Moderada*	2	2,6		
Desnutrição Leve #	6	7,5		
Eutrofia	55	68,8		
Sobrepeso	15	18,8	Excesso de peso	20,1
Obesidade	1	1,3		
Total	80	100.0		

Fonte: ROCHA, L; pesquisa direta, Arambaré, 2005

* A soma da desnutrição grave e moderada (escore z menor que - 2) indica os casos da doença já instalada e, neste índice, representa **3,9%**.

Desnutrição leve são os casos de risco para desnutrição, ou seja, quando problema não teria se instalado.

Em relação à desnutrição crônica (considerando escore z menor que - 2, ou casos moderados e graves), representada pela baixa estatura para idade (tabela 14), está presente em 7,6% das crianças. Essa prevalência é baixa, se comparado com a prevalência entre as crianças menores de cinco anos do Brasil rural (19,0%) e do Brasil em sua totalidade (incluindo crianças da área rural e urbana) (10,5%), segundo dados da PNDS -1996. Todavia, ao confrontar-se o resultado deste índice com a Região Sul rural e urbana, do País, os 7,6% encontrados em Arambaré são mais altos que os 5,1% identificados na região sul do país (BENFAM,1997).

Em outro levantamento nutricional feito com crianças rurais de um assentamento em Minas Gerais, a desnutrição no índice estatura/idade foi idêntica a de Arambaré, ou seja, 7,6% (CASTRO *et al.*, 2004). A partir dessas comparações, pode-se dizer que, no meio rural de

Arambaré, a desnutrição crônica não tem grandes proporções como em outras regiões rurais do País, como no Norte e Nordeste, contudo ao se considerar a realidade da Região Sul e Sudeste, onde a prevalência é menor, os 7,6% encontrados, ganham destaque e merecem atenção.

TABELA 14 - Estado nutricional das crianças do meio rural de Arambaré, segundo indicador estatura/idade, 2005.

Índice E/I	Frequência	%		%
Desnutrição Grave*	1	1,3	Déficit nutricional	25,1
Desnutrição Moderada*	5	6,3		
Desnutrição Leve #	14	17,5		
Eutrofia	60	75,0		
Total	80	100.0		

Fonte: ROCHA, L; pesquisa direta, Arambaré, 2005.

*A soma da desnutrição grave e moderada (escore z menor que - 2) indica os casos da doença já instalada e, neste índice, representa **7,6%**.

Desnutrição leve são os casos de risco para desnutrição, ou seja, quando problema não teria se instalado.

Conforme a tabela 15, o índice peso/idade que indica o baixo peso em relação à idade, mas que depende dos dois índices anteriores para caracterizar o problema como agudo ou como crônico, está presente em 5,1% das crianças (casos já instalados). Essa prevalência é elevada ao considerar que nas crianças da região sul do Brasil esse déficit acometia apenas 2,0% delas, de acordo com a PNDS de 1996 (BEMFAM, 1996).

TABELA 15 - Estado nutricional das crianças do meio rural de Arambaré, segundo indicador peso/idade, 2005.

Índice P/I	Frequência	%		%
Desnutrição Grave*	1	1,3	Déficit nutricional	22,7
Desnutrição Moderada*	3	3,8		
Desnutrição Leve #	14	17,5		
Eutrofia	50	62,5		
Sobrepeso	10	12,5	Excesso de peso	15,1
Obesidade	2	2,6		
Total	80	100.0		

Fonte: ROCHA, L; pesquisa direta, Arambaré, 2005

*A soma da desnutrição grave e moderada (escore z menor que - 2) indica os casos da doença já instalada e, neste índice, representa **5,1%**.

Desnutrição leve são os casos de risco para desnutrição, ou seja, quando problema não teria se instalado.

Ao considerar-se o problema de **excesso de peso**, a obesidade apresenta uma prevalência de 1,3% e 2,6% nos índices peso/estatura e peso/idade, respectivamente. A proporção desse problema, em Arambaré está abaixo dos 4,9% (índice P/I) encontrado nas crianças brasileiras que viviam no meio urbano e rural, em 1996 pela PNDS (BEMFAM, 1997). Além disso, Post *et al.* (1996) assinalam que uma proporção de até 2,5% é de se esperar em uma população saudável. Dessa forma, a obesidade infantil, no meio rural de Arambaré, ainda não é preocupante; todavia se os casos de sobrepeso evoluir para obesidade o quadro nutricional podem mudar.

A detecção do sobrepeso é muito importante, pois funciona como um alerta para a obesidade e permite que antecipadamente se desenvolvam ações de educação em saúde com o intuito de estimular hábitos alimentares e de vida mais saudáveis, reduzindo-se, assim, as chances do agravamento do quadro nutricional e de saúde da criança (ALMEIDA, 2004).

A prevalência do sobrepeso é de 18,8% no índice peso/estatura e de 12,5% no índice peso/idade. Ao considerar-se que numa população normal (Curva de Gauss) espera-se até 13,5% de sobrepeso, em Arambaré apenas o índice peso/estatura (5,3%) representa problema nutricional, uma vez que 18,8% excede os 13,5% da normalidade.

Pelo fato dos estudos que envolvem esse problema analisarem principalmente a obesidade já instalada (escore z maior que +2) e ocorrerem no meio urbano, estabelecer comparações com o meio rural e fazer avaliações se torna mais difícil. No entanto, ao comparar-se o resultado de uma pesquisa realizada no meio urbano, local em que o excesso de peso vem ganhando destaque, com o resultado encontrado no meio rural de Arambaré, este chama atenção. A referida pesquisa, ocorrida na cidade de Recife, com amostra de crianças pré-escolares de baixa situação socioeconômica, constata que o sobrepeso tem uma prevalência elevada de 22,1% (índice peso/estatura); como se observa, esse valor se aproxima dos 18,8%, constatado em Arambaré (SILVA; BALABAN; MOTTA, 2005).

O excesso de peso, segundo Silva, Balaban e Motta (2005), apresenta uma etiologia multifatorial, em que estão envolvidos fatores genéticos e ambientais e, nesse último, destacam-se a ingestão energética excessiva e a atividade física diminuída. Para as crianças, o primeiro aspecto relacionado com a questão alimentar, tem maior influência no desencadeamento do problema nutricional. No caso de crianças cujas famílias vivem sob condições socioeconômicas difíceis, o excesso de peso estaria relacionado com o que os autores chamam de “obesidade mal

nutrida”, e teria relação com a qualidade e a quantidade da alimentação, ou seja, resultado de refeições que privilegiam alimentos baratos, ricos em açúcares e farinhas que, além de não saciarem a fome e as necessidades nutricionais, contribuem para o sobrepeso e a obesidade (DIAS; ATHAYDE, 2005, BATISTA FILHO; RISSIN, 2003).

Quando se fala do meio rural, a presença da desnutrição infantil já é de longa data marcante, porém pouco se sabe sobre o excesso de peso em crianças. Em decorrência disso, entender sua etiologia se torna mais difícil. Acredita-se que o excesso de peso identificado, nesse espaço rural pode ter ligação com alguns fatores similares aos encontrados no meio urbano. O primeiro deles é a baixa prevalência e a pequena duração do aleitamento materno exclusivo, que acontece tanto no meio rural como no meio urbano; visto que segundo a literatura, o leite materno apresenta substâncias que são ou desencadeiam papel regulador no organismo e, além disso, a presença dele retarda a introdução precoce dos alimentos, prevenindo, assim, os excessos nutricionais (BALABAN *et al.*, 2004)

Em segundo lugar, está a influência da TV. Esta não é exclusividade dos domicílios urbanos, sendo encontrada no meio rural de Arambaré em 91,6% das famílias. A presença dela, além de promover o sedentarismo nas crianças, propaga o consumo de produtos industrializados pouco nutritivos (ALMEIDA; NASCIMENTO; AQUINO; PHILIPPI 2002; QUAIOTI, 2002; MELLO; LUFT; MEYER, 2004). Segundo pesquisa sobre a qualidade e a quantidade de produtos anunciados na televisão brasileira, mais de 60,0% dos alimentos veiculados, estavam classificados nas categorias criadas pelos autores: gorduras, óleos e açúcares, e havia a completa ausência de frutas e verduras (ALMEIDA; NASCIMENTO; QUAIOTI, 2002).

Além disso, como destaca Aquino e Philippi (2002), o preço real dos produtos industrializados declinou; assim, favorecendo principalmente a maior participação dos estratos sociais de menor renda. Estes são aspectos globais que influenciam e podem estar presentes em famílias de diferentes situações socioeconômicas e de diferentes domicílios, inclusive rurais.

No meio rural de Arambaré, onde muitas famílias apresentam dificuldades materiais, os produtos industrializados fazem parte da alimentação das crianças, às vezes, precocemente, como destacado anteriormente. Vale ressaltar que o acesso a esses produtos não está ligado apenas a ida até o meio urbano, já que, no trajeto percorrido durante a coleta de dados, foram identificados

quatro bares na área rural, que dispunham de uma variedade de produtos e de outras guloseimas que são muito apreciadas pelas crianças.

Confirmando essa situação, Castro *et al.* (2004) constatam que o consumo de guloseimas (balas, chicletes, pipocas, salgadinhos e pirulitos) era um hábito freqüente realizado, pelo menos uma vez por semana, por 67,3% das crianças de um assentamento de Minas Gerais. Tal estudo não objetivava investigar o excesso de peso, mas os autores destacam que tais hábitos podem interferir na saúde das crianças.

A partir dessas constatações, contempla-se que o meio rural não é mais apenas local de desnutrição infantil, mas também um espaço de crianças com excesso de peso. Apesar da multicausalidade e da complexidade que envolve os dois problemas nutricionais, não se pode desconsiderar que ambos são frutos da insegurança alimentar, em que a inclusão do excesso de peso e da obesidade agrega-se à dimensão qualitativa da dieta, ou seja, há uma a “obesidade mal nutrida” referida acima (BRASIL, 1999).

Nessa conjuntura, a transição nutricional ou epidemiológica - representada pela queda dos casos de desnutrição e da elevação do número de obesos -, identificada principalmente por pesquisas no meio urbano, precisa ser investigada também no meio rural; já que, ainda hoje, são escassos os estudos de base populacional, mesmo os locais, sobre o excesso de peso em crianças menores de cinco anos que vivem no meio rural.

Realidades como essa, aliadas à complexidade que envolve os problemas nutricionais (de déficit e excesso), parecem exigir dos serviços e dos profissionais de saúde um repertório de ações cada vez mais amplo e contextualizado a singularidades locais. Vale destacar o importante papel preventivo que os serviços de saúde podem desempenhar junto às crianças vulneráveis a obesidade ou a desnutrição; desse modo, tentando evitar que os problemas evoluam para uma condição mais séria. Nos casos já instalados, alguns até bastantes graves e crônicos, como no caso da desnutrição, uma intervenção, para minimizar as conseqüências e recuperar a condição nutricional, é primordial. Contudo, acredita-se que, para ter êxito, as ações, devem tratar a causa base do problema e não apenas os sintomas ou o quadro clínico aparente. É importante conhecer melhor as famílias, o contexto de vida de cada uma delas e construir uma assistência, para elas que estimule suas potencialidades e seu protagonismo social.

5.3 A vulnerabilidade aos problemas nutricionais: associação entre índices antropométricos e variáveis demográficas, socioeconômicas e de saúde

Os índices antropométricos, que descrevem a situação nutricional das crianças, são associados a algumas variáveis a fim de identificar, por meio de testes estatísticos, os elementos que interferem no desencadeamento dos problemas de carência ou de excesso nutricional; constatando, assim, situações de maior vulnerabilidade nesse contexto. Além disso, tais informações poderão contribuir, em parte, na construção de medidas de prevenção ou de recuperação dos agravos em crianças rurais. Para que as ações realmente sejam eficazes, é necessário que os profissionais da saúde conheçam as especificidades de cada caso e identifiquem características e aspectos culturais, psicológicos, biológicos e socioeconômicos também envolvidos na situação.

Neste estudo, a idéia de vulnerabilidade é utilizada em detrimento da noção de risco, uma vez que se acredita que esta noção e a construção dos fatores de riscos apresentam limites, para compreender a complexa realidade social e de saúde. A definição de risco é baseada na idéia de saúde como normalidade, que é construída por meio de uma frequência calculada estatisticamente por intermédio de dados impessoais e de fatores independentes de um coletivo que são reduzidos à probabilidade de um agravo acontecer individualmente; além disto depende da presença do risco (fato já ocorrido) para planejar as ações (AYRES *et al.*, 2003). Um exemplo é a baixa renda e a pouca escolaridade materna, ambas são rotuladas como fatores de risco à desnutrição infantil; fatores que servem de “alerta” sobre as crianças que se enquadram nessa condição. Contudo as duas situações não se aplicam a todos os contextos, pois há casos em que a pobreza existe, mas a carência nutricional não.

Por outro lado, a vulnerabilidade abarca um conceito mais amplo, já que considera o contexto e a atuação social. Segundo Ayres *et al.* (2003, p.47), ela é entendida como "a chance de todos e qualquer um indivíduo ao adoecimento como resultante de um conjunto de aspectos não apenas individual, mas também coletivo, contextual, que acarreta maior suscetibilidade ao adoecimento e, de modo inseparável, maior ou menos disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger”.

Gerhardt (2000) entende que a noção de vulnerabilidade agrupa vários fatores aos quais o indivíduo ou um grupo humano está exposto, e a combinação desses fatores, em um evento negativo, lhe tornará mais ou menos vulnerável. O conceito remete tanto ao conjunto de fatores quanto a capacidade de reação do indivíduo e da percepção que ele faz do ambiente ameaçador; portanto, dos recursos (material e simbólico) que ele mobiliza para amenizar ou contornar o evento negativo. Traz ainda a dependência das condições de vida material e social do indivíduo e a dinâmica inscritas nos sistemas sociais em que, em meio a capacidade de enfrentar os problemas, o indivíduo consegue a superação desse. Por acreditar que a compreensão das questões nutricionais exige um conceito que abranja essa amplitude interpretativa, optou-se por utilizá-lo.

As variáveis independentes escolhidas para os cruzamentos com os índices antropométricos foram: sexo, idade da criança, escolaridade do pai e da mãe, situação socioeconômica, idade da mãe ao nascer a criança, peso da criança ao nascer e aleitamento materno exclusivo.

Para realizar essas associações, foram criadas duas novas variáveis no banco de dados que representam o estado nutricional nos dois¹⁰ índices antropométricos (peso/estatura, estatura/idade), usados nos cruzamentos. Na primeira delas, as crianças foram categorizadas em excesso de peso (agrupado sobrepeso e obesidade) e sem excesso de peso (agrupado as eutróficas e desnutridas graves, moderados e leves). Já no índice estatura/idade as crianças foram categorizadas em eutróficas e desnutridas (agrupando os casos graves, moderados e leves). Além disso, em algumas variáveis independentes, as opções de resposta também foram agrupadas, o que foi realizado de forma a não alterar o significado de cada uma, com a finalidade de permitir que os testes estatísticos fossem válidos.

¹⁰ Os cruzamentos foram realizados apenas com os índices P/E e E/I, por alguns motivos, tais como: a E/I melhor descreve a desnutrição; o índice P/E é o mais indicado para diagnóstico do excesso de peso; e, ainda, nenhum dos cruzamentos realizados com o índice P/I eram estatisticamente significativos.

5.3.1 Excesso de peso: identificando elementos de vulnerabilidade no contexto.

O índice peso/estatura, mais indicado para avaliar os casos de excesso de peso (20,1% no universo), foi cruzado com as variáveis independentes, mencionadas acima, e analisado por meio do teste estatístico quiquadrado (tabela 16), no intuito de identificar elementos que aumentam a vulnerabilidade das crianças ao excesso de peso nesse contexto.

TABELA 16 – Associação entre índice peso/estatura e variáveis independentes. Crianças menores de cinco anos do meio rural de Arambaré, RS, 2005.

PESO/ESTATURA	EXCESSO DE PESO		SEM EXCESSO DE PESO		CHI ² p
	n	%	n	%	
Sexo					
Feminino	10	25,0	30	75,0	0,70
Masculino	6	15,0	34	85,0	0,40173564
Idade das crianças em meses					
0 a 11 meses	5	41,7	7	58,3	6,75
12 a 35 meses	8	24,2	25	75,6	0,03423201
36 a 59 meses	3	8,6	32	91,4	
Escolaridade do pai*					
Analfabeto	3	60,0	2	40,0	5,22
1 a 4 anos	6	19,4	25	80,6	0,07356459
5 anos ou mais	6	16,2	31	83,8	
Escolaridade da mãe					
Analfabeto	1	14,3	6	85,7	0,23
1 a 4 anos	6	22,2	21	77,8	0,89064209
5 anos ou mais	9	19,6	37	80,4	
Situação Socioeconômica					
Inferior	6	25,0	18	75,0	0,72
Média	6	20,0	24	80,0	0,69727394
Superior	4	15,4	22	84,6	
Idade da mãe no nascimento da criança					
< de 20 anos	4	20,0	16	80,0	0,10
20 anos ou mais	12	20,0	48	80,0	0,74688563
Peso ao nascer					
≥ 3000 g	10	19,2	42	80,8	0,00
< 3000 g	6	21,4	22	78,6	0,95326999
Aleitamento Materno Exclusivo#					
Sim	0	0,0	25	100,0	7,54
Não	16	29,6	38	70,4	0,00601861

Fonte: ROCHA, L; pesquisa direta, Arambaré, 2005

* O total não coincide com o número da população estudada, pois não estão incluídos os dados não informados = 7 (8.8%)

O total não coincide com o número da população estudada, pois não estão incluídos os dados não informados = 1 (1,3%)

Inicialmente, no índice peso/estatura (tabela 16), a relação entre o sexo da criança e seu estado nutricional não teve significância estatística, ou seja, o excesso de peso está presente independentemente do sexo da criança. A tabela 16 mostra, sem que haja comparação, que 25,0% das meninas e 15,0% dos meninos estão com excesso de peso.

Na associação entre a idade da criança em meses e o excesso de peso (P/E), houve diferença estatística. Ao analisar a distribuição das prevalências, acredita-se que a significância está atrelada ao fato de que o excesso de peso tem maior prevalência (41,7%) entre as crianças na faixa etária de 0 a 11 meses e ainda, 91,4% das crianças entre 36 e 59 meses não tem problemas com excesso de peso. Vale ressaltar que, nos primeiros seis meses de vida, o excesso de peso não significa, necessariamente, um problema que mereça preocupação e intervenção, uma vez que o intenso crescimento e o aumento progressivo da atividade física da criança podem normalizar sua condição nesse índice antropométrico.

Para tornar possível os cruzamentos com as variáveis escolaridade paterna e materna, foi necessário agrupar os maiores níveis de escolaridade (nove a onze anos ou mais, esta última opção só dois pais apresentam) de cinco a oito anos de estudo. Apesar de esse agrupamento ser bem amplo, não compromete a análise, pois há apenas seis pais e mães, com esse grau de instrução e a maioria das crianças filhas são eutróficas.

No universo estudado, a escolaridade do pai não estabelece relação de significância com o estado nutricional das crianças no índice P/E. Os dados da tabela 16 mostram que o excesso de peso tem prevalência de 60,0% entre as crianças filhas de pais analfabetos e de 16,2% entre aquelas cujos pais exibem maior grau de instrução, contudo, o grau de escolaridade parece não influenciar nos problemas nutricionais. Isso demonstra, contrariamente ao que normalmente se espera, que a falta de escolaridade não constitui um “fator de risco” por si só. Sob esse enfoque, cada contexto merece uma análise particular, porque nem sempre os aspectos considerados como fatores de risco à saúde nutricional desempenham tal função.

Silva, Balaban e Motta (2005), ao descreverem dados de outras pesquisas, em artigo publicado por eles sobre sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes de diferentes condições sócioeconômica, referem que, em um estudo com crianças suecas, os filhos de pais com menor nível de escolaridade apresentavam maiores percentuais de gordura corporal. O excesso de peso presente nos diferentes estratos sociais, inclusive nas famílias mais carentes,

resultante, por exemplo, de dietas ricas em energia e carboidratos, pode dificultar ainda mais as associações entre fatores de risco e processos mórbidos.

No que se refere à escolaridade materna, também não há relação estatística significativa entre os anos de instrução materna e a situação nutricional no índice P/E das crianças de Arambaré. Conforme mostra a tabela 16, o excesso de peso apresenta uma porcentagem de 14,3% nas crianças filhas de mães analfabetas; 22,2% para aquelas cujas mães possuem de um a quatro anos de estudo e 19,6% para as que estudaram por mais tempo. Post *et al.* (1996), em análise de dados com duas coortes de crianças nascidas em Pelotas, destacam que, referente às crianças nascidas em 1982, a obesidade era maior nas crianças de maior renda; por outro lado, nas nascidas em 1993, em mesma situação social, apresentavam a menor prevalência do problema. Nesse caso, os autores atribuem a conscientização das mães mais ricas, por terem acesso à escolaridade, às informações sobre saúde e à disponibilidade de consultar um pediatra. Contudo, em Arambaré, como é visto na distribuição das prevalências (sem significância estatística), o maior tempo de estudo não é “fator de proteção” contra o excesso de peso.

Seguindo a mesma lógica dos autores mencionados acima, no que se refere à questão econômica e aos problemas nutricionais, observa-se na tabela 16 que o excesso de peso decresce com a melhora da situação de vida das famílias. Contudo o fato de o problema ser maior nas famílias que vivem situação inferior não estabelece qualquer relação de causa, uma vez que o teste mostra que ela não existe. Nestes casos, o excesso de peso em grande proporção nas famílias mais carentes, local em que se espera apenas a desnutrição demonstra a complexidade envolvida nas questões nutricionais.

Nesse caso, a tentativa de compreender a coexistência das duas condições nutricionais entre as crianças que vivem sob as piores condições, levanta algumas hipóteses, que só poderão ser confirmadas em estudos qualitativos, visto que o formato do presente estudo impede levantar conclusões ou mapear os múltiplos elementos de vulnerabilidade envolvidos nos problemas que, certamente, vão além da questão econômica e do acesso aos alimentos.

Segundo estudos realizados nessa área, o excesso de peso entre as pessoas mais carentes pode ser consequência da chamada “obesidade mal nutrida”, causada por dietas baratas, ricas em gorduras e açúcares, as quais revelam baixo valor nutritivo e alto valor calórico; portanto, hábitos alimentares pouco saudáveis. Vale lembrar que os erros alimentares não são, necessariamente, resultantes dos limites econômicos; muitas vezes, são consequências das escolhas pessoais. Ao se

atrelar a questão às desigualdades sociais e de saúde e pensar o protagonismo social, ou seja, as inúmeras estratégias criadas pelas famílias, em meio às dificuldades econômicas vivenciadas, garantem o acesso a alimentos nutritivos, porém as escolhas alimentares podem estar comprometendo a nutrição da criança.

Silva, Balaban e Motta (2005), em estudo sobre a prevalência de sobrepeso e excesso de peso em crianças e adolescentes de diferentes condições socioeconômicas da cidade de Recife, consideram o resultado (semelhante ao encontrado nesta pesquisa) “intrigante”. Para eles, a tendência inicial é presumir que o pior nível socioeconômico implica em déficit nutricional, contudo eles constatam que a prevalência de sobrepeso não difere entre as crianças pré-escolares de diferentes condições socioeconômicas, vale dizer, não há somente desnutrição entre os mais pobres. Na tentativa de compreenderem tal situação considerada “intrigante”, eles atribuem a situação à baixa qualidade da dieta.

Mais um exemplo é encontrado por Gerhardt e Nazareno (2002), em pesquisa desenvolvida pelas autoras na cidade de Paranaguá-PR. No estudo inicial, em que investigavam, epidemiologicamente, a situação nutricional das crianças menores de dez anos de todos os estratos sociais da cidade, constataram que ela não ocorria em maior proporção nas famílias pertencentes aos estratos sociais inferiores, como era esperado. A partir disso, realizou-se uma investigação antropológica, para compreender as situações de vida criadas pelos atores sociais, que pudessem ajudar a entender a conjuntura encontrada. O estudo antropológico evidenciou a existência de estratégias de acesso à alimentação – inserção em redes de circulação e distribuição de alimentos, busca de proteção - que as pessoas, mesmo com limitados recursos financeiros, constroem e reconstróem para solucionarem os problemas encontrados na vida cotidiana. Esse estudo evidenciou a necessidade de extrapolar-se a idéia de fatores de risco pré-estabelecidos, a fim de melhor compreender as dinâmicas sociais e o protagonismo dos sujeitos, via conceito que as autoras propõem chamar de “situações de vida”, isto é, a realidade existencial cotidiana que se impõe aos sujeitos, com maior ou menor intensidade, conforme sua visão e os seus projetos de vida.

Para o cruzamento dos índices nutricionais com as variáveis que representam a situação de saúde materno-infantil, idade da mãe e peso no nascimento da criança, foi necessário agrupar as opções de resposta, para obter-se o teste estatístico válido.

Como se observa na tabela 16, a idade materna, no nascimento da criança, foi agrupada de maneira que se possam identificar as mães adolescentes e, ao realizar-se o cruzamento, demonstrar se elas estabelecem alguma relação com a nutrição infantil no índice P/E, como normalmente é atribuído nos estudos.

Embora haja diferença nas proporções correspondentes de ter excesso de peso ou não, em diferentes faixas de idade materna, a influência dessa variável sobre o estado nutricional das crianças não foi estatisticamente significativo. Como demonstra o fato de 20,0% das crianças ter excesso de peso independente da idade da mãe.

Para a variável peso no nascimento, o agrupamento das opções de resposta resultou em duas opções, uma delas (≥ 3000 g) representa as crianças que nasceram com peso ideal e a outra (< 3000 g), as nascidas com peso abaixo do ideal, que é resultante do agrupamento de peso insuficiente e baixo peso. No cruzamento entre essas variáveis e a presença de excesso de peso, não foi encontrado significância estatística. Conforme a distribuição, 21,4% das crianças nascidas com baixo peso e 19,2% nascidas com peso ideal apresentam excesso de peso.

Apesar de questionável o resultado encontrado para as crianças com excesso de peso, uma vez que a porcentagem do problema é um pouco maior entre as que nasceram com peso abaixo do ideal, essa situação era até certo ponto, esperada. Segundo alguns autores tais como: ALMEIDA (2004) e HELMAN (2003), ao promoverem o crescimento de recuperação para as crianças nascidas de baixo peso, os profissionais de saúde e os pais, cujo anseio é ver a criança dentro da normalidade, contribuem para o aumento da obesidade na infância.

Analisando o último cruzamento exposto na tabela 16, observa-se que há diferença significativa entre a prática do aleitamento materno exclusivo e a situação nutricional das crianças. Acredita-se que a diferença está na prevalência de excesso de peso apenas nas crianças que não receberam aleitamento materno exclusivo. Apesar de comprovado, neste estudo que o AME não foi seguido por muito tempo pelas mães, sua presença, mesmo que por tempo restrito, desempenha um papel de proteção contra a obesidade. Além das inúmeras contribuições fisiológicas e nutricionais à criança, a sua prática pode evitar a oferta precoce de alimentos que, além de sobrecarregarem o organismo da criança, facilitam os problemas de excesso de peso. Pesquisa realizada em Paranaguá/PR, com crianças menores de dois anos, verificou a prevalência de obesidade cinco vezes maior para as crianças menores de seis meses que não recebiam AME. (ALMEIDA, 2004).

Em um estudo de corte transversal realizado por Balaban *et al.* (2004), com grupo de crianças pré-escolares provenientes de creches da cidade de Recife, as autoras investigam o efeito do leite materno contra o sobrepeso. As crianças consideradas expostas ao sobrepeso são as que receberam AME por um período de tempo inferior a quatro meses. Ao final do estudo, identificaram que o sobrepeso estava presente em 22,5% das que receberam AME por menos de quatro meses e em 13,5% das que foram amamentadas exclusivamente por um período maior que quatro meses. Na discussão desse resultado, as autoras citam mais de sete trabalhos internacionais que pontuam a mesma associação positiva entre o AME e a prevenção para o excesso de peso; porém elas destacam que os mecanismos de proteção, desempenhados pelo leite materno, ainda não estão bem determinados. Com base na literatura, apenas mencionam supostas características do leite materno que podem estar associadas à regulação do metabolismo e da ingesta energética em crianças que recebem AME.

A partir dessa análise bivariada, pode-se dizer que, para as crianças do contexto rural aqui estudado, o fato de não receber o AME aumenta a vulnerabilidade ao excesso de peso. Além das propriedades do leite que as podem proteger de tal situação, acredita-se que as práticas alimentares realizadas desde muito cedo, para as crianças que não recebem AME, também podem influenciar, principalmente, ao se considerar alguns hábitos alimentares e a composição da dieta identificada entre elas. Como já referido no item sobre alimentação, era comum: o leite de vaca fornecido à criança não ser diluído; alimentos industrializados e calóricos ofertados no período de desmame; a alimentação da família iniciada precocemente; e, ainda, hábito da criança consumir comidas “pesadas” na primeira refeição da manhã.

Vale ressaltar que, ao separar as crianças sem excesso de peso em desnutridas e eutróficas e realizar os mesmos cruzamentos, a desnutrição aguda não mantém relação de significância com qualquer uma das variáveis cruzadas, acredita-se que a situação pode ser resultante, além de diversos aspectos, da atuação dos atores sociais. Concorde-se com Gerhardt (2000) quando refere que os indivíduos buscam estratégias individuais e coletivas para enfrentar as dificuldades e gerenciar as situações de risco, não se submetendo às adversidades impostas por sua situação social.

Tais hipóteses são levantadas com base nos dados produzidos pela pesquisa no contexto explorado, contudo, para confirmar e para aprofundar a realidade de cada situação, são necessários estudos de caso sobre cada criança cujos problemas nutricionais aparecem, ou não.

De maneira geral, identifica-se que a desnutrição e o excesso de peso estabelecem relação com diversos outros aspectos, muitas vezes, peculiares a cada realidade e não passíveis de serem reduzidos a números e testes estatísticos. Necessita-se, então, da imersão do profissional de saúde ou pesquisador na vida cotidiana da criança para identificá-los e, então buscar subsídios para o planejamento da intervenção.

Neste caso em estudo, por exemplo, as variáveis: sexo; idade da mãe; escolaridade materna e paterna; situação socioeconômica; normalmente consideradas, na literatura, como “fatores de risco”, não se confirmam para os casos de excesso de peso. Contudo, sinaliza-se a importância de investir em propostas e programas de saúde que estimulem o AME como forma de prevenção do mesmo.

5.3.2 Desnutrição crônica ou retardo no crescimento: identificando elementos de vulnerabilidade no contexto.

O índice estatura/idade, além de um instrumento para avaliar a desnutrição crônica, é considerado por alguns autores (MONTEIRO, 2000; SIGULEM; DEVINCENZI; LESSA, 2000), como um bom indicador das condições gerais de vida da população. Os autores acreditam que os limites e as privações as quais as crianças estão sujeitas, podem, ao longo do tempo, influenciar no crescimento da criança e causar comprometimento de sua estatura.

O cruzamento entre o índice E/I e as variáveis independentes são apresentados na tabela 17. A descrição e análise desses dados demonstram a complexidade que envolve a desnutrição e permitem identificar elementos de vulnerabilidade ao agravo nesse espaço rural.

No primeiro cruzamento, observa-se que a desnutrição crônica não tem relação de significância com o sexo da criança, acometendo tanto meninas quanto meninos.

Em relação ao estado nutricional das crianças e sua idade, agrupadas por faixa etária, da mesma forma, as diferenças não foram estatisticamente significativas, o que representa que os casos crônicos independem da idade da criança do meio rural de Arambaré e demonstra que, nesse local, outros aspectos devem estar interferindo.

Conforme destacam Post *et al.* (1996), a desnutrição crônica é caracteristicamente mais acentuada a partir do segundo ano de vida, tendendo a diminuir, novamente, a partir da idade de três anos. Na pesquisa realizada por Castro *et al.* (2004) com crianças de famílias assentadas da

reforma agrária e na PNDS (BENFAM, 1997), a maior prevalência de desnutrição crônica também se dá no 2º e 3º ano de vida da criança.

TABELA 17 – Associação entre índice Estatura/Idade e variáveis independentes. Crianças menores de cinco anos do meio rural de Arambaré, RS, 2005.

ESTATURA/IDADE	DESNUTRIÇÃO		EUTROFIA		CHI ²
	n	%	N	%	p
Sexo					
Feminino	11	27,5	29	72,5	0,07
Masculino	9	22,5	31	77,5	0,79625341
Idade das crianças em meses					
0 a 11 meses	3	25,0	9	75,0	
12 a 35 meses	10	30,3	23	69,7	0,96
36 a 59 meses	7	20,0	28	80,0	0,61828357
Escolaridade do pai*					
Analfabeto	1	20,0	4	80,0	
1 a 4 anos	5	16,1	26	83,9	1,18
5 anos ou mais	10	27,0	27	73,0	0,55374307
Escolaridade da mãe					
Analfabeto	4	57,2	3	42,9	
1 a 4 anos	9	33,3	18	66,7	7,20
5 anos ou mais	7	15,2	39	84,8	0,02725592
Situação Socioeconômica					
Inferior	9	37,5	12	62,5	
Média	8	26,7	22	73,3	4,56
Superior	3	11,5	23	88,5	0,10242418
Idade da mãe no nascimento da criança					
< de 20 anos	4	20,0	16	80,0	0,09
20 anos ou mais	16	26,7	44	73,3	0,76559448
Peso ao nascer					
≥ 3000 g	7	13,5	45	86,5	8,86
< 3000 g	13	46,4	15	53,6	0,00290775
Aleitamento Materno Exclusivo#					
Sim	6	24,0	14	25,9	0,03
Não	14	25,9	40	74,1	0,85472264

Fonte: ROCHA, L; pesquisa direta, Arambaré, 2005

* O total não coincide com o número da população estudada, pois não estão incluídos os dados não informados = 7 (8,8%)

O total não coincide com o número da população estudada, pois não estão incluídos os dados não informados = 1 (1,3%)

As variáveis, escolaridade materna e paterna, tiveram suas opções de respostas agrupadas seguindo a mesma lógica descrita no cruzamento com as mesmas variáveis no índice P/E. Como pode ser observada na tabela 17, a escolaridade paterna não influencia nos resultados da nutrição infantil, pois não há significância estatística na correlação entre ambas.

No estudo realizado por Almeida (2004), com crianças do meio urbano de Paranaguá, há uma significância estatística entre o índice nutricional e a escolaridade do pai. Significância atribuída à relação entre a baixa escolaridade dos pais e o déficit nutricional das crianças. Segundo a autora, o nível de instrução é um fator indireto da situação socioeconômica, uma vez que influencia no status sócio-profissional do pai. Tentando reportar essa afirmação ao resultado encontrado em Arambaré, pode-se dizer que há pouca relação entre o grau de escolaridade e a oportunidade de emprego no meio rural e isso ajuda a compreender porque em Arambaré, o nível de estudo do pai não está relacionado com a melhora na condição nutricional dos filhos.

A baixa escolaridade materna é considerada por vários autores (CASTRO *et al.*, 2004; MONTE, 2000; MONTEIRO *et al.*, 2000a; POST; BARROS; VICTORA, 2000) como elemento que aumenta a vulnerabilidade aos problemas nutricionais, especialmente, para a desnutrição crônica. A sua relação teria um caráter econômico, pois é utilizada em algumas pesquisas, como a PNDS, como um indicador socioeconômico, ou seja, a baixa escolaridade representa condições de vida mais precárias.

Como pode ser visto, o nível de instrução materna associa-se à desnutrição crônica das crianças de Arambaré, uma vez que existe diferença estatística no cruzamento dessas duas variáveis. Essa diferença pode ser atribuída à associação linear inversa entre a prevalência do déficit antropométrico e o grau de instrução da mãe, ou seja, a frequência de desnutrição é maior entre as crianças filhas de mães com nenhum grau de escolaridade e vai diminuindo com o aumento do nível de estudo da mãe.

Na PNSD-1996, o déficit de estatura é quatro vezes maior nas crianças filhas de mães analfabetas do que mães com nove anos ou mais de escolaridade (BENFAM, 1997). Já no estudo com crianças rurais, em Minas Gerais (CASTRO *et al.*, 2004), não há associação estatística entre estas variáveis, indicando que o grau de vulnerabilidade de alguns aspectos e sua relação com os problemas nutricionais varia para cada realidade.

No que se refere à questão socioeconômica, a tabela 17 mostra que as diferenças observadas entre o estado nutricional e a situação socioeconômica em que vivem as crianças, não foram estatisticamente significativas, ou seja, as condições de vida das crianças não influenciam na desnutrição ou eutrofia presente no indicados E/I.

Não se pode desconsiderar que, no contexto rural, o fato de as famílias estarem numa situação socioeconômica superior não representa que elas gozem de uma ótima situação de vida.

Isso diferencia essa população da dos estratos sociais observados em pesquisas no meio urbano, onde há diferença significativa entre os que pertencem a um determinado estrato (superior ou inferior), onde, com freqüência, encontra-se associação entre as crianças de estrato inferior e os problemas de carência nutricional crônicos.

Quando se analisam outros estudos (GERHARDT; NAZARENO, 2002; HELMAN, 2003), em que a pobreza não é razão compulsória para a desnutrição, ou mesmo, quando se tenta entender como 62,5% das crianças que vivem numa situação socioeconômica inferior, em Arambaré, são eutroficas, emergem alguns questionamentos. Dentre eles, destaca-se a atuação social dos sujeitos na construção de estratégias e de alternativas para solucionar os problemas de ordem material ou imaterial que influenciam e marcam as situações de vida e de saúde dos indivíduos, numa dinâmica em que todos, ou qualquer um, são susceptíveis ao adoecimento independentemente do grupo de risco e da categoria social ao qual pertencem (GERHARDT, 2000).

O resultado encontrado no cruzamento entre a idade da mãe no nascimento da criança e a situação nutricional representada na tabela 17, mostra que 20,0% das crianças filhas de adolescentes e 26,7% das crianças filhas de mulheres com mais de vinte anos são desnutridas. Contudo, a diferença não é estatisticamente significativa e que a desnutrição não se associa a idade materna.

Por outro lado, o peso da criança ao nascer e a desnutrição crônica apresentou diferença estatística significativa entre ambas. Existe uma alta prevalência (46,4%) de desnutrição crônica entre as crianças nascidas com peso insuficiente, ou com baixo peso (< 3000g), em relação àquelas crianças com peso ao nascer acima de 3000g.

No estudo com as duas coortes de crianças nascidas em Pelotas, em 1982 e 1993, os autores constataam uma tendência linear inversa entre o peso ao nascer e o déficit na estatura nas duas coortes. Nesse caso, o menor peso ao nascer associa-se a uma maior prevalência de desnutrição. Para os autores, essa diferença estatística encontrada, confirma o importante papel do baixo peso como determinante da desnutrição (POST *et al.*, 1996).

A repercussão negativa do baixo peso, ou peso insuficiente, ao nascer sobre a saúde nutricional das crianças em Arambaré, sugere um investimento maior em programas de acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento infantil e na atenção pré-natal fornecida às gestantes do município. Como já referido no item sobre a situação de saúde materno-infantil, o

baixo peso e a qualidade da atenção pré-natal estabelecem estreita ligação. Para as mulheres rurais, não só a qualidade, mas também o acesso geográfico e funcional à assistência merecem ser repensados, pois podem repercutir positivamente na saúde dos indivíduos.

No último cruzamento da tabela 17, pode-se observar que a prevalência de desnutrição crônica não difere muito entre as crianças que foram amamentadas exclusivamente (24,4%) e as que não foram (25,9%). Em vista disso, o fato de algumas terem recebido apenas o leite materno, mesmo que por um período reduzido, não as protegeu contra o desencadeamento da desnutrição crônica, mas sim do excesso de peso como mostrou o índice P/E. Na pesquisa com crianças de zero a sessenta meses, pertencentes a famílias assentadas da reforma agrária em Minas Gerais, o AME também não mostrou associação com esse tipo de desnutrição (CASTRO *et al.*, 2004).

A partir da análise bivariada, constata-se que, nesse contexto, os aspectos que interferem na suscetibilidade das crianças à desnutrição crônica são a escolaridade materna e o peso delas ao nascer, portanto, mais uma vez, a pobreza relativa não explica se associa ao status nutricional. Gerhardt (2002) destaca que, erroneamente, elementos como pobreza são tratados como fatores de risco por si mesmos, a autora não desconsidera a influência deles no estado de saúde do indivíduo, mas acredita que se dá indiretamente. Ela assinala que “o fator de risco para a saúde mais imediato, é a vida cotidiana e não o estatuto social, mesmo se este último condiciona amplamente o primeiro” (GERHARDT, 2002, p.14).

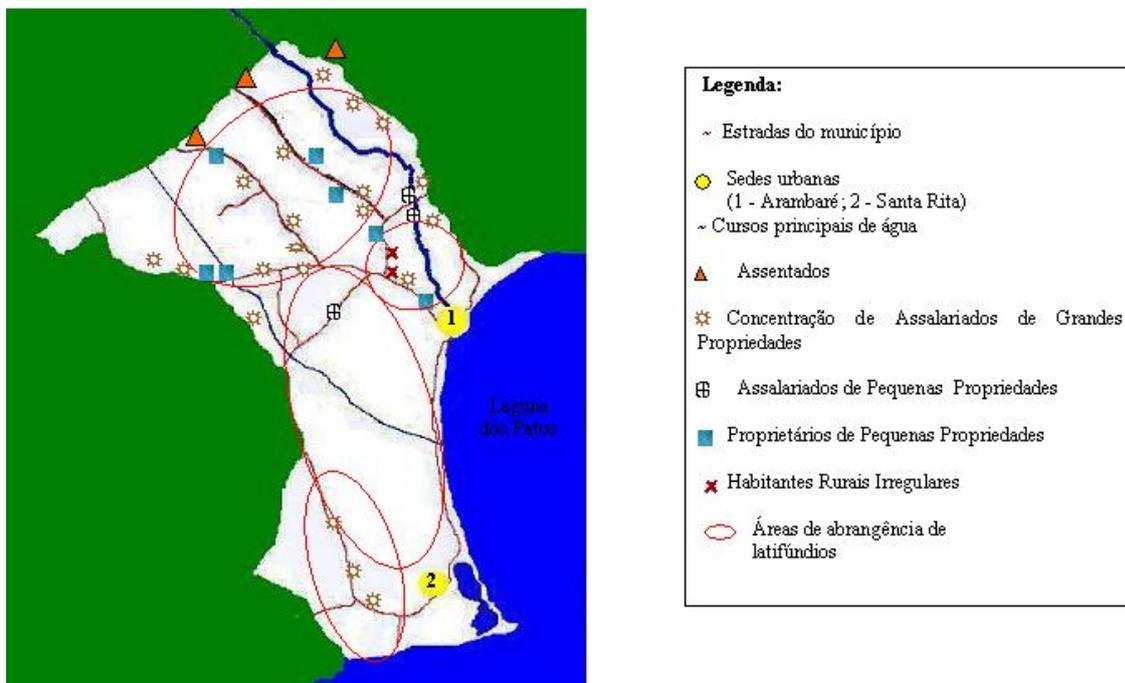
A partir dessas reflexões acima, acredita-se que a atuação social é importante para modulação e a compreensão das desigualdades sociais e de saúde nos mais diversos contextos. Dessa forma, a noção de vulnerabilidade contribui, uma vez que considera a atuação dos sujeitos na construção de estratégias e alternativas para solucionar os problemas de ordem material ou imaterial que influenciam e marcam as situações de vida e saúde dos indivíduos, numa dinâmica em que todos e qualquer um é susceptível ao adoecimento independente do grupo de risco e categoria social ao qual pertencem (GERHARDT, 2000).

5.4 O tipo de propriedade e a nutrição infantil no meio rural de Arambaré – RS.

Durante a coleta e a análise dos dados, ficou evidente que, no município de Arambaré, há uma sociedade rural heterogênea, em que coexistem grupos sociais bastante distintos, tanto em relação à origem, à ligação que estabelecem com a terra, quanto com a situação socioeconômica encontrada. Em consonância a isso, as estratégias e os modos de reprodução biológica e social apresentados por esses grupos sociais também devem ser diversos.

Sob esse enfoque, a fim de caracterizar a diversidade social presente nesse meio rural e identificar a situação nutricional das crianças em cada grupo encontrado, optou-se pela discussão dos resultados, a partir da tipologia representativa da heterogeneidade social local, construída com base na estrutura fundiária da propriedade e no tipo de relação que a família constitui com ela.

A distribuição dessas famílias, no meio rural do município de Arambaré pode ser observada na figura 11.



Fonte: Base Cartográfica da Prefeitura Municipal de Arambaré, complementada com dados da EMATER/RS. Adaptação livre ROCHA, L, 2005.

FIGURA 11 - Cartograma do município de Arambaré que identifica a distribuição das famílias investigadas, segundo o tipo de propriedade, Arambaré, 2005.

Vale destacar que a variável tipo de propriedade é, aqui, analisada separadamente, pois o pequeno número de famílias em certos tipos delas, não permite estabelecer correlações estatísticas. Contudo julga-se importante analisar a situação nutricional dentro da heterogeneidade social característica do município. Para tanto, são descritos nos próximos itens, o estado nutricional das crianças e uma breve caracterização do contexto.

5.4.1 Assalariados de grande propriedades

Observa-se na distribuição das famílias entre os tipos de propriedades, dois aspectos que chamam atenção. O primeiro refere-se à inexistência de crianças filhas dos proprietários das grandes propriedades; o segundo é representado pelo fato de a maioria delas serem filhas dos empregados dessas propriedades. Essa situação é resultado, principalmente, da matriz econômica do município, pautado na agropecuária, a qual é desenvolvida em grandes propriedades rurais que geram altos rendimentos, onde, geralmente, o proprietário não reside no município.

Em virtude disso, a extensão de terra e a produção nesses latifúndios requerem uma expressiva mão-de-obra para o trabalho, seja ele na rizicultura, na pecuária, ou mesmo nos serviços gerais e na manutenção das máquinas para colheitas.

Analisando a situação sociodemográfica das famílias assalariadas de grandes propriedades, observa-se que um pouco mais da metade (54,5%) das crianças são do sexo feminino e dentre elas, a maioria (25,0%) está na faixa etária dos quarenta e oito a cinquenta e nove (48 a 59) meses. Entretanto, da pequena parcela estudada (12 crianças) de crianças menores de um ano, oito (8) delas residem nesse tipo de propriedade, talvez pelo fato de algumas famílias serem formadas por casais jovens, que se instalam no campo em busca de emprego e começam a constituir sua família.

A vinda da cidade para o campo e a relação com o trabalho rural são elementos que influenciam o nível de escolaridade paterna e materna. A origem citadina contribuiu para elevar o nível de instrução entre eles, como é o caso de 43,9% dos pais e 60,0% das mães que estudaram cinco a oito anos e, ainda, das seis (6) mães de toda pesquisa que estudaram por mais tempo, ou seja, nove a onze anos, quadro (4) delas estão nesse tipo de propriedade. Por outro lado, 7,3% de analfabetismo e 39,0% de um a quatro anos de estudo, entre os pais, demonstram por que o meio rural, muitas vezes, serve de atrativo para muitos homens que vêm em busca de oportunidades de emprego, esta dificultada no meio urbano pelo baixo nível de instrução.

As famílias que trabalham nessas grandes propriedades, residem em casas cedidas, pelo patrão, situadas dentro da sede da fazenda ou ao longo da estrada, mas normalmente perto dela. Tal tipo de vantagem reflete positivamente nas condições de vida de muitas delas. Segundo a tabela 18, 17,1% das famílias vivem numa situação socioeconômica inferior, 56,1% numa situação intermediária e 26,8% numa situação superior. Apesar de todos os benefícios garantidos

pela condição assalariada, há, entre as grandes propriedades empregadoras, uma certa diferença na forma de tratar os funcionários e nos benefícios concedidos, explicando, assim, o que leva algumas a viverem em situação inferior.

Acredita-se que a diferença pode ser influenciada pela disponibilidade de riqueza, da cultura e do tipo de atividade desenvolvida pelo empregador; ou a agricultura ou a pecuária. Segundo Fialho e Schneider (2000), na orizicultura irrigada, é bastante difundido o assalariamento e a contratação de força de trabalho temporário, estes tendem a ser protegidos por contratos formais (carteira de trabalho ou outros), daí resultando uma menor precariedade; ao contrário, as relações de trabalho existentes na pecuária extensiva são fortemente marcadas pela informalidade; em vista disso, onde há essa atividade, os indicadores de pobreza são mais expressivos.

TABELA 18 – Distribuição da situação socioeconômica das famílias de assalariados de grandes propriedades pesquisadas, Arambaré, RS, 2005.

Situação Socioeconômica	População total		Assalariados de grandes propriedades	
	n	%	N	%
Situação Inferior	17	23,9	7	17,1
Situação Média	30	42,3	23	56,1
Situação Superior	24	33,8	11	26,8
Total	71	100,0	41	100,0

Fonte: ROCHA, L; pesquisa direta, Arambaré, 2005

A situação socioeconômica é construída com base em variáveis que caracterizam um indicador do nível de vida (Apêndice B); há, entre elas, características peculiares a esse tipo de propriedade que merecem ser descritas.

Em relação à produção agrícola, das vinte e sete (27) famílias (de toda a pesquisa) que nada produzem, vinte e duas (22) são de assalariados das grandes propriedades. Essa situação é reflexo do fraco vínculo que as famílias estabelecem com a terra, em virtude de sua condição empregatícia, já que muitos patrões proíbem o cultivo ou a criação de animais. Em diálogo com uma das mães, ela exemplificou: “se eu chego a criar galinhas, ele vai desconfiar que pego o milho dos cavalos para elas, daí ele não permite”(informação registrada em diário de campo).

Alguns vivem nestas grandes propriedades e têm alguma produção, no entanto ela é apenas para subsistência (46,3%), isso acontece principalmente entre aqueles que residem ou em casas distantes da sede da fazenda ou ao longo da estrada.

O trabalho materno fora de casa que não é uma prática muito comum entre as famílias rurais estudadas, é favorecido nesse tipo de propriedade, pela relação com o trabalho já desempenhado pelo marido. Convém notar que, das nove (9) mães da pesquisa que trabalham fora quatro (4) delas estão entre as mães que vivem nas grandes propriedades. Elas realizam serviços gerais (limpam, cozinham) na própria propriedade onde moram; contribuindo, assim, para aumentar o rendimento mensal da família.

Ainda em relação a aspectos que, direta ou indiretamente, são reflexos da renda e da situação de vida das famílias, está a ajuda econômica ou recebida ou fornecida por elas. Todavia é grande a proporção (68,3%) dos que não recebem qualquer forma de ajuda. Em todo o estudo, é nas grandes propriedades onde mais aparece tal situação; pois, das trinta e três (33) famílias que não recebem ajuda, vinte e oito (28) delas estão entre os assalariados de grandes propriedades. Para os que recebem ajuda (31,7%), esta é fornecida principalmente pelo governo, mas aparece também o apoio recebido de conhecidos, representado pelo caseiro da fazenda, ou por outras famílias que trabalham na propriedade, visto que o convívio facilita relações de amizade e de troca.

Por outro lado, são as famílias assalariadas de grandes propriedades (6 delas), das poucas do estudo (no total são 8), que ajudam alguém. Apesar de não possuir sua própria propriedade, de viver numa instabilidade, assombradas pela possibilidade de perder o emprego, ou por ter vínculos sazonais em épocas de plantio e de colheita, o fato de receber um salário e um local para morar, é algo que permite a essas famílias não só ajudar alguém, mas também ter um nível de vida melhor, como é observado nas condições de moradia, saneamento e déficit nutricional das crianças, dados coligidos no decorrer da análise.

No estudo, em sua totalidade, o acesso aos bens de consumo é positivo. Nesse tipo de propriedade, composta por quarenta e uma famílias, isso pode ser visto. Dentre elas, apenas três não têm televisão, duas não têm geladeira, mas o fogão está presente em todas e o rádio inexistente apenas para uma; quase 60,0% delas têm carro ou moto. Como já esperado, por não terem uma relação de posse sobre a terra, nenhuma delas possui trator.

Em relação à infra-estrutura habitacional, em mais de 80,0% das casas a construção é de alvenaria e estão em bom estado de conservação; entretanto algumas exibem aspecto de “galpões” ou são sem reboco ou são de madeira. A maioria tem de três a quatro cômodos ou

mais, onde moram famílias pequenas, compostas por três a quatro pessoas (em 73,1% delas, há este número de pessoas) que dividem, quase sempre, dois quartos.

Somado a isso, a água encanada é encontrada em todas as casas e apenas uma delas não tem luz elétrica, talvez a justificativa para a situação seja o fato de a casa estar distante tanto da sede da fazenda quanto de qualquer outra propriedade, o que acarretaria elevados custos ao dono da propriedade para levar a rede elétrica até à casa.

A situação de saúde materno-infantil dos filhos de assalariados de grandes propriedades é representada por diversas variáveis. No que diz respeito ao pré-natal, 97,7% das mães o realizaram. O único caso sem pré-natal é de uma mãe adolescente, que parece ter algum problema de saúde mental. Dentre as que realizaram acompanhamento, algumas contam não tê-lo feito em Arambaré ou Santa Rita, mas em Camaquã, ou ainda em outra cidade; isso ocorre pela mobilidade constante de muitos trabalhadores rurais assalariados que, muitas vezes, perdem o emprego. Já algumas delas, anos antes (durante a gestação) não residiam naquela localidade.

A cobertura do pré-natal foi expressiva, pois a grande maioria iniciou o acompanhamento no 1º trimestre de gestação (74,4%) e 51,2% realizou mais de sete consultas.

Em relação à idade materna, no nascimento da criança, a maioria (70,5%) estava entre a faixa etária dos vinte e trinta e cinco (20 a 35) anos, já as adolescentes constituíam 18,2%. Durante a coleta e a análise dos dados, o que chama atenção e caracteriza o tipo de propriedade, é o fato de ter, quase que exclusivamente, famílias nucleares em grande parte compostas de casais jovens que vêm para o campo em busca de emprego. Em decorrência disso, os maridos trabalham na fazenda e a maioria das cuidam do(s) filho(s) e da casa.

No que diz respeito as variáveis que representam as condições de nascimento das crianças, 86,5% delas nasceram a termo e 13,6% das crianças passaram por alguma intercorrência durante o parto, ou após o nascimento. Das quarenta e quatro (44) crianças que compõem esse tipo de propriedade, três (3) delas (6,8%) nasceram com baixo peso e sete (15,9%) com peso insuficiente; isso resulta que apenas 77,3% apresentou peso considerado ideal ao nascer.

O tipo de morbidade apresentado pelas crianças, segue a tendência do estudo em sua totalidade, pois acometem, principalmente o sistema respiratório (gripes e resfriados) e digestivo (diarréia e refluxo gastrointestinal). Ainda merece destaque, pela estreita relação que estabelece com a nutrição da criança, os dois casos de anemias referidos; contudo o aspecto positivo é que ambos encontram-se em tratamento.

Aliado a isso, há o fato de, entre os filhos de assalariados de grandes propriedades, aparecer o maior número de crianças que, segundo as mães, nunca tiveram qualquer problema de saúde. Há dois aspectos que podem contribuir para tal situação, um deles é a importância dada por algumas mães ao acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento infantil e também os benefícios concebidos pelo sindicato dos trabalhadores rurais, que proporciona, por meio dos vínculos trabalhistas, o atendimento médico privado por valores acessíveis aos trabalhadores do meio rural.

No que se refere à alimentação, mais especificamente à amamentação, 20,9% das crianças ainda mamavam no peito no momento da entrevista; 93,2% receberam leite materno algumas vezes e um número relativamente baixo, 6,8% nunca mamaram. Das que foram amamentadas, 68,2% não tiveram AME, e apenas 4,5% chegaram aos seis meses recebendo exclusivamente o leite materno. Ainda, 13,7% chegaram ou passaram dos dois anos de idade recebendo o leite da mãe, conforme recomenda a OMS; para uma das crianças, essa prática se estendeu até os quatro anos e sete meses. Ficando, assim, a média de meses em que as crianças foram amamentadas em 8,9 meses (BRASIL, 2002).

Nessas famílias, a situação nutricional das crianças é mostrada na tabela 19.

Analisando os três índices nutricionais para desnutrição, pode-se dizer que o problema aparece apenas nas formas leves e em maior porcentagem (15,9%) no índice E/I, que representa os casos crônicos. Em qualquer um dos índices, ao analisar-se a desnutrição crônicos já instalados (escore z menor que - 2), pode se constatar que, entre os assalariados das grandes propriedades, tal problema nutricional não existe. Por outro lado, o sobrepeso está presente em 22,7% das crianças no índice P/E e 13,6% no índice P/I. A detecção do sobrepeso é muito importante, pois funciona como um alerta para o desencadeamento da obesidade.

Dos dois casos de obesidade identificados no estudo, todos no índice P/I, um deles está entre essas crianças, e isso representa 2,3% delas. Esse número aparentemente baixo, se somado aos casos de sobrepeso encontrados na população em estudo, demonstra que o excesso de peso toma proporções mais preocupantes que as da carência nutricional. Este fato, serve de alerta aos profissionais da saúde e aos pais sobre a necessidade de intervir com propostas educativas de construção de hábitos alimentares saudáveis.

TABELA 19 – Distribuição da situação nutricional nos índices Peso/Estatura, Estatura/Idade e Peso/Idade, para as crianças filhas de assalariados de grandes propriedades, Arambaré, RS, 2005.

Variáveis da situação nutricional das crianças	População total		Assalariados de grandes propriedades	
	N	%	N	%
Índice P/E				
Desnutrição Grave	1	1,3	-	-
Desnutrição Moderada	2	2,6	-	-
Desnutrição Leve	6	7,5	4	9,1
Eutrófica	55	68,8	30	68,2
Sobrepeso	15	18,8	10	22,7
Obesidade	1	1,3	-	-
Total	80	100,0	44	100,0
Índice E/I				
Desnutrição Grave	1	1,3	-	-
Desnutrição Moderada	5	6,3	-	-
Desnutrição Leve	15	17,5	7	15,9
Eutrófica	60	75,0	37	84,1
Total	80	100,0	44	100,0
Índice P/I				
Desnutrição Grave	1	1,3	-	-
Desnutrição Moderada	3	3,8	-	-
Desnutrição Leve	14	17,5	6	13,6
Eutrófica	50	62,5	31	70,5
Sobrepeso	10	12,5	6	13,6
Obesidade	2	2,6	1	2,3
Total	80	100,0	44	100,0

Fonte: ROCHA, L; pesquisa direta, Arambaré, 2005

5.4.2 Assalariados de pequenas propriedades

Nas pequenas propriedades, além das crianças filhas dos proprietários, são encontradas outras cujos pais exercem atividades remuneradas. No estudo, as famílias nessa condição, moram e trabalham na propriedade desenvolvendo a função de caseiros. Em razão disso, desfrutam dos

benefícios da fazenda e têm acesso às boas condições de moradia e de saneamento, ao cultivo de hortaliças e à criação de animais para próprio consumo.

Neste tipo de propriedade, estão apenas três famílias e três crianças residindo. Em face disso a discussão será feita de forma sucinta sobre cada uma das famílias. Das três crianças que as compõem, duas são meninas e uma é um menino; cada uma está numa faixa etária, tendo a mais nova entre doze e vinte e três (12 e 23) meses e a mais velha está na última faixa etária (48 a 59 meses).

Na variável escolaridade, cada um dos pais tem um grau de instrução, nenhum é analfabeto mas o que estudou por mais tempo frequentou a escola de nove a onze anos. Entre as mães, não há nenhuma analfabeta, mas duas delas cursaram apenas de uma a quatro anos de ensino formal.

A situação socioeconômica das três famílias, conforme tabela 20, é caracterizada como superior. Contudo, a instabilidade como trabalhador assalariado não garante que esse padrão de vida irá persistir por muito tempo.

TABELA 20 – Distribuição da situação socioeconômica das famílias de assalariados de pequenas propriedades pesquisadas, Arambaré, RS, 2005.

Situação socioeconômica das famílias	População total		Assalariados de pequenas propriedades	
	n	%	N	%
Situação Inferior	17	23,9	-	-
Situação Média	30	42,3	-	-
Situação Superior	24	33,8	3	100,0
Total	71	100,0	3	100,0

Fonte: ROCHA, L; pesquisa direta, Arambaré, 2005

A produção agrícola desenvolvida pelas três famílias é apenas para subsistência; duas casos somente criam animais como, galinhas e patos; já a outra, além da criação de galinhas produz algumas hortaliças.

O trabalho na propriedade não é a única fonte de renda das famílias, pois elas desenvolvem outras atividades remuneradas. Em uma delas, a mãe da criança em estudo trabalha duas vezes por semana como doméstica em outra fazenda. A outra família mantém um bar no meio rural, onde quem trabalha a maior parte do tempo é o pai da criança, uma vez que a mãe sofre de um sério problema de saúde que a faz ir, semanalmente, a Porto Alegre para tratamento. Na terceira e

última família a mãe não trabalha, mas o pai, além de ser caseiro da propriedade, realiza, esporadicamente, serviços de pedreiro no meio urbano de Arambaré.

Ao serem perguntadas sobre a ajuda recebida ou fornecida, duas famílias referem receber ajuda econômica do governo via Bolsa Família; uma ganha noventa e cinco (95) reais e a outra oitenta (80) reais mensais. No entanto, nenhuma delas ajuda alguém.

As famílias desse tipo de propriedade são nucleares (formada pelos pais e filhos), residem em casas de material (2 famílias), ou mista (1 família), em boas condições de conservação. São amplas, com cinco ou mais cômodos e três quartos. Em todas as casas, há luz elétrica instalada, água encanada e a instalação sanitária é localizada dentro de casa e com descarga.

Em relação à situação de saúde materno-infantil, 100% das mães realizou pré-natal, que foi iniciado no primeiro trimestre da gestação e a mãe compareceu a sete consultas ou mais. Esses dados representam, uma ótima cobertura e demonstram que, mesmo em meio a dificuldades de acesso (geográfico e funcional), elas vão em busca do acompanhamento pré-natal. Conforme referido na descrição da população total, não se sabe como é a qualidade da assistência no pré-natal.

As condições de nascimento foram desfavoráveis para apenas uma criança, uma vez que ela nasceu prematura (5 meses) e com baixo peso (845g). Todavia trata-se de um caso especial, porque, a mãe descobriu que estava grávida durante o acompanhamento que realizava em um hospital de Porto Alegre, para tratamento de um câncer. Logo que ela soube da gravidez, ficou internada durante quatro meses até o nascimento da criança; em decorrência da prematuridade e do baixíssimo peso, a criança permaneceu no hospital por setenta e quatro (74) dias.

Essa criança tem, ainda hoje, uma saúde frágil, pois sofre de problemas respiratórios e é acompanhada por uma equipe médica em Porto Alegre. Segundo a mãe, quando ela tinha nove (9) meses, teve um quadro severo de pneumonia e bronqueolite, ficando três (3) meses internada. Antes da hospitalização, menciona a mãe que a criança tinha uma alimentação variada (mingau, sopas, caldo de feijão...), que foi substituída por uma dieta especial durante o período de hospitalização; em vista disso, a criança, aos doze (12) meses de vida, pesava apenas 5800g. Indignada, a mãe afirma ter assinado o termo de responsabilidade pela alta hospitalar da criança; com a volta para casa e o retorno à alimentação antiga, logo a criança começou a recuperar o peso.

Por causa da prematuridade e da internação hospitalar, essa criança não foi amamentada pela mãe; já as outras duas receberam leite materno exclusivo por um mês, uma delas mamou apenas nesse período e a outra continuou até os trinta meses recebendo o leite materno.

A situação nutricional das três crianças desse tipo de propriedade, é mostrada na tabela 21. Como se observa, uma delas é eutrófica (três índices), uma está com leve déficit na estatura e a outra, por ter nascido prematura e com baixíssimo peso (845 gr), apresenta um grave déficit na estatura; dentro disso seu peso atual excede o esperado já que a criança teve comprometimento na sua estatura.

É possível observar que há apenas uma situação de risco à desnutrição e nenhum caso instalado; já o risco para a obesidade existe, mas merece análise e intervenção especial. Trata-se de uma criança que apresenta déficit na estatura, resultado de uma desnutrição crônica pregressa, porém, a melhora da sua condição nutricional e adequação do crescimento repercute, inicialmente, em ganho de peso para posterior aumento na estatura, dessa forma o peso recuperado para a altura deficitária aparenta, num primeiro olhar, excesso de peso, o qual merece análise especial para definição do quadro nutricional. Fica caracterizada, assim, uma situação nutricional positiva para as crianças pertencentes a esse tipo de propriedade.

TABELA 21 – Distribuição da situação nutricional nos índices Peso/Idade, Estatura/Idade, Peso/Estatura para as crianças filhas de assalariados de pequenas propriedades, Arambaré, RS, 2005.

Variáveis da situação nutricional das crianças	População total		Assalariados de pequenas propriedades	
	n	%	n	%
Índice P/E				
Desnutrição Grave	1	1,3	-	-
Desnutrição Moderada	2	2,6	-	-
Desnutrição Leve	6	7,5	-	-
Eutrófica	55	68,8	2	66,7
Sobrepeso	15	18,8	1	33,3
Obesidade	1	1,3	-	-
Total	80	100,0	3	100,0
Índice E/I				
Desnutrição Grave	1	1,3	1	33,3
Desnutrição Moderada	5	6,3	-	-
Desnutrição Leve	14	17,6	1	33,3
Eutrófica	60	75,0	1	33,3
Total	80	100,0	3	100,0
Índice P/I				
Desnutrição Grave	1	1,3	-	-
Desnutrição Moderada	3	3,8	-	-
Desnutrição Leve	14	17,5	1	33,3
Eutrófica	50	62,5	2	66,7
Sobrepeso	10	12,5	-	-
Obesidade	2	2,6	-	-
Total	80	100,0	3	100,0

Fonte: ROCHA, L; pesquisa direta, Arambaré, 2005

5.4.3 Proprietários de pequenas propriedades

A heterogeneidade social existente no município caracteriza formas de organização social distintas, e diversos modos de uso dos recursos naturais. Em vista disso, entre os proprietários de pequenas propriedades há peculiaridades próprias que os identificam e os diferenciam dos demais tipos. Uma delas é a questão relativa à herança/filiação entre eles que chama atenção; pois, em

muitas famílias pesquisadas, há uma condição indireta de posse sobre a pequena propriedade, já que ela normalmente pertence a um dos avós (maternos ou paternos) da criança, que moram na mesma casa ou no terreno da família pesquisada.

Neste tipo de propriedade, mais de 70,0% das crianças são do sexo masculino e, apesar de as idades distribuírem-se em todas as faixas etárias, há o predomínio (41,2%) da faixa que vai dos vinte e quatro aos trinta e cinco meses.

No nível de instrução paterna, identificam-se casos extremos, pois há, entre os pais, analfabetismo e formação superior. O pai com curso superior reside e trabalha em Porto Alegre. Ainda, a metade deles apresenta um baixo nível de instrução, com estudos entre um a quatro anos. Entre as mães, o nível de escolaridade assemelha-se um pouco ao dos pais; pois há um caso de analfabetismo e 42,8% estudaram de um a quatro anos; porém, uma porcentagem maior delas estudou cinco a oito anos e nenhuma chegou ao terceiro grau.

A pobreza rural é uma característica marcante entre os pequenos proprietários. Segundo Fialho e Schneider (2000, p. 128) ela “revela-se como uma faceta do processo de exclusão social, que possui raízes históricas e está ligada ao próprio desenvolvimento do capitalismo no campo”. É pertinente salientar que o complexo agroindustrial, com base numa estrutura latifundiária, instalado no campo na década de 60, gerou concentração de renda, aumento na produtividade e queda nos preços, o que resultou, para os pequenos proprietários, baixo poder de competitividade, pobreza, proletarização, êxodo rural, desemprego, entre outras conseqüências sociais.

A pobreza rural ligada aos pequenos proprietários, explicitada acima pelos autores, pode ser observada nesse contexto, quando se analisa a situação socioeconômica das famílias (tabela 22), já que 50,0% delas vive numa situação socioeconômica inferior. Contudo a diversidade social já referida, permite encontrar famílias que usufruem de uma situação de vida melhor, ou seja, estão numa situação socioeconômica intermediária (21,4%) ou superior (28,6%).

TABELA 22 – Distribuição da situação socioeconômica das famílias de proprietários de pequenas propriedades pesquisadas, Arambaré, RS, 2005.

Situação Socioeconômica das famílias	População total		Proprietários de pequenas propriedades	
	n	%	n	%
Situação Inferior	17	23,9	7	50,0
Situação Média	30	42,3	3	21,4
Situação Superior	24	33,8	4	28,6
Total	71	100,0	14	100,0

Fonte: ROCHA, L; pesquisa direta, Arambaré, 2005

Entre os proprietários de pequenas propriedades, há um baixo dinamismo econômico, pois 35,7% não produzem nada na propriedade e, ainda, a agricultura familiar para autoconsumo, produzida por 57,1%, é pouco significativa, representada por uma pequena plantação de hortaliças e pela criação de alguns animais. Apenas uma família refere vender parte da produção; entretanto ela é pouco expressiva, pois se trata de uma mãe que vende, esporadicamente, algumas dúzias de ovos para ajudar na renda familiar, uma vez que o marido está desempregado e eles moram de favor na propriedade da sogra.

Tal resultado demonstra que, neste contexto rural, há pouca relação de produção e lucro sobre a terra. Dessa forma, para sustentar a família, alguns fazem trabalhos informais ou trabalham em outras propriedades. Essa afirmativa pode ser identificada na ocupação de duas mães (14,3%). Uma delas, por ter perdido a casa e tudo que nela tinha em um incêndio, mora com os filhos numa pequena casa emprestada pela irmã em sua propriedade e trabalha, esporadicamente, fazendo “bicos” em Camaquã e Porto Alegre. A outra é doméstica em uma outra propriedade, apenas ela exerce atividade remunerada na família, pois o marido faz o trabalho de casa e cuida das crianças. Nesses dois casos, o trabalho assalariado desenvolvido por elas, é a única fonte de renda da família.

Segundo relatório do PROINTER, 85,0% da população do município sobrevive com uma renda que vai de um a três salários mínimos, situação que parece ser ainda pior nessas duas famílias referidas acima (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2002). No entanto, durante o verão, o setor turístico em virtude do balneário, atrai muitos turistas ao município, o pode ser um período propício a muitas famílias, inclusive para as rurais aumentarem a renda mensal e melhorarem, mesmo que transitoriamente, a situação econômica.

Em consequência dessa situação, quando questionadas sobre a possibilidade de ajudarem economicamente alguém, era comum a pesquisadora ouvir comentários do tipo “minha filha, se está difícil para nós, como vamos ajudar alguém?”

Os programas sociais financiados pelo governo brasileiro como a Bolsa Família, são feitos, principalmente, para atingir famílias como as descritas acima. Neste tipo de propriedade, 70,0% das famílias referem receber o auxílio financeiro do Governo. Além do benefício concedido pelo governo, há outra forma de ajuda, que caracteriza um pouco esse tipo de propriedade; ela é representada pelo suporte que muitas famílias recebem dos avós de seus filhos. A pesquisa realizada com os idosos do meio rural de Arambaré sinalizava, de certa forma, essa situação, pois 18,2% deles prestavam auxílio econômico a filhos e netos (SILVA, 2004).

Em contextos rurais, o fato de os idosos receberem aposentadoria, ou serem proprietário de pequenos lotes de terra, conquistados por questões de herança, torna-os fonte segura para os filhos que, em momentos de dificuldade e desemprego, retornam para o convívio e dependência deles. Em pesquisa realizada na região Sul do País, com amostras de domicílios com indivíduos beneficiários da previdência rural, em 90,0% deles a metade de fonte da renda domiciliar provinha do benefício, demonstrando, assim, o importante papel desempenhado por ele para o provimento da família (DELGADO; CARDOSO JR, 1999).

A presença dos avós se dá nas famílias extensas (28,6%), onde eles moram na mesma casa; já, em algumas famílias nucleares (71,4%), eles residiam em outra casa, porém na mesma propriedade.

As condições de moradia das famílias desse tipo de propriedade são caracterizadas por uma imensa variabilidade interna; pois, entre elas encontra-se uma das melhores e uma das piores infra-estruturas habitacionais.

O tipo de construção encontrada em 50,0% das casas, é a alvenaria e o restante é de madeira (28,6%) ou mista (21,4%). Na maioria delas (85,7%), moram três a quatro pessoas que dividem, principalmente, de um a dois cômodos (50,0%) e um quarto (64,3%). Há casos em que um único quarto deve acomodar seis pessoas. Esses números retratam um pouco a precária situação de vida de algumas famílias.

Entre os proprietários, há apenas um caso de uma casa sem luz elétrica. Contudo, o número de casas sem água encanada chama atenção, pois dos oito casos nesta condição, de todo o estudo cinco deles (35,7%) estão nesse tipo de propriedade. Ainda, as instalações sanitárias são

precárias para 35,7%, pois alguns (21,4%) possuem apenas a fossa negra; já, em situação pior, 14,3% utilizam o pinico ou o “mato”.

Essa forma de viver em meio aos limites e à precariedade, pode refletir negativamente sobre as crianças pesquisadas. No que se refere à saúde materno-infantil, as variáveis que compõem essa situação, de forma geral, apresentam a maior porcentagem nas respostas consideradas “quase ideais”; entretanto, há casos opostos e particulares que merecem destaque.

O pré-natal, por exemplo, não foi feito na gestação de duas crianças pesquisadas. A fim de caracterizar essa situação, vale relatar onde esses dois casos descritos acima aconteceram, uma vez que se trata de uma das piores condições de vida presenciadas na pesquisa. As duas crianças são filhas da mesma mãe, uma senhora de quarenta e um (41) anos que tem sete (7) filhos, dos quais, cinco (5) vivem com ela e o marido, um senhor de quarenta e nove (49) anos que faz biscates, em uma casa de madeira de apenas um quarto e sem água encanada. A localidade onde residem é uma área de habitantes irregulares e assentados; entretanto, a mãe das crianças afirma que a propriedade onde moram e dividem o terreno - com a casa de uma filha casada e com a casa de um cunhado -, é deles, segundo ela, o marido havia comprado a propriedade. No primeiro contato com a família, para a coleta dos dados de uma das crianças, a mãe estava grávida de oito meses, não havia feito pré-natal e queixava-se que não estava se sentindo bem. Apesar de ser orientada para a necessidade de ir à Unidade de Saúde e repassar o caso à enfermeira da unidade, nada foi feito. Numa segunda vez que se foi à casa da família, a criança havia nascido, logo foi incluída no estudo.

Entre as crianças desse tipo de propriedade, pela análise dos dados, estão presentes os números que refletem a baixa cobertura da assistência pré-natal de todo o estudo; visto que os únicos dois casos de mães que iniciaram o acompanhamento da gestação somente no terceiro trimestre e os quatro dos cinco casos, em todo o estudo, que realizaram apenas de uma a três consultas, ocorreram entre os proprietários de pequenas propriedades. Essas situações, somadas aos casos sem qualquer assistência pré-natal são resultantes, segundo as mães, das dificuldades que passam por residirem no meio rural (falta de acesso geográfico e funcional).

As conseqüências da falta, ou da baixa qualidade e cobertura da assistência pré-natal para as crianças, podem estar refletindo nos 14,3% de nascimentos pré-termo e nos 58,8% dos nascimentos cujas crianças nasceram com peso insuficiente. Essas duas situações, de forma direta

ou não, podem, ao longo dos anos, influenciar na nutrição das crianças; demonstrando, assim, as inúmeras implicações que acarretam.

Ao serem perguntadas sobre as doenças apresentadas pelas crianças, as mães descrevem uma diversidade de problemas; alguns simples, como um resfriado; outros com complicações mais sérias que resultaram em internação hospitalar. Um exemplo que chama atenção é o de uma menina que foi internada por complicações de um traumatismo craniano, segundo a mãe, o acidente aconteceu quando a criança e toda a família (pais e irmão) dormiam na única cama de casal que há na casa. Ainda, aparecem problemas dermatológicos, giárdia e diarreia, todos eles com estreita relação com a qualidade da água consumida.

Referente à amamentação, no momento da entrevista, 23,5% das crianças ainda mamavam no peito, 64,7% já haviam parado, e uma porcentagem considerável (35,3%) nunca recebeu leite materno. Em relação ao AME, das dezessete (17) crianças em todo o estudo que nunca receberam leite materno exclusivamente, treze (13) delas estão nesse tipo de propriedade. Ainda, nenhuma mãe conseguiu amamentar seu filho até os seis meses, como recomenda o Ministério da Saúde.

A amamentação complementada, em 17,7%, foi realizada mesmo após a criança ter dois anos de idade, chegando uma delas aos trinta e seis meses recebendo leite materno. A realização do aleitamento por um tempo mais prolongado, faz com que a média de meses amamentados seja alto, chegando a 14,7 meses.

O perfil nutricional das crianças filhas de proprietários de pequenas propriedades, segundo os indicadores P/I e P/E, é desfavorável; pois apenas 52,9% e 47,0%, respectivamente, são eutróficas e, ainda, encontram-se casos de desnutrição grave e de obesidade (tabela 23).

Analisando o déficit nutricional, observa-se que a desnutrição já instalada (escore z menor que -2) está presente em todos os índices antropométricos. Constata-se que os únicos casos, em todo o estudo, de desnutrição grave (P/I e P/E) acontecem apenas nesse tipo de propriedade. Ainda, o risco para a desnutrição (desnutrição leve) acomete 11,8% em qualquer um dos índices.

Ao mesmo tempo em que casos sérios de carência nutricional ocorrem, o contrário também se destaca, pois a obesidade (5,9%) e o sobrepeso (17,6%) estão presentes nos índices P/I e P/E.

No caso de obesidade, a criança com excesso de peso é a mesma nos dois índices. Analisando a situação, acredita-se que o problema pode ser fruto, além de outros fatores, de possíveis erros alimentares. Como a criança nunca recebeu leite materno exclusivo, aumenta a vulnerabilidade ao excesso de peso, conforme mostram os cruzamentos neste estudo. Ainda, a

introdução dos alimentos ocorreu precocemente para essa criança e ela privilegia alimentos com pouco ou baixo valor nutritivo, porém calóricos, como bolachas recheadas, salgadinhos, refrigerantes, entre outros.

TABELA 23 – Distribuição da situação nutricional nos índices Peso/Estatura, Estatura/Idade, Peso/Idade, para as crianças filhas de proprietários de pequenas propriedades, Arambaré, RS, 2005.

Índice P/E	População total		Proprietários de Pequenas Propriedades	
	n	%	N	%
Desnutrição Grave	1	1,3	1	5,9
Desnutrição Moderada	2	2,6	1	5,9
Desnutrição Leve	6	7,5	2	11,8
Eutrófia	55	68,8	9	52,9
Sobrepeso	15	18,8	3	17,6
Obesidade	1	1,3	1	5,9
Total	80	100,0	17	100,0
Índice E/I	n	%	N	%
Desnutrição Grave	1	1,3	-	-
Desnutrição Moderada	5	6,3	2	11,8
Desnutrição Leve	15	17,5	2	11,8
Eutrófia	60	75,0	13	76,5
Total	80	100,0	17	100,0
Índice P/I	n	%	N	%
Desnutrição Grave	1	1,3	1	5,9
Desnutrição Moderada	3	3,8	2	11,8
Desnutrição Leve	14	17,5	2	11,8
Eutrófia	50	62,5	8	47,0
Sobrepeso	10	12,5	3	17,6
Obesidade	2	2,6	1	5,9
Total	80	100,0	17	100,0

Fonte: ROCHA, L; pesquisa direta, Arambaré, 2005

O contexto de vida das crianças e de suas famílias, nesse tipo de propriedade, retrata parcialmente as características que fazem a metade sul ser considerada a região mais pobre do Estado. Em Arambaré, a construção histórica do município, pautada no ideal capitalista que privilegia os latifúndios e as tecnologias de cultivo (com maquinários e agroquímicos),

desvaloriza os pequenos agricultores e não fornece subsídios para que eles possam estruturar sua produção e entrar no mercado altamente competitivo. Dessa forma, a pobreza e a falta de expectativas historicamente moldadas, são persistentes e caracterizam esse meio rural.

5.4.4 Assentados

Em Arambaré, há três assentamentos, que se localizam em diferentes estradas secundárias, porém muito próximas da BR 116 (Figura 13). Um deles chama-se Assentamento Santa Maria; o outro, Caturrita e o terceiro é identificado como Assentamento Capão do Leão. Em cada um deles, há uma diversidade na forma de organização social e econômica.

Nesse tipo de propriedade foram encontradas doze crianças, duas pertenciam à mesma família. Entre elas, não havia nenhuma com menos de um ano e a maioria já havia ultrapassado os dois anos de idade.

Entre os pais das crianças assentadas, 54,5% deles estudaram no máximo quatro anos. Esse nível de instrução é bastante baixo e assemelha-se à realidade encontrada na pesquisa realizada no Brasil em 1999, com amostra representativa de famílias assentadas e acampadas ligadas ao Movimento dos Sem-Terras – MST. Neste estudo, a escolaridade da maioria dos chefes de famílias, majoritariamente (92,0%) compostas por homens, é a de primeiro grau incompleto; por outro lado, diferentemente dos pais investigados em Arambaré, 37,3% dos assentados no Brasil são analfabetos. (BRASIL, 2001).

Entre as mães, 18,2% são analfabetas e quase a metade delas tem um baixo nível de instrução (estudou de 1 a 4 anos). Comparando a questão da escolaridade dos assentados de Arambaré com a do estudo realizado no Brasil, há uma semelhança no fato de o analfabetismo ser maior entre as mulheres do que entre os homens (BRASIL, 2001).

A situação socioeconômica das famílias é bastante positiva. Apesar de existir, entre elas, as que passam por maiores dificuldades, estas representam uma minoria, pois 54,5% vivem numa situação superior, 36,4% numa situação intermediária e apenas uma família (9,1%) está numa situação socioeconômica inferior (tabela 24).

TABELA 24 – Distribuição da situação socioeconômica das famílias de assentados pesquisadas, Arambaré, RS, 2005.

Situação Socioeconômica das famílias	População total		Assentados	
	n	%	n	%
Situação Inferior	17	24,0	1	9,1
Situação Média	30	42,3	4	36,4
Situação Superior	24	33,8	6	54,5
Total	71	100,0	11	100,0

Fonte: ROCHA, L; pesquisa direta, Arambaré, 2005

Nesse contexto rural, marcado pela pobreza e pelo acesso restrito à terra e ao mercado competitivo, os assentados se destacam e apresentam, em maioria, um quadro socioeconômico favorável, principalmente, por fazerem parte de um grupo social beneficiado por políticas públicas.

A produção agrícola é desenvolvida por todas as famílias, em 72,7% delas o produto produzido é para consumo e comercialização e, em 27,3%, é apenas para subsistência. Em todo o estudo, unicamente nesse tipo de propriedade encontra-se uma relação de mercado solidificado sobre o produto cultivado.

A diversidade presente em cada assentamento pode ser visualizada na produção agrícola. No assentamento Santa Maria, onde estão duas (2) famílias estudadas, o único produto cultivado é o arroz, que é comercializado e consumido por elas. Apesar de elas não formarem sistemas de cooperativa, são as mais organizadas e as únicas, em todo o estudo, que possuem tratores. Segundo relatório PROINTER, essa estruturação tem relação com a origem desses assentados, por eles serem da própria região, já tinham contato com a produção de arroz, o que facilita organização, o desenvolvimento da produção e comércio do produto (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2002).

No assentamento Caturrita residem oito (8) das famílias estudadas; entre elas, não há tanta homogeneidade como a descrito acima. Em duas (2) famílias, a criação de animais e o cultivo de hortaliças são apenas para subsistência; já em outra, eles vendem os produtos no meio urbano do município para ajudar no sustento da família; em cinco (5) delas, além do cultivo para autoconsumo, também produzem o arroz para comercializar. Vale destacar que esta produção é menor que a do assentamento Santa Maria. Por fim, no assentamento Capão do Leão, a única

família estudada parece viver em condições mais difíceis, pois desenvolve a agricultura familiar apenas para o autoconsumo.

De forma geral, os produtos cultivados para subsistência, nos dois assentamentos, são as chamadas “plantas secas”, que compreendem a batata doce, a mandioca, o milho e o feijão. Há, ainda, a criação de vacas de leite e de galinhas (ovos e carne). Os assentados são os únicos que cultivam feijão e milho. A produção desses grãos pode contribuir para reduzir os gastos com alimentos comprados e proporcionar uma dieta mais diversificada às famílias assentadas.

Comparando a realidade dos assentados de Arambaré com a realidade brasileira, observa-se que a produção para consumo é feita por 67,3% dos assentados no Brasil; fato que, em Arambaré, está presente em todas as famílias. Na realidade brasileira, 7,0% dos assentados e 49,8% dos acampados não produzem nada, o que não ocorre em Arambaré (BRSIL, 2001). Esses últimos números demonstram que a conquista da terra e o estímulo à produção faz com que muitos assentados tenham sua própria fonte de renda e/ou de alimentação, que funciona como estratégia para garantir a reprodução social em meios aos limites de viver em contextos rurais.

Ao serem questionados se ajudam ou recebem ajuda econômica de alguém, todas as famílias referem receber, mas não ajudar ninguém. Vale destacar que em 90,9% dos casos a ajuda provém do governo, especialmente pela Bolsa Família; apenas um caso é referente à pensão que a mãe das crianças do estudo recebe pela morte do marido. O apoio vindo de parentes ou conhecidos é mencionado por uma das mães. Segundo ela, os avós da criança ajudam a família (um casal jovem e a criança), tanto com a moradia no assentamento quanto com a alimentação. A maioria da população assentada do Brasil, diferentemente da de Arambaré, não recebem ajuda econômica; entre os que a recebem (24,6%), ela é fornecida principalmente pelo Governo, como em Arambaré.

As famílias assentadas de Arambaré normalmente são numerosas, do tipo nuclear (54,5%) ou extensa (45,5%). Este último arranjo, no qual encontram-se pessoas de diferentes graus de parentesco vivendo na mesma casa, pode ser fruto de um sentimento de “solidariedade”, despertado neles pelas inúmeras dificuldades passadas antes da concessão da terra. Leite (2003), em artigo publicado sobre orçamento familiar e estratégias socioeconômicas em assentamentos rurais, identificou que, em três assentamentos pesquisados, com o passar do tempo, eles tendiam também a tornarem-se local de moradia para diversas famílias, sejam estas constituídas por filhos dos próprios assentados, sejam por outras pessoas.

As condições das moradias dessas famílias são bastantes diversificadas. Encontram-se casas em boas condições, principalmente as de alvenaria (63,6%), no entanto há outras mais precárias, feitas de madeira com separações de material. Durante o preenchimento do formulário, ficou evidente o desejo que as pessoas tinham de construir casas melhores. De maneira geral, as casas têm de três a quatro cômodos (63,6%), ou mais, e dois quartos (90,9%). Para avaliar a densidade habitacional e a forma como vivem, é preciso pensar na constituição das famílias, como já referido, algumas são numerosas, portanto, formam verdadeiros aglomerados, como é o caso de uma onde onze pessoas dividem apenas dois quartos.

A população desses assentamentos vive em melhores condições do que muitos outros da Região Sul do País, conforme dados da pesquisa já citados. Em Arambaré, por exemplo, 100% das famílias têm luz elétrica, já nos assentados da Região Sul, esse benefício está presente em apenas 52,9% das casas (BRASIL, 2001). A água é encanada em 90,9% das casas em Arambaré, a única que não tem é a de uma família do assentamento Capão do Leão. Ainda, a instalação sanitária, em 81,8% das casas, é com descarga e o restante (18,2%) possui fossa seca (“cacinha”).

Apesar do contato rápido com as famílias, transparece nelas uma grande vontade de trabalhar, produzir e criar alternativas de reprodução social para seus membros. No assentamento Caturrita, é comum pessoas reformando as casas, arrumando os pátios ou trabalhando na lavoura. No assentamento Capão do Leão, a única família estudada, fica distante de qualquer outra casa. Ao analisar-se a situação socioeconômica, é possível dizer que a família passa por inúmeras dificuldades, porém isso não os intimidava, todos eles trabalham na lavoura, cuja produção é para subsistência. A mãe de uma criança deste estudo, uma senhora de certa idade, tinha as mãos calejadas e um discurso que demonstrava o seu envolvimento no trabalho com a terra e sua vontade de mudar a situação atual.

Das crianças assentadas, apenas uma mãe referiu não ter feito o pré-natal, segundo ela, não aceitava a criança que estava sendo gerada, pois já tinha um filho com problemas mentais que exigia muitos cuidados. Essa família é bastante humilde e apresenta características que a difere das demais famílias do assentamento Caturrita, onde mora.

Na análise do estudo com as famílias assentadas no Brasil, entre as mulheres que estavam grávidas ou tiveram filhos, no ano de 1998, a média das que fizeram pré-natal foi de 79,4%. Dentre as regiões, as assentadas da Região Sul apresentaram melhor índice de assistência pré-natal (90,9%) do que as da Região NE, que foi a pior (71,3%) (BRASIL, 2001).

Das assentadas de Arambaré que realizaram pré-natal, 72,7% iniciaram o acompanhamento no 1º trimestre da gestação, índice bastante positivo, se comparado com o das assentadas brasileiras pesquisadas em 1999; destas apenas 51,2% começaram o pré-natal neste período. Nas regiões, o Sul do País houve o pior resultado, pois somente 44,7% iniciaram o acompanhamento no primeiro trimestre (BRASIL, 2001).

Nas inúmeras comparações feitas com a amostra de assentados do Brasil e da Região Sul, entende-se que o grupo social em Arambaré apresenta melhores condições de vida e de acesso às necessidades essenciais e de direito, como é o caso do pré-natal, mesmo em meio as dificuldades de acesso geográfico e funcional pelas quais as mulheres passam neste contexto.

Por outro lado, as condições de nascimento das crianças foram positivas, pois uma única criança nasceu prematura; por outro lado, foi significativa (33,3%) a porcentagem de crianças nascidas com baixo peso ou peso insuficiente.

No que diz respeito às doenças apresentadas pelas crianças, seguindo a tendência do estudo em seu conjunto, os dois problemas mais mencionados foram os ligados ao sistema digestivo, em especial a diarreia, e ao sistema respiratório, como gripes e resfriados. Entretanto, a diarreia foi mais freqüente do que a gripe, o pode ser resultado de um “surto” de diarreia no assentamento Caturrita, conforme o relato de uma mãe. Ainda foi mencionado um caso de desnutrição (identificada nos primeiros meses de vida e acompanhada por nutricionista) e duas anorexias. A falta de apetite referida, no primeiro caso, apresenta relação psicológica da criança ligada ao falecimento do pai; no segundo caso, é relacionada ao aleitamento prolongado, conforme o relato da mãe: “a criança não aceitava nenhum alimento a não ser o leite materno”. Principalmente, entre os assentados, são referidos os problemas ligados à alimentação e à nutrição.

Nas crianças desse tipo de propriedade, apenas uma nunca recebeu leite materno, as demais receberam por algum tempo. O AME não foi dado a 66,7% delas e, das que foram amamentadas exclusivamente, apenas uma foi até os seis meses, conforme recomenda o MS. Em relação ao tempo de aleitamento, 18,2% chegaram ou passaram dos dois anos recebendo leite materno, já uma delas mamou até os quarenta e nove meses (4 anos e 1 mês).

Nos assentados de Arambaré, 90,9% das crianças foram amamentadas. Ao se comparar com a pesquisa feita com amostra de famílias assentadas brasileiras, esse resultado está um pouco abaixo; pois o índice de aleitamento foi de 95,1% para o Brasil em sua totalidade e 93,3% para a Região Sul.

O perfil nutricional das crianças assentadas pode ser considerado positivo, pelo fato de não existir nenhum caso de desnutrição grave nem de obesidade, mas requer cautela, pois há três casos de desnutrição já instalada (Desnutrição Moderada), como mostra a tabela 25.

No índice P/E, 83,3% das crianças são eutróficas, mas há um caso de desnutrição moderada e outro de sobrepeso. Já no índice E/I, aparece uma criança com desnutrição crônica moderada e duas com desnutrição leve. O caso mais grave acomete uma criança que, conforme referia a mãe, já havia sido tratada para desnutrição nos primeiros meses de vida. Nesse caso, a condição atual e crônica do problema pode ser reflexo da situação inicial, potencializada pela persistência de inúmeros elementos que aumentam a vulnerabilidade ao problema, e estão na dependência de cada contexto em que ele acontece.

No índice P/I, há uma criança com desnutrição moderada, duas levemente desnutridas e uma com excesso de peso. Vale ressaltar que a desnutrição moderada, identificada neste e no primeiro indicador, representando um problema agudo, acomete a mesma criança, filha de um casal jovem que, em decorrência dos problemas financeiros, foi para o assentamento morar na casa dos avós da criança.

TABELA 25 – Distribuição da situação nutricional nos índices Peso/Estatura, Estatura/Idade, Peso/Idade, para as crianças filhas de assentados, Arambaré, RS, 2005.

Índice P/E	População total		Assentados	
	n	%	N	%
Desnutrição Grave	1	1,3	-	-
Desnutrição Moderada	2	2,6	1	8,3
Desnutrição Leve	6	7,5	-	-
Eutrófica	55	68,8	10	83,3
Sobrepeso	15	18,8	1	8,3
Obesidade	1	1,3	-	-
Total	80	100,0	12	100,0
Índice E/I	População total		Assentados	
	n	%	N	%
Desnutrição Grave	1	1,3	-	-
Desnutrição Moderada	5	6,3	1	8,3
Desnutrição Leve	15	17,5	2	16,7
Eutrófica	60	75,0	9	75,0
Total	80	100,0	12	100,0
Índice P/I	População total		Assentados	
	n	%	N	%
Desnutrição Grave	1	1,3	-	-
Desnutrição Moderada	3	3,8	1	8,3
Desnutrição Leve	14	17,5	2	16,7
Eutrófica	50	62,5	8	66,7
Sobrepeso	10	12,5	1	8,3
Obesidade	2	2,6	-	-
Total	80	100,0	12	100,0

Fonte: ROCHA, L; pesquisa direta, Arambaré, 2005.

5.4.5 Habitantes rurais irregulares

As duas famílias, habitantes rurais irregulares, são assim classificadas, por não se enquadrarem nos demais tipos de propriedade. Elas residem, irregularmente, em terras localizadas entre a estrada e a cerca que divide as propriedades, assim formando verdadeiras “favelas rurais”. Segundo os relatórios do PROINTER, a vinda dessa população ao meio rural foi

estimulada por políticas públicas que incentivavam o reflorestamento de essências exóticas e tornavam a região um atrativo empregatício para muitas pessoas. Entretanto, com o fracasso da proposta, os que para lá foram logo ficaram desempregados. Ainda, conforme os relatos de profissionais da saúde, no início eram apenas duas famílias, hoje, já são mais de dez. Como nada tem sido feito para reverter essa situação, as chances de haver expansão do número delas é grande (conversa informal registrada em diário de campo).

Em consequência da relação de irregularidade com a propriedade onde moram, tais famílias não recebem qualquer incentivo ou suporte da prefeitura do município, algumas vivem em péssimas condições.

Nesse tipo de propriedade irregular, há quatro crianças pertencentes a duas famílias, estando cada uma em uma faixa etária. Ao perguntar às mães a escolaridade dos pais das crianças, uma delas não sabia informar, pois não tem contato com ele. Ela, uma senhora de quarenta anos, analfabeta, mora com seis dos nove filhos que possui, em uma casa recentemente construída por ela e pelo filho mais velho. Já a outra família, o pai das crianças terminou o ensino fundamental e a mãe estudou quatro anos, ela não trabalhava fora e ele fazia trabalhos esporádicos, como cortar lenha.

As condições socioeconômica e de vida das duas famílias são diferentes em alguns aspectos (moradia, higiene...), entretanto ambas passam por muitas dificuldades e vivem numa situação socioeconômica inferior, como mostra a tabela 26.

TABELA 26 – Distribuição da situação socioeconômica das famílias de habitantes rurais irregulares pesquisadas, Arambaré, RS, 2005.

Condições Socioeconômicas das famílias	População total		Habitantes rurais irregulares	
	n	%	N	%
Situação Inferior	17	23,9	2	100,0
Situação Média	30	42,3	-	-
Situação Superior	24	33,8	-	-
Total	80	100,0	2	100,0

Fonte: ROCHA, L; pesquisa direta, Arambaré, 2005.

Nas duas famílias, há produção para subsistência, mas nenhuma possui horta, apenas possuem animais. Em uma delas, criam uma vaca de leite e galinhas; na outra, criam apenas galinhas.

A ajuda recebida do governo via bolsa família é uma garantia mensal importante para elas, principalmente para aquela, em que apenas o pai trabalha fazendo trabalhos esporádicos; já para outra, o trabalho da mãe e do seu filho minimiza os limites econômicos.

Nas condições de moradia, podem ser identificadas algumas diferenças entre as duas famílias. Naquela em que as pessoas vivem com mais dificuldade, a casa parece um “barraco”, é cheia de vãos e irregularidades nas madeiras que a compõem, tem chão batido, três cômodos e apenas um quarto onde dormem pessoas que certamente vivem abaixo da linha da pobreza. Na outra família, a casa recém-construída de material, ainda sem reboco, tem três cômodos e dois quartos. Ela é o resultado do trabalho e do esforço da mãe e de seu filho mais velho. Essa situação retrata um pouco o protagonismo social e a mobilização de alguns indivíduos, mesmo em meio aos limites materiais e imateriais.

Na melhor casa, há luz elétrica, porém, em ambas não existe água encanada ou qualquer forma de esgoto. Em decorrência disso, os habitantes utilizam para beber e tomar banho a água do poço de um vizinho. Contudo, a realidade nem sempre foi essa para a família com mais dificuldades. Conforme relatos, antes de eles usarem a água do poço raso do vizinho, utilizavam a que corria no valo diante da casa. Esta provém das lavouras, é fétida, e havia causado feridas no corpo das crianças, como pôde ser comprovado pela pesquisadora durante a coleta de dados.

Todas essas informações retratam um pouco a precariedade na qual sobrevive essas famílias, alertando assim, para a necessidade de mobilização dos órgãos competentes para reverter essa situação. A prefeitura entende que se ajudar, estará estimulando esses loteamentos ilegais, então nada faz para melhorar as condições de moradia e nem mesmo proíbe tais habitantes de ali permanecerem. Dessa forma, cada vez mais famílias se instalam no espaço e a pobreza se alastra pelo município, formando, assim, verdadeiras “favelas rurais”.

Mesmo diante desses limites materiais e sem qualquer assistência de saúde (não há nem agente comunitária de saúde para as famílias), chama atenção que, para as quatro crianças, o pré-natal foi feito e com boa cobertura, pois as mães o iniciaram no 1^a trimestre de gestação e fizeram sete ou mais consultas para cada uma das crianças. Deve-se porém, considerar a hipótese de que as famílias não estivessem residindo ali no momento da gravidez das mães.

Uma das mães tem dezoito anos e teve as duas crianças ainda adolescente, uma delas nasceu quando ela tinha dezesseis anos. Nesta gestação, ela teve pré-eclampsia e a criança nasceu

prematura, pesando apenas 1955g. Mesmo com todas as intercorrências, engravidou da segunda criança quando a primeira tinha apenas nove meses.

Das quatro crianças, apenas uma nasceu com peso normal, as demais ou tiveram baixo peso ou peso insuficiente. Nesses casos, alguns aspectos podem ter influenciado tal situação, como a idade da mãe (causas fisiológicas), intervalo curto entre as duas gestações, qualidade da assistência pré-natal recebida e de vida das famílias. Essa última hipótese é comprovada pelo cruzamento feito entre o peso no nascimento (normal ou abaixo do normal) e situação socioeconômica das famílias, uma vez que a significância estatística ($p = 0.01589085$) encontrada pode ser explicada pela relação entre o peso baixo, ou insuficiente, e o nível de vida inferior.

As quatro crianças que habitam esse tipo de propriedade foram amamentadas, porém o aleitamento materno exclusivo foi praticado apenas por uma das mães para suas duas filhas. Uma delas recebeu o leite materno por um mês e a outra por três meses; após, foi substituído por leite de vaca. Em situações como essas, seria interessante investigar por que as mães não continuam amamentando, uma vez que essa prática poderia ajudar tanto na recuperação do peso das crianças quanto na economia mensal das famílias que vivem em condições de extrema precariedade. Já a outra mãe nunca amamentou exclusivamente, entretanto, seus filhos receberam o leite materno por vinte e quatro e dezenove meses (esta última ainda mamava).

A situação nutricional das crianças, filhas dos habitantes rurais irregulares, é bastante desfavorável, no que diz respeito ao déficit nutricional, representado pela desnutrição crônica de longa duração. No indicador E/I, duas estão com desnutrição leve e duas com desnutrição moderada. No indicador P/I, três estão levemente desnutridas e, no indicador P/E, todas são eutróficas, ou seja, não há casos agudos (tabela 27).

Fazendo uma análise geral da situação nutricional das crianças, filhos dos habitantes rurais irregulares e dos demais que habitam outros tipos de propriedades, pode-se dizer que, entre eles o problema da desnutrição e do excesso de peso apresenta algumas variações. Convém notar que a heterogeneidade social marcada na diversidade do contexto, nas formas de vida e nas estratégias de sobrevivência pode estar influenciando o comportamento desigual do estado nutricional das crianças na tipologia e, em virtude disso, levantam-se questões interessantes para estudos subseqüentes. Contudo, pelo resultado da análise epidemiológica, é possível afirmar que pensar e planejar ações de saúde nutricional infantil de forma genérica tem limites e essas dimensões merecem ser repensadas.

TABELA 27 – Distribuição da situação nutricional nos índices Peso/Estatura, Estatura/Idade, Peso/Idade, para as crianças filhas de habitantes rurais irregulares, Arambaré, RS, 2005.

Índice P/E	População total		Habitantes Rurais irregulares	
	n	%	N	%
Desnutrição Grave	1	1,3	-	-
Desnutrição Moderada	2	2,6	-	-
Desnutrição Leve	6	7,6	-	-
Eutrófica	55	68,8	4	100,0
Sobrepeso	15	18,8	-	-
Obesidade	1	1,3	-	-
Total	80	100,0	4	100,0
Índice E/I	n	%	n	%
Desnutrição Grave	1	1,3	-	-
Desnutrição Moderada	5	6,3	2	50,0
Desnutrição Leve	15	17,5	2	50,0
Eutrófica	60	75,0	-	-
Total	80	100,0	4	100,0
Índice P/I	n	%	n	%
Desnutrição Grave	1	1,3	-	-
Desnutrição Moderada	3	3,8	-	-
Desnutrição Leve	14	17,5	3	75,0
Eutrófica	50	62,5	1	25,0
Sobrepeso	10	12,5	-	-
Obesidade	2	2,6	-	-
Total	80	100,0	4	100,0

Fonte: ROCHA, L; pesquisa direta, Arambaré, 2005.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo foi desenvolvido a fim de caracterizar as condições de vida e de saúde, em especial as nutricionais, das crianças menores de cinco anos do meio rural de Arambaré/RS. Em face disso, procura-se situar as condições em um contexto geral, do município em seu conjunto, e em um particular, dentro da diversidade social encontrada e de suas inter-relações com a situação nutricional das crianças, uma vez que a complexidade que envolve os problemas de sua ordem requer a compreensão não só dos aspectos biológicos e individuais, mas também dos referentes ao coletivo e suas heterogeneidades.

O interesse pelas questões nutricionais e a possibilidade de estudá-las em uma realidade pouco explorada, o meio rural, foram possíveis a partir da inserção deste estudo no Programa Interdisciplinar de Pesquisa – PROINTER. No município de Arambaré, pertencente à área empírica do Programa, essa problemática de estudo emergiu, entre outros aspectos, da falta de dados secundários sobre a nutrição das crianças rurais. Havia uma lacuna em informações deste tipo e, por conseguinte, no diagnóstico e nas ações de saúde para enfrentar esses problemas.

As informações obtidas nas diferentes *situações* (sociodemográfica, socioeconômica, de saúde materno-infantil, alimentar e nutricional) que caracterizam as crianças e sua família indicam algumas reflexões. O município de Arambaré apresenta, segundo o diagnóstico geral da área empírica do PROINTER (PGDR, 2005), uma situação sociodemográfica “progressiva”, que é resultado, principalmente, do crescimento da população tanto em idade ativa quanto idosa maior do que a de crianças, o que caracteriza a redução da base da pirâmide etária. Nesta pesquisa, essa situação é retratada pela faixa-etária das crianças que, em maioria estava acima dos dois anos de idade, demonstrando assim, a queda da natalidade já identificada no município pelo Sistema de Informação de Nascidos Vivos, entre 1999 e 2003 (RIO GRANDE DO SUL, 2005).

As famílias estudadas são formadas, geralmente, por casais jovens, havendo algumas mães adolescentes. Estas, diferentemente do que se observa em muitas realidades urbanas, vivem com o pai da criança e independentes da família de origem. Neste tipo de sociedade acredita-se, que o casamento ou a união informal, muitas vezes com homens mais velhos, possa representar para as mulheres uma estabilidade econômica e social de vida.

Para muitas famílias, a escolha pelo meio rural está relacionada à possibilidade de um emprego mesmo com baixa escolaridade, como é o caso de muitos pais, já que o trabalho atrelado à agricultura não exige um nível de instrução elevado. Por outro lado, a vinda ou a permanência de algumas famílias no meio rural deve-se à presença dos avós da criança. Estes, ou pela posse da terra ou pela aposentadoria, tornam-se um “porto seguro” para os filhos nos momentos de dificuldades. Somado a essas duas situações, há também aquelas famílias que vivem informalmente na “beira das estradas” e formam verdadeiras “favelas rurais”; assim representando uma nova configuração do espaço rural e criando um problema social para o município, o que requer medidas de controle e assistência.

A situação socioeconômica, caracterizada por um indicador de condições de vida, mostrou-se diversa, pois retratou três diferentes situações, também observáveis durante a coleta de dados. Vale ressaltar que o fato de algumas famílias viverem em situação superior não garante ótimas condições de vida materiais, uma vez que a pobreza rural marcante, na metade sul do Estado, apresenta-se de forma intensa neste contexto. O fato de não existirem crianças filhas de grandes proprietários, contribuiu para tal resultado, porque são eles que concentram grande parte do lucro do setor primário do município. Os pequenos proprietários estudados, em decorrência do baixo poder de competitividade, apenas produzem para a subsistência ou alguns nada produzem. Nessas famílias, a forma de sobrevivência se dá por meio de trabalhos informais ou de empregos nas grandes propriedades. Os assentados, outro grupo social identificado, são os únicos que estabelecem uma relação consolidada de comércio da produção agrícola e, ainda, entre eles há maior diversidade na produção para subsistência; demonstrando, assim, que o incentivo de políticas públicas, em meio ao processo de “desconcentração de terra” e valorização da agricultura familiar, mostram resultados positivos.

A pobreza que assola a população do estudo pode ser notada pelo grande número de famílias que recebem ajuda de programas sociais do governo, como o Bolsa Família. Esta, para algumas famílias, é a única fonte de renda mensal segura. Ainda, relacionado à ajuda recebida ou fornecida pelas famílias, acredita-se que situações informais e corriqueiras de entre-ajuda não foram mencionadas, especialmente entre as famílias assalariadas de grandes propriedades, em que a proximidade entre as casas favorece relações de solidariedade, as quais podem ajudar a minimizar os problemas vivenciados.

Nessas grandes propriedades, mas não somente nelas, encontram-se boas condições de infra-estrutura habitacional (canalização de esgoto, instalação elétrica e sanitária), contudo há realidades muito precárias. A qualidade da água consumida é um problema para todas as famílias; vinda quase sempre do lençol freático contaminado, como constatado pelas pesquisas de campo realizadas pelo PROINTER, ela estabelece uma relação estreita com a saúde dos indivíduos, em especial com a das crianças que, em fase especial de formação, estão mais susceptíveis ao adoecimento. Vale ressaltar que a qualidade da água consumida no meio rural emerge, tanto como um importante aspecto a ser repensado pelos órgãos públicos municipais, quanto como questão para estudos sobre a relação entre saúde e meio ambiente.

Entre os elementos relacionados à saúde materno-infantil, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde pela população rural é identificada na pesquisa. Acredita-se que essa situação contribui - além de ser uma prática cultural com valor terapêutico e recorrente no meio rural -, para a escolha das mães pelo uso de chás e ervas como primeiro recurso nos casos de doenças consideradas simples. Na atualidade, a realização do acompanhamento pré-natal, no município, representa dificuldade de acesso geográfico e funcional às gestantes rurais; em meio aos limites econômicos, a dependência do transporte público e a baixa oferta de serviços especializados, o pré-natal conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, torna-se difícil.

Investir na atenção pré-natal e no parto, de forma a facilitar o acesso a todas as gestantes e oferecer um acompanhamento de qualidade, produz resultados, não apenas imediatos, mas também, a longo prazo, uma vez que estabelece estreita relação com a saúde do neonato, inclusive a nutricional. Neste sentido, os casos identificados de intercorrências durante gestação/parto/após nascimento, como prematuridade e baixo peso e a relação deles com a assistência pré-natal e com a assistência ao parto poderiam, por meio de estudos de caso, fornecer subsídios ao município sobre a qualidade, a oferta e o acesso aos serviços prestados.

No que se refere às doenças apresentadas pelas crianças, destacam-se principalmente problemas respiratórios e diarreias. Contudo, esse resultado pode ter sido influenciado pelo período de inverno, em que a pesquisa ocorreu. É interessante observar que os problemas nutricionais quase não aparecem, contudo, os casos relatados, todos de desnutrição, haviam sido tratados. O excesso de peso, muitas vezes aparente nas crianças, não é referido como problema de saúde, a cultura difundida na sociedade, pela mídia, de que criança saudável e bonita é a “gordinha”, pode estar influenciando as representações da doença.

É possível notar que apenas a percepção da mãe sobre a baixa aceitação do alimento pela criança é motivo de uma busca pelo atendimento médico. Após o diagnóstico do problema nutricional, as mães recebem orientação sobre a dieta alimentar; no entanto elas não estabelecem continuidade de assistência até que o estado nutricional da criança seja restabelecido. Isso resulta na persistência do déficit nutricional na maioria dessas crianças, como constatado na avaliação nutricional realizada na pesquisa.

O acompanhamento mensal das crianças, em especial das menores de um ano, pelos profissionais da saúde, é um procedimento presente em poucas famílias, uma vez que a maioria busca apenas os serviços de saúde nos casos de doença. Entretanto, em meio à dificuldade de acesso vivida pela população e a baixa oferta dos serviços existentes - não há qualquer ação de saúde relacionada à puericultura ou mesmo ao atendimento pediátrico-, esse resultado é, até certo ponto, esperado. Nas famílias que dispõem de convênios de saúde via Sindicato Rural, o acompanhamento pediátrico das crianças se dá com maior frequência, além de ser este o principal recurso utilizado por elas.

No que se refere à alimentação das crianças, alguns elementos interessantes são identificados. O primeiro deles é o fato do Aleitamento Materno Exclusivo (AME) não ser uma prática comum entre elas; já o aleitamento materno total é realizado por um tempo mais prolongado. Esse resultado é semelhante ao de estudos que afirmam que as mulheres rurais valorizam a amamentação. Entretanto, torna-se imprescindível desenvolver estudos aprofundados sobre prática do AME, identificando quais são os elementos que modulam tais condutas. Por outro lado, o aleitamento materno prolongado surge como preocupação para algumas mães, uma vez que a criança, nesse regime alimentar, sente dificuldade de aceitar outros alimentos, o que estaria interferindo na situação nutricional delas. Ao considerar a realidade de vida de muitas famílias, questiona-se a preferência pelo leite materno não estaria sendo influenciada pela dieta alimentar monótona e pouco variada que dificilmente atraem as crianças.

A introdução alimentar para as crianças, de forma geral, acontece precocemente; além disso, os alimentos industrializados e as chamadas “guloseimas” ganham espaço na dieta das crianças rurais. A adoção de padrões/modelos alimentares urbanos pela população rural é favorecida, na atualidade, pelo baixo custo dos alimentos, que os torna acessíveis à população de todos os estratos sociais. Aliados a isso, a propaganda na mídia estimula o consumo e a presença de locais no meio rural que vendem tais produtos. É possível pensar que essa influência de

consumo logo estará se refletindo na transição nutricional (característica do meio urbano), no meio rural; exigindo, assim, novas formas de abordar a alimentação nesse contexto.

A influência econômica e as representações do alimento também são elementos identificados que podem estar influenciando o aporte nutricional das crianças. A partir das constatações sobre a alimentação das crianças rurais de Arambaré, a realização de estudos sobre concepções de alimentos e sobre práticas e representações alimentares permitiria, além de outros aspectos, de melhor compreender as relações entre a nutrição e a alimentação das crianças pesquisadas.

Essas informações que retratam o contexto de vida das crianças e sua família servem de subsídio para políticas e para ações de saúde voltadas para a população rural do município, especificamente, no que se refere à questão nutricional infantil, pelo fato dos problemas dessa ordem apresentarem uma prevalência preocupante, como mostra a pesquisa.

A desnutrição, seguindo a tendência nacional, exhibe nos casos crônicos (E/I), a maior prevalência do problema que, conforme mostram as análises e os cruzamentos de variáveis, é influenciado pela escolaridade materna e pelo peso da criança ao nascer. Acredita-se que o primeiro elemento está relacionado com o grau de instrução da mãe e não com questões econômicas, uma vez que diferente do meio urbano, no meio rural, as opções de emprego e de renda não variam com o aumento dos anos de estudo. Também, igualmente importante, é a necessidade de estudos aprofundados sobre as estratégias desenvolvidas pelas mães que, nesse caso, parecem não ser duradouras a longo prazo, a ponto de minimizarem tal situação nutricional. Já o segundo elemento sinaliza a importância de investir e de repensar no acesso e na qualidade da atenção pré-natal disponível no município, visto que há estreita ligação entre ela e o peso da criança ao nascer.

Ao se observar os casos já instalados de desnutrição (escore $z < -2$), nos três índices antropométricos (peso/estatura, estatura/idade e peso/idade), o meio rural de Arambaré encontra-se em situação desfavorável em relação à Região Sul do País. A situação é, ainda, pior ao somar-se a esses números os casos de risco para a desnutrição. Considerando as consequências desse problema sobre a saúde infantil, seria necessário que os serviços de saúde investissem em medidas de intervenção, de controle e, principalmente, de monitoramento, no intuito de acompanhar esses casos e prevenir casos potenciais. Salienta-se o papel desempenhado pelo

enfermeiro que, por meio de consultas de puericultura e de visitas domiciliares poderia desempenhar ações de promoção e proteção à saúde da criança e da sua família.

O excesso de peso, outro problema nutricional investigado, tem no sobrepeso (P/E), uma prevalência acima de esperado para populações saudáveis, o que pode representa a importância de investigar essa questão no meio rural, uma vez que pode emergir como uma “nova” e preocupante realidade nutricional infantil nesses contextos. Os cruzamentos demonstram que problemas de excesso nutricionais estabelecem estreita relação com a não realização do Aleitamento Materno Exclusivo (AME), que além de todas as contribuições orgânicas e fisiológicas, retarda a introdução alimentar que, neste caso, é identificada por apresentar possíveis “erros alimentares”.

O resultado do perfil nutricional das crianças do meio rural de Arambaré, além de demonstrar uma situação desfavorável em tal contexto, vem desconstruir a idéia de que o acesso à produção de subsistência e à diversidade alimentar, não eliminaria problemas nutricionais. Entretanto as precárias condições de vida e a dificuldade de desenvolver uma agricultura de subsistência, em especial para a população pesquisada, colocam em cheque tal concepção. Vale ressaltar, conforme o próprio estudo demonstrou, a complexidade que envolve o problema nutricional e que dificulta antever aspectos causais explicativos. A exemplo, dentro da heterogeneidade social representada pelos cinco tipos de propriedades, foi possível constatar a diversidade na distribuição dos problemas, uma vez que, entre estes diferentes tipos, o problema da desnutrição e do excesso de peso apresentaram algumas variações.

Em síntese, entre os assalariados de grandes e pequenas propriedades, não há desnutrição já instalada; por outro lado, entre os primeiros, é maior a prevalência de excesso de peso. Em relação à desnutrição, tal resultado difere do encontrado em dois estudos realizados sobre nutrição infantil na população rural, que identificam maior déficit nutricional nas crianças filhas de famílias assalariadas do que nas filhas de proprietários rurais (SICHERI *et al.*, 1993; VICTORA, 1986).

Em face disso, os resultados encontrados nesse estudo demonstraram que não se pode desconsiderar nem a diversidade de contextos rurais, nem as estratégias criadas pelos atores sociais para resolver os problemas de ordem material e imaterial. Isso foi demonstrado, particularmente, pelo fato de os proprietários de pequenas propriedades, em Arambaré viverem, em maioria, de forma precária sem produzir nada, ou apenas produzindo algumas hortaliças para

subsistência na propriedade. Isso faz pensar que, nesse meio rural, a garantia de um salário, de uma moradia e de benefícios de saúde provenientes do sindicato rural aos assalariados interfere, de alguma forma, reduzindo, assim, a vulnerabilidade à desnutrição entre as crianças pertencentes a esse grupo social. Já, entre os assentados e os proprietários de pequenas propriedades, coexistem os dois problemas nutricionais. Acredita-se que ambos são frutos da insegurança alimentar e são modulados por diversos aspectos, que vão além das questões econômicas como demonstra a análise bivariada.

Por fim, as crianças das famílias com habitações irregulares, possuem algum grau de desnutrição, especialmente crônica, mas o excesso de peso não foi encontrado. Acredita-se que o baixo peso ou o peso insuficiente no nascimento, apresentado pelas crianças e agravados pelas condições precárias de vida e de exclusão social, em meio à condição irregular em que vivem, pode ter influenciado essa situação.

É difícil supor que apenas um aspecto seja suficiente para explicar uma questão tão complexa, como a presença ou a ausência dos problemas nutricionais. Pensa-se que a vida cotidiana, as peculiaridades de cada família, o protagonismo ou o imobilismo delas, modulam diferentes graus de vulnerabilidade ao adoecimento e impedem a construção de modelos causais estanques e replicáveis em todos os contextos, sendo necessário, portanto, relativizá-los a cada realidade em que se tenta compreender a desnutrição e/ou a obesidade presente.

A presença do sobrepeso, em contextos rurais, denuncia uma realidade emergente que precisa ser melhor compreendida e considerada por pesquisas e pelas políticas públicas de atenção à alimentação e à nutrição, sobretudo as que se destinam à população rural.

A partir da heterogeneidade social presente em Arambaré, ilustrada pela situação de cada família e pela diversidade dos problemas nutricionais apresentados pelas crianças, pode-se dizer que a compreensão das dinâmicas sociais torna-se imprescindível, uma vez que são elas que informam a todos como as sociedades se estruturam e se diferenciam, de acordo com as diferentes lógicas que, até certo ponto, modulam os comportamentos dos indivíduos e repercutem sobre a sua saúde e, neste caso particular, sobre a saúde das crianças.

Acredita-se que este estudo serve de incentivo para a realização de outros que possam contribuir na produção de conhecimento para o entendimento da saúde nutricional infantil no meio rural e fornecer subsídios para políticas públicas, que considerem as particularidades de cada realidade, e também as dinâmicas sociais para seu enfrentamento e, assim, poderem

interferir efetivamente na compensação/eliminação das desigualdades sociais existentes nos municípios da Metade Sul do Rio Grande do Sul.

Acredita-se também que esse estudo pode dar seguimento às pesquisas da interface disciplinar da saúde, no âmbito do PROINTER, sendo replicado nos outros municípios da área empírica, impulsionando novas questões de pesquisa sobre a saúde nutricional infantil e sua relação com as dinâmicas sociais/naturais das famílias rurais, a fim de contribuir para a compreensão do desenvolvimento rural sustentável e “saudável”.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, C.C.B. **Situação alimentar, nutricional e de vida das crianças menores de dois anos de Paranaguá.** 2004. 309f. Tese (Curso de Pós-Graduação em Meio Ambiente e Desenvolvimento/UFPR), Curitiba, 2004.
- ALMEIDA, J.; GERHARDT, T.E.; MIGUEL, L.A. Pesquisa interdisciplinar na pós-graduação: (des)caminhos de uma experiência em andamento. **Revista Brasileira de Pós-Graduação**, Brasília, v. 1, n. 2, nov. 2004. p. 116-140.
- ALMEIDA, S.S; NASCIMENTO, P.C.B.D; QUAIOTI, T.C.B. Quantidade e qualidade dos produtos alimentícios anunciados na televisão brasileira. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 36, n. 3, jun. 2002.
- ALBUQUERQUE, F.J.B. Psicologia Social e formas de vida rural no Brasil. **Psic. Teor e Pesq**, Brasília, v.18, n.1,jan/abr. 2002.
- AQUINO, R.C.de; PHILIPPI, S.T. Consumo infantil de alimentos industrializados e renda na cidade de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 36, n. 6, dez. 2002.
- ASSIS, A. M. O. *et al.* Prática do aleitamento materno em comunidades rurais do semi-árido baiano. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 28, n. 5, out. 1994.
- AYRES, J.R. de C.M. *et al.* O Conceito de Vulnerabilidade e as Práticas de Saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (Orgs.). **Promoção da Saúde**. Conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2003. p.117-139.
- BALABAN, D. *et al.*. O leite materno previne o sobrepeso na infância? **Rev. Brás. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v4, n.3, jul./set. 2004.
- BARROS, F.C. *et al.*. Saúde materno-infantil em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: principais conclusões da comparação dos estudos das coortes de 1982 e 1993. **Cad. Saúde Pública**, vol.12, suppl.1. 1996. p.87-92.
- BARROS, F.C.; VICTORA, C.G. **Epidemiologia da Saúde Infantil**. Um manual para diagnóstico comunitário. São Paulo: HUCITEC-UNICEF, 1998.
- BATISTA FILHO, M. Alimentação, Nutrição e Saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. de. **Epidemiologia e Saúde**. 6 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p.389-414.
- BATISTA FILHO, M.; RISSIN, A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, suppl.1, 2003.
- BENFAM (Sociedade Civil Bem-estar Familiar no Brasil) 1997. **Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde 1996**. Rio de Janeiro: BENFAM, 1997.

BRASIL, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Pesquisa de Orçamentos familiares, 2002-2003**. Rio de Janeiro: IBGE, 2004a.

BRASIL, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Censo Demográfico 2000**. Rio de Janeiro: IBGE, 2000.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Antropometria: como pesar e medir**. Disponível em: <http://portalweb01.saude.gov.br/alimentacao/documentos/album_antropometria.pdf>. Acesso em 20 novembro de 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição**. Disponível em: <<http://portalweb01.saude.gov.br>>. Acesso em setembro de 2004b.

BRASIL, Ministério da Saúde **Guias alimentares para crianças menores de dois anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Indicadores e Dados Básicos – Brasil 2004** (IDB). Disponível em : < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2004/matriz.htm>>. Acessado em setembro de 2005a.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual de Orientações sobre a Bolsa Família – 1. ed**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Relatório de Gestão – 2004**. Coordenação Geral da Vigilância Alimentar e Nutricional. Brasília: Ministério da Saúde, 2005c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação do Programa Bolsa-Alimentação: segunda fase** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2005d.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004c.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Diagnóstico de Saúde e Nutrição da População do Campo: levantamento de dados e propostas de ação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004d.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde dos Trabalhadores Rurais de Assentamentos e Acampamentos da Reforma Agrária**. Brasília: Ministério da Saúde/UnB, 2001. (Série Avaliação n.7).

BRASIL, Ministério da Saúde. **SISAGUA**. Disponível em: < <http://dtr2001.saude.gov.br/svs/amb/pdfs/sisagua.pdf>> Acesso em janeiro de 2006.

BRASIL, Ministério de Minas e Energia. **Luz para todos**. Disponível em: < http://www.mme.gov.br/programs_display.do?chn=688&pag=971>. Acesso em outubro de 2005e.

BRASIL, 1996 RESOLUÇÃO (BRASIL), Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos**. Resolução Nº 196, de 10 de outubro de 1996 (Brasília, 1996).

BRUMER, A. Previdência social rural e gênero. **Sociologias**. Porto Alegre, n.7, jan./jun. 2002.

BUDÓ, M. de L. D. **A prática de cuidados em comunidades rurais e o preparo da enfermeira**. Florianópolis: UFSC/PEN, 2002.

CASTRO, T.G. de. *et al.* Saúde e Nutrição de crianças de 0 a 60 meses de um assentamento de reforma agrária, Vale do Rio Doce, MG, Brasil. **Rev. Nutr**, Campinas, v.17, n.2, p. 167-176, abr./jun. 2004.

CENTERS OF DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Epi Info versão 6**: Um sistema de processamento de texto, banco de dados e estatística para Epidemiologia em microcomputadores. Atlanta, Georgia, 1994.

CHABAN JUNIOR, N; MAQUERA, A.E.R; LOPES, C.M. Prevalency of the Pregnancy in Adolescents in a Villa, Acre - Brazil. **Online Brazilian Journal of Nursing**. v.2, n.3, December 2003 [Online]. Disponível em: www.uff.br/nepae/objn203chabanjuniorretal.htm.

CIAMPONE, M.H. *et al.* Representações sociais da equipe de enfermagem sobre a criança desnutrida e sua família. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.7, n.3, p.17-24, jul. 1999.

COELHO, F.M.G. *et al.* Educação para promoção da saúde infantil em um assentamento da reforma agrária, Vale do Rio Doce (MG). **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 739 – 748. 2005.

CORSO, A.C.T., *et al.* Sobrepeso em crianças menores de 6 anos em Florianópolis, SC. **Rev. Nutr**. Campinas, v.16, n.1, jan./mar. 2003.

DELGADO, G.C.; CARDOSO JUNIOR, J.C. **O Idoso e a Previdência Rural no Brasil: a experiência recente da universalização**. Texto de Discussão n. 688. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada: 1999.

DIAS, M.; ATHAYDE, P. Gordos e Desnutridos. **Rev. Carta Capital**, 12 de janeiro de 2005, p.24-30.

FAO (Organização das Nações Unidas para a Agricultura e a Alimentação)/OMS (Organização Mundial de Saúde), 1974. **Conferencia Mundial de los Alimentos**. Roma: FAO.

FERNANDES, B.S. *et al.* **Vencendo a desnutrição: abordagem clínica e preventiva.** 1 ed. São Paulo: Salus Paulista, 2002. (Coleção Vencendo a Desnutrição).

FERREIRA, H. da S. Estado nutricional de crianças menores de dez anos residentes em invasão do “Movimento das Sem-Terra”, Porto Calvo, Alagoas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n.1, p. 137-139, jan./mar. 1997.

GERHARDT, T.E. **Anthropologie et santé publique: approche interdisciplinaire. Pauvreté, situations de vie et santé au quotidien à Paranaguá, Paraná, Brésil.** 2000. 362f. Tese (Doutorado em Antropologia Social), Université de Bordeaux 2, França, 2000.

GERHARDT, T.E. Interfaces entre saúde pública e antropologia em torno das questões das desigualdades sociais no meio ambiente. (**Projeto de Pesquisa**) Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2002.

GERHARDT, T.E.; NAZARENO, E.R.; NOVAKOSKI, L.E.R. Desigualdades sociais e situações de vida em Paranaguá. [**Relatório de pesquisa do Programa Interdisciplinar de Pesquisa Espaço urbano, situações de vida e saúde: o caso de Paranaguá**]. Doutorado em Meio Ambiente e Desenvolvimento UFPR. Curitiba; 1997.

GERHARDT, T.E.; NAZARENO, E.R. Diálogo entre a epidemiologia e a antropologia nas questões de saúde In: RAYNAUT, C. *et al* (Orgs.). **Desenvolvimento e Meio Ambiente** – em busca da Interdisciplinaridade pesquisas urbanas e rurais. Curitiba: Ed da UFPR, 2002. p.103-125.

GIUGLIANI, E.R.J.; VICTORA, C.G. Alimentação Complementar. **J. Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 76, Supl. 3, p. S253 – S262. 2000.

GOLDENBERG, P. **Repensando a desnutrição como questão social.** 2 ed. São Paulo: Cortez. 1989 (Séries Pesquisas)

GRAZIANO DA SILVA, J. **O novo rural brasileiro.** Campinas, UNICAMP, Instituto de economia, 1999 (Coleção Pesquisa,1).

HELMAN, C.G. **Cultura Saúde e Doença.** 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2003. Tradução.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). **Estudo Nacional da Despesa Familiar – ENDEF 1974:** Manual de Instrução. Rio de Janeiro: IBGE, 1974.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). **Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar – PNAD 2003.** Disponível em: <www.ibge.com.br>. Acesso setembro de 2005.

INAN- Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. **Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição – Resultados Preliminares.** Brasília: Cultura, 1990.

INCRA, **Perguntas e respostas sobre a reforma Agrária**. Disponível em :<http://www.incra.gov.br/_fale/faqs.htm#2>. Acesso setembro de 2005.

IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada). **Altas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2000**. Disponível em <http://www.ipea.gov.br/>>. Acesso em outubro de 2005.

LEAL, M. do C.; BITTENCOURT, S.A. Informações Nutricionais: o que se tem no país. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.13, n.3, p. 551-555, jul./set. 1997.

LEROY, J.P. Debatendo o capítulo ambiente, espaço, território e o Campo da Saúde: a agricultura. In: MINAYO, M.C.S; MIRANDA, A.C. (Orgs). **Saúde e Ambiente Sustentável: estreitando nós**. Rio de Janeiro: Ed, FIOCRUZ, 2002, p.61-66.

MARQUES, M.B. **Discurso Médico sobre os seres frágeis**. Rio de Janeiro: Editor FIOCRUZ, 2000.

MONTE, C.M.G. Desnutrição: um desafio secular à nutrição infantil. **J. Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 76, supl.3, p. S285–S297, 2000.

MONTEIRO, C.A. A dimensão da pobreza, da desnutrição e da fome no Brasil. **Estud. Av**, São Paulo, v.17, n.48, maio/ago.2003.

MONTEIRO, C.A. Evolução da Nutrição Infantil nos anos 90. In: MONTEIRO, C.A. (Org.). **Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e das doenças**. 2.ed. São Paulo: Ed. Hucitec, Nupens/USP, 2000. p. 375-392.

MONTEIRO, C.A; BENÍCIO, M.H.D; FREITAS, I.C.M. Evolução da Mortalidade Infantil e do retardo no crescimento nos anos 90: causas e impacto sobre a desigualdades regionais. In: MONTEIRO, C.A. (Org.). **Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e das doenças**. 2.ed. São Paulo: Ed. Hucitec, Nupens/USP, 2000a. p.393-420.

MONTEIRO, C.A; CONDE, W.L. Evolução da Obesidade nos anos 90: a trajetória da enfermidade segundo estratos sociais no Nordeste e Sudeste do Brasil. In: MONTEIRO, C.A. (Org.). **Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e das doenças**. 2.ed. São Paulo: Ed. Hucitec, Nupens/USP, 2000a. p.93-114.

MONTEIRO, C.A; CONDE, W.L. Tendência secular da desnutrição e da obesidade na infância na cidade de São Paulo (1974-1996). **Rev.Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, supl. 6, 2000b, p.52-61.

MONTEIRO, C.A. *et al*. Evolução da Desnutrição Infantil. In: MONTEIRO, C.A. (Org.). **Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e das doenças**. 2.ed. São Paulo: Ed. Hucitec, Nupens/USP, 2000a. p. 421-431.

MONTEIRO, C.A. *et al*. Da Desnutrição para a Obesidade: a transição nutricional no Brasil. In: MONTEIRO, C.A. (Org.). **Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e das doenças**. 2.ed. São Paulo: Ed. Hucitec, Nupens/USP, 2000b. p. 247-255.

MELLO, E.D.de; LUFT, V.C.; MEYER, F. Obesidade infantil: como podemos ser eficazes? **J. Pediatria**. Rio de Janeiro, v. 80, n. 3, maio/jun. 2004.

MINTZ, S.W. Comida e Antropologia: uma breve revisão. **Revista Bras. Ci. Soc.**, São Paulo. v.16 n.47, out. 2001.

NCHS (National Center for Health Statistics). **Growth Curves for Children, Birth- 18 years**. United States. Department of health, Education and Welfare (PHS). MD: National Center for Health Statistics, 1977.

NEUMANN, N.A. *et al.*. **Qualidade e equidade da atenção ao pré-natal e ao parto em Criciúma, Santa Catarina, Sul do Brasil**. Rev. Bras. Epidemiol. São Paulo. v.6 n.4. dez. 2003.

NGUYEN, V.T. *et al.*. Fat intake and adiposity in children of lean and obese parents. **American Journal of Clinical Nutrition**, v. 63, p. 507- 513, 1996.

NOVAKOSKI, L. E. R. **As desigualdades socioambientais e a utilização dos serviços de saúde**. 1999. 322 f. Tese (Doutorado em Meio Ambiente e Desenvolvimento) – Universidade Federal do Paraná e Université Bordeaux 2, Curitiba, 1999.

PGDR. Evolução e diferenciação da agricultura, transformação do meio rural e desenvolvimento sustentável em municípios da planície costeira e do planalto sul do Rio Grande do Sul: uma abordagem interdisciplinar. Diagnóstico geral do estudo. Porto Alegre, Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Rural (UFRGS), **Relatório de Pesquisa**, 2005.

POST, C.L. *et al.*. Desnutrição e Obesidade infantil em duas coortes de base populacional no sul do Brasil: tendências e diferenciais. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.12, Supl. 1. p. 49-57. 1996.

RAYNAUT, C.E.C. approches sociales de l'alimentation infantile en milieu urbain africain. Guide méthodologique. In: **L'enfant en milieu tropical**, n. 201, CIE. 1992. p. 73

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Mães de menor escolaridade e a queda da natalidade no Rio Grande do Sul. **Bol.Epidemiológico**. v. 6, n.3, set., 2004a.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Núcleo de Informações em Saúde. **Estatística de Nascimentos: nascidos vivos 2003**. Porto Alegre, 2004b.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Núcleo de Informações em Saúde. **SINASC**. Disponível em: <www.saude.rs.gov.br>. Acesso em novembro de 2005.

ROESE, A. **Fluxos e acesso dos usuários a serviços de saúde de média complexidade no município de Camaquã, RS**. 2005. 200f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem/UFRGS), Porto Alegre, 2005.

ROSSATO, R. **Século XX: urbanização e cidadania**. Santa Maria: Palloti, 1996.

ROTENBERG, S. DE VARGAS, S. Práticas alimentares e o cuidado de saúde: da alimentação da criança à alimentação da família. **Rev. Brás. Saúde Mater. Infant.**, Recife, V4, n.1, jan./mar. 2004.

ROUQUAYROL, M. Z; ALMEIDA FILHO, N.. **Epidemiologia e Saúde**. 6 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

SCHNEIDER, S. Rurbanização e pluriatividade: o mercado de trabalho não-agrícola e a pluriatividade das famílias em áreas rurais (um estudo de caso). In: CARVALHO, F.; GOMES, M.M.; LÍRIO, V.S. (Orgs). **Desigualdade social: pobreza, desemprego, e questão agrária**. Viçosa, 2003, p. 151 – 188.

SCHNEIDER, S.; FIALHO, M.A.V. **Pobreza rural, desequilíbrios regionais e desenvolvimento agrário no Rio Grande do Sul**. Teoria e evidência Econômica. Passo Fundo-RS, v. 8, n. 15, p. 117 – 149. 2000.

SICHERI, R. *et al.* Estado nutricional de crianças e relações de trabalho da família em uma comunidade rural do Paraná, Brasil. **Cad.Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.9, supl. 1. 1993.

SIGULEM, D.M.; DEVINCENZI, M.U.; LESSA, A.C. Diagnóstico de estado nutricional de crianças e adolescentes. **J. Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 76, supl.3, p. S275–S284, 2000.

SILVA, G.A.P; BALABAN, G.; MOTTA, M.E.F.A. Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes de diferentes condições socioeconômicas. **Rev. Brás. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 5, n.1, jan./mar., p. 53-59. 2005.

SILVA, J. L. A. **O Idoso do Município de Arambaré, RS: um contexto rural de envelhecimento**. 2004. 175f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem/UFRGS), Porto Alegre, 2004.

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

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais** – a pesquisa qualitativa em educação – o positivismo, a fenomenologia e o marxismo. São Paulo: Editora Atlas, 1987.

UNGLERT, C. V. S. O processo de territorialização em saúde no município de São Paulo. In: TEIXEIRA, C. F.; MELO, C. (Org.). **Construindo distritos sanitários: a experiência da cooperação italiana no município de São Paulo**. São Paulo: Hucitec, 1995. p. 35-43.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Economia. Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Rural. **Programa de Pesquisa Interdisciplinar “Evolução e diferenciação da agricultura, transformação do meio natural e desenvolvimento sustentável em espaços rurais do sul do Brasil”**. Porto Alegre: PGDR, 2000. 25p. Acordo CAPES-COFECUB n° 330/2000.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Economia. Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Rural. Relatório Técnico Parcial: **Evolução e transformação da agricultura e desenvolvimento sustentável. Contribuições para a elaboração de políticas públicas para a “Metade Sul” do Rio Grande do Sul.** Porto Alegre, PGDR, 2003. 198p. Financiamento FAPERGS. Processo nº 00/7970.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Economia. **Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Rural. Síntese de Saída de Campo- Arambaré. Relatório Técnico-científico.** Porto Alegre: PGDR, 2002. 10p.

VASCONCELOS, F. de A.G.de. A epidemiologia das deficiências nutricionais no Nordeste: a contribuição de Malaquias Batista Filho à institucionalização da nutrição em saúde Pública no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n.2, p. 533-544, abr./jun. 2000.

VEIGA, G.V. da; BURLANDY, L. Indicadores sócio-econômicos, demográficos e estado nutricional de crianças e adolescentes em um assentamento rural do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n.6, p. 1465-1472, nov./dez.. 2001.

VICTORA, C.G.; CESAR, J.A. Saúde Materno Infantil no Brasil –Padrões de Morbimortalidade e possíveis intervenções. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. de. **Epidemiologia e Saúde**. 6 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 415-467.

VICTORA, C.G. Desnutrição e a Propriedade da Terra um Caso no Campo. **Ciência Hoje**, ano 1, nº. 5, 1986. p.80.

ZIMERMAN, D.E; OSÓRIO, L.C. A família como grupo primordial. In: ZIMERMAN, D.E; OSÓRIO, L.C. **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. P. 49 – 58.

WHO. **Global database on child growth and malnutrition.** Geneva: Who, 1997.

WHO. **Obesity – Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity.** Geneva: Who, 1998.

APÊNDICE A – Formulário de Coleta de Dados

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO – MESTRADO EM ENFERMAGEM
MESTRANDA LÍVIA ROCHA
ORIENTADORA: PROFA. DRA. TATIANA ENGEL GERHARDT**

**Perfil contextual e nutricional de vida das crianças menores de cinco anos do meio rural de Arambaré-RS
ACS : _____**

Formulário: _____

Data preenchimento: ___ / ___ / ___

<i>INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS</i>	
DADOS DEMOGRÁFICOS	
1) Nome da Criança:	_____
2) Respondente:	_____
4) Sexo:	(1) Masculino (2) Feminino
7) Escolaridade (anos de estudo)	
PAI	MÃE
8) Data de nascimento do Pai:	/ /
9) Data de nascimento da Mãe:	/ /
DADOS SOCIOECONÔMICOS, DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL E ALIMENTAR E NUTRICIONAL	
10) Tipo de propriedade:	(1) Assentamento (2) Grande propriedade (2a) Proprietário (2b) Assalariado (3) Pequena propriedade (3a) Proprietário (3b) Assalariado
11) O que produz na propriedade:	(1) Nada (2) Produção para subsistência. O quê? _____ (3) Produção para comercialização. O quê? _____
12) Mãe da criança trabalha fora de casa	(1) Sim. Faz o que? _____ (2) Não
13) Vocês recebem ajuda econômica de alguém?	(1) Sim (alimentos, dinheiro, etc.) _____ Quem ajuda? _____ Períodicidade: (1) diariamente (2) semanalmente (3) mensalmente (4) outro _____ (2) Não
14) Vocês ajudam alguém economicamente?	

<p>(1) Sim (alimentos, dinheiro, etc.) _____ Quem é ajudado? _____ Periodicidade: (1) diariamente (2) semanalmente (3) mensalmente (4) outro _____</p> <p>(2) Não</p>
<p>15) Vocês possuem em sua residência: (1) televisor (2) geladeira (3) fogão a gás (4) rádio (5) automóvel (6) trator (7) máquinas agrícolas</p>
<p>16) Tipo de construção da sua residência: (1) alvenaria (2) madeira (3) mista (4) outros _____</p>
<p>17) N° de pessoas residindo na casa: _____ Quem são?</p>
<p>18) N° cômodos na casa _____</p>
<p>19) N° de quartos _____</p>
<p>20) Água encanada: (1) Sim ? de onde provém? _____ (2) Não? de onde provém?</p>
<p>21) Esgoto: (1) rede pública (2) fossa séptica (3) canal de escoamento (4) outros _____</p>
<p>22) Sanitário: (1) dentro de casa com descarga (2) dentro de casa sem descarga (3) fora de casa com descarga (4) fora de casa sem descarga (casinha)</p>
<p>23) Lixo: (1) coletado (2) queimado (3) jogado (4) enterrado (5) outros _____</p>
<p>24) Luz elétrica: (1) sim (2) não</p>
<p>25) Meios de transporte mais utilizado pela família: (1) automóvel (2) ônibus (3) carroça (4) bicicleta (5) a pé (6) outros _____</p>
<p>26) O que a família costuma fazer em caso de doença: (1) Procurar o posto de saúde (2) Procurar o hospital (3) Utilizar chás/ervas (4) Procurar orientação de amigos ou vizinhos (5) Procurar uma farmácia para comprar remédios por conta própria (6) Procurar o médico particular ou convênio (7) Outros _____</p>
<p>27) Mãe da criança realizou pré-natal: (1) Sim? quantas consultas realizou? _____ Em qual mês da gestação iniciou as consultas? _____ (2) Não</p>
<p>28) Idade da mãe no nascimento da criança: _____</p>
<p>29) Condições de nascimento da criança: (1) pré-termo (2) termo (3) pós-termo</p>
<p>30) Intercorrências parto ou após nascimento: (1) sim? Qual? _____</p>

(2) Não?
31) Peso da criança ao nascer: _____
32) Tempo de aleitamento materno exclusivo _____
33) Mamou no peito? até que idade?
34) Como foi a alimentação da criança desde o nascimento até hoje
35) A criança apresentou e/ou apresenta problemas de saúde? Qual (is)?
36) Peso da criança: _____
37) Estatura da criança: _____
38) Data de nascimento da criança: ___ / ___ / _____
WHZ = <i>P/E</i> _____ (D) (R) (E) (S)
HAZ = <i>E/I</i> _____ (D) (R) (E)
WAZ = <i>P/I</i> _____ (D) (R) (E) (S)

APÊNDICE B– Variáveis utilizadas para compor a representação do nível de vida das famílias entrevistadas

Tipo de produção	0= nenhuma 1= subsistência 2= subsistência e comercialização
Produção para subsistência	0= nada 1= apenas um produto (animal ou cereal ou hortaliças) 2= 2 produtos (animal+ cereal/ animal+hortaliças/ cereal+hortaliças) 3= 3 produtos (animal+ cereal+ hortaliças)
Mãe trabalha fora de casa	0= não 1= sim
Recebe ajuda	0= não 1= sim
Ajuda alguém	1= não 0= sim
TV	0= não 1= sim
Geladeira	0= não 1= sim
Fogão	0= não 1= sim
Rádio	0= não 1= sim
Automóvel	0= não 1= sim
Trator	0= não 1= sim
Tipo de construção da moradia	0= madeira 1= mista 2= alvenaria
Número de pessoas na casa	0= 7 ou mais pessoas 1= entre 5 e 6 pessoas 2= igual a 4 pessoas 3= de 1 a 3 pessoas
Número de cômodos na casa	0= de 1 a 2 cômodos 1= de 3 a 4 cômodos 2= de 5 a 6 cômodos 3= de 7 ou mais cômodos
Número de dormitórios na casa	0= 1 quarto 1= 2 quartos 2= 3 quartos 3= 4 quartos
Água encanada	0= não 1= sim
Destino dos efluentes	0= nada 1= vala a céu aberto 2= sumidouro
Sanitário	0= não há 1= fora de casa sem descarga (“casinha”) 2= com descarga fora ou dentro de casa

Fonte: ROCHA, L; pesquisa direta, Arambaré, 2005

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Para participação da Criança

Solicitamos sua autorização para que a criança menor de cinco anos, sob sua responsabilidade, participe do estudo intitulado “Desnutrição e excesso de peso no meio rural de Arambaré-RS: (des)construindo idéias, repensando novos desafios”, que tem por objetivos conhecer e caracterizar o estado nutricional e o contexto de vida de todas as crianças menores de cinco anos que moram no meio rural de Arambaré, por intermédio da verificação do peso e da estatura da criança e da realização de perguntas a um responsável por ela, sobre as condições econômicas, sociais, demográficas, ambientais dela e de sua família.

Este é um estudo realizado pelo Curso de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). São responsáveis por este estudo; Lívia Rocha, pesquisadora, e sua orientadora Professora Doutora Tatiana Engel Gerhardt.

Quanto à participação da criança, ela subirá na balança para que seja verificado seu peso e medida para ver sua altura. Após a avaliação nutricional, o responsável pela criança receberá, de forma clara – pela visualização no Gráfico do crescimento que consta no “Cartão de Vacina da Criança” informações sobre a situação nutricional dela. No caso de a criança estar em risco nutricional, a pesquisadora se responsabilizará por explicar cuidadosamente o que isso significa, tirando dúvidas e encaminhando a criança ao serviço de saúde do município.

Todas as informações obtidas neste estudo serão utilizadas unicamente para fins científicos, preservando o anonimato. Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso à pesquisadora para esclarecimento de eventuais dúvidas. A criança poderá retirar-se do estudo a qualquer momento, sem qualquer prejuízo.

Eu, _____ declaro ter lido, ou me foi lido, as informações acima antes de assinar este formulário. Fui informado, de forma clara e detalhada, dos objetivos deste estudo e sei que poderei solicitar novos esclarecimentos a qualquer momento.

Arambaré, _____ / _____ /2005

Assinatura do responsável pela criança

Pesquisadora

Orientadora

Telefone para contato: Lívia Rocha (51) 98381761 (Pesquisadora)
Tatiana Engel Gerhardt: (51) 33165481 (Orientadora). A ligação poderá ser feita a cobrar.

**APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido -
Ao responsável pela criança, informante do estudo**

Gostaria de convidá-lo a participar do estudo intitulado “Desnutrição e excesso de peso no meio rural de Arambaré-RS: (des)construindo idéias, repensando novos desafios”, que tem por objetivos conhecer e caracterizar o estado nutricional e o contexto de vida de todas as crianças menores de cinco anos, que moram no meio rural de Arambaré. Neste estudo há a verificação do peso e da estatura das crianças e a realização de perguntas dirigidas, a um responsável por elas, sobre as condições econômicas, sociais, demográficas, ambientais delas e de suas famílias.

Este é um estudo realizado pelo Curso de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). São responsáveis por este estudo; Lívia Rocha, pesquisadora, e sua orientadora Professora Doutora Tatiana Engel Gerhardt.

Sua participação, nesta fase da pesquisa, consiste em responder algumas questões que compõem um formulário; nele, a pesquisadora quer conhecer como a criança e sua família vivem, como é o local onde moram, como a criança nasceu, como esta a saúde dela, entre outras questões que podem ser conhecidas antes de você aceitar respondê-las. Cabe ressaltar que será garantida a preservação da criança e da família de qualquer exposição ou constrangimento referentes às informações. Vale lembrar que, após a avaliação nutricional da criança sob sua responsabilidade, conforme a permissão, a pesquisadora se responsabilizará tanto em esclarecer o resultado quanto em encaminhá-la ao serviço de saúde do município se houver necessidade e se for do seu interesse.

Todas as informações obtidas neste estudo serão utilizadas unicamente para fins científicos, preservando, assim, o anonimato dos envolvidos nele.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso à pesquisadora para esclarecimento de eventuais dúvidas.

A criança e você poderão retirar-se do estudo a qualquer momento, sem qualquer prejuízo.

Eu, _____ declaro ter lido, ou me foi lido, as informações acima, antes de assinar este formulário. Fui informado de forma clara e detalhada dos objetivos deste estudo, e sei que poderei solicitar novos esclarecimentos a qualquer momento.

Arambaré, _____ / _____ /2005

Assinatura do responsável pela criança
participante desta fase da pesquisa

Pesquisadora

Orientadora

Telefone para contato: Lívia Rocha (51) 98381761 (Pesquisadora)
Tatiana Engel Gerhardt: (51) 33165481 (Orientadora). A ligação poderá ser feita a cobrar.

APÊNDICE E – Características Socioeconômicas das famílias pesquisadas no meio rural de Arambaré, 2005.

Variáveis		INFERIOR N=17	MÉDIO N=30	SUPERIOR N=24
Tipo de produção				
	Nenhuma	9 (52,9%)	14 (46,7%)	4 (16,7%)
	Subsistência	7 (41,2%)	13 (43,3%)	15 (62,5%)
	Subsistência e comercialização	1 (5,9%)	3 (10,0%)	5 (20,8%)
Produção para subsistência				
	Nada	9 (52,9%)	14 (46,7%)	4 (16,7%)
	1 produto (animal ou cereal ou hortaliças)	4 (23,5%)	9 (30,0%)	12 (50,0%)
	2 produtos (animal+ cereal/ animal+hortaliças/ cereal+hortaliças)	4 (23,5%)	6 (20,0%)	7 (29,2%)
	3 produtos (animal+ cereal+ hortaliças)	0 (0,0%)	1 (3,3%)	1 (4,2%)
Mãe trabalha fora de casa				
	Sim	2 (11,8%)#	2 (6,7%)*	5 (20,8%)
	Não	15 (88,2%)	28 (93,3%)	19 (79,2%)
Recebe ajuda				
	Sim	12 (70,6%)	12 (40,0%)	14 (58,3%)
	Não	5 (29,4%)	18 (60,0%)	10 (41,7%)
Ajuda alguém				
	Sim	2 (11,8%)	5 (16,7%)*	1 (4,2%)
	Não	15 (88,2%)	25 (83,3%)	23 (95,8%)
TV				
	Sim	12 (70,6%)	29 (96,7%)	24 (100,0%)
	Não	5 (29,4%) #	1 (3,3%)*	0 (0,0%)
Geladeira				
	Sim	12 (70,6%)	29 (96,7%)	24 (100,0%)
	Não	5 (29,4%)	1 (3,3%)	0 (0,0%)
Fogão				
	Sim	14 (82,4%)	30 (100,0%)	24 (100,0%)
	Não	3 (17,6%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Rádio				
	Sim	13 (76,5%)	29 (96,7%)	24 (100,0%)
	Não	4 (23,5%)	1 (3,3%)	0 (0,0%)
Automóvel				
	Sim	2 (11,8%)	15 (50,0%)	20 (83,3%)
	Não	15 (88,2%)	15 (50,0%)	4 (16,7%)
Trator				
	Sim	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (8,3%)
	Não	17 (100,0%)	30 (100,0%)	22 (91,7%)
Tipo de Construção				
	Alvenaria	8 (47,1%)	21 (70,0%)	21 (87,5%)
	Mista	3 (17,6%)	6 (20,0%)*	3 (12,5%)
	Madeira	6 (35,3%)	3 (10,0%)*	0 (0,0%)
Número de pessoas na casa				
	De 1 a 3 pessoas	6 (35,3%)	10 (33,3%)	3 (12,5%)
	Igual a 4 pessoas	4 (23,5%)	11 (36,7%)	15 (62,5%)
	Entre 5 e 6 pessoas	3 (17,6%)	7 (23,3%)	4 (16,7%)
	7 ou mais pessoas	4 (23,5%)#	2 (6,7%)	2 (8,3%)
Número de cômodos na casa				
	De 1 a 2 cômodos	6 (35,3%)	2 (6,7%)*	0 (0,0%)
	De 3 a 4 cômodos	9 (52,9%)	21 (70,0%)	10 (41,7%)
	De 5 a 6 cômodos	2 (11,8%)	7 (23,3%)	12 (50,0%)
	De 7 ou mais cômodos	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (8,3%)

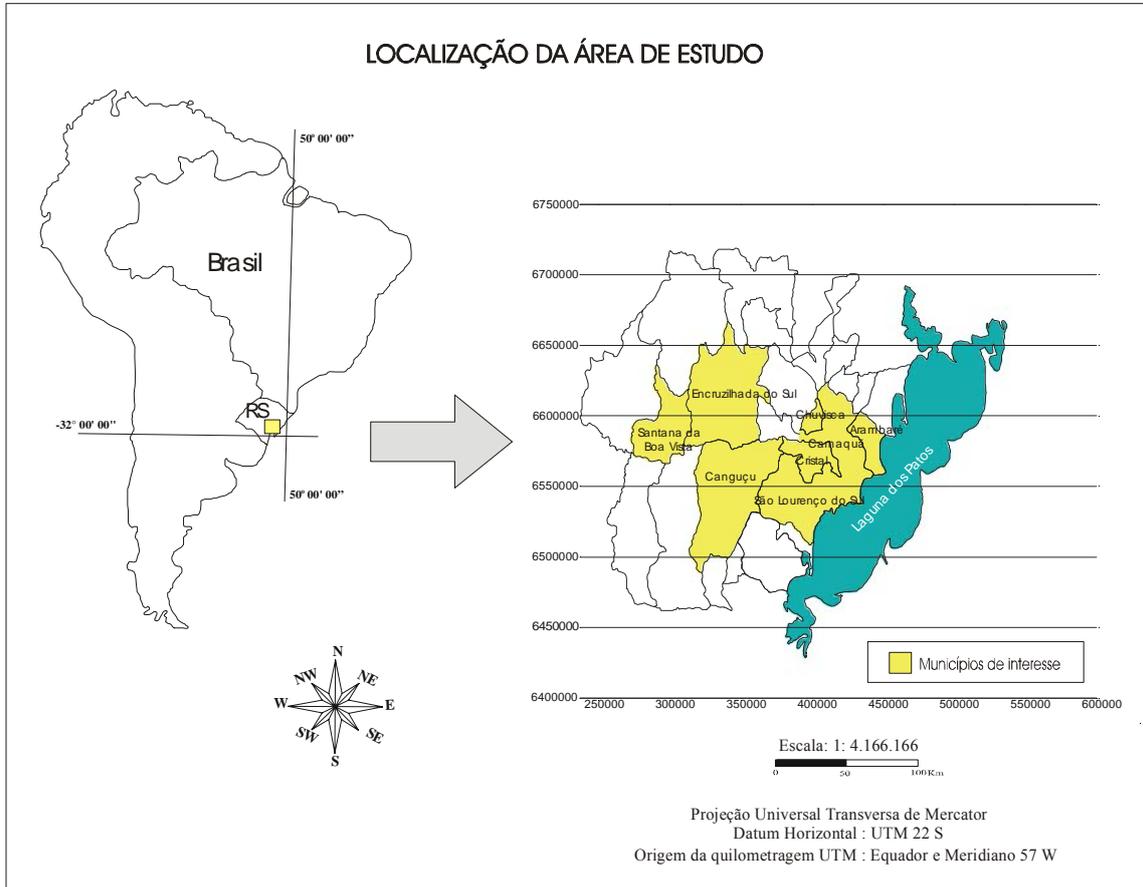
Número de dormitórios				
	1 quarto	9 (52,9%)	5 (16,7%)*	0 (0,0%)
	2 quartos	7 (41,2%)	21 (70,0%)	15 (62,5%)
	3 quartos	1 (5,9%)	4 (13,3%)	8 (33,3%)
	4 quartos	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (4,2%)
Água encanada				
	Sim	9 (52,9%)	30 (100,0%)	24 (100,0%)
	Não	8 (47,1%)#	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Destino dos efluentes				
	Nenhum	6 (35,3%)#	0 (0,0%)	0 (0,0%)
	Vala a céu aberto	8 (47,1%)	23 (76,7%)	15 (62,5%)
	Sumidouro	3 (17,6%)	7 (23,3%)	9 (37,5%)
Sanitário				
	Não há	3 (17,6%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
	Fora de casa sem descarga (“casinha”)	4 (23,5%)	2 (6,7%)	0 (0,0%)
	Com descarga fora ou dentro de casa	10 (58,8%)	28 (93,3%)	24 (100,0%)

Fonte: ROCHA, L; pesquisa direta, Arambaré, 2005

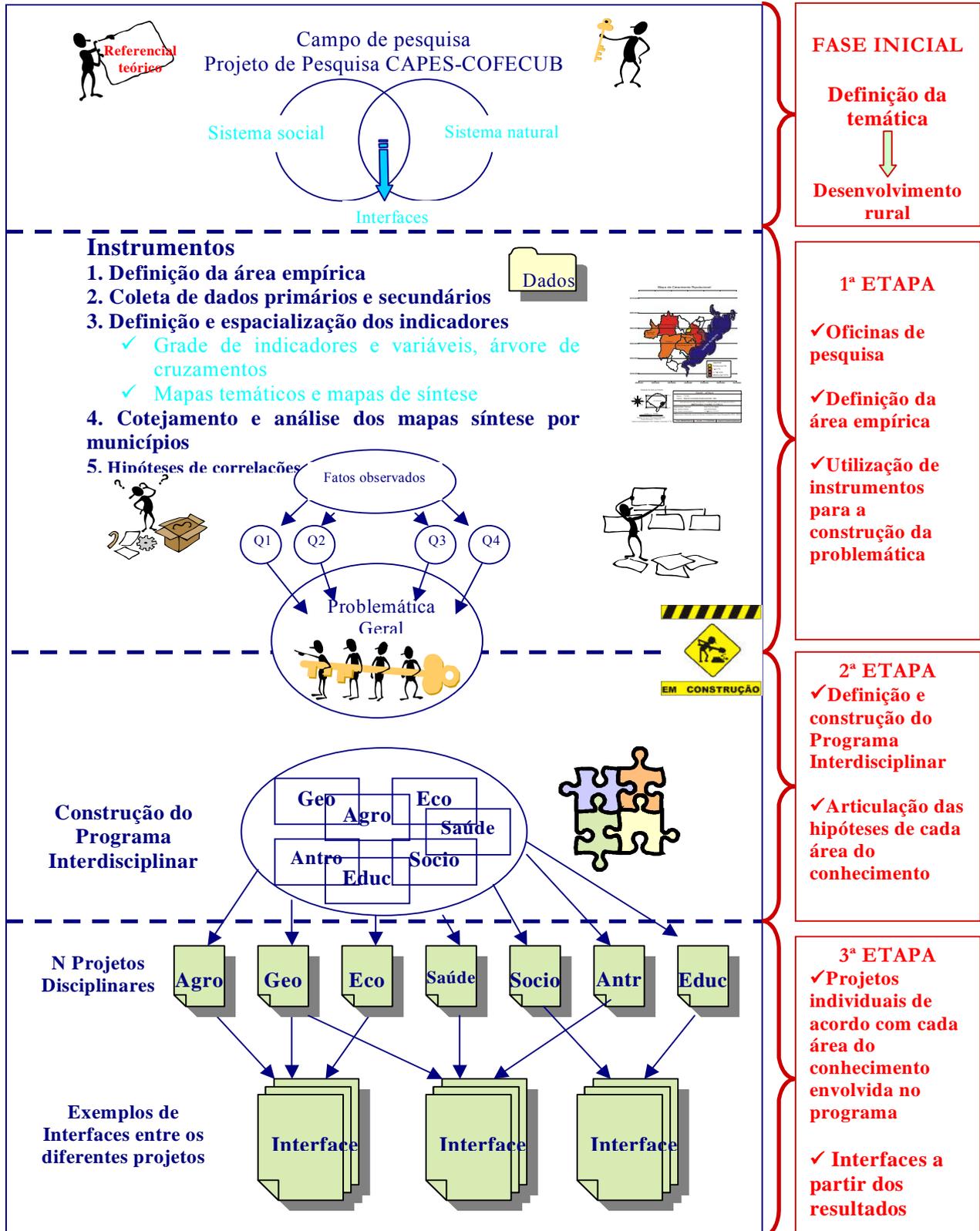
Variáveis definidoras do ponto de corte entre o nível de vida inferior e médio

*Variáveis definidoras do ponto de corte entre o nível de vida médio e superior.

ANEXO A - Mapa mostrando os oito municípios de estudo do PROINTER



ANEXO B – Etapas Metodológicas do PROINTER



FASE INICIAL

Definição da temática



Desenvolvimento rural

1ª ETAPA

✓ Oficinas de pesquisa

✓ Definição da área empírica

✓ Utilização de instrumentos para a construção da problemática

2ª ETAPA

✓ Definição e construção do Programa Interdisciplinar

✓ Articulação das hipóteses de cada área do conhecimento

3ª ETAPA

✓ Projetos individuais de acordo com cada área do conhecimento envolvida no programa

✓ Interfaces a partir dos resultados