

PERCEPÇÕES DAS MÃES SOBRE OS CUIDADOS À SAÚDE DA CRIANÇA ATÉ 6 ANOS

MOTHERS' PERCEPTIONS ON HEALTHCARE FOR CHILDREN BETWEEN 0 AND 6 YEARS OLD

PERCEPCIONES DE LAS MADRES SOBRE LOS CUIDADOS DE LA SALUD DE LOS NIÑOS DE 0 A 6 AÑOS

Astrid Eggert Boehs¹

Pamela Camila Fernandes Rumor²

Edilza Maria Ribeiro³

Márcia Grisotti⁴

RESUMO

Esta é uma pesquisa qualitativa com os seguintes objetivos: a) levantar o perfil das mães; b) identificar a percepção das mães sobre os cuidados realizados no domicílio para manter a saúde das crianças até 6 anos; c) identificar as fontes de aprendizagem. Foram entrevistadas mães com mais de um filho, em dois bairros do município de Florianópolis. Após agrupar as respostas das perguntas qualitativas, a análise de conteúdo revelou categorias e subcategorias. Os resultados evidenciam que a autoatenção das famílias está presente com forte influência da biomedicina, sendo o médico e o agente comunitário de saúde os profissionais da atenção básica mais lembrados como orientadores do cuidado. Conclui-se que, para promover a saúde e fomentar a autonomia das famílias, há necessidade de conhecer e considerar a autoatenção a eles.

Palavras-chave: Cuidado da Criança; Cultura; Saúde da Família.

ABSTRACT

This qualitative research aimed at the following objectives: a) assess the mothers profile, b) ascertain the mothers perceptions about healthcare provided at home in order to keep in good health children between 0-6 years old, c) identify the mothers learning resources. Mothers with more than one child from two neighborhoods in the municipality of Florianópolis were interviewed. The answers to the qualitative questions were collected and the analysis of their content revealed categories and subcategories. The results show that the child is cared basically by the family which is highly influenced by biomedicine. The doctor and the community healthcare worker are the most recalled healthcare providers. The study concludes that in order to promote health and foster the families autonomy in this area, it is necessary to understand and recognize their ability to cope with a health problem or to improve his/her health.

Key words: Child Healthcare; Culture; Family Healthcare.

RESUMEN

Se trata de una investigación cualitativa con los siguientes objetivos: a) obtener el perfil de las madres; b) identificar la percepción de las madres sobre los cuidados realizados en el hogar para preservar la salud de los niños de 0 a 6 años; c) identificar sus fuentes de aprendizaje. Se realizaron entrevistas a las madres con más de un hijo en dos barrios de la ciudad de Florianópolis. Después de agrupar las respuestas de las preguntas cualitativas el análisis del contenido reveló categorías y subcategorias. Los resultados muestran que la biomedicina influye mucho en el autocuidado de las familias y que el médico y el agente comunitario de salud son los profesionales de atención básica más mencionados como orientadores para el cuidado. Se concluye que para promover la salud y fomentar la autonomía de las familias habría que conocer y considerar la autoatención de las mismas.

Palabras clave: Cuidado de los Niños; Cultura, Salud de la Familia.

¹ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Líder do Núcleo de Extensão e Pesquisa em Enfermagem e Promoção da Saúde (NEPEPS). E-mail: astridboehs@hotmail.com.

² Enfermeira. Mestranda em Enfermagem do PEN/UFSC. Bolsista do CAPES. Ex-Bolsista PIBIC/CNPq/UFSC 2006-2008. Membro do NEPEPS. E-mail: pamumor@hotmail.com.

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora titular do Departamento de Enfermagem da UFSC. Membro do NEPEPS. E-mail: edilzamr@linhalivre.net.

⁴ Socióloga. Doutora em Ciências Sociais. Professora adjunta do Departamento de Ciências Sociais e do Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política da UFSC. Membro do NEPEPS. E-mail: grisotti@fastlane.com.br.

Endereço para correspondência – Rua Valter de Bonna Castelan 429, Florianópolis/SC. CEP: 88037300. E-mail: astridboehs@hotmail.com.

INTRODUÇÃO

A ideia de promoção da saúde vem sendo discutida e abordada mais intensamente nos últimos trinta anos como uma proposta internacional para lidar com os múltiplos problemas de saúde. Os inúmeros desafios sociais, políticos e culturais, o esgotamento do paradigma biomédico e a mudança do perfil epidemiológico da população demandam transformações do setor saúde, sendo que a promoção da saúde constitui uma estratégia promissora para o incremento da qualidade de vida.

A partir da Carta de Ottawa, tem-se uma nova compreensão a respeito da promoção da saúde como o processo que visa possibilitar que indivíduos e comunidades ampliem o controle sobre os determinantes da saúde e, por conseguinte, obtenham melhoria de sua saúde. Esse processo passa a representar um conceito unificador para quem reconhece a necessidade básica de mudança, tanto nos modos quanto nas condições de vida, visando à promoção da saúde.¹

O Ministério da Saúde lançou, em 1994, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que possui nos seus alicerces o ideário da promoção da saúde e, entre seus objetivos, a reorientação do modelo assistencial em saúde pautado pelo princípio da integralidade. Na ESF, é requerido um olhar multiprofissional e a prática multissetorial, a priorização das ações de promoção, a proteção e a recuperação da saúde e mudança no sentido da vigilância à saúde.²

A maior aproximação dos profissionais de saúde dos domicílios e do contexto sociocultural dos moradores de bairros populares, gerada por políticas públicas como a ESF, requer maior aprendizado de conhecimentos advindos das ciências sociais. Estudiosos dessa área acadêmica têm afirmado que os profissionais de saúde estão sendo “lançados numa nova e desconhecida cena social [...]”^{3:142} É importante salientar que uma das grandes dificuldades dos profissionais é compreender que há diversos setores de cuidado, sendo que o sistema profissional oficial, mesmo considerado hegemônico e legítimo, é apenas uma parte do que a população lança mão para o cuidado da saúde. De acordo com a literatura,⁴ a população recorre a diferentes setores: a) à biomedicina, que envolve médicos e demais profissionais tanto da atenção básica como das especialidades; b) ao setor “popular” e “tradicional”, composto por gentes de cura, como xamãs, especialistas em ervas, também figuras religiosas dos mais diversos cultos; c) às práticas alternativas, paralelas, como o *new age*, incluindo bioenergéticos e curadores de novas religiões; d) a outras tradições de cura, como acupuntura, medicina ayurvédica; e) a práticas centradas na autoajuda, como os Alcoólicos Anônimos (AAs), grupos de pais de crianças com síndrome de Down, de doença celíaca, tendo a característica de serem organizados e orientados por pessoas que padecem de algum problema.

Além dessa variedade de setores que a população tem à disposição para manter a saúde e buscar a cura,

Menendez⁴ criou o conceito da autoatenção, que se refere às práticas e às representações relativas ao sujeito e ao grupo para solucionar ou prevenir os processos que afetam a saúde de forma autônoma antes e depois de consultar os demais setores. Divide-se em dois níveis: o primeiro refere-se a todas as formas de autoatenção necessárias para a reprodução biossocial dos indivíduos e grupos em nível de microgrupos, especialmente o grupo doméstico. Nessa perspectiva, inclui a atenção à preparação e distribuição dos alimentos, bem como à obtenção da água e cuidados gerais com o meio ambiente. Segundo ele, tal nível remete à própria cultura produzida pelo grupo. O sentido mais restrito⁴ concerne, principalmente, às estratégias, científicas e não científicas, de representação de doenças e práticas de curas e cuidados. São as práticas que as pessoas conscientemente realizam para prevenir ou curar suas doenças.

Assim, com a progressiva instalação das ESFs no País, a formação e a prática dos profissionais de saúde têm sofrido mudanças no sentido de se aproximar mais do território onde se situam os domicílios das famílias. Entre os profissionais de saúde, destaca-se a enfermeira, que tem liderado os demais integrantes da equipe de enfermagem, bem como as agentes comunitárias de saúde (ACS).

A enfermagem e outras áreas da saúde, no Brasil e na América Latina, estão preocupadas com a questão da autoatenção na sua produção de conhecimento recente. Em um levantamento bibliográfico – em espanhol e português, com as seguintes palavras-chave: cuidado da criança, saúde da criança, família, cultura abrangendo o período de 2004 a 2009 – nas bases SciELO, Lilacs, BVS: BDENF, foram identificados nove estudos sobre as percepções/concepções de familiares sobre os cuidados para manter a saúde da criança. Do total de nove artigos selecionados, cinco foram publicados em revistas de enfermagem, três em revistas de saúde pública e um em revista da área de psicologia. Dentre os objetivos com esses estudos, em oito buscou-se conhecer as práticas dos cuidados realizados e ou conhecidos pelas mães e, em dois, estudar como se dá a participação paterna, no cuidado de crianças até 6 anos. De forma geral, os resultados de todos os estudos apontam para a distância dos cuidados e saberes dos profissionais e da clientela.⁵⁻¹³

No município de Florianópolis, a crescente aproximação dos profissionais da saúde dos domicílios e do contexto sociocultural dos moradores de bairros populares ocorreu com a implantação da ESF a partir de 1996 e do programa *Capital Criança*, em 1997. Este último tem como foco de assistência a gestante e puérpera e a criança até 10 anos. Além disso, existe uma relação entre a Secretaria de Saúde do município com os cursos da área da saúde da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), formalizada na Rede Docente Assistencial (RDA).

Ao buscar as respostas para a situação configurada, desenvolveu-se este estudo tendo os seguintes objetivos: a) levantar o perfil das mães; b) identificar

e analisar a percepção das mães sobre os cuidados realizados no domicílio para manter a saúde das crianças até 6 anos; e c) identificar as fontes de aprendizagem desses cuidados.

Pretende-se, com este estudo, contribuir para que o enfermeiro, a equipe de enfermagem e demais profissionais auxiliem nas transformações e intervenções nos serviços de saúde no sentido de promover a integralidade da assistência, resgatando, valorizando e sendo parceiros na autoatenção das famílias.

MÉTODO

Pesquisa descritiva qualitativa desenvolvida nas áreas de abrangência de dois centros de saúde (CSs): um que integra a RDA e também o Programa da Residência Multiprofissional de Saúde da Família da UFSC, tendo pleno funcionamento da ESF e do programa *Capital Criança*, designado nesta pesquisa como Bairro A; e o outro, não integrante da RDA (na época da coleta de dados), mas com pleno funcionamento da ESF e do programa *Capital Criança*, denominado de Bairro B.

Participaram da pesquisa 99 mães que utilizam os CSs, com mais de um filho, sendo um deles com idade inferior a 6 anos. A escolha de mães com mais de um filho se justificou pelo fato de realizarem o cuidado com base nas próprias experiências anteriores. Para incluir mães de toda a área de abrangência, seguiu-se o que refere a literatura¹⁴: no primeiro momento, o número de famílias foi proporcional à população de cada bairro, procurando-se selecionar mães das quatro áreas da ESF do Bairro A e das duas áreas do Bairro B, sendo que de cada área incluíram-se mães de todas as microáreas. Considerando-se que as mulheres têm, em média, em torno de três filhos, foram selecionadas 20% das crianças do bairro.

A coleta de dados nos dois bairros teve duas fases. Na primeira, as mães do bairro foram localizadas e entrevistadas nas creches e ainda nos domicílios, por indicação das agentes comunitárias de saúde (ACSs). No Bairro B, mais distante para o deslocamento dos pesquisadores, foi utilizada a Campanha Nacional de Imunização contra a Poliomielite para realizar a primeira fase das entrevistas. Após a realização de 80% da coleta, fez-se a primeira análise dos dados qualitativos, partindo-se em seguida para a segunda fase, que constou de entrevistas, todas realizadas no domicílio e gravadas. Nessa fase, todas as famílias foram localizadas com o auxílio das ACSs.

Foi utilizado um roteiro constituído de dados relativos à identificação das mães e três perguntas-chave: como percebiam os cuidados para manter a saúde das crianças, o que faziam no domicílio quando as crianças ficavam doentes e com quem aprenderam os cuidados.

Os dados de identificação das mães foram analisados com o auxílio do programa SPSS®. Para os dados qualitativos foi efetuada a análise de conteúdo.¹⁵ Primeiramente, foi feito o agrupamento das respostas das perguntas

principais relacionadas aos objetivos. Após a leitura exaustiva desse conteúdo, iniciou-se o agrupamento de elementos por semelhanças e contrastes, reunidos posteriormente em subcategorias e categorias. Na etapa seguinte, as categorias de cada bairro foram confrontadas, realizando-se uma síntese.

A pesquisa teve como base a Resolução nº 196/1996, do Ministério da Saúde,¹⁶ sendo aprovada pelo Comitê de Ética da UFSC, sob o Protocolo nº 022/06. O anonimato foi resguardado com identificação numérica. Antes de cada entrevista, foi feito o esclarecimento da pesquisa e solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Perfil das mães

No Bairro A, a média da faixa etária das mães foi de 32,10 anos e no Bairro B, de 31,02 anos. Quanto ao grau de escolaridade das mães, o 1º Grau incompleto predominou no Bairro A, com 62,1%. No Bairro B, essa porcentagem foi menor – 34,1%.

Em relação ao número de filhos, a maioria das mães de ambos os bairros tinham de dois a três filhos (70,7% no Bairro A e 85,4% no Bairro B), e a religião católica foi representada pelo maior número de mulheres (60,3% e 61%), seguida da evangélica, com 24,1% no Bairro A e 22% no B.

No que diz respeito à renda, uma ou duas pessoas no domicílio contribuía. Quanto à situação de moradia, em ambos os bairros havia maior número de casas próprias. Dentre as mães do Bairro A, 62,1% nasceram e sempre viveram na área urbana e 37,9% nasceram e viveram a infância na área rural e depois migraram para a área urbana. No Bairro B, os dados assemelharam-se, sendo 61% das mulheres da área urbana e 34,1% procedentes da área rural. A respeito do tempo de residência no bairro, houve o percentual de 48,3% das mulheres com mais de 10 anos de residência no Bairro A e 34,1% no Bairro B.

Para manter a saúde das crianças, o cuidado nas doenças e as fontes de aprendizado

Com relação ao que faz no dia a dia para manter a saúde das crianças, emergiu a categoria *Cuidar bastante* e as subcategorias: “a alimentação como a principal preocupação no cuidado da criança”; “cuidados com o vestuário e higiene”; “cuidados com o ambiente”; “cuidados com o comportamento das crianças”; “cuidados para evitar doenças”.

Cuidar bastante é estar em casa sempre perto das crianças para vigiar a alimentação e o ambiente, evitar acidentes, friagem e cuidar da limpeza. As mães que não conseguem ficar perto e vigilantes desqualificam o próprio cuidado, como mostra a declaração: *Não consigo segurar muito eles dentro de casa, sempre vão para o quintal, e aí caem e se machucam.* (E15 do Bairro A)

Tais dados estão em consonância com os achados de um estudo, cujo objetivo foi conhecer como se dão os modos de cuidar da saúde das crianças até 6 anos, atendidas pelo Programa de Saúde da Família em um bairro do subúrbio de Salvador, na Bahia.¹¹ As autoras analisaram seus achados no sentido de que existe uma gratificação que os cuidadores obtêm, que está ligada ao que é socialmente valorizado, existindo uma estreita relação entre as fontes de gratificação para homens e mulheres e as expectativas vinculadas à divisão sexual de trabalho. Em consonância com o estudo dessas autoras, nos resultados desta pesquisa, destaca-se que, no cotidiano dos dois bairros, a ideia de que as crianças pequenas precisam de cuidados *o tempo todo* se entrelaça com o que é próprio de uma “boa” mãe: aquela que está sempre vigilante, perto dos filhos.

No tocante à subcategoria “a alimentação como a principal preocupação no cuidado da criança”, as mães disseram que seguem regras como: as crianças devem *fazer todas as refeições e fazê-las dentro do horário*. Enfatizam o aspecto da qualidade, na qual a alimentação deve ser *variada e rica*, principalmente em vitaminas. Certos cuidados relacionados à alimentação dos adultos, divulgados pela mídia, são colocados como uma prática saudável para as crianças – por exemplo, usar de “carne grelhada” e evitar gordura e açúcares.

A preocupação com a alimentação oferecida na creche é outro aspecto que aparece nos depoimentos, bem como certa imagem positiva em relação ao seu controle: *Na escola também tem dieta balanceada*. Utilizam certos alimentos como feijão para prevenir a anemia e suco para não contrair gripe. Autores de um estudo na Bahia interpretam a frase *dar alimento na hora certa* como uma forma velada de dizer que não deve faltar comida para a criança em um contexto em que essa falta é uma realidade presente.¹¹

Quanto à subcategoria “cuidados com a higiene e vestuário”, os dados demonstram que, no cuidado com o corpo, o banho é a necessidade apontada pela ampla maioria das mães, depois da alimentação, como o cuidado mais importante para a criança. O banho precisa ser diário e, para algumas mães, deve ser dado duas vezes ou mais. Somente o frio intenso faz com que o banho diário seja suspenso. Destacam-se, também, os cuidados com a *friagem*, inserindo-se uma série de proibições para evitá-la: *evitar banho em dia frio, não andar sem camisa, não andar com roupa molhada, não sair da cama quente e andar descalço em chão frio*. Importante observar que, no sistema familiar de cuidado, as causas das doenças são compreendidas tendo múltiplos responsáveis. Assim, tanto a sujeira pode ser causa de doenças como o frio.

Sobre a subcategoria “cuidados com o ambiente em que a criança vive”, são mencionados cuidados atrelados à limpeza, à segurança e a outros aspectos mais gerais. A segurança implica evitar perigos que vêm tanto de dentro quanto de fora da casa. Os cuidados para evitar os perigos que vêm de dentro da casa concernem a *não deixar facas e produtos de limpeza em cima da mesa*

e não deixar cabos de panela para fora do fogão. Com maior frequência, foram mencionados os cuidados que devem ser evitados em relação aos *perigos que a rua oferece*, sendo que a rua é traduzida por aquilo que está fora da casa, principalmente fora dos limites do terreno da residência.

No tocante à subcategoria “cuidados com o comportamento das crianças”, as mães entrevistadas percebem os filhos como seres que estão se desenvolvendo, e, para que isso ocorra de forma sadia, a criança precisa ter equilíbrio nas atividades e repouso. Precisa, sobretudo, ter o direito de brincar à vontade, passear, ir à praia, brincar em casa e fora de casa e não ficar muito tempo na frente da televisão, dormir na hora certa. Colocar a criança na creche também é um fator que leva ao seu melhor desenvolvimento. O bom relacionamento familiar, ficar junto o maior tempo possível, oferecer bastante atenção, carinho, conversar e não brigar com a criança também apareceram como importantes cuidados. Incentivar a criança na religião foi argumentado como uma forma de esta encontrar conforto para *enfrentar o mundo lá fora*.

Com relação à subcategoria “cuidados para evitar doenças”, os dados revelam que administram tratamentos como dar “remédios para vermes” de seis em seis meses e xaropes para *fortalecer*. Utilizam inúmeros tipos de chás para dormir melhor e acalmar. Com relação à busca de cuidados fora do ambiente da casa e da família, as entrevistadas afirmaram que, *para manter a criança sadia, é necessário acompanhamento médico e dentário*.

Em outro estudo,¹¹ também se constatou que a relação com os serviços de saúde é um aspecto-chave no cuidado cotidiano das crianças pequenas. Em pesquisa realizada com mães de filhos até 1 ano de idade, constatou-se que elas percebem e valorizam o acompanhamento do crescimento e o desenvolvimento da criança.⁵

Quando as mães foram questionadas sobre como cuidam da criança quando elas ficam doentes, as categorias evidenciadas foram: *Verificação da doença e de sua gravidade; Classificação dos sinais e sintomas*.

• *Verificação da doença e de sua gravidade* – Diante das doenças da criança, primeiramente são tomadas medidas de tratamento emergencial em que o mais comum é dar um chá, um banho e agasalhar: *Primeiro dou chá e cuido para não pegar friagem*. (E2 do Bairro B). No depoimento a seguir, outra entrevistada afirma que utiliza como primeiras medidas as caseiras e as das “antigas”:

Quando meu filho fica doente, dou chá de marcela ou de hortelã; quando vejo que tem febre, faço uma pasta com fermento de pão e coloco na sola dos pés.
(E15 do Bairro B)

Em seguida, o mais comum é ver se a criança tem febre, e essa verificação se dá de todas as formas: com termômetro, com a mão e observando os sintomas. Das orientações dos profissionais, somadas às experiências já vividas por essas mães, emergem

alguns cuidados. A maioria das entrevistadas utiliza medicamentos alopáticos para diminuir a febre, dentre os quais paracetamol e dipirona, que já fazem parte da farmácia caseira. São medicamentos distribuídos nos centros de saúde, também facilmente adquiridos nas farmácias sem receita médica. Às vezes, essa medicação é complementada com banho morno e chás.

Constatada a febre e efetuada a medicação, as condutas são muito variadas quanto à espera: algumas entrevistadas procuram seguir as orientações feitas pelos profissionais, ou seja, esperar três dias, outras esperam 24 horas, outras ainda administram a medicação para febre uma vez. Se a febre não baixar, buscam o setor profissional de cuidado. Algumas alegam que, em caso de febre, buscam imediatamente o médico:

Com febre vou já para o médico, porque aconteceu uma vez que ela estava com febre e, quando fomos ver, já era pneumonia, eu não espero, mesmo sabendo que tem que esperar 3 dias. (E10 do Bairro A)

• *Classificação dos sinais e sintomas* – Os sinais e sintomas são classificados em doenças leves e graves. Por doença leve, entende-se uma gripe sem muita repercussão sobre o estado geral, também chamada “gripezinha”, tosse, febre não elevada ou, como denominada, “febre no início” que dura menos de 24 horas, ou aquela que baixa com remédio. Nos sinais e sintomas do trato respiratório no seu início, quando considerados leves, a tentativa de cura com chás ainda é bastante utilizada, porém associada com medicação alopática. Atualmente, entre as entrevistadas, a nebulização já é um autotratamento rotineiro, sendo que é comum haver nebulizador na casa. Quando não há, pedem emprestado à vizinhança. Essa tendência pode ser verificada nos CSs dos dois bairros nas quais as salas de nebulização se tornaram praticamente vazias nos últimos anos. Nos casos de diarreia considerada leve, a utilização de soro hidratante se faz sem consulta médica.

O que se considera grave é muito amplo, não havendo uma linha de demarcação clara entre o leve e grave, já que depende muito das experiências anteriores das entrevistadas e das relações, opiniões e suporte que recebem. Assim, uma entrevistada que costuma esperar quando a criança tem febre, depois de dois dias passa a considerar o caso grave. A febre muito alta e a febre que associam com “dor de garganta” são consideradas graves. O *não saber o que é* também é considerado grave. Essa classificação que situa os sinais e sintomas em leves e graves coincide com os já referidos em outros estudos.^{10,17}

Como resultados relacionados ao terceiro objetivo do estudo, ou seja, identificar as fontes de aprendizagem dos cuidados de saúde às crianças, surgiram as categorias: *dos familiares, aprendi sozinha, minha mãe é das antigas, os profissionais de saúde, os patrões e patroas e outras fontes.*

Os familiares são apontados como os principais orientadores, com destaque para as mães, depois as

irmãs mais velhas, as sogras, as avós, tias e amigas. Esse aprendizado com a mãe e os familiares foi adquirido pela observação e pela necessidade de cuidar de outras crianças da família.

No entanto, muitas entrevistadas afirmaram que aprenderam, principalmente, por si mesmas. Nesse contingente estavam as mulheres procedentes da zona rural ou mesmo urbana do interior do Estado, que migraram para Florianópolis. Quando mencionavam que aprenderam sozinhas, significava que utilizaram o instinto, *se virando com o que ia surgindo.*

Tanto as entrevistadas que relataram ter aprendido com os familiares como aquelas que disseram ter aprendido sozinhas lembravam-se dos ensinamentos e experiências familiares. Sobre a alimentação, as entrevistadas consideraram que o mais importante que aprenderam com as mães e familiares, e que procuravam manter no cuidado de seus filhos, é preparar os alimentos em casa, a denominada *comida caseira*, destacando-se a sopa, quando as crianças ficam doentes. A comida caseira tem, de certa forma, uma ligação com o “saudável” e com origens na “vida da zona rural”. O depoimento a seguir ilustra essa ideia:

Eu nasci e me criei no sítio [...]. A mãe sempre criava a gente oferecendo bastante fruta, verdura, nada de bolacha recheada, nada dessas coisinhas assim, que as crianças comem muito hoje em dia, salgadinhos toda hora. (E35 do Bairro B)

A concepção de natural – comida caseira e a valorização da vida no campo – também foi assinalada em estudo em vilas populares em Porto Alegre,¹⁸ quando vários informantes vincularam a saúde das pessoas ao fato de terem vivido na zona rural, dispondo, dentre outros fatores, de alimentação mais adequada.

No que se refere aos cuidados com o corpo, as entrevistadas citaram o aprendizado que tiveram com a família, especialmente aqueles associados para evitar que a criança *pegue friagem.*

Com respeito ao seguimento de normas de comportamento ligadas ao desenvolvimento infantil das crianças, buscam seguir o que aprenderam com os familiares, sobretudo quanto às regras de convivência como: *não devem erguer a voz para os mais velhos; não falar alto e não se sentar na mesa sem camisa; seguir horários; e não deixar as crianças fazerem barulho enquanto outras pessoas estão dormindo.*

No entanto, algumas entrevistadas relataram que não quiseram aprender com a mãe, pois *elas são das antigas, porque cuidar da criança hoje é muito diferente do que era antigamente.* Tais entrevistadas consideram que sua situação de vida hoje é muito melhor do que a que tiveram na infância, deixando para trás, também, as lembranças e as práticas que já não se adaptam mais à vida atual.

O setor profissional de saúde foi enfatizado como fonte de aprendizado, sendo que o profissional mais destacado foi o médico, especialmente o do Centro de Saúde, e, em

seguida, o ACS. As enfermeiras, auxiliares e técnicos de enfermagem não foram mencionados, apesar de atuarem diretamente com as entrevistadas, realizando consultas de enfermagem à criança, intercaladas com a consulta médica nos dois primeiros anos de vida e consulta à puérpera na primeira semana pós-parto, todas preconizadas pelo programa *Capital Criança*.

Em um dos bairros, as enfermeiras coordenam um grupo de gestantes. Além disso, tanto os enfermeiros quanto os auxiliares e técnicos de enfermagem, como integrantes das equipes da ESF, atuam fazendo visitas domiciliares às crianças consideradas de risco e faltosas no primeiro mês de vida. Ademais, têm contato constante na sala de imunização. As entrevistadas, porém, somente se referiram às enfermeiras da maternidade sobre as orientações da amamentação. As internações do primeiro filho em hospitais também foram destacadas como oportunidades de aprendizado de cuidados adquiridos com a equipe de saúde e de enfermagem, e que depois foi valiosa no cuidado dos demais filhos.

Os “patrões e as patroas”, ou seja, os empregadores das mães entrevistadas que trabalhavam como domésticas, foram mencionados como fonte de aprendizado. Assim, é possível inferir que o modo de cuidado das famílias de extrato médio influencia o cuidado nas classes populares e que muitas vezes isso passa despercebido aos profissionais de saúde. Outras ainda enfatizaram que tiveram acesso às informações sobre os cuidados pelo fato de terem trabalhado na Pastoral da Saúde, ou pela experiência de trabalhar em creches. Também foi relatada a televisão e, em menor número, livros e revistas.

É importante destacar que as mães, nos dois bairros do estudo, na faixa etária média de 30 anos, com dois ou três filhos, com escolaridade predominante de 1º Grau incompleto, mantêm cuidados de autoatenção da saúde de seus filhos, advindos do setor popular, sendo, contudo, cada vez mais influenciadas pelo saber e pelas práticas da biomedicina. Quanto à referência *minha mãe é das antigas*, a adoção de medicamentos alopáticos como primeira medida de cuidado representa o afastamento do conhecimento e das práticas populares, a valorização e incorporação das orientações advindas da biomedicina tanto de profissionais de saúde da atenção básica como dos outros níveis de atenção.

A *Carta de Ottawa*, com suas cinco estratégias – políticas públicas, ambiente saudável, reforço da ação comunitária, criação de habilidades pessoais e reorientação do serviço de saúde –, foca a promoção da saúde como processo que possibilita a indivíduos e comunidades ampliar o controle sobre os determinantes da saúde.¹ Os resultados deste estudo mostram que, para promover tal autonomia, há necessidade também de reconhecer, resgatar e valorizar o sistema da autoatenção das famílias e da população no que tange à saúde infantil. Os profissionais de saúde, bem como os gestores das políticas de saúde, precisam reconhecer que existe autonomia nas ações de promoção da saúde, prevenção e manejo das doenças infantis, sendo realizadas e aprendidas muito além da biomedicina.

Assim, para garantir a participação e autonomia da população, muito se tem insistido na criação de conselhos de saúde locais e municipais. No entanto, é importante que o modelo de autoatenção seja levado em conta quando se pensa na autonomia e no empoderamento, conceitos reiteradamente invocados para o funcionamento do atual modelo de saúde pública brasileiro.

Considerando que, na atual situação da progressiva implantação da ESF, o sistema profissional ligado à biomedicina está mais perto da população, entrando no território de abrangência e nos domicílios, é relevante atentar¹⁹ para o fato de os profissionais da atenção básica estarem se infiltrando em todas as instâncias da vida das famílias, que correm o risco de ser medicalizadas e receber conselhos segundo as pautas culturais desses profissionais. Portanto, os profissionais de saúde precisam se autoavaliar e reconhecer a existência da autoatenção.⁴

Dos profissionais de saúde na ESF requer-se um conhecimento técnico generalista, de modo que reconheçam as diferentes especificidades das diversas faixas etárias, como a infantil. Ao mesmo tempo, há necessidade de levar em consideração que

na experiência brasileira da implantação do SUS e da ESF, os profissionais de saúde tendem a desconhecer a dinâmica de interação sócio político cultural de espaços intra e extra domiciliares e dos núcleos familiares mantendo um terreno fértil para o etnocentrismo, o autoritarismo e a perpetuação de estranhamento com a clientela.^{3:144}

Com relação às fontes de aprendizado, os resultados deste estudo estão em consonância com outro estudo⁶ em que os autores concluíram que o saber das cuidadoras de crianças é construído com os saberes dos setores profissional, científico e popular. Com respeito ao que aprendem com os profissionais de saúde, considerando que a enfermagem tem liderado as ações de educação em saúde nos dois bairros onde foi feita a pesquisa, especialmente no Bairro A, somente foi lembrada pelas informações recebidas por profissionais da enfermagem da maternidade e dos hospitais. Tais achados traduzem que, mesmo com a tentativa de um trabalho interdisciplinar empreendido na ESF, as mães entrevistadas continuam lembrando-se, sobretudo, da figura do médico, e agora também do agente comunitário de saúde. Essa invisibilidade da enfermeira já foi destacada em um estudo com puérperas sobre os cuidados com recém-nascidos.¹²

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final deste estudo, foi possível compreender que as mães entrevistadas mantêm a saúde de suas crianças com o cuidar bastante voltado para a vigilância na alimentação, no vestuário, no ambiente, no comportamento e nas doenças infantis.

Pôde-se compreender que a autoatenção tem progressiva influência da biomedicina. As categorias *Aprender sozinha*

e *Minha mãe é das antigas* denotam essa mudança, alertando para mais pesquisas em outras realidades.

O grande mercado de trabalho da enfermagem no Brasil está sendo a ESF, e as escolas de enfermagem têm se preocupado com a questão da promoção da saúde, mais especificamente com a educação em saúde. Logo, considera-se que foi significativo identificar a invisibilidade da enfermeira e da equipe de enfermagem como fonte de aprendizado das mães, exigindo mais pesquisas para entender o impacto do trabalho do enfermeiro.

Na atenção básica na qual os profissionais de saúde prestam assistência longitudinal e, portanto, mantêm

contato continuado com seus clientes, a autonomia das famílias deve ser valorizada, prestando atenção nas suas práticas de autoatenção. Dessa forma, os referidos profissionais, bem como os órgãos de formação, estão diante de uma tarefa importante: aliar conhecimentos de outras áreas, em especial da sociologia e da antropologia, com a formação biológica.

Finalmente, é importante destacar que este estudo ficou limitado a entrevistas com as mães. Em estudos futuros, a observação participante e entrevistas com outros cuidadores poderão elucidar outras facetas do cuidado à criança.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. The Ottawa Charter for Health Promotion. Ottawa: WHO; 1986.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília (DF): MS; 1997.
3. Garnelo L, Langdon J. A antropologia e a reformulação das práticas sanitárias na atenção básica à saúde. In: Minayo MCS, Coimbra Junior C, organizadores. Críticas e atuantes Ciências Sociais e Humanas em Saúde na América Latina. Rios de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2005. p.143-56.
4. Menendez E. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. Ciênc Saúde Coletiva. 2003; 8(1):185-208.
5. Castilho SG, Bercini O. Acompanhamento de saúde da criança: concepções das famílias do município de Cambira Paraná. Ciênc Cuidado Saúde. 2005; 4(2):129-38.
6. Zanatta EA, Motta MC. Saberes e práticas de mães no cuidado à criança de zero a seis meses. Rev Gaúcha Enferm. 2007 Dez; 28(4):556-63.
7. Duro CLM. Concepções de maternidade e de cuidado infantil de mães e profissionais de enfermagem. Rev Gaúcha Enferm. 2006 Set; 27(3):398-407.
8. Muñoz AMA, Herrera ACV. Dimensiones culturales en el proceso de atención primaria infantil: perspectivas de las madres. Salud pública Méx. 2005; 47(6):440-6.
9. Bustamante V. Ser pai no subúrbio de Salvador: um estudo de caso com homens de classes populares. Psi Estudos. 2005; 10(3):393-402.
10. Boehs AE, Grisotti M, Aquino MW. Routines in families with infants. Rev Latinoam Enferm. 2007 out; 15(5):902-8.
11. Bustamante V, Trad LB. Cuidando da saúde de crianças pequenas no contexto familiar: um estudo etnográfico com famílias de classes populares. Ciênc Saúde Coletiva. 2007; 12(5):1175-84.
12. Iserhard ARM, Neves ET, Budó ML, Badke MR. Práticas culturais de cuidados de mulheres mães de recém nascidos de risco no sul do Brasil. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2009; 13(1):116-22.
13. Silva LR, Christoffel MM, Castro SJ, Ribeiro F. La práctica del cuidado ofrecido por las mujeres a sus hijos en su domicilio. Enfermeria Global. 2007 May; (10):1-9.
14. Bauer MW, Gaskell G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. 2ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2002.
15. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2002.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): MS; 1996.
17. Gehart T. Itinerários terapêuticos em situação de pobreza: diversidade e pluralidade. Cad Saúde Pública. 2006; 22(11):2449-63.
18. Oliveira FA. Concepções de doença: o que os serviços de saúde têm a ver com isto? In: Duarte L, Leal OF. Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2001.
19. Bonet O. Aconselhamento médico e diversidade cultural. A busca de um enfoque integral na saúde da família. In: Pinheiro R, Mattos RA. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas de saúde. Rio de Janeiro: Abrasco; 2003.

Data de submissão: 30/6/2009

Data de aprovação: 7/12/2010