

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

ELISANGELA ARGENTA ZANATTA

**SABERES E PRÁTICAS DAS MÃES NO CUIDADO À CRIANÇA DE
ZERO A SEIS MESES DE VIDA**

Porto Alegre

2006

ELISANGELA ARGENTA ZANATTA

**SABERES E PRÁTICAS DAS MÃES NO CUIDADO À CRIANÇA DE
ZERO A SEIS MESES DE VIDA**

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

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Maria da Graça Corso da Motta

Porto Alegre

2006

Z27s Zanatta, Elisangela Argenta

Saberes e práticas das mães no cuidado à criança de zero a seis meses de vida / Elisangela Argenta Zanatta ; orient. Maria da Graça Corso da Motta. – Porto Alegre, 2006.

163 f. : il. color.

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. Relações mãe-filho. 2. Cuidado do lactente. 3. Bem-estar da criança. 4. Enfermagem pediátrica. 5. Comportamento materno. 6. Saúde materno-infantil. 7. Enfermagem materno-infantil. 8. Saúde da família. 9. Educação em saúde. 10. Promoção da saúde. I. Motta, Maria da Graça Corso da. II. Título.

Limites para indexação: Humano. Recém-nascido. Lactente.

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



ESCOLA DE ENFERMAGEM
COMISSÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO

A Banca Examinadora atribuiu o Conceito Final: A

Nome e Assinatura da Banca Examinadora:

Profa. Dra. Maria da Graça Corso da Motta

Presidente

CPF 210354660-15

Maria da Graça Corso da Motta

Profa. Dra. Dora Lúcia Leidens Corrêa de Oliveira

Membro

CPF 421392280-49

UFRGS

Dora Lúcia L. C. de Oliveira

Profa. Dra. Nair Regina Ritter Ribeiro

Membro

CPF 219569520-04

UFRGS

Nair Regina R. Ribeiro

Profa. Dra. Maria de Lourdes Denardin Budó

Membro

CPF 188013900-68

UFMS/RS

Maria de Lourdes Denardin Budó

Profa. Dra. Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha

Membro

CPF 256428550-34

UFRGS

Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha

Porto Alegre, 28 de abril de 2006.

De acordo da Mestranda: l. motta

AGRADECIMENTOS

Agradeço a **Deus** pela minha vida e tudo de bom que conquistei, obrigada pela luz que sempre ilumina o meu caminho e me dá coragem para prosseguir.

Aos meus pais **Abílio** e **Elice** me faltam palavras para agradecê-los, se hoje sou alguém, se hoje cheguei até aqui é por conta de tudo o que me ensinaram, pela educação, pelo carinho, amor e incentivo que me deram em todos os momentos da minha vida. Dedico a vocês o meu sucesso, as minhas realizações e conquistas, enfim, dedico a minha vida a vocês. AMO VOCÊS.

Ao meu grande amor **Vande**, meu porto seguro, meu alicerce. Você faz parte dessa construção, de cada palavra, frase, capítulo que escrevi. Pois, mesmo sem possuir grandes entendimentos desta área sempre fez contribuições muito pertinentes, com muita inteligência e propriedade. Obrigada por compreender os momentos de ausência. Obrigada por ser meu amigo, companheiro, amante. Obrigada por você fazer parte da minha vida. TE AMO.

Aos meus irmãos **Marcio** e **Carla**, obrigada pela amizade, compreensão, carinho e apoio em todos os momentos. Vocês são pessoas muito especiais para mim. AMO VOCÊS.

Enfim, agradeço de modo muito especial a minha linda família: **Pai, Mãe, Marcio, Carla, Vande, Ana e Mino**, por terem me suportado nos momentos mais difíceis e por estarem presentes nos momentos mais felizes. OBRIGADA.

À minha orientadora **Prof^a Dr^a Maria da Graça Corso da Motta** que muito contribuiu na construção desse caminho que venho percorrendo desde que ingressei no Mestrado. Obrigada pela amizade, dedicação, paciência e sabedoria que estendestes a mim em cada pequenino momento que foram construindo esse grande momento que culmina com a finalização dessa Dissertação. Obrigada. Vou guardá-la para sempre no meu coração.

A **Cleci** coordenadora do Curso de Enfermagem da URI e as minhas colegas e amigas **Adriana Rotoli e Alessandra**, que acompanharam toda a minha caminhada desde o início, que comigo choraram e riram obrigada pela amizade, pelo apoio e ajuda durante essa caminhada.

A **Direção da URI**- Campus de Frederico Westphalen pelo incentivo e apoio durante a realização do mestrado.

As **mulheres-mães** que com seus saberes e práticas tornaram possível a realização desta pesquisa. MUITO OBRIGADA.

As alunas do Curso de Graduação em Enfermagem **Aline, Andrize, Daiane, Marines** e **Miriane, Cláudia e Camila** obrigada pelo empenho e dedicação durante a coleta de dados.

À Professora Dr^a Ivone Cabral pelas brilhantes sugestões por ocasião da qualificação do projeto de Dissertação.

A todas as minhas colegas de mestrado e em especial à **Juliana, Márcia e Darieli** com quem mais dividi minhas angústias, dúvidas, incertezas, sentimentos e vitórias.

MUITO OBRIGADA!

RESUMO

Este estudo tem por objetivo conhecer os saberes e as práticas de cuidado à saúde da criança de zero a seis meses de vida desenvolvidos por mães em um município do interior do Estado do Rio Grande do Sul. Trata-se de uma investigação qualitativa com abordagem participativa, com dez mães como informantes. Para a coleta das informações, foram realizados quatro encontros intitulados “processo reflexivo-educativo”, fundamentado na estratégia teórico-metodológica dos Círculos de Cultura, proposta por Paulo Freire. Para a análise das informações, adotou-se a análise de conteúdo proposta por Bardin (1977), na qual emergiram duas categorias, denominadas: Cuidado à criança na perspectiva das mães; O olhar das mães sobre a equipe de saúde. Destas categorias originaram-se cinco subcategorias. O estudo revelou a existência de uma dissonância entre o saber e o fazer das mães frente aos cuidados com o filho e apontou para a necessidade de uma maior aproximação entre os profissionais de saúde e a família com vistas à troca de informações e à aliança de saberes no cuidado da saúde da criança. Os resultados mostraram que o Círculo de Cultura é um instrumento potencializador para desenvolver ações de Educação em Saúde junto à população, pois permite a participação de todos os atores envolvidos no processo de cuidado da criança; e, dessa forma, favorece a troca, a negociação e a aliança de saberes.

Descritores: Relações mãe-filho. Cuidado do lactente. Bem-estar da criança. Enfermagem pediátrica. Cuidados de enfermagem. Comportamento materno. Saúde materno-infantil. Enfermagem materno-infantil. Saúde da família. Educação em saúde. Promoção da saúde.

Limites: Humano. Recém-nascido. Lactente.

Título: Saberes e práticas das mães no cuidado à criança de zero a seis meses de vida

RESUMEN

Este estudio tiene por objetivo conocer los saberes y las prácticas de cuidado de la salud del niño de cero a seis meses de vida desarrollados por madres en un municipio del interior del Estado de Río Grande del Sur. Se trata de una investigación cualitativa con abordaje participativa, con diez madres como informantes. Para la coleta de las informaciones, fueron realizados cuatro encuentros intitulados "proceso reflexivo-educativo", fundamentado en la estrategia teórico-metodológica de los Círculos de Cultura, propuesta por Paulo Freire. Para el análisis de las informaciones, se adoptó el análisis de contenido propuesto por Bardin (1977), en el cual emergieron dos categorías, denominadas: Cuidado al niño en la perspectiva de las madres; Lo ojar de las madres sobre la equipo de la salud. De estas categorías se originaron cinco subcategorías. El estudio reveló la existencia de una disonancia entre el saber y el hacer de las madres frente a los cuidados con el hijo y indicó para la necesidad de una mayor aproximación entre los profesionales de salud y la familia con vistas al cambio de informaciones y a la alianza de saberes en el cuidado de la salud del niño. Los resultados mostraron que el Círculo de Cultura es un instrumento potencializado para desarrollar acciones de Educación en Salud junto a la población pues permite la participación de todos los actores participantes en el proceso de cuidado del niño; y, de esa forma, favorece el cambio, la negociación y la alianza de saberes.

Descriptores: Relación madre-hijo. Cuidado del lactante. Bien-estar del niño. Enfermería pediátrica. Cuidados de enfermería. Comportamiento materno. Salud materno-infantil. Enfermería materno-infantil. Salud de la familia. Educación en salud. Promoción de la salud.

Limites: Humano. Recién nacido. Lactante.

Título: Saberes y prácticas de las madres en el cuidado al niño de cero a seis meses de vida

ABSTRACT

The aim of this study is to get acquainted with the knowledge and practices with regard to the health care of children from zero to six months old. The subjects were ten mothers from a town in the countryside of Rio Grande do Sul (Brazil). It consists of a qualitative inquiry with a participative approach. For data collection, four meetings entitled "reflexive-educational process" were held. The theoretical-ethodological strategy used were the Circles of Culture proposed by Paulo Freire. For information analysis, the analysis of content proposed by Bardin (1977) was adopted and two categories emerged, which were named: 1) childcare from the mother's perspective, and 2) The mother's sight on the health group. From those two categories, five other subcategories rose. The study revealed the existence of dissonance between what mothers know and what they actually do in when it comes to childcare. It also pointed out the need for greater proximity between health professionals and families so that information on child health care is shared. Results showed that the Circle of Culture can be a powerful instrument in health education programs targeted at the population because it allows the participation of all the actors involved in the process of childcare and, therefore, it favors exchange, negotiation and knowled gealliance.

Descriptors: Mother-child relations. Care of suckling. Child welfare. Pediatric nursing.

Nursing care. Motherly behavior. Mother-child health. Mother-child nursing.

Family health. Health education. Health promotion.

Limits: Human. Neonate. Suckling.

Title: Mothers' Knowledge and Practices in Care of Zero-to-six-month-old Children

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 OBJETIVO.....	23
3 CONTEXTUALIZANDO O REFERENCIAL TEÓRICO.....	24
3.1 Breves reflexões sobre a história e evolução do cuidado.....	24
3.2 Crescimento e desenvolvimento da criança na etapa evolutiva de zero a seis meses de vida: implicações para a família e enfermeira	30
3.3 Educação em saúde e a prática da enfermeira.....	35
4 CAMINHO METODOLÓGICO.....	46
4.1 Tipo de estudo.....	46
4.2 Cenário do estudo.....	52
4.3 Participantes do estudo.....	53
4.3.1 Captação das participantes.....	54
4.3.2 Apresentação das participantes.....	55
4.4 Produção de informações.....	57
4.4.1 Primeiro Encontro – Processo reflexivo-educativo:conhecendo o grupo e esclarecendo a proposta.....	57
4.4.2 Segundo Encontro – Processo reflexivo- educativo sobre os subtemas aleitamento materno, alimentação complementar e cuidados para evitar o sapinho.....	60
4.4.3 Terceiro Encontro – Processo reflexivo-educativo sobre os Subtemas higiene do bebê, cuidados com o coto umbilical e icterícia.....	62
4.4.4 Quarto Encontro – resgatando saberes e avaliando o processo reflexivo-educativo desenvolvido.....	63

4.5 Considerações éticas.....	64
4.6 Análise das informações.....	65
5 DESVELANDO OS SABERES E AS PRÁTICA DE CUIDADO.....	67
5.1 Cuidado à criança na perspectiva das mães	69
5.1.1 Saberes e práticas das mães.....	71
5.1.2 Dissonância entre o saber e o fazer.....	83
5.1.3 Medos e inseguranças diante dos cuidados com a criança.....	91
5.2 Olhar das mães sobre a equipe de saúde	102
5.2.1 Cuidado à saúde da criança no contexto familiar e nos serviços de saúde.....	103
5.2.2 Educação em Saúde – uma estratégia para o cuidado.....	111
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	119
7 RECOMENDAÇÕES.....	128
REFERÊNCIAS.....	130
APÊNDICE A – Autorização da Secretária Municipal de Saúde de Frederico Westphalen, RS.....	140
APÊNDICE B – Autorização do Diretor da Escola.....	141
APÊNDICE C- Roteiro para o primeiro encontro.....	142
APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	144
APÊNDICE E – Dinâmica de apresentação e escolha dos nomes fictícios.....	145
APÊNDICE F- Roteiro para o segundo encontro.....	146
APÊNDICE G – Fotografia do cartaz com o tema da pesquisa.....	151
APÊNDICE H– Fotografia do cartaz sobre as práticas das mães no cuidados da criança de zero a seis meses de vida.....	152

APÊNDICE I – Fotografia do cartaz sobre o que são saberes e de onde vem o conhecimento para cuidar da criança de zero a seis meses de vida.....	153
APÊNDICE J – Fotografia do cartaz sobre o que significa cuidar para as mães.....	154
APÊNDICE L – Roteiro para o terceiro encontro.....	155
APÊNDICE M – Fotografias do teatro sobre higiene e cuidados com o coto umbilical.....	158
APÊNDICE N –Roteiro para o quarto encontro.....	159
APÊNDICE O- Brincadeira de encerramento - BRINCANDO DE CONFRATERNIZAÇÃO.....	161
ANEXO A – Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do SUL - UFRGS.....	163

1 INTRODUÇÃO

O cuidado faz parte da existência do ser humano, que para crescer e se desenvolver de forma saudável necessita ser cuidado ao longo de todas as etapas do ciclo vital. A forma de cuidar é afetada pelos ambientes físico, emocional e cultural, e pela estrutura social a que o indivíduo pertence, uma vez que cada cultura possui suas próprias concepções de saúde, doença e cuidado.

Boehs (1990, p. 2), menciona que “o cuidado tem sido uma prática essencial ao nascimento, crescimento, desenvolvimento e sobrevivência dos seres humanos”, e que, já nos primeiros momentos após o nascimento, o bebê precisa de cuidados. Segundo esta pesquisadora, mesmo que a criança¹ já nasça com todas as potencialidades para a sua sobrevivência, ela precisa de cuidados que não pode prestar a si mesma, devendo alguém fazer isso por ela.

Conforme Carvalho e Patrício (2000), a criança precisa de alguém que cuide dela, bem como da presença de outras pessoas, sobretudo familiares e profissionais de saúde, pois a relação de parceria entre equipe de saúde, pais e familiares favorece o seu crescer e desenvolver saudáveis.

A etapa do desenvolvimento humano que se estende do nascimento até os seis meses de vida é caracterizada por constantes transformações e adaptações da criança à vida extra-uterina. Essa fase é cercada de medos, mitos, crenças e inseguranças, haja vista que a criança está muito vulnerável a agravos físicos e emocionais. Diante disso a família necessita de esclarecimentos sobre as alterações que acompanham o crescimento e o desenvolvimento da criança para poder prestar-lhe o cuidado com segurança. Os profissionais de saúde, por sua

¹ Neste estudo, considera-se criança a faixa etária de zero a seis meses de vida.

vez, desempenham o importante papel de apoiar e fortalecer a família, e para tanto é importante que se façam presentes nos seus momentos de dúvida e insegurança em relação ao cuidado.

Da mesma forma, o nascimento de uma criança traz consigo uma série de mudanças na vida da família, que entra em uma fase em que, muitas vezes, papéis precisam ser restabelecidos, novas necessidades supridas, e valores discutidos e reorientados. Além disso, é preciso lidar com o estresse, os medos e as inseguranças que se estabelecem diante dos cuidados com a criança.

Frente a essa circunstância, é imprescindível que a enfermeira² – profissional que detém o cuidado à saúde como orientador de sua práxis – para estabelecer uma relação de ajuda entre ela e a família, com vistas a um cuidado satisfatório da criança e à redução dos medos que cercam esses cuidados, lance mão de um modelo de Educação em Saúde que considere as potencialidades, a cultura, os anseios e os conhecimentos da família. É nesse sentido que a enfermeira, ao desenvolver suas práticas, precisa utilizar-se do conhecimento científico com compromisso e competência, e, como cuidadora em saúde, demonstrar sua empatia por meio do diálogo com o indivíduo e do respeito aos seus saberes e práticas.

A Educação em Saúde, de acordo com a Organização Mundial da Saúde, está centrada na população e nas ações que facilitam a saúde. Busca encorajar as pessoas a adotarem e manterem padrões de vida saudáveis, bem como a tomarem suas próprias decisões, tanto individual como coletivamente, para melhorar as condições de saúde e do meio ambiente (LEVY *et al.*, 2005).

Todavia, a Educação em Saúde não se destina somente a prevenir as doenças, e sim a preparar e estimular o indivíduo a tomar suas próprias decisões para manter uma vida saudável (OLIVEIRA, 2005). Porém, para efetivar essa prática, faz-se necessário aprender e

² Neste estudo, optou-se pela referência ao profissional enfermeiro no feminino, pois os profissionais do sexo feminino são maioria, principalmente na área da criança.

levar em consideração as crenças, os valores, os costumes, enfim, a cultura da população, uma vez que, essa cultura irá confrontar-se diretamente com o saber científico. Dessa forma, precisa haver um entrelaçamento do saber científico com o saber popular.

Segundo Freire (1987), para que ocorra uma prática educativa, é imprescindível ter a presença da pessoa. Essa pessoa que, ao ensinar, aprende; ao aprender, ensina: é, ao mesmo tempo, educadora e educanda. Mas não basta apenas ensinar o que o educando tem de saber: é preciso considerar seus conhecimentos construídos pela experiência para, então, ter uma pessoa participante e não uma pessoa passiva diante dos interesses do educador e facilmente manipulável; é preciso reconhecer as pessoas como seres portadores de saberes necessários à manutenção da vida.

É por tomar essa colocação como verdadeira que se busca, neste estudo, por meio de um processo reflexivo-educativo com as mães, conhecer como elas cuidam da saúde da criança nos seis primeiros meses de vida, a partir dos seus saberes e práticas. Para tanto, é levado em conta que o nascimento de uma criança e o seu cuidado encontram-se envolvidos por crenças, mitos e costumes, que são influenciados pela herança cultural da família e pelo ambiente social em que está inserida. Acredita-se que esses fatores determinam as maneiras de a família agir e cuidar, influenciando também a atuação da enfermeira, como cuidadora e educadora em saúde, no seu dia-a-dia.

O interesse em pesquisar sobre este tema sobreveio das minhas observações e vivências na área da saúde da criança, enquanto acadêmica e durante atuação profissional como membro de uma equipe de saúde. No período em que desenvolvi atividades na prática assistencial, visualizava a equipe de saúde apegada a normas, preocupada em transmitir as orientações que considerava importantes à mãe e à família, sem se preocupar em avaliar como essas informações chegavam até elas, se eram entendidas, se confiavam, nelas, se acreditavam ser aquela a melhor forma de cuidar da criança. Neste contexto também era possível observar

que, muitas vezes, preferiam confiar nas instruções que recebiam de pessoas de sua convivência – como mães, sogras, avós, vizinhas e outras parentas. Cabe ressaltar que tais orientações pareciam-lhes mais familiares e até, por vezes, mais seguras e corretas, pois sempre foram praticadas da mesma forma e sempre deram certo, então perguntavam: para que mudar?

Percebia, também, que a equipe de saúde, a qual pertencia, nem sempre procurava entender o que se passava com a família, tampouco buscava compartilhar os saberes para chegar a um entendimento de qual seria a melhor forma de cuidar da criança.

Durante as diferentes etapas de minha trajetória profissional, observava que havia linguagens diferentes para descrever um mesmo cuidado: a linguagem científica dos profissionais de saúde e a linguagem popular da família; e que, muitas vezes, havia discordância entre esses cuidados. De 1997 a 1999, desenvolvi atividades de prática assistencial em municípios do interior do Estado do Rio Grande do Sul, junto a um hospital de pequeno porte e a uma Unidade Básica de Saúde (UBS).

De 2000 a 2003, integrei a equipe do Programa de Saúde da Família (PSF), em um município com população de 3.000 habitantes, pertencente à 19ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), com sede no município de Frederico Westphalen, RS. Considerando que o Programa apresentava uma cobertura populacional de 100%, era possível acompanhar a gravidez, o nascimento, o crescimento e o desenvolvimento de todas as crianças até os cinco anos de idade.

No período da gravidez, realizávamos atividades de grupo com as gestantes e destinávamos alguns encontros para orientações sobre os cuidados com a criança até os seis meses de vida. As temáticas eram geralmente sugeridas pelas participantes; e a equipe do PSF – constituída por enfermeira, médico, técnica de enfermagem e agentes comunitárias de saúde

(ACS) – orientava o que deveria ser feito, o que era correto fazer, sempre com muita resistência em aceitar os relatos das mães sobre como prestavam o cuidado.

Após o nascimento, fazíamos a primeira visita, ainda no hospital, com o intuito de prestar à mãe e aos familiares as primeiras orientações sobre os cuidados com a criança, tais como higiene, aleitamento materno, cuidados com o coto umbilical, vacinas, necessidade de expor a criança ao sol e muitos outros cuidados considerados pertinente para aquele momento. Também aproveitávamos para advertir que procurassem evitar o uso de mamadeira e chupeta, bem como a colocação de faixa e preparados caseiros sobre o coto umbilical.

Por um período de seis meses após o nascimento, realizávamos visitas domiciliares para acompanhar o crescimento e o desenvolvimento da criança, e reforçar as orientações fornecidas no hospital. Entretanto, observávamos que as informações e orientações dos profissionais de saúde para o cuidado da criança nem sempre eram adotadas pelas mães e/ou responsáveis pelo cuidado, que continuavam a utilizar práticas que, muitas vezes, colocavam em risco a saúde da criança. Assim, acredita-se que essa evidência seja resultado da forma como fornecíamos as orientações, pois não buscávamos compartilhar os saberes e sim impor a nossa forma de cuidar com base no saber científico construído na academia.

Durante o acompanhamento dessa etapa do ciclo vital junto às famílias, chamava-nos a atenção a utilização de práticas de cuidado desenvolvidas por mães com base em crenças, influenciadas pela cultura local e incentivadas por pessoas de sua convivência e confiança. Tais práticas incluíam o uso de chás caseiros das mais variadas espécies para os mais variados motivos; a colocação de soluções de preparo caseiro sobre o coto umbilical; rituais de banho cercados por medos e superstições; dentre outras.

Como enfermeira assistencial, pude observar a forte influência que os costumes populares exercem sobre as práticas de saúde da população. Era na área da criança, mais

especificamente nos primeiros seis meses de vida, que essas práticas eram mais presentes e mais fortes.

No que diz respeito às mães, era inquietante ver a facilidade e a confiança com que seguiam as orientações das pessoas do seu convívio e a resistência em aderir e manter as orientações da enfermeira e da equipe de saúde para o cuidado com o filho. Ao mesmo tempo, percebia a dificuldade da enfermeira e da equipe em entender e aceitar as práticas populares de cuidados prestados à criança.

Essas inquietações eram discutidas nas reuniões da equipe do PSF no município e, posteriormente, nas reuniões mensais das equipes do PSF pertencentes à região da 19ª CRS, pois não conseguíamos entender por que as mães e/ou responsáveis pelo cuidado da criança adotavam certas condutas e atitudes, como o uso de soluções caseiras no coto umbilical, as quais provocam infecções e, na maioria das vezes, requeriam hospitalizações e cuidados especializados.

Diversas vezes questionei-me: Quem está certo: eu, profissional de saúde embasada em conhecimentos científicos; ou a mãe, pautada por crenças, costumes, hábitos e cuidados populares? Será que há um certo e um errado? Não é possível associar esses conhecimentos para prestar o cuidado nesse período tão importante para o crescimento e o desenvolvimento da criança?

Acredito que esses questionamentos devam-se muito à minha formação acadêmica, embasada no modelo biomédico, centrada na técnica e voltada para o hospital. Enquanto acadêmica, aprendi que a enfermeira eficiente é aquela que desenvolve habilmente as técnicas. Nesse período, não desenvolvia ações voltadas à Educação em Saúde, limitava-me a realizar os procedimentos e a prestar orientações específicas em relação ao quadro de saúde. Não havia, portanto, muito envolvimento com o cliente, pouco o conhecia e pouco interagia com ele.

Foi durante o curso de especialização em Saúde Pública que comecei a entender e a buscar respostas para alguns questionamentos. Na disciplina de Educação em Saúde, algumas leituras da obra do educador Paulo Freire fizeram-me repensar minha atuação profissional.

Naquele momento percebi que havia consolidado minha prática profissional naquilo que Freire (1987), chama de “educação bancária”: estava sendo simples depositária de conhecimentos ao repassar orientações, conceitos e entendimentos às mães sem considerar o seu saber, sem me preocupar como essas informações chegavam, como eram vistas e interpretadas por elas. Não havia troca nem aliança de saberes, e sim uma imposição do meu saber sobre o delas, uma certa desconsideração do seu saber. Isso lhes gerava insegurança e medo, e fazia com que preferissem seguir os conselhos de familiares e amigas mais velhas que já haviam criado seus filhos daquela maneira.

Atualmente, como docente do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Campus de Frederico Westphalen, (URI/FW), estou participando da implementação do Projeto Abrindo Caminhos³ no Bairro São Francisco de Paula, naquele município. Essa área foi eleita pela Universidade por apresentar diferentes realidades socioeconômicas e culturais, bem como por dispor dos equipamentos sociais necessários ao desenvolvimento do Projeto, quais sejam, escola, creche, Unidade Básica de Saúde, associação de moradores, igreja e ginásio de esportes. Daí a opção por realizar a presente pesquisa nesse local.

No que se refere à saúde da criança, é importante destacar que esse projeto preconiza a implementação do Programa da Criança, cujo eixo norteador é o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento infantis, mediante atividades desenvolvidas por acadêmicos de Enfermagem, professoras e profissionais de saúde que fazem parte da equipe

³ O Projeto Abrindo Caminhos foi idealizado no Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Campus de Frederico Westphalen. Ele articula ensino, pesquisa e extensão, e tem por objetivos implantar e manter a base comunitária para a realização das aulas teórico-práticas do referido curso no bairro São Francisco de Paula, nesse mesmo município.

do PSF responsável por essa área. Essas atividades incluem consulta de Enfermagem, visita domiciliar e atividades com grupos de crianças e famílias.

No Brasil, vários estudos já foram realizados com o objetivo de conhecer as diferentes formas de cuidar da criança praticadas pelas mães e família. Percebe-se que existe um esforço, por parte de enfermeiras, para mudar o cenário em que essa profissional é a detentora do saber e dela emanam as decisões, na tentativa de envolver todos os atores no processo de cuidado e, assim, compartilhar os diferentes saberes – popular e científico. Esses estudos supracitados foram realizados por pesquisadoras em suas dissertações de mestrado, teses de doutorado e seus projetos de pesquisa.

Boehs (1990), estudou cinco famílias de recém-nascidos, pertencentes ao extrato social baixo, residentes e nascidas em Florianópolis, SC, com o objetivo de verificar a relação entre as famílias de origem e o casal. A pesquisadora acompanhou as famílias na maternidade e no domicílio até que a criança completou 28 dias. A autora concluiu que as mães, sogras, irmãs e vizinhas ajudam e influenciam a nova mãe no cuidado do recém-nascido, dando-lhe conselhos e dispensando cuidados ao bebê. Pôde-se observar, também, que alguns cuidados são prestados de forma diferente do que foi orientado na maternidade, pois sofrem influência dos costumes e da cultura locais.

Monticelli (1994b), em sua dissertação, enfocou o nascimento como um rito de passagem. O estudo foi realizado com dois grupos de familiares de recém-nascidos em Florianópolis, e foi aplicada a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger. A pesquisadora acompanhou as famílias na maternidade e, posteriormente, no domicílio, até que a criança completou um mês. Nesse período deparou-se com cuidados influenciados pela cultura da população local. Essa observação permitiu-lhe, algumas vezes, preservar os cuidados realizados; em outras, acomodá-los e associar as práticas populares ao saber científico; e, em alguns momentos, reorganizar e negociar as

práticas de cuidado desenvolvidas pelas mães e familiares em virtude dos problemas que essas práticas poderiam ocasionar ao recém-nascido.

Cabral (1999), estudou, em sua tese, a aliança de saberes no cuidado e na estimulação da criança bebê. O estudo foi realizado com dois grupos: um constituído por estudantes de graduação em Enfermagem do último período, uma professora-investigadora e mulheres-mães; e o outro somente pelas estudantes e professora. Tanto as mães quanto as estudantes de Enfermagem estavam vivenciando o cuidado do recém-nascido prematuro ou com qualquer disfunção orgânica, internado em unidade neonatal. A pesquisadora promoveu dinâmicas de criatividade e sensibilidade associadas à observação participante e a discussões em grupo.

A partir das reflexões originadas nas oficinas, a autora constatou que a aproximação das estudantes às mães favoreceu o cuidado da criança, pois as estudantes passaram a entender os medos, as angústias e as dificuldades das mães em cuidar do filho tão frágil e puderam, então, orientá-las a partir de seus anseios. As mães, por sua vez, encontraram nas acadêmicas alguém em quem podiam confiar e pedir ajuda nos momentos de dúvidas. Dessa forma, ocorreu a fusão do conhecimento científico com o senso comum.

As estudantes perceberam que, muitas vezes, a forma de cuidar utilizada por elas e pelas mães é a mesma, o que modifica é a linguagem usada para denominar o cuidado, ou seja, a linguagem do universo cultural da família e a linguagem científica. Frente a isso Cabral (1999, p. 284), enfatiza que “a formação da aliança de conhecimento favoreceu a libertação das teias do não saber, permitiu a compreensão do que o outro disse, e respeitou as conclusões individuais, ou seja, a transformação interna acerca daquele tema”.

Pode-se constatar que os estudos supracitados, dentre tantos outros já realizados na área da Enfermagem sobre o cuidado da criança, buscam, além de conhecer a realidade da população com a qual as pesquisadoras interagem, romper com o modelo tradicional de educação – o modelo da transmissão de informações – e avançar no conhecimento buscando a

interação e a união de saberes, rompendo com a barreira existente entre o saber científico e o saber popular.

Com os resultados oriundos desse estudo, acredita-se poder ampliar os conhecimentos já construídos nessa área e contribuir com elementos para o processo de Educação em Saúde, considerando que buscou-se o entendimento dos saberes e práticas de cuidados das mães e o respeito pelos mesmos, bem como uma maior aproximação entre enfermeira, mães e família. E ainda, por meio dessa ação integradora, fornecer subsídios para a construção de um cuidado em saúde voltado às necessidades da criança e da família, com base na troca de saberes, no aprender a aprender, no reconhecimento do espaço, dos direitos, das potencialidades, das vivências e dos conhecimentos das mães e famílias; e promover, dessa forma, uma transformação mútua e a efetivação do processo ensino-aprendizagem na Educação em Saúde.

Nesse sentido, e acreditando que o cuidado não é atributo apenas da Enfermagem, pois é praticado por todas as pessoas que preservam a vida, estando sua base no seio da família, defende-se a idéia de que esse, para ser efetivo, deve ser contextualizado com a realidade familiar. Por isso se propõe esta questão de pesquisa:

- Quais são os saberes e as práticas das mães sobre os cuidados com a saúde da criança de zero a seis meses de vida, para manter um crescimento e um desenvolvimento saudáveis nesta etapa do ciclo vital?

2 OBJETIVO

Conhecer os saberes e as práticas de cuidado à saúde da criança de zero a seis meses de vida, desenvolvidos por mães, a partir de um processo reflexivo-educativo, pautado no itinerário de pesquisa de Paulo Freire.

3 CONTEXTUALIZANDO O REFERENCIAL TEÓRICO

Para fundamentar este estudo, far-se-á um breve recorte histórico do cuidado humano focalizando a mãe como primeira cuidadora e educadora, e a família como parte integrante e fundamental no processo de crescimento e desenvolvimento da criança. Também serão abordados alguns aspectos da promoção e da Educação em Saúde, e resgatadas algumas considerações acerca dos papéis da enfermeira como cuidadora e educadora, no que diz respeito à abordagem familiar para os cuidados com a saúde da criança de zero a seis meses de vida.

3.1 Breves reflexões sobre a história e evolução do cuidado

Ao se reportar à história do cuidado, pode-se dizer, de acordo com Collière (1989), que o cuidado é uma das práticas mais antigas da história da humanidade. Tem suas raízes na origem da vida e está ligado à sobrevivência do ser humano, pois cuidar é e sempre será indispensável à vida e à perpetuação de todo tipo de vida.

Inicialmente o cuidado era empírico, influenciado pelas forças míticas e pela natureza, e relacionado a qualquer pessoa que o praticasse para ajudar o outro, não estando ligado a nenhuma profissão.

Collière (1989), enfoca que a história do cuidado desenha-se em torno de duas orientações. A primeira tem a função de garantir a continuidade da vida e das espécies, e isso engloba alimentação, moradia, vestuário, manutenção das funções vitais, ou seja, está ligada a

tudo o que favorece a manutenção e o desenvolvimento da vida. A segunda orientação diz respeito a fazer recuar a morte por meio da identificação do bem e do mal, surgindo assim o Shaman e depois o padre, que possuíam o encargo de mediar as forças do bem e do mal, contribuindo também para a divisão de tarefas entre homens e mulheres (COLLIÈRE, 1989).

Com base nas considerações de Collière (1989), constata-se que, aos homens, cabia a proteção das mulheres, dos idosos e das crianças, a garantia da ordem, a busca pelo alimento e a cura dos ferimentos. As mulheres eram responsáveis pela prevenção e a cura das doenças por meio da Farmacologia Natural, desenvolvendo ainda alguns princípios de Nutrição, Puericultura e Obstetrícia, bem como pelo cuidado e a educação dos filhos. Nesse sentido, as mulheres foram as primeiras pessoas a praticar a Medicina, devido a sua conexão com a agricultura.

Ao longo dos séculos, a mulher adquiriu um comportamento diferenciado daquele do homem pelo desempenho da maternidade, assumindo também a educação dos filhos, o preparo de alimentos e medicamentos, e os cuidados com a casa, além de cuidar de idosos, incapacitados, moribundos e doentes, sendo considerada a primeira cuidadora. É a mulher “que dá à luz, é ela que tem o encargo de ‘tomar conta’ de tudo o que mantém a vida cotidiana nos seus mais pequenos pormenores” (COLLIÈRE, 1989, p. 40).

As mulheres, ao longo da história, assumiram os papéis de parteiras e curandeiras fazendo uso de plantas e práticas guardadas em segredo, somente compartilhadas entre elas. Durante muitos séculos, as mulheres exerceram a Medicina sem qualquer ensinamento científico ou diploma, seu saber era formado e ampliado no contato umas com as outras, transmitido de vizinha para vizinha, de mãe para filha (COLLIÈRE, 1989).

As práticas de cuidados prestadas pelas mulheres sempre estiveram muito ligadas em torno de dois pólos: o corpo e o alimento. O corpo como lugar da concepção, do nascimento, fonte da vida; e o alimento como forma de manter a vida, por meio do cultivo, da colheita, da

conservação e da transformação de vegetais, plantas, frutas, raízes e sementes em pós, farinhas, caldo e bebidas.

Ao desenvolverem as práticas relacionadas aos dois grandes acontecimentos do corpo – a vida e a morte – bem como conhecerem as virtudes curativas das plantas, as mulheres tornaram-se as médicas do povo e, por muito tempo, transmitiram de geração para geração, pela tradição oral, o cuidado no cultivo e no preparo de plantas usadas como remédios e alimentos. A maternidade, o parto e os cuidados com o recém-nascido também eram suas atribuições. O cuidado e o valor social do cuidado prestado pela mulher fundamentavam-se na sua experiência de ser mãe e após ajudar outras a darem à luz e a cuidarem das crianças (COLLIÈRE, 1989).

A autora relata, ainda, que as práticas de cuidado ligadas ao corpo e ao alimento contribuíram para “fazer surgir a mulher como veículo dos credos e ritos pagãos” (COLLIÈRE, 1989, p. 53). No princípio do Cristianismo, o cuidado das mulheres foi subvertido e confiscado; as mulheres passaram a ser desvalorizadas, sendo “chamadas de sábias pelo povo e de bruxas pelos médicos, pela Igreja e pelos poderosos” (MONTICELLI, 1994b, p. 34).

Essas concepções perduraram por séculos; e, com isso, os cuidados, realizados de forma empírica, foram dando espaço para uma nova concepção de cuidar, praticada exclusivamente pelos homens, com ênfase na cura e apropriado pela Medicina. As mulheres somente puderam retornar ao seu papel de cuidadora com o advento das ordens religiosas femininas e das mulheres consagradas, porém praticavam o cuidado relacionado diretamente à doença, desprovido de sustentação científica ou como prática de saúde e fortemente relacionado como sendo o caminho da salvação (COLLIÈRE, 1989).

De acordo com Madalosso (2001), ocorre nesse momento uma fragmentação do cuidado a qual o afasta ainda mais de suas origens. Isso se deve aos avanços científicos,

tecnológicos e socioeconômicos, e às ideologias políticas e religiosas. Nesse contexto, “a enfermagem, como profissão, surgiu como um ramo desse processo de fragmentação e dispersão” (MADALOSSO, 2001, p. 23). Essas transformações levaram à expulsão das religiosas dos hospitais, e a Enfermagem passou a ser exercida por pessoas sem qualificação, tanto profissional quanto moral, marcando, assim, um período de decadência da profissão.

Collière (1989), relata que, somente no século XIX, a Enfermagem busca fundamentar cientificamente suas práticas, rompendo com o empirismo e fazendo emergir a Enfermagem profissional com Florence Nightingale, que buscou resgatar a vocação da mulher para praticar o cuidado. Florence “distingui-se ao imprimir a cientificidade e a modernidade ao saber da enfermagem” (MADALOSSO, 2001, p. 24), utilizando, para isso, práticas de observação e cuidado de cabeceira aos doentes, e promovendo reflexões sobre o modo de preservar a saúde. O cuidado tornou-se, então, a razão existencial da Enfermagem.

Nesse sentido Budó (1997), reforça que o cuidado está presente em toda a história de vida e sobrevivência humanas. Os conhecimentos de como cuidar, permeados pelas experiências de vida, são transmitidos de geração a geração, constituindo o sistema popular de cuidado que é influenciado pela diversidade de valores, práticas e crenças culturais.

Frente a isso, pode-se dizer que o cuidado está presente em todas as culturas, sendo praticado de forma diferente em cada contexto e influenciado por crenças, valores, religião, condições econômicas e educacionais, e pelas experiências repassadas pelos indivíduos mais velhos aos mais novos.

Para Boff (1999), o cuidado é anterior ao ser humano, está na sua essência e perpassa toda a sua existência.

Cuidar é mais que um ato é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro, o cuidado é o sentimento que nos envolve com as coisas e com as pessoas, tornando-as importantes para nós (BOFF, 1999, p. 33).

Em relação a isso, Tanji e Novakoski (2000), afirmam que o cuidado desencadeia um processo de trocas e interação entre quem cuida e quem é cuidado, sendo esse processo alicerçado na confiança, que exige investimento pessoal e acrescentam-se aqui, além do investimento pessoal, o envolvimento ético, moral e social de ambos os envolvidos.

A forma de cuidar, segundo as pesquisadoras, “desenvolve-se e aprimora-se com as experiências vivenciadas ao longo da vida; adapta-se, ajusta-se e recria-se” (TANJI; NOVAKOSKI, 2000, p. 802), conforme a cultura, o local e as pessoas envolvidas. E para conseguir um cuidado mais próximo da realidade em que se vive, é preciso ver e reconhecer o ser humano em sua totalidade, resgatar seus valores éticos e morais, com vistas a promover a transformação do conhecimento e do crescimento mútuos.

Para tanto, o cuidado pode ser desenvolvido por profissionais ou por leigos, e essas práticas de cuidado precisam ser conhecidas, reconhecidas e aceitas pelos profissionais de saúde, pois cuidar implica conhecer, respeitar, valorizar o outro, confiar nele e interagir com ele. Ao mesmo tempo, educar para o cuidado da saúde requer que os sujeitos envolvidos compartilhem, troquem suas experiências e estejam abertos a mudanças na forma de agir.

De forma semelhante, Waldow (2001, p. 149), conceitua o cuidado como:

um processo interativo entre cuidadora e ser cuidado [...] é o desenvolvimento de ações, atitudes e comportamentos com base em conhecimento científico, experiência, intuição e pensamento crítico, realizadas para e com o paciente/cliente/ser cuidado no sentido de promover, manter e/ou recuperar sua dignidade e totalidade humanas.

A autora defende a idéia de que a enfermeira, ao promover educação para o cuidado da saúde, precisa estar ciente de que não existe uma fórmula, uma receita, um roteiro para ensinar o cuidado; esse não deve ser imposto ou transmitido, e sim compartilhado, vivenciado, construído. No processo de cuidar, os cuidadores e os seres cuidados participam com os seus conhecimentos, com as suas habilidades, suas atitudes, seus valores; ocorre, então, um processo de ajuda e crescimento mútuos.

Para Erdmann (1998, p. 65), o sistema de cuidado na Enfermagem é composto de atores sociais, quais sejam, cuidadores e seres cuidados, que se relacionam; interagem; associam-se; trocam, compartilham e negociam experiências, envolvendo sentimento de “afetividade, emoção, empatia, intuição”. A autora cita como elemento intrínseco do cuidado as relações pessoais que ocorrem em todo o “processo vital, nas condições naturais e sociais do pré-conceber, nascer, crescer, desenvolver-se, envelhecer e morrer/transcender” (ERDMANN, 1998, p. 61).

O ato de cuidar pode ser “aprendido, desaprendido, reaprendido e transmitido/partilhado” (ERDMANN, 1998, p. 63), para isso, faz-se necessário associar as práticas de cuidado profissionais e populares por meio da Educação em Saúde, pois o sistema de cuidado depende dessa interação, dessa comunhão e associação de conhecimentos para o crescimento e a sobrevivência de ambos.

Diante disso, a enfermeira, ao praticar Educação em Saúde, precisa adaptar-se à diversidade cultural, respeitar valores, crenças, opiniões, escutar e orientar quando se fizer necessário, sem impor seu ponto de vista, seus conhecimentos, sua forma de pensar e agir. Cabe à enfermeira estar disposta a aprender, a conhecer e reconhecer o novo, pois o cuidado exige um constante reformular de idéias, conceitos e práticas. A interação do cuidador e o ser cuidado caracteriza-se como um momento de trocas, aprendizagem e crescimento mútuo, com vistas a buscar ou criar outras formas de cuidar.

Sustentando essa idéia, Souza, Varela e Barroso (1999), afirmam que a enfermeira, em sua prática profissional, depara-se com muitas formas de cuidar influenciadas pelo meio onde as pessoas vivem. Portanto, precisa conhecer o contexto sociocultural das mães, identificar as práticas populares de cuidado e dar crédito às suas crenças e costumes. Para isso, utiliza suas habilidades de comunicação e observação, que se tornam elementos fundamentais para a compreensão e a aceitação dessas formas de cuidar.

3.2 Crescimento e desenvolvimento da criança na etapa evolutiva de zero a seis meses de vida: implicações para a família e a enfermeira

O desenvolvimento humano é um processo contínuo que ocorre durante toda a vida, apresentando características próprias em cada fase evolutiva. Nele, cada etapa apóia-se na etapa precedente e condiciona a seguinte. Esse processo está sob os efeitos de determinantes sociais, econômicos e culturais que podem ampliar, restringir ou até mesmo anular aspectos físicos, psíquicos e emocionais do crescimento e desenvolvimento da criança (PAPALIA; OLDS, 2000).

Marcondes (1992, p. 45) assim define os termos “crescimento” e “desenvolvimento”:

[...] correspondem a fenômenos distintos, embora correlacionados. *Crescimento* significa aumento do corpo, como um todo ou em algumas de suas partes, e podem ser mensurados em centímetros ou gramas. Significa o aumento do tamanho das células. *Desenvolvimento* significa capacidade do indivíduo em realizar funções cada vez mais complexas, ou seja, desenvolver controle neuromuscular, destreza e funções que só podem ser mensurados por meio de provas ou testes funcionais.

Para Papalia e Olds (2000, p. 25), estudar o desenvolvimento humano é algo fascinante, porque, além de compreender as vidas reais, “focaliza o estudo científico de como as pessoas mudam, e também de como ficam iguais, desde a concepção até a morte”. É um estudo complexo porque trata das manifestações e alterações do ciclo evolutivo, o qual está sujeito a diversas influências internas e externas, tais como a hereditariedade, a raça, a cultura, o estilo de vida, as condições socioeconômicas, culturais, educacionais e a constelação familiar em que a pessoa está inserida. Abrange padrões de desenvolvimento individuais e partilhados, e pode ser quantitativo – relacionado às mudanças corporais – ou qualitativo – relacionado ao desenvolvimento cognitivo.

Frente a isso, pode-se dizer que a vida é experienciada por meio das relações entre as pessoas. Nesse processo, a criança está, desde o seu nascimento, submetida à ação do ser humano adulto, que terá influência e participação importantes no seu processo de crescimento

e desenvolvimento, nos seus aspectos físico, psíquico, cognitivo e afetivo, os quais irão, gradativamente, construí-la como um ser. Cabral (1999, p. 26), afirma que o adulto desempenha os papéis de “orientador e condutor na aquisição de habilidades e comportamentos agindo como um incentivador, um criador de condições para que o desenvolvimento aconteça”.

Complementarmente, Motta (1996, p. 4), infere que a criança encontra-se totalmente aberta às possibilidades de viver, é um ser que precisa de amor, cuidado, afeto, proteção de todos que o rodeiam, considerando que os vínculos afetivos têm a função de “promover uma melhor qualidade de crescimento e desenvolvimento da criança”. A autora destaca, também, que a família assume papéis importantes em todo esse processo: o de cuidadora e o de educadora. Para tanto, necessita estar consciente de sua responsabilidade, pois seus entendimentos e condutas influenciarão ricamente o potencial da criança.

Após o nascimento, o recém-nascido passa por um período crítico chamado de “período de transição” (KENNER, 2001, p. 1), que corresponde à adaptação do neonato da vida intra-uterina para a vida extra-uterina. Esse período impõe, além das alterações em todos os sistemas corporais, a exposição do recém-nascido a estímulos externos como luz, calor, frio, barulho e manipulação dos profissionais de saúde e da família. Diante disso, a enfermeira possui um papel muito importante, às vezes decisivo durante o período neonatal: o de promover um estado fisiológico estável, dispensando cuidados relacionados à oxigenação, hidratação, nutrição, eliminações, higiene, termorregulação, segurança ambiental, além de prevenir e detectar complicações (KENNER, 2001).

A enfermeira também desempenha funções relevantes na abordagem familiar: apoiá-la, fortalecê-la, avaliar a necessidade de educação para os cuidados com a criança, identificar fatores de risco e facilitar a interação entre a criança, pais e familiares, ajudando-os no

estabelecimento dos vínculos, pois, conforme Gasparetto e Bussab (2005), o afeto e o amor são direitos da criança que os adultos devem fortalecer e defender.

Para essas autoras, é difícil definir afeto e amor, pois seu entendimento depende da cultura e da história da família, e da história de cada um. Não obstante, há inúmeras comprovações de sua importância para o desenvolvimento e a sobrevivência das crianças. Afeto e amor são uma relação, uma sensação, um laço emocional que começa a crescer entre pais e filhos desde antes do nascimento destes, permanece através do tempo e ocorre como resposta ao cuidado oferecido à criança, em geral pela família ou pelas pessoas que estão envolvidas com o cuidado (GASPARETTO; BUSSAB, 2005).

A maneira como a família se relaciona com a criança, como manifesta o afeto e o amor determina o relacionamento desta consigo mesma, com as pessoas que a rodeiam e com o mundo. Uma criança feliz, alegre, espontânea, sorridente, confiante, otimista, segura, sadia, autônoma, capaz de dar e receber amor é aquela que cresce dentro de um vínculo familiar de afeto e amor (GASPARETTO; BUSSAB, 2005).

Nessa relação afetiva, cabe à família, ainda, prover cuidados indispensáveis à sobrevivência da criança, tais como alimentação, manutenção da temperatura corporal, higiene, sono e repouso, vacinação, educação, e prevenção de acidentes e maus tratos. Além disso, ela deve facilitar a relação da criança com o mundo que a cerca; acolher e respeitar seus medos e inseguranças; estimular seus contatos táteis, visuais e auditivos por meio de carícias, comunicação e brincados, pois tudo isso promove sensações necessárias ao seu bem-estar e ao desenvolvimento dentro dos padrões de normalidade.

De acordo com Schenker e Minayo (2003), a família é uma instituição primária que poderá ter vários tipos de arranjo, mas que possui como função básica a socialização da criança. Reforçando essa idéia, Wong e Whaley (1999), observam que a família pode apresentar-se em uma miríade de estruturas, mas sempre com um grande potencial para

prestar cuidados e constituir um ambiente de apoio para a criança crescer, amadurecer e maximizar seu potencial humano.

Complementarmente, Elsen (2002, p. 12), refere-se à família como um sistema de saúde para seus membros, constituído por um “conjunto de valores, crenças, conhecimentos e práticas que guiam as ações da família na promoção da saúde de seus membros, na prevenção e tratamento da doença”. Para a autora, esse sistema inclui, ainda, um processo de cuidar em que a família supervisiona o estado de saúde dos seus membros, tomando decisões e avaliando conseqüências. Esse sistema também está inserido em um “contexto sociocultural que inclui os sistemas profissional e popular de cuidado [...]” (ELSEN, 2002, p.12).

Diante dessas considerações, é possível afirmar que a família é um espaço de amor, afeto, carinho, acolhimento, proteção e promoção da saúde da criança. É ela que proporciona condições para que a criança possa crescer, desenvolver suas potencialidades, aprender a conviver e a relacionar-se.

Segundo Michielin (2005, p. 14), “é na família que a criança encontra seu referencial e sua ligação com a vida”, pois a presença e a participação da família no seu cuidado reforçam os vínculos e transmitem segurança e confiança à criança. É na família que a criança cresce; desenvolve-se; aprende hábitos, costumes e valores de acordo com os padrões de entendimento e de conduta das pessoas com quem convive. Michielin (2005, p.75), conclui que “a família é, sem dúvida, o primeiro grupo social em que a criança se insere”.

Para Motta e Luz (2003, p. 24), o espaço familiar determina o modo de vida das crianças. Ele é o primeiro espaço socializado, o contexto responsável pelo “apoio físico, emocional, educacional e social de seus membros”. Para as pesquisadoras, a família é, ainda, uma fonte de recursos para a criança, que precisa de cuidados que garantam a sua sobrevivência, seu crescimento e desenvolvimento saudáveis, que certamente serão decisivos para a qualidade de sua vida nas etapas evolutivas posteriores.

Diante disso, Motta e Luz (2003), enfatizam que, para atingir o objetivo de viver saudavelmente, é preciso considerar a família como uma unidade de cuidado, um espaço de inclusão e acolhimento da criança. Nesse sentido, os profissionais de saúde, sobretudo os da Enfermagem, possuem uma meta complexa: a de criar espaços de convivência com a família, valorizar seus saberes e práticas, assistir toda a família e estar sensibilizado; pois, como reforça Ângelo (1999, p. 8),

Está sensibilizado é ser capaz de reconhecer a família como um fenômeno complexo que demanda apoio em tempos de dificuldades, sobretudo na situação de doença, é considerar a importância da família para o cuidado de enfermagem e também a importância do cuidado da família em suas experiências de saúde e doença tendo como meta promover um funcionamento pleno da família.

Frente a essas reflexões, pode-se inferir que a enfermeira, por vezes, não dá atenção ao que a família sabe e acredita ser o ideal para o cuidado da criança. Assim, preocupa-se apenas em repassar os seus conhecimentos, aquilo que julga ser importante para o bebê, sem considerar o saber popular, as crenças e os costumes da família, inserindo-se no processo que Freire (1987), chama de “educação bancária”, o qual envolve um sujeito que narra o conteúdo e um objeto paciente que escuta.

Entretanto, é possível dizer que a enfermeira também possui a função de orientar os pais e familiares sobre os cuidados com a criança a serem dispensados no domicílio, para garantir a sua saúde, porém essas orientações deverão ter um caráter educacional, e não se restringir aos intuitos de divulgar informações, ditar normas e apontar o certo e o errado. Para tanto, é imprescindível que a mãe, o pai e familiares sejam participantes ativos no planejamento e na execução dos cuidados.

Corroborando essa conclusão, Monticelli (1999), enfatiza que o processo educativo deve estar ancorado no contexto sociocultural da família, e a enfermeira precisa valorizar e resgatar os conhecimentos e as práticas anteriores da família para o cuidado com a criança, buscando a mediação entre o saber popular e o saber profissional. Segundo Michielini (2005,

p. 28), “[...] a família compartilha o seu referencial de cuidado com a enfermagem que, por sua vez, necessita ter seu próprio referencial, para que numa relação dialética as trocas ocorram e todos cresçam”.

Enfim, é possível afirmar que, se enfermeira, mãe e família cuidam da criança nessa etapa tão delicada do ciclo evolutivo, torna-se imprescindível compartilhar os saberes sobre as diferentes formas de cuidar, contemplando estratégias pedagógicas que visem a articular esses saberes; e favorecer o conviver, o fazer, o conhecer e o aprender a aprender, atributos indispensáveis à enfermeira que prima pela qualidade, pela recuperação e pela promoção da saúde e da vida da população.

3.3 Educação em Saúde e a prática da enfermeira

Analisando a trajetória das práticas de saúde no Brasil, Vasconcelos (1998), relata que, no final do século XIX e início do século XX, o País passou por intensas transformações sociais e econômicas com um processo de industrialização deficiente, intensificação do comércio internacional e aumento de correntes imigratórias que se somaram consideravelmente ao contingente populacional das grandes cidades.

Essas transformações trouxeram consigo epidemias de varíola, peste e febre amarela, as quais geram grandes problemas para a exportação do café, contribuindo para tornar ainda mais precárias as condições de vida da população. A grave crise sanitária instalada deu origem às primeiras práticas de Educação em Saúde focadas no educar para a vida e para a saúde (VASCONCELOS, 1998).

No entanto, as ações educativas nesse momento ficaram restritas a programas e serviços destinados ao combate às doenças infecciosas e parasitárias. Tal prática era implantada como “uma forma de substituir e justificar a não organização de serviços de saúde bem estruturados” (VASCONCELOS, 1998, p. 21). Com a crise na produção mundial da borracha e do manganês, durante a II Guerra Mundial, houve um incentivo para sua extração no Brasil. Diante disso, organizou-se no País o Serviço Especial de Saúde Pública; e, junto com esse, chegaram novas tecnologias de gerenciamento e medicina preventiva. Para a Educação em Saúde, foram introduzidas “novas técnicas de difusão de informações e convencimento onde, no entanto, a população continuava a ser vista como passiva e incapaz de iniciativas próprias” (VASCONCELOS, 1998, p. 22).

Nesse sentido, as práticas de saúde no Brasil passaram a ser discutidas na década de 70, a partir do movimento de Reforma Sanitária. Esse movimento buscava redirecionar as práticas até então desenvolvidas, deixando de focar apenas as áreas curativas para voltar-se mais às ações preventivas, por intermédio de atividades que visavam à Educação em Saúde, e não apenas à reprodução do modelo biomédico (VASCONCELOS, 1998).

Imbuídos desse espírito, “muitos profissionais de saúde insatisfeitos com as práticas mercantilizadas e rotinizadas dos serviços de saúde se engajam neste processo” (VASCONCELOS, 1998, p. 22), e se embrenham nas periferias dos grandes centros, nos meios rurais e em pequenas cidades do interior, buscando maneiras alternativas para o cuidado à saúde. Assim, procuram interagir com os movimentos sociais locais e priorizar a educação da população por meio de práticas de saúde que atendessem de forma mais global aos problemas encontrados.

Esses grupos foram pioneiros na ampliação das práticas médicas dominantes, promovendo uma grande valorização das trocas interpessoais e do diálogo com as pessoas, por meio de visitas domiciliares e reuniões educativas, com a finalidade de conseguir uma

interação entre a sabedoria popular e a prática médica tradicional. Assim, criou-se uma concepção alternativa, mais ampla, mais humanista de saúde.

Vasconcelos (1998), relata que, na década de 70, surgiu também no Brasil o método de educação popular sistematizado por Paulo Freire, método que ajudou a nortear a relação entre os profissionais de saúde e as classes populares. A educação popular começou, então, a estruturar-se como corpo teórico e prática social, com a ajuda de intelectuais e educadores ligados à Igreja Católica, no intuito de envolver a população no seu processo educativo e, assim, promover seu crescimento e sua capacidade de análise crítica.

Para Vasconcelos (1998), a educação popular é o instrumento fundamental para a construção histórica de uma Medicina integral, que vise a superar o caráter especializado e fragmentado das práticas de saúde e volte-se a uma visão mais holística do ser humano. É, ainda, um instrumento para o cuidado da saúde, na medida em que se dedica à ampliação e à interação dos saberes científico e popular, levando em conta valores, interesses e entendimentos próprios de cada indivíduo.

Vasconcelos (1998, p. 24), assim conceitua a educação popular:

busca trabalhar pedagogicamente o homem e os grupos envolvidos no processo de participação popular, fomentando formas coletivas de aprendizado e investigação, de modo a promover o crescimento da capacidade de análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento.

Ainda com base no pensamento desse autor, pode-se dizer que as ações da educação popular em saúde, ainda hoje, visam a superar o fosso cultural existente entre as instituições de saúde, o saber dos profissionais e o saber dos grupos populares; ampliar os canais de comunicação; e valorizar a diversidade e a heterogeneidade dos grupos sociais por meio do diálogo entre os diferentes saberes.

Para melhor elucidar alguns aspectos da Educação em Saúde, foi preciso reportar-se à história da promoção da saúde. Zamudio (1998), relata que essa expressão foi utilizada pela primeira vez por Sigerist, em 1946, ao definir as quatro tarefas primordiais da Medicina: a

promoção da saúde, a prevenção da doença, a recuperação do enfermo e a reabilitação. Sigerist, nessa ocasião, também enfatizou que a saúde era promovida pelas boas condições de vida, de trabalho, educação, cultura e lazer.

Entretanto, conforme Zamudio (1998), foi somente em 1974, com a elaboração de um documento intitulado “Novas Perspectivas sobre a Saúde dos Canadenses”, mais conhecido como “Informe Lalond”, de autoria do então Ministro da Saúde e Bem-Estar Nacional do Canadá, Mark Lalond, que a promoção da saúde apareceu como um novo campo na saúde. Ela surgiu como uma estratégia governamental dirigida para a resolução dos problemas de saúde da população, ao propor mudanças no estilo de vida e no comportamento dos indivíduos, por meio de programas educativos.

O documento afirma que a saúde é determinada por um conjunto de fatores do campo da saúde que podem ser agrupados em quatro grandes eixos: biologia humana, meio ambiente, estilo de vida e organização da atenção em saúde (TEIXEIRA, 2002).

Segundo Oliveira (2005), o Informe Lalond destaca a relação existente entre a ocorrência das doenças e da morte, e os fatores ambientais e comportamentais e os modos de vida dos indivíduos.

Essas idéias foram discutidas na Conferência da Organização Mundial da Saúde, em Ottawa, Canadá, no ano de 1986. O produto final dessa Conferência foi um documento intitulado “La Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud” (ZAMUDIO, 1998, p.6), no qual se reforça a promoção da saúde como uma estratégia de saúde a ser adotada em todo o mundo. Ainda segundo Zamudio, o documento destaca a paz, a habitação, a educação, o alimento e o poder aquisitivo como condições necessárias para a saúde.

A Carta de Ottawa define a promoção da saúde como um processo que proporciona à população meios para que possa ter maior controle sobre sua saúde, a fim de melhorá-la para alcançar um completo bem-estar físico, mental e social (ZAMUDIO, 1998).

A promoção da saúde “incorporou os conceitos de *empowerment*, entendido como ampliação de poder ou fortalecimento, e de participação comunitária” (CHIESA; VERÍSSIMO, 2001, p. 35), o que pressupõe a possibilidade das pessoas terem mais controle de suas vidas e, por meio da participação nos grupos, colaborarem para as transformações da realidade em que vivem.

Complementarmente, Oliveira (2005), explica que a promoção da saúde foi uma estratégia criada com vistas a renovar a saúde pública. A abordagem antiga tinha como objetivo prevenir a doença e a incapacidade; já na nova abordagem, a Educação em Saúde aparece como uma estratégia para a promoção da saúde. Essa autora reforça que a Educação em Saúde, em uma versão mais contemporânea, “já não se destina apenas a prevenir doenças, mas a preparar o indivíduo para a luta por uma vida mais saudável. [...] o indivíduo deve ser estimulado a tomar decisões sobre sua própria vida, uma noção de autonomia que cria um ideal de autogoverno” (OLIVEIRA, 2005, p. 425).

A partir dessas reflexões, Oliveira (2005), refere que, na prática contemporânea de Educação em Saúde, há uma diversidade de modelos visando a efetivá-la que podem ser agrupados em dois: o “modelo preventivo” e o “modelo radical” (p. 425).

Oliveira (2005, p. 425), descreve que o “modelo preventivo”, ou Educação em Saúde tradicional, tem por base os princípios da “velha saúde pública”, ou seja, o modelo biomédico. Centrado na prevenção da doença com ênfase no individual, esse modelo considera que a doença está relacionada com a adoção de hábitos não-saudáveis pela pessoa. Nele, o profissional de saúde atua a partir de suas concepções de certo e errado.

A autora elucida que o modelo preventivo de Educação em Saúde, ao enfatizar o individual e considerar que o modo de vida das pessoas influencia diretamente a falta de saúde, ignora que “comportamentos são sempre interativos, o que significa que os modos de

vida são produtos de uma ação recíproca de fatores socioculturais e individuais” (OLIVEIRA, 2005, p. 426).

Ainda com base nas considerações de Oliveira (2005), pode-se dizer que o modelo radical de Educação em Saúde tem como principal objetivo promover a saúde e busca atingi-lo por meio de atividades com grupos, considerando que a discussão em grupo permite e facilita a troca de idéias entre os participantes. Esse modelo está centrado no desenvolvimento da consciência crítica das pessoas acerca das condições de vida individual e coletiva, com vistas à promoção de mudanças a partir do envolvimento de todos na tomada de decisões (OLIVEIRA, 2005).

Oliveira (2005, p. 428), também destaca que, nesse modelo, o processo educacional visa a “contemplar uma relação igualitária entre educando e educador, um reconhecendo o valor do outro no diálogo pedagógico estabelecido”.

Em relação à criança, Queiroz e Jorge (2004, p. 32), afirmam que as ações de promoção da saúde infantil incluem “além do tratamento da doença, estratégias que promovam o crescimento e desenvolvimento da criança no seu ambiente de vida”, sendo necessário, frente a isso, combinar a atuação profissional com as ações do Governo e da família, por meio da “educação em saúde como estratégia indispensável ao desenvolvimento de ações de cuidado com a criança [...]” (QUEIROZ; JORGE, 2004, p. 32).

Ainda de acordo com Queiroz e Jorge (2004), a viabilização das ações de promoção da saúde da criança requer mudanças nos paradigmas; requer envolvimento da família na construção de uma vida melhor. Dos profissionais de saúde, requer o conhecimento das reais condições que a mãe ou responsável pela criança tem para desenvolver o cuidado, destacando como ações de promoção da saúde da criança aquelas indispensáveis à sua sobrevivência, tais como nutrição, aleitamento materno, acompanhamento do seu crescimento e

desenvolvimento, incentivos às atividades lúdicas, higiene física e mental (QUEIROZ; JORGE, 2004).

Diante do exposto, é possível descrever que a Educação em Saúde constitui uma das grandes e fundamentais áreas de atuação da enfermeira. É por meio da Educação em Saúde que o ser humano e sua coletividade podem tornar-se “conscientes de si e de sua relação com o mundo, rompendo com a visão tradicional ou mágica do processo saúde-doença e podendo, então apreendê-lo como passível de modificação” (SILVA; BORDIN, 1996, p. 61).

O processo de Educação em Saúde implica ao profissional de saúde a necessidade de relativizar seus conhecimentos, na busca por uma compreensão mais ampla da sociedade, para intervir, de forma consciente e eficaz, na realidade, tendo claro que o conceito de saúde, em seu sentido mais abrangente, diz que:

a saúde é resultante das condições de habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e o acesso aos serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (PUSTAI, 1996, p. 18).

Para tanto, a Educação em Saúde não deve ser entendida como um método de trabalho isolado, ou apenas como uma forma de prevenir doenças ou modificar o modo de vida das pessoas, tampouco como uma medida de controle social, mas sim, conforme Monticelli (1994a), pode ser um instrumento que ajude os indivíduos a se reconhecerem como cidadãos, com direitos à participação e à luta por melhores condições de vida.

No que se refere à Enfermagem, observa-se que, atualmente, a Educação em Saúde está muito presente no pensar e no fazer dessa profissão em todos os seus níveis de atuação. Contudo, para que essa prática seja efetivada, ela deve ser um processo dinâmico, flexível, complexo, social, histórico, reflexivo que se constrói a partir da interação dos seres humanos, na qual quem ensina aprende e quem aprende ensina. Dessa forma, há uma troca de conhecimentos e experiências, uma vez que cada ser que interage o faz com suas idéias, valores, atitudes e experiências.

A Educação em Saúde pode ser, ainda, um instrumento integrante da prática diária da enfermeira, pois é um processo que ocorre no convívio e nas relações sociais, com a participação de todos – enfermeira, indivíduo, família e comunidade – e esse contato somente será pedagógico se for vivido, compartilhado e construído em conjunto.

Para Ramos (1999), a Educação em Saúde é uma prática que se articula com as práticas sociais, políticas e históricas, e torna-se indispensável para a prática da enfermeira, não apenas sob o ponto de vista técnico, mas também sob os pontos de vista teórico e político. Conforme a autora, “[...] a partir da reflexão do cotidiano sobre a práxis individual e coletiva, constroem-se o conhecimento novo e a possibilidade de transformação da própria práxis” (RAMOS, 1999, p. 31).

Frente ao que foi elucidado, vale reiterar que a Educação em Saúde deve ser uma ação social que se realiza em um ambiente de trocas, e não o que Paulo Freire chama de “educação bancária”, em que “o educando recebe passivamente os conhecimentos, tornando-se um depósito do educador” (FREIRE, 1987, p. 58). O verdadeiro processo educativo, segundo o autor, consiste na educação problematizadora, que, diferentemente da educação tradicional, visa ao desenvolvimento da consciência crítica dos indivíduos.

Para Freire (1999, p. 47), o “homem é um ser de relações e não só de contatos, não apenas está no mundo, mas com o mundo”. O ser humano se relaciona com o mundo, interage com ele, desafia-o, incorpora-o, modifica-o; e essa relação resulta na dominação, na humanização, na criação e na recriação do mundo pelo homem decidindo a realidade. O homem é, então, sujeito e não objeto desse processo.

Freire relata, ainda, que ao longo dos tempos, homens e mulheres foram descobrindo que era possível ensinar, mas que, para isso, era preciso aprender “maneiras, caminhos, métodos de ensinar” (FREIRE, 1996, p. 24), pois “ensinar inexiste sem aprender e vice-versa” (FREIRE, 1996, p. 23); e, historicamente, o aprender precedeu o ensinar.

Segundo Freire (1999, p. 104), “a educação é um ato de amor, por isso um ato de coragem. Não pode temer o debate. A análise da realidade. Não pode fugir à discussão criadora, sob pena de ser uma farsa”.

Portanto, corrobora-se, no presente estudo, a concepção desse educador de que, para educar, é necessário trocar idéias, discutir temas, trabalhar com as pessoas sem lhes impor ordens, e sim lhes proporcionar meios de pensar, de atuar, criar e recriar, dado que a educação é um processo contínuo que só pode desenvolver-se nas relações sociais, pois o ser humano não vive sozinho, tampouco se educa sozinho. É, portanto, nesse processo de interação social e dialógica que a ação educativa efetiva-se.

A verdadeira aprendizagem resulta da capacidade do aprendiz de recriar ou refazer o ensinado; ocorre quando os educadores e educandos constroem e reconstróem os ensinamentos. Freire (1996), enfatiza que faz parte da tarefa do educador não apenas ensinar, mas ensinar a pensar certo, aproximar os ensinamentos da realidade dos sujeitos, fazer a leitura do mundo deles para intervir no mesmo, recriá-lo ou transformá-lo, sempre respeitando os saberes desses sujeitos, pois são saberes construídos na prática comunitária. Lembra também que, ao mesmo tempo em que o educador não pode ceder totalmente ao saber popular, também não pode impor o seu saber como verdadeiro, porque “a educação é uma forma de intervenção no mundo” (FREIRE, 1996, p. 98).

Bem coloca Freire (1987), que o educador não é aquele que apenas educa, mas sim aquele que se permite ser educado ao dialogar com o educando, que, por sua vez, também se educa nesse processo.

Reforçando esses pensamentos, Gauthier e Hirata (2001), enfatizam que a Educação em Saúde é de fundamental importância, haja vista que, na Enfermagem, quando se fala em cuidar, o educar está sempre presente. Segundo eles, as práticas educativas que permeiam e orientam o fazer da enfermeira estão engajadas nas orientações para a prevenção da doença, a

recuperação ou a preservação da vida, bem como para o autocuidado, que busca envolver a pessoa no seu processo educativo para a cura e a reabilitação. Frente a isso, os autores inferem o que segue:

cuidando de ti, tenho a obrigação moral de te ensinar a te cuidar a ti mesmo, a não ser que eu queira te manter na dependência do meu saber, do meu poder, o que seria contrário à própria definição do cuidado (GAUTHIER; HIRATA, 2001, p. 123).

É necessário, portanto, refletir sobre como é praticada a Educação em Saúde pelas enfermeiras, principalmente no que se refere à saúde da criança. Será que os pais e familiares não estão sendo depósitos de informações e conhecimentos? Ou de fato estão sendo trocadas informações e construídos novos saberes e entendimentos para a busca de cuidados satisfatórios para todos – enfermeira, pais, família e, principalmente, a criança?

De acordo com Monticelli (1994a), os profissionais de Enfermagem estão cada vez mais preocupados com as ações educativas; porém, por vezes, sua atuação ainda se fundamenta na pedagogia da transmissão, ou, citando Freire (1987), na “educação bancária”, ao partirem do pressuposto de que o educando deva receber informações do educador, ancorados em que as idéias e o conhecimento deste sejam os principais fatores da educação. Enfatiza também que a enfermeira, ao desenvolver suas atividades de educar e cuidar precisa considerar o modo de vida dos indivíduos e grupos, buscando uma aproximação para compreender, sentir e analisar os cenários por que transitam.

No que se refere à educação para os cuidados com a criança, cabe ressaltar que é de fundamental importância que a enfermeira busque, primeiramente, conhecer o referencial de cuidado das mães e familiares para, somente após, se necessário, intervir, pois a forma como as pessoas concebem a sua realidade e o cuidado interfere diretamente na maneira de idealizar, de entender a saúde e a doença.

Segundo Monticelli (1994a, p. 15), primeiramente é preciso haver uma reformulação interna no modo de pensar desses profissionais para, somente então, serem efetivadas ações

educativas junto à população que permitam um “crescimento e transformação dinâmica e bilateral”.

Concernente ao que aqui foi discutido vale destacar que a Educação em Saúde constitui, ainda, uma das dimensões do processo de cuidar. O cuidado, por sua vez, é a essência do ser humano, que precisa ser cuidado em todas as etapas do seu desenvolvimento, ou seja, o cuidado é imprescindível em todos os momentos da vida: na promoção e na proteção da saúde, na cura das enfermidades e na reabilitação da saúde.

4 CAMINHO METODOLÓGICO

A seguir, descreve-se o caminho metodológico percorrido para alcançar os objetivos propostos para este estudo.

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo qualitativo, com abordagem participativa, que se utiliza da estratégia teórico-metodológica dos Círculos de Cultura, proposta por Paulo Freire.

A abordagem qualitativa de investigação, segundo Minayo (1994), possibilita ao pesquisador usar sua criatividade e imaginação ao propor novos enfoques, pois não se apresenta como uma proposta rigidamente estruturada.

A autora refere que, nessa abordagem, a realidade social vai-se construindo de acordo com os princípios da investigação; mas, para isso, requer atitudes fundamentais, tais como abertura, flexibilidade e capacidade de observação e de interação com os atores sociais envolvidos na investigação.

A pesquisa participante, de acordo com Borba (1986), tem sua ação voltada para as necessidades básicas do indivíduo e da população, “[...] levando em consideração suas aspirações e potencialidades de conhecer e agir” (BORBA, 1986, p. 43). A pesquisa participante busca auxiliar os participantes da pesquisa a identificarem, por si mesmos, as questões que envolvem o seu cotidiano e, de maneira crítica, buscarem soluções adequadas para as mesmas (BOTER, 1986).

Na pesquisa participante, o pesquisador é “um elemento que está no grupo, mas não é do grupo” (BORBA, 1986, p. 43). Para tanto, conforme Oliveira e Oliveira (1986), é fundamental que o pesquisador não seja visto como um intruso que desperta desconfiança no grupo, ele deve conquistar aos poucos sua aceitação como “alguém que vem de fora, que se dispõe a realizar com o grupo um estudo que possa lhe ser útil, mas que num determinado momento, irá embora” (OLIVEIRA; OLIVEIRA, 1986, p. 27).

Citando Freire (1986, p. 35), “[...] a pesquisa como um ato de conhecimento, tem como sujeitos cognoscentes, de um lado, os pesquisadores profissionais; de outro, os grupos populares e, como objeto a ser desvelado, a realidade concreta”. O autor acrescenta que, desse modo, ao fazermos pesquisa, educamos e nos educamos, pois “pesquisar e educar se identificam em um permanente e dinâmico movimento” (FREIRE, 1986, p. 36).

Em relação aos Círculos de Cultura, é importante esclarecer que o termo “círculo” é empregado no sentido de que todos estão à volta de uma equipe de trabalho: não existe um professor ou alfabetizador, e sim um animador que coordena e anima os trabalhos, e orienta a equipe para que ocorra a participação de todos em todos os momentos do diálogo (BRANDÃO, 1982).

O termo “cultura” denota que o grupo proporciona modos novos, próprios, solidários e coletivos de pensar. Todos aprendem que, de palavra em palavra, de frase em frase, que aquilo que constroem é outra forma de construir a sua cultura e a sua história (BRANDÃO, 1982).

Originalmente, a utilização do referencial de Paulo Freire foi proposto para a alfabetização de adultos, porém a amplitude de sua obra fez com que transitasse por várias áreas do conhecimento, dentre elas a Enfermagem. Saupe *et al.* (1998), elucidam que esse referencial tem sido utilizado para abordar as questões educativas que permeiam a atuação do enfermeiro como educador, seja na educação formal ou na informal. Saupe (1999), explica

que, na educação formal, o enfermeiro atua no preparo de pessoal nas escolas, nos ensinos fundamental e médio, na graduação e na pós-graduação; na educação informal, realiza programas de treinamento e reciclagem com profissionais de Enfermagem e outros profissionais de saúde, além de atividades de Educação em Saúde nos níveis individual, coletivo e comunitário.

Na Enfermagem, entre os estudos que utilizaram o Círculo de Cultura, podem ser citados: Giorgi (1997), que trabalhou com um grupo de sete docentes enfermeiros, realizando sete encontros, com o objetivo de desvelar a problemática do ensino desenvolvido na graduação e as dificuldades de aplicá-lo na prática; Brito (1996), que realizou oito encontros com um grupo de estudantes de Enfermagem do quinto semestre com o objetivo de refletir sobre o processo ensino-aprendizagem da assistência de Enfermagem; Meurer (1996), que observou, em oito encontros, um grupo de sete trabalhadores de Enfermagem que realizam cuidados ao recém-nascido, tendo por tema central do estudo a humanização da assistência ao recém-nascido.

Saube (1999), aplicou o itinerário de pesquisa proposto por Freire para realizar o estudo “Preparo do enfermeiro para ser educador: realidade e possibilidades”. Foram participantes onze pesquisadores vinculados a Universidades e Cursos de Enfermagem no Brasil.

Como resultado da pesquisa supracitada, evidenciou-se a necessidade de implementar programas que visem a preparar o enfermeiro para ser educador ainda na graduação; porém tal projeto foi considerado, pelos participantes do estudo, como idealizado e de difícil execução. Alguns participantes desse estudo ressaltaram a importância de preparar melhor o enfermeiro para desenvolver ações educativas que fazem parte da maioria das ações de Enfermagem. Sugeriram, também, que o enfermeiro seja instrumentalizado para atuar na

educação formal (cursos regulares), informal (treinamento e atualização em serviço) e não-formal (programas de Educação em Saúde).

Ainda no estudo de Saupe (1999), ficou evidenciado que os enfermeiros que estão sendo formados, pelas escolas em questão, estão recebendo algum preparo para desenvolver ações educativas em sua prática, por meio de disciplinas específicas e complementares. A autora conclui que a realidade mostra que há necessidade de maior investimento em programas inovadores na formação do enfermeiro para ser educador.

Müller (2002), realizou seis encontros com um grupo de acadêmicos de Enfermagem que estavam cursando disciplinas do terceiro ao oitavo semestre, com o objetivo de discutir e analisar suas concepções, percepções e experiências teórico-práticas sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), na sua formação profissional.

O grupo de acadêmicos, no estudo de Muller (2002), levantou os seguintes problemas em relação às suas experiências: a fragilidade no que diz respeito a um eixo estruturante que promova a integralidade das discussões no Curso; frágeis mecanismos de participação dos acadêmicos no processo ensino-aprendizagem. Diante disso, levantaram a possibilidade de construir, coletivamente, o projeto político-pedagógico, abordando questões levantadas no estudo, com vistas a contribuir para a formação de profissionais capazes de intervir na realidade e transformá-la.

Nesse sentido, percebe-se que o pensamento de Freire tem colaborado para a construção de uma educação reflexiva na Enfermagem, pois a proposta metodológica pensada por ele é construída a partir do diálogo e da troca de idéias entre educador e educando, com base nos pressupostos de que “ninguém educa ninguém e ninguém se educa sozinho” (BRANDÃO, 1982, p. 21-22).

De acordo com Saupe *et al.* (1998), o Círculo de Cultura aproxima as pessoas que estão vivenciando uma situação existencial semelhante, com os objetivos de refletir sobre essa

realidade e, dessa maneira, se necessário, transformá-la. Para tanto, apresenta uma indicação direta para os trabalhos com grupos, possibilitando trocas de experiências em que o indivíduo alimenta-se do grupo, e o grupo cresce com a participação individual.

O Círculo de Cultura é construído cada vez que é utilizado coletivamente. Conforme Brandão (1982), ele aponta regras para fazer, mas não impõe formas únicas de fazer; pois, de uma situação para outra, de um tempo para outro, é possível criar, inovar instrumentos e procedimentos de trabalho.

O Círculo de Cultura é coordenado por um animador que orienta a equipe para que ocorra a participação ativa em todos os momentos do diálogo e conduz o grupo na busca dos objetivos propostos pelo estudo em questão. No presente estudo, o animador foi a pesquisadora.

Saube *et al.* (1998), também colocam que o método Paulo Freire, também chamado “Itinerário de Pesquisa”, é constituído de etapas distintas que se inter-relacionam em movimentos de construção que avançam ou retroagem conforme as necessidades de cada situação, quais sejam:

Temas ou palavras geradoras: Têm por objetivo levantar os vocábulos mais empregados pelo grupo a ser educado. São extraídos do universo cotidiano das pessoas, sejam eles “palavras, frases, ditos, provérbios, modos peculiares de dizer, versejar ou de cantar o mundo e traduzir a vida” (BRANDÃO, 1982, p. 26). O levantamento dessas palavras ou temas serve de roteiro para a discussão e a troca de idéias nos debates do Círculo de Cultura.

As palavras geradoras devem gerar outras palavras que possibilitem uma leitura da realidade. No presente estudo, os temas ou as palavras emergiram das experiências cotidianas das mães no cuidado com seus filhos nos seus primeiros seis meses de vida.

Para a realização deste estudo, partiu-se do seguinte tema gerador central, ou seja: **Saberes e práticas das mães no cuidado da saúde da criança de zero a seis meses de vida.**

Desse tema, foram extraídos os subtemas, os quais possibilitaram uma leitura da realidade social presente na vida, no pensamento, no imaginário das participantes acerca dos cuidados dispensados ao filho nessa etapa do ciclo vital.

Elencados os subtemas, as participantes do estudo escolheram quais deles gostariam de abordar durante os encontros, contemplando, dessa forma, as etapas subseqüentes da metodologia utilizada, a saber, codificação, decodificação e desvelamento crítico.

Codificação: É a representação de situações, relacionadas com o subtema, vividas pelas mães no cuidado com a criança. Abrange aspectos daquilo que se quer estudar e permite, também, conhecer o contexto em que cada participante está inserido. De acordo com Saupe *et al.* (1998), trata-se do momento em que os membros do Círculo de Cultura expõem seus entendimentos do subtema.

Decodificação: É o questionamento dos códigos utilizados para descrever as experiências. Nessa etapa deste estudo, o animador, que foi a pesquisadora, fez questionamentos sobre as experiências vividas pelas mães nos cuidados com a criança. Para isso, utilizou perguntas como “O quê?” “Para quê?” “Por quem?”, que são perguntas que provocam nos participantes algumas reflexões sobre a experiência vivida; pois esta, ao ser explicada, é traduzida na forma própria de ver de quem as vivenciou.

Em suma, decodificar significa tirar os “véus” dos conceitos, problematizá-los, “ultrapassando o senso comum internalizado e até cristalizado e avançar no conhecimento” (SAUPE *et al.*, 1998, p. 261).

Desvelamento crítico: Nesse momento, de acordo com Müller (2002), alcança-se um patamar de criticidade e de flexibilidade o qual impulsiona os sujeitos à ação criadora, isto é, à ação correspondente e conseqüente de transformação da realidade evidenciada no coletivo. Saupe *et al.* (1998), referem que a transformação passa a ser entendida como resultado da ação e da reflexão dos homens sobre sua realidade, com vistas à criação de um

novo mundo, ou seja, uma ação voltada para a criação e a recriação do mundo, e para a modificação da realidade quando necessária.

Esse foi o momento em que as participantes do Círculo de Cultura – mães e pesquisadora – chegaram a um entendimento de qual seria a melhor forma de praticar determinados cuidados, a partir da reflexão e do debate grupais orientados pelas experiências de cada uma.

Saube *et al.* (1998), elucidam que o referencial de Paulo Freire não busca fórmulas mágicas e prontas: é um caminho que busca desvelar a realidade, desmistificar verdades, romper com paradigmas e mostrar que não existem certezas permanentes. As transformações acontecem de formas variadas que podem ser rápidas, demoradas, concretas ou abstratas, pois dependem do envolvimento e do compromisso de cada participante.

Reforçando esses pensamentos, Miranda e Barroso (2004), enfatizam que a enfermeira, quando mediatizada pelas idéias de Freire, torna-se aprendiz juntamente com o seu cliente, “no momento em que ela visualiza o cuidado como atividade de Educação em Saúde, não se percebendo dona do cuidado, e não tendo uma atitude verticalizada no ato holístico de cuidar” (MIRANDA; BARROSO, 2004, p. 635).

4.2 Cenário do estudo

A pesquisa foi realizada no município gaúcho de Frederico Westphalen, pertencente a 19ª CRS. No município, foi priorizado o bairro São Francisco de Paula, que é constituído pelos núcleos habitacionais I, II, III, IV e V, e é o local onde está sendo implementado o Projeto Abrindo Caminhos, servindo de base comunitária para as aulas teórico-práticas do

curso de graduação em Enfermagem da URI/FW. No Bairro atua uma equipe do PSF, implantada no ano de 2001 a qual atende 100% da população, constituída de 3468 habitantes, distribuídos em 817 famílias de descendentes italianos, brasileiros e alemães.

A estrutura física da UBS é constituída de dez salas, sendo dois consultórios; um consultório odontológico; uma sala de vacina; uma sala de procedimentos; uma sala de observação; uma sala de espera; uma sala de esterilização; uma cozinha; e uma farmácia.

Na UBS atuam 16 profissionais: um pediatra com 20 horas semanais; um ginecologista com 20 horas semanais; um auxiliar de enfermagem; duas técnicas de enfermagem; duas dentistas com 20 horas semanais cada uma; um técnico administrativo; uma faxineira; um auxiliar administrativo; e uma equipe do PSF composta de uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, um clínico geral – todos com 40 horas semanais – e cinco Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

As atividades desenvolvidas por essa equipe, voltadas para a saúde da criança, incluem o acompanhamento do peso e da estatura pelas ACS durante as visitas domiciliares; vacinação de acordo com o calendário estabelecido pelo Ministério da Saúde; e consultas realizadas pelo médico pediatra. No período em que os acadêmicos do Curso de Graduação em Enfermagem da URI/FW realizam suas atividades práticas, são feitas visitas domiciliares de pré-natal e puerpério.

4.3 Participantes do estudo

Após a aprovação do Projeto de Dissertação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, parecer nº 2005412 (ANEXO A), e

pela Secretaria de Saúde do Município de Frederico Westphalen (APÊNDICE A), iniciou-se a busca das participantes do estudo, quais sejam, mães de crianças de zero a seis meses de vida, moradoras do bairro São Francisco de Paula em Frederico Westphalen, RS, e cadastradas no PSF desse bairro.

4.3.1 Captação das participantes

Para a busca das participantes, primeiramente agendou-se uma reunião com a enfermeira do PSF e as ACS que atuam naquele bairro, para explicar sobre o estudo e seus objetivos. De posse do cadastro das famílias, foram identificadas vinte famílias com crianças na faixa etária de zero a seis meses de idade. Dessas, sortearam-se dez para serem convidadas a participar da pesquisa.

Nos dois dias subseqüentes, a pesquisadora, acompanhada por uma das ACS responsáveis pelo acompanhamento das famílias, iniciou as visitas para fazer o convite. A proposta inicial do estudo era convidar a mãe e/ou a pessoa responsável pelo cuidado da criança; porém, em duas famílias, eram as avós quem cuidavam da criança, e estas não aceitaram fazer parte da pesquisa.

Assim, foi necessário voltar ao cadastro e sortear mais duas famílias. Nessas duas famílias também a pessoa responsável pelo cuidado da criança era mãe. Inicialmente todas se mostraram interessadas e concordaram em participar. Deixou-se, então, agendado o dia do primeiro encontro: dia 06 de julho de 2005, às 13 horas, na Escola Municipal de Ensino Fundamental Irmã Odila Lehnen, localizada no Bairro, mediante autorização do Diretor (APÊNDICE B).

De acordo com Polit, Beck e Hungler (2004, p. 237), na pesquisa qualitativa, “não existem critérios estabelecidos com firmeza ou regras para o tamanho da amostra”, o tamanho é definido em função da finalidade do estudo, da qualidade e da necessidade das informações. “Assim, um princípio orientador na amostragem é a saturação dos dados” (p. 237). A reincidência dos dados, neste estudo, foi determinada pelo número de encontros com as participantes, a partir do momento em que as informações tornaram-se suficientes para embasar a análise.

4.3.2 Apresentação das participantes

O estudo contou com a participação de dez mães, com idades entre 15 e 33 anos. Durante a pesquisa, cada participante escolheu um nome pelo qual gostaria de ser chamada; porém para a análise das informações, foram assim denominadas: Mãe 1, Mãe 2, Mãe 3, Mãe 4, Mãe 5, Mãe 6, Mãe 7, Mãe 8, Mãe 9 e Mãe 10. No quadro a seguir, as participantes passam a ser caracterizadas.

Quadro 1 – Apresentação das participantes

Participante	Idade	Nº de filhos	Escolaridade	Situação conjugal	Profissão	Com quem mora
Mãe 1	26	2	Ensino fundamental Completo	Casada	Do lar	Marido e filhos
Mãe 2	18	1	Ensino fundamental Incompleto	Casada	Do lar	Marido, filho e cunhada
Mãe 3	23	1	Ensino fundamental Incompleto	Casada	Do lar	Marido, filho, mãe e irmã
Mãe 4	22	2	Ensino fundamental Incompleto	Casada	Do lar	Marido e filhos
Mãe 5	22	1	Ensino fundamental Completo	Casada	Do lar	Marido e filho
Mãe 6	26	2	Ensino fundamental Completo	Casada	Do lar	Marido e filhas
Mãe 7	25	2	Ensino fundamental Incompleto	Casada	Do lar	Marido, filhas e mãe
Mãe 8	33	2	Ensino fundamental Incompleto	Casada	Do lar	Marido e filhos
Mãe 9	19	1	Ensino médio Incompleto	Casada	Do lar	Marido e filho
Mãe 10	15	1	Ensino médio Incompleto	Solteira	Estudante	Com os pais

4.4 Produção de informações

Para a produção das informações, utilizou-se a estratégia teórico-metodológica dos Círculos de Cultura, proposta por Paulo Freire.

Para operacionalizar a produção de informações foram realizados quatro encontros, com duração aproximada de 1 hora e 30 minutos cada um, com o grupo de participantes do estudo, em uma sala de aula da Escola Municipal de Ensino Fundamental Irmã Odila Lehnen, localizada no bairro São Francisco de Paula. Durante os encontros foram utilizados um gravador e um diário de campo.

A seguir, relata-se como se desenvolveu o processo reflexivo-educativo com as mães, acerca dos cuidados por elas dispensados à criança de zero a seis meses de vida, a partir de seus saberes e práticas.

O processo reflexivo-educativo com as mães foi vivenciado durante a utilização da metodologia dos Círculos de Cultura de Paulo Freire, em quatro encontros. A discussão nos encontros ocorreu em torno do tema gerador central – Saberes e práticas das mães no cuidado à saúde da criança de zero a seis meses de vida – e dos subtemas que emergiram das discussões do tema central.

4.4.1 Primeiro encontro – Processo reflexivo-educativo: conhecendo o grupo e esclarecendo a proposta.

No dia 06 de julho de 2005, foi realizado o primeiro encontro (APÊNDICE C). Nesse dia a pesquisadora estava bastante ansiosa e preocupada, com medo de que as mães não

comparecessem, pois o dia estava muito frio, e elas haviam avisado que teriam de levar consigo o filho pequeno por não terem com quem deixá-lo. Dentre as dez mães convidadas, apenas seis compareceram a esse encontro.

As mães mostravam-se retraídas; algumas, desconfiadas, com vergonha ou com medo. Nesse momento percebeu-se que uma das dificuldades para a operacionalização da proposta seria o fato de que elas pouco conheciam a pesquisadora. Algumas já haviam tido contato na UBS do bairro São Francisco de Paula, local em que a pesquisadora supervisiona as atividades práticas dos acadêmicos do Curso de Graduação em Enfermagem da URI/FW, para outras, o primeiro contato foi durante a visita para convidá-las a participar da pesquisa.

O primeiro encontro iniciou-se com 30 minutos de atraso, pois duas participantes atrasaram-se, sendo necessário buscá-las em casa. No primeiro momento, a pesquisadora apresentou-se para que o grupo pudesse conhecê-la melhor e sentir-se mais à vontade e descontraído. Logo após fez a leitura explicativa e detalhada do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE D), sendo possibilitado o questionamento sobre suas dúvidas. Depois de ressaltada a importância da participação e da pontualidade de todas em todos os encontros, foram escolhidos o dia e o horário mais convenientes para todas: às quartas-feiras, às 13h30min. Em seguida, todas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias, ficando uma para a participante e a outra para a pesquisadora.

Partiu-se para o segundo momento, em que cada participante fez sua apresentação. Para tanto, utilizou-se a dinâmica “Chegada as boas-vindas” (APÊNDICE E), na qual cada participante, após retirar um bombom de uma caixa, procurou o seu par, de bombom igual, para conversarem e se conhecerem por alguns minutos; e, depois, o apresentou ao grupo.

Após a apresentação de todas, solicitou-se que cada uma escolhesse um nome fictício pelo qual gostaria de ser chamada durante os encontros. Para isso, utilizou-se a dinâmica “Tribo Indígena” (APÊNDICE E). Ao final da apresentação, cada uma recebeu um crachá

com o nome escolhido. Cabe elucidar que o nome escolhido por elas foi o da filha mais velha, com exceção das participantes que não tinham outros filhos e escolheram um nome que achavam bonito, pois não gostavam do próprio nome.

No terceiro momento, iniciou-se a primeira etapa do Círculo de Cultura: o levantamento dos **temas ou palavras geradoras**. Para efetivar essa etapa, explicou-se às participantes o tema central da pesquisa – Saberes e práticas das mães no cuidado à saúde da criança de zero a seis meses de vida – e solicitou-se que elas, em grupo ou individualmente, expressassem, por meio de desenho, recorte e colagem, frases, palavras ou da forma como achassem melhor, quais os cuidados que dispensavam à criança de zero a seis meses de vida para manter sua saúde e garantir seu crescimento e desenvolvimento saudáveis.

As participantes optaram por trabalhar em trios, dividindo-se, então, em dois grupos. Nesse momento não foi possível gravar o que diziam, pois falavam muito baixo. Também se percebeu que tinham dificuldade para realizar o que havia sido solicitado, estavam retraídas, e parecia que a presença da pesquisadora intimidava-as ainda mais. Assim, foi necessário deixá-las sozinhas na sala.

Ao retornar iniciou-se a apresentação do que haviam produzido. Percebeu-se que tinham dificuldade de expor o que colocaram no papel; por essa razão, foram auxiliadas na leitura do que haviam escrito. Também quase não falavam, fato que dificultou muito a discussão sobre o tema. Finalizada a apresentação, foram listadas no quadro-negro algumas palavras-chave que haviam surgido nas discussões: aleitamento materno, alimentação, dar banho, cuidar do umbigo, sapinho, cólicas, levar ao pediatra, cuidados para evitar o amarelão. Assim, foi contemplada a **etapa de codificação**.

Dando continuidade, perguntou-se às mães qual desses temas gostariam de trabalhar nos próximos encontros; e, novamente, a participação foi mínima. Percebeu-se, então, a necessidade de instigá-las a participar. Questionadas sobre quais eram suas dúvidas em

relação ao cuidado com a criança, foram elencados os seguintes subtemas: aleitamento materno, alimentação complementar, cuidados com a higiene, cuidados com o coto umbilical e sapinho. Além desses, como uma das crianças estava com icterícia e havia feito fototerapia, algumas mães manifestaram interesse pelo tema durante a elaboração do material ilustrativo. Diante disso foi considerado importante incluir o subtema icterícia.

No final desse encontro, foram feitas as combinações para o próximo.

4.4.2 Segundo encontro – Processo reflexivo-educativo sobre os subtemas aleitamento materno, alimentação complementar e cuidados para evitar o sapinho.

O segundo encontro ocorreu no dia 13 de julho de 2005 (APÊNDICE F). Nesse dia compareceram seis mães, uma delas pela primeira vez. Outra, que havia participado do primeiro encontro, avisou que não poderia comparecer a este, pois seu bebê estava internado com pneumonia.

Após ouvir a gravação das fitas do primeiro encontro e fazer a transcrição, foi possível evidenciar que os questionamentos acerca do tema foram feitos de forma muito restrita, o que certamente dificultou e limitou muito a discussão. Frente a isso, buscou-se apropriar mais o método e pensar em uma nova estratégia para conduzir o tema.

Para iniciar as discussões nesse segundo encontro, elaborou-se um cartaz com a seguinte frase: “Saberes e práticas das mães sobre os cuidados com a saúde da criança de zero a seis meses de vida” (APÊNDICE G). A partir dele, voltou-se a esclarecer às mães o objetivo de estarem ali, participando da pesquisa.

Na seqüência, mostrou-se outro cartaz com apenas uma figura geométrica no centro, contendo a palavra “práticas”, e iniciou-se a discussão. Foi-lhes perguntado o que entendiam

por “práticas” e quais eram as práticas de cuidados que tinham com o filho. Foram então, surgindo várias idéias: cuidar do umbigo, ensinar, educar, dar carinho, zelar, vacinar, levar ao pediatra, dar banho, trocar, alimentar (dar leite materno, leite industrializado, comida). Cada resposta dada por elas ganhava um lugar no cartaz (APÊNDICE H).

Após essa discussão, apresentou-se outro cartaz com a mesma figura geométrica contendo a palavra “saberes”, e foi-lhes questionado o que entendiam por “saberes”. Surgiram as seguintes respostas, que foram sendo colocadas no cartaz: ser instruído, saber, conhecimento e orientação. Frente a essas respostas, foi-lhes feita outra pergunta: “De onde vem esse saber”? Nesse momento, as respostas fluíram espontaneamente, e o cartaz foi rapidamente construído com as seguintes respostas: avós, mãe, sogra, tia, ACS, cunhada, profissionais de saúde (médico, enfermeira) (APÊNDICE I).

Nesse dia foi possível perceber que estavam mais descontraídas; e, diante dos esquemas elaborados nos cartazes, ficou mais fácil a discussão. Porém, ao serem perguntadas sobre o que gostariam de discutir nos próximos encontros, os subtemas escolhidos continuaram os mesmos do primeiro encontro: aleitamento materno, alimentação complementar, cuidados para evitar o sapinho, higiene, cuidados com o coto umbilical e cuidados com o amarelão. Percebeu-se, então, que realmente eram essas as temáticas que queriam estudar e discutir, que essas eram as suas expectativas no momento.

Passou-se para o terceiro momento que compreendeu a discussão do subtema 1 – aleitamento materno; do subtema 2 – alimentação complementar; e do subtema 3 – cuidados para evitar o sapinho.

Os subtemas foram trabalhados individualmente. Para abordar cada um, foram levantados vários questionamentos; e, após várias discussões, distribuiu-se um texto para que fossem lendo e discutindo, com a mediação da pesquisadora (BRASIL, 2002).

Após a discussão dos subtemas, foi-lhes perguntado o que entendiam por “cuidado”; e, a partir das respostas, foi-se completando o cartaz – que inicialmente trazia a inscrição “Cuidar é...” – com as seguintes respostas: dar carinho, alimentação, educação, dar banho, dar amor, ensinar a falar, ensinar a caminhar, brincar, dar atenção, conversar, levar ao pediatra (APÊNDICE J).

No decorrer das discussões, verificou-se que nem todas chegaram ao **desvelamento crítico**, última etapa do método; apenas duas participantes, em alguns momentos, alcançaram a quarta etapa. As demais participantes, embora se mantivessem atentas durante todo o tempo, pouco falavam e, quando eram instigadas a participar, limitavam-se a poucas palavras: ficaram, então, nas etapas de codificação e decodificação dos subtemas. Em alguns momentos, constatou-se que, quando possuíam uma prática diferente daquela que estava sendo discutida, baixavam o olhar e nada diziam.

Devido ao adiantado da hora e ao se perceber que já estavam cansadas, encerrou-se o encontro. Ficou combinado que os próximos encontros teriam de acontecer às terças-feiras, pois o Diretor da Escola havia avisado que iriam precisar da sala de aula que ocupávamos às quartas-feiras.

4.4.3 Terceiro encontro – Processo reflexivo-educativo sobre os subtemas higiene do bebê, cuidados com o coto umbilical e icterícia.

No terceiro encontro, dia 19 de julho de 2005 (APÊNDICE L), uma das participantes, antes de entrar na sala, chamou a pesquisadora e perguntou se duas amigas que havia convidado poderiam participar. Outra participante, quando chegou, estava com sua irmã e também perguntou se esta poderia participar.

As novas participantes foram incorporadas ao grupo. Assim, antes de iniciar o encontro, como havia algum tempo, foi-lhes explicado o objetivo do estudo, lido o Termo de Consentimento e solicitado que o assinassem. Nesse dia participaram nove mães, pois uma das participantes permanecia com seu filho internado.

Para iniciar as discussões e motivar o grupo a participar desse encontro, as alunas do oitavo semestre do curso de graduação em Enfermagem da URI/FW apresentaram uma peça de teatro abordando os subtemas do dia (APÊNDICE M). Após a apresentação, iniciou-se a discussão dos subtemas, sempre procurando resgatar algumas questões abordadas na peça com vistas a instigar as discussões e a participação de todas.

Percebeu-se, nesse encontro, que a apresentação de teatro havia sido uma excelente técnica, pois as participantes conseguiram pronunciar-se mais. Até mesmo as que pouco falaram nos encontros anteriores conseguiram expor seu ponto de vista e seus conhecimentos.

4.4.4 Quarto encontro – Resgatando saberes e avaliando o processo reflexivo-educativo desenvolvido.

O último encontro ocorreu no dia 26 de julho de 2005 (APÊNDICE N). Nesse dia participaram as nove mães que compareceram ao terceiro encontro. Estavam bastante animadas; na verdade esse foi o dia em que estavam mais descontraídas e com mais vontade de participar.

Nesse encontro buscou-se resgatar alguns pontos levantados nos encontros anteriores e deixou-se também a possibilidade de serem realizados outros encontros para dar continuidade às discussões. Diante dessa possibilidade, o grupo sugeriu que voltássemos a nos encontrar uma vez ao mês e que convidássemos todas as mães do Bairro que tivessem criança menor de

um ano para que pudéssemos discutir outros assuntos ligados ao crescimento e ao desenvolvimento da criança.

Nesse dia, realizou-se a avaliação dos encontros, oportunidade em que puderam expor o seu ponto de vista sobre os encontros e diante disso relataram que havia sido muito importante os momentos vividos no grupo, pois, tiveram a oportunidade de conhecer outras formas de praticar o cuidado, também colocaram que muitos dos cuidados praticados até o momento, cercados de medos e inseguranças, poderiam ter sido feitos de outra forma se tivessem entendido e sido orientadas antes.

Para encerrar o encontro, foi realizada com o grupo uma brincadeira chamada “Brincando de confraternização” (APÊNDICE O) e, logo após, uma confraternização. Desta participaram também as ACS, que reforçaram algumas falas das participantes ao salientarem a necessidade de manter grupos educativos na comunidade e o quanto às mães haviam gostado dos encontros e se sentido valorizadas com a maneira como foram conduzidos.

4.5 Considerações éticas

Os direitos das participantes foram preservados ao longo do estudo: elas foram informadas de que sua participação na pesquisa não incorreria em riscos ou prejuízos de qualquer natureza e que poderiam abandoná-la a qualquer momento.

Também lhes foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, para que, posteriormente, suas informações pudessem ser utilizadas em eventos, publicações de artigos e livros. Durante os encontros utilizaram-se gravador e

diário de campo, que constituíram o material de análise, a fim de divulgar os resultados da pesquisa.

As fitas K-7 e as fichas de anotações serão guardadas por cinco anos, conforme as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos, previstas na Resolução 196/96 (BRASIL, 1996) e na Lei dos Direitos Autorais nº 9610/98 (BRASIL, 1998).

4.6 Análise das informações

Para a análise das informações obtidas durante os encontros, utilizou-se o método de análise de conteúdo de Bardin, método que pode ser assim definido:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, obter indicadores quantitativos ou não, que permitam inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção das mensagens (BARDIN, c1977, p. 42).

Bardin (c1977) define três etapas básicas ao se trabalhar com análise de conteúdo:

- a) **Pré-análise:** Neste estudo, consistiu na organização dos dados coletados por meio do diário de campo e da gravação dos encontros, de tal forma que possibilitou responder a algumas normas de validade como exaustividade, representatividade e homogeneidade;
- b) **Exploração do material:** Compreendeu a codificação, a classificação e a agregação dos dados, escolhendo-se as categorias teóricas ou empíricas, de acordo com o tema proposto.

- c) **Tratamento dos resultados obtidos:** Envolveu a análise e a interpretação dos resultados, fundamentadas no quadro teórico do estudo, e possibilitou vislumbrar outras dimensões da realidade a partir das informações produzidas nos encontros.

5 DESVELANDO OS SABERES E AS PRÁTICAS DE CUIDADO

Neste capítulo serão aprofundadas as categorias que emergiram das leituras e reflexões diante do material produzido durante os encontros com as mães, denominados de processo reflexivo-educativo, nos quais discutiu-se o tema gerador central dessa pesquisa – saberes e práticas das mães no cuidados à saúde da criança de zero a seis meses.

A primeira categoria foi denominada Cuidado à criança na perspectiva das mães. Dessa categoria emergiram três subcategorias, sendo: Saberes e práticas das mães; Dissonância entre o saber e o fazer; Medos e inseguranças no cuidado da criança.

A segunda categoria chamada: Olhar das mães sobre a equipe de saúde. Dessa categoria emergiram duas subcategorias: Cuidado à saúde da criança no contexto familiar e nos serviços de saúde; Educação em saúde – uma estratégia para o cuidado.

Essas categorias e sub-categorias estão representadas na Figura 1- Esquema representativo.

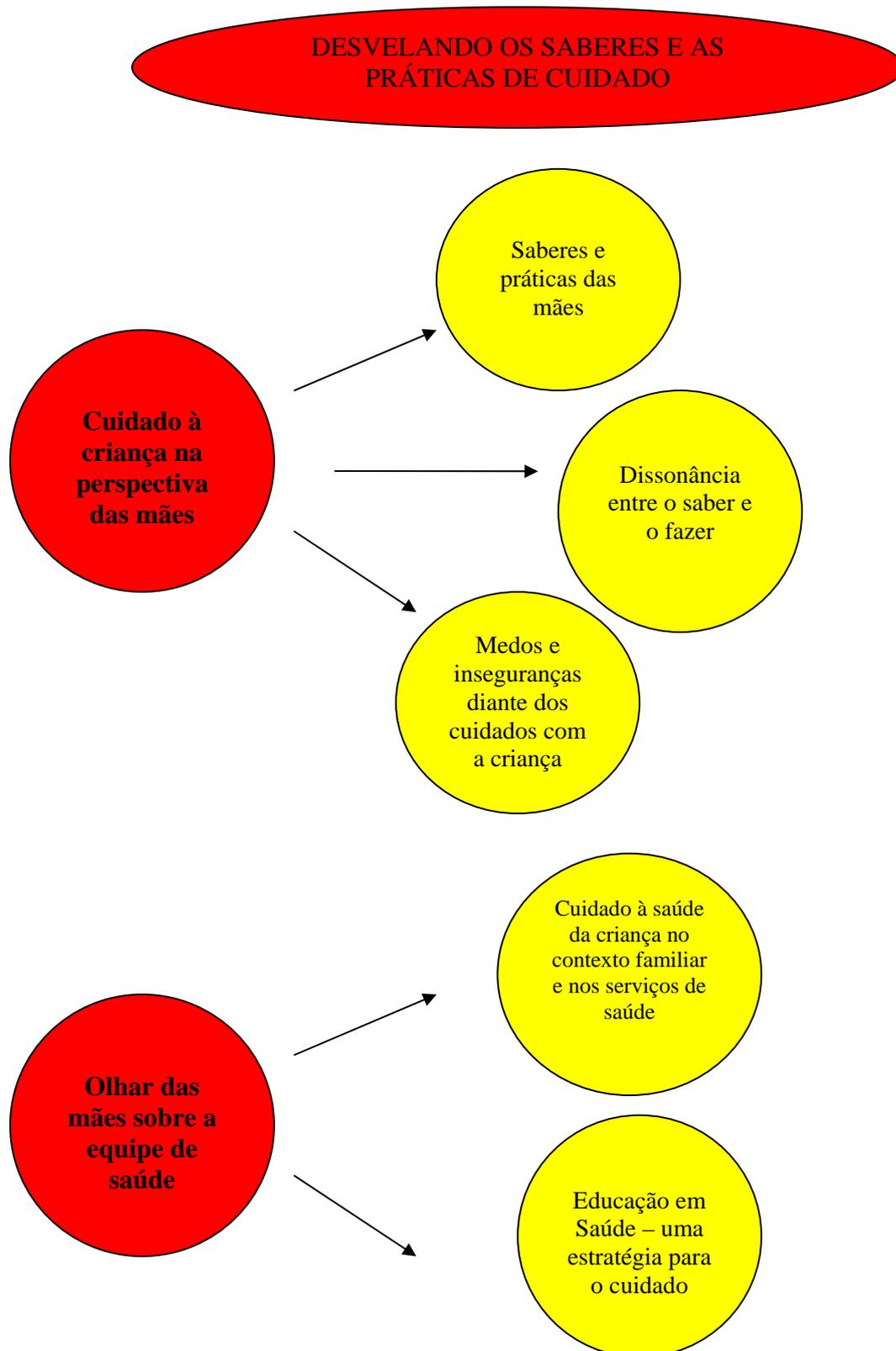


Figura 1 – Esquema representativo.

5.1 Cuidado à criança na perspectiva das mães

O cuidado está presente na vida do ser humano, em todas as suas atitudes, nas suas formas de viver, se expressar e se relacionar; porém, cuidar de algo requer conhecimento, experiência, capacidade, ou seja, exige saberes e práticas.

Waldow (2001), menciona que cuidar implica ter conhecimento do outro, do ser que cuidamos, portanto, o cuidado não pode ser prescritivo ou imposto, não deve seguir regras ou manuais de cuidar, deve ser sentido, vivido e compartilhado. A autora, ainda reforça, ao inferir que para integrar o cuidado no dia-a-dia “é preciso absorvê-lo, permitir que ele faça parte de nós mesmas, transformá-lo em estilo de vida” (WALDOW, 2001, p.14), pois, somente assim se poderá encontrar formas para demonstrá-lo e efetivá-lo.

Durante toda a vida, permanece-se em constante aprendizado, aprimorando os conhecimentos já estabelecidos e construindo novos saberes que influenciarão as práticas diárias do cuidar. Quando se fala em cuidado da criança, o conhecimento e a dedicação são redobrados, pois, na etapa do ciclo vital de zero a seis meses, a criança está totalmente dependente de cuidados para crescer e se desenvolver de forma adequada.

Entretanto, além da dedicação e do conhecimento, o cuidado nessa etapa demanda o envolvimento de todos os atores que fazem parte desse processo de cuidado – mãe, família e profissionais de saúde - em que cada um contribui com seus conhecimentos, experiências atitudes, intuição e pensamento crítico e por meio da negociação e associação de saberes contribuem para a promoção da saúde da criança.

Desde a origem da humanidade, ao longo da história do cuidado, a mulher, sempre ocupou, dentro da família e na sociedade, um lugar diferenciado do homem, desempenhando funções distintas e assumindo, principalmente, os papéis de cuidadora e educadora dos filhos.

Nesse estudo, ao desenvolver o processo reflexivo-educativo com as mães, acerca de seus saberes e práticas, foi possível evidenciar que, no cenário em questão, a história do cuidado perpetua-se, reforçando a divisão de tarefas e papéis entre homens e mulheres. As mulheres continuam encarregadas de cuidar dos filhos e educá-los, bem como de cuidar dos afazeres do lar; e os homens são responsáveis pelo sustento da casa. Cauduro ao se reportar a essa situação expõe que:

na sociedade moderna a mulher continua sendo a principal cuidadora da família. Os cuidados com os filhos são designados às mulheres por uma questão de gênero, a quem são atribuídas, entre algumas características, a dedicação e a afetividade, enquanto ao homem compete a manutenção da família e o apoio emocional à principal cuidadora (2005, p. 117).

As participantes do estudo, mesmo sendo jovens e vivendo um momento da história em que muitos esforços se concentram com o intuito de tentar envolver o homem nos cuidados com o filho, continuam assumindo sozinhas as tarefas de cuidá-los e educá-los, haja vista que, em momento nenhum fizeram referência ao homem-pai como alguém que as ajude nos cuidados com a criança, alguém com quem possam dividir e compartilhar essa tarefa, ou seja, não vêem o homem como um suporte ou uma referência para lhes ajudar nos cuidados do filho. Em relação a essa situação Madureira acredita que:

esta maneira de agir seja reveladora de um possível temor de perceber que alguém, um homem, consegue realizar a contento funções para as quais elas, as mulheres, foram preparadas desde a mais tenra idade, o que diminuiria o seu valor, sua importância, tornando-as dispensáveis (1994, p. 97).

Por outro lado, além dessa explicação da autora, acredita-se que essa situação também está relacionada a uma forte questão social e cultural imposta e cobrada pela sociedade em que as mulheres, por estarem biologicamente envolvidas com a maternidade, devido ao fato de gestar, parir e amamentar devam se responsabilizar pelo cuidado e educação dos filhos, cumprindo dessa forma com as “determinações sócio-culturais relativas ao desempenho do papel de mãe” (MADUREIRA, 1994, 103). Os profissionais de saúde, inclusive, por vezes,

reforçam esses papéis na família ao direcionarem os ensinamentos de cuidado apenas para a mãe e cobrarem somente dela a responsabilidade de cuidar, sem envolver o pai e incentivá-lo a acompanhar o desenvolvimento do filho de forma participativa.

O envolvimento do pai pode ser favorecido estimulando-o a participar das consultas de pré-natal, grupos de gestante, acompanhar o nascimento e posteriormente oportunizar o contato com o filho ao lhe permitir executar atividades relacionadas ao cuidado. Sendo assim, a participação do pai pressupõe o seu envolvimento em todo o processo de gestação, nascimento, crescimento e desenvolvimento da criança ao longo de todas as etapas do ciclo vital, com o intuito de favorecer a relação de vínculo e apego com a criança.

Segundo Michielin (2005), é por intermédio dessa interação afetiva entre a criança e as figuras materna e paterna que tem início à construção do sistema de vínculos afetivos, importantes para a formação da estrutura psíquica da criança.

5.1.1 Saberes e práticas das mães

Em relação aos saberes e práticas das mães, desvelados no transcorrer desse estudo, é de grande valia resgatar e aprofundar alguns fatos evidenciados. Observou-se que as participantes do estudo têm clareza de quais são os saberes e as práticas necessários para prestar o cuidado ao filho e de onde provém tal conhecimento que lhes permite executar seu papel de cuidadora. Segundo elas, estes são construídos principalmente no convívio com as pessoas próximas a elas, pessoas que cuidaram delas, ensinaram-nas a cuidar e que, portanto, fazem parte da sua vida, são seu referencial. Tais declarações vão ao encontro do que afirma Waldow (2004, p. 19), “para se tornar um ser de cuidado, um cuidador, o ser precisa,

primeiro, ter experienciado o cuidado, ou seja, ter sido cuidado”, pois a capacidade de cuidar está diretamente relacionada à forma como essa pessoa foi cuidada.

Para tanto, ao serem questionadas sobre o significado de saberes, obtiveram-se as seguintes respostas:

é ter orientação (Mãe 3).

é ser instruído, dá pra dizer que é saber fazer as coisas (Mãe 2).

acho que é quando temos um conhecimento sobre alguma coisa, que nem quando cuidamos do filho, temos que ter conhecimento, sabedoria, senão fizemos tudo errado (Mãe 4).

Essas respostas revelam a preocupação das mães em praticar o cuidado de forma a não errar e prejudicar a saúde da criança, pois certamente serão cobradas e julgadas pelos seus atos, tanto pela família quanto pelos profissionais de saúde, caso algo de ruim venha a acontecer com a criança; portanto sentem-se responsáveis diretas, às vezes as únicas, pela manutenção da sua saúde, segurança e bem-estar.

Quando questionadas sobre as práticas de cuidado que tinham com o filho para garantir um crescimento e um desenvolvimento saudáveis, as respostas foram as seguintes:

alimentar, dar banho neles (Mãe 1).

trocar, limpar, dar vacinas (Mãe 8).

dar carinho, amor (Mãe 4).

começamos a cuidar de nossos filhos ainda na gestação, se alimentando bem, se cuidando, querendo a criança (Mãe 8).

Nessas falas fica evidente que, além dos cuidados técnicos como alimentar e higienizar, as mães também lembram os cuidados afetivos, importantes para que a criança sinta-se amada, desejada e feliz, e que esses cuidados começam ainda na gestação, por meio da adoção de práticas saudáveis de vida e da aceitação da gravidez pela mulher e pela família que, nessa etapa, lhe oferece carinho, afeto e suporte, ingredientes fundamentais ao cuidado.

Essas reflexões reforçam o conceito de cuidado definido por Boff (1999, p. 33), ao declarar que cuidar é ter atenção, zelo, é ter “atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro”. Por sua vez, Waldow (2001, p. 129), apregoa que “cuidar envolve verdadeiramente uma ação interativa [...] calcada em valores e no conhecimento do ser que cuida *para* e *com* o ser que é cuidado”.

Em suas manifestações, as mães também apontam que, para alcançar práticas de cuidado satisfatórias, precisam ter saberes; e que esses saberes, experiências, conhecimentos são adquiridos no convívio com outras pessoas que as ensinaram e ensinam a cuidar. Destaca-se aqui a presença constante da sogra e da mãe como referências na hora de sanar dúvidas acerca do desconhecido, por serem e estarem muito presentes e possuírem vasta experiência em cuidar dos filhos.

Tais observações corroboram o pensamento de Budó (1997), quando afirma que a forma de prestar o cuidado é transmitida de geração a geração, de mãe para filha, permeada de crenças, valores, costumes e experiências, constituindo, assim, o sistema popular de cuidado que é influenciado pela diversidade de valores, práticas e crenças culturais. Isso fica manifesto nas falas a seguir:

eu aprendi como cuidar do filho para manter a saúde dele, com a minha mãe (Mãe 2).

eu com as pessoas mais velhas [...] avós, mãe, sogra, tia (Mãe 3).

foi a mãe que ensinou e deu certo, ela criou dez assim e nunca ficaram doente, sempre tiveram saúde (Mãe 7).

Os depoimentos refletem, ainda, a segurança das participantes diante das orientações fornecidas pelas mães e sogras, sentem-se seguras em imitá-las, em seguir seus ensinamentos e conselhos, porque, sempre que precisam, estas têm as orientações prontas. A segurança é tanta que, ao serem questionadas, imediatamente acrescentaram que as orientações repassadas por suas mães e sogras mostraram-se eficazes na prática do cuidado, não permitindo que a criança adoecesse.

A partir dessas colocações, achou-se pertinente questionar sobre o que entendiam por saúde. Como resultado, obtiveram-se as seguintes respostas:

é não ter doença (Mãe 2).

quando se tem alguma doença significa que a saúde está debilitada e então não temos saúde (Mãe 6).

quando dá qualquer coisinha na criança, dor, gripe, choro é porque ela não tem saúde e então para ter saúde é preciso cuidar bem (Mãe 4).

para dizer que alguém tem saúde ela não pode ter nada de doença (Mãe 3).

se tem doença não tem saúde (Mãe 1).

Diante das manifestações, percebeu-se que o entendimento do tema pelas mães era bastante limitado, restringindo-se ao binômio saúde-doença. Dessa forma, tornou-se imprescindível discutir o tema.

Ficou visível que a maioria, na tentativa de definir saúde, fez referência à doença, ou seja, vinculou a saúde à ausência da doença. Porém essa associação, ou essa forma de entender a saúde revela que as mães não estão alheias às questões de saúde. Ao contrário, sua concepção é totalmente compreensível e aceitável, pois, como declaram Melo e Cunha (1999), é realmente difícil, ou até mesmo impossível, estabelecer onde começa a doença e termina a saúde, ao passo que também é inviável a pretensão de quantificar a saúde ao deixar de entendê-la apenas como ausência de doença, haja vista os inúmeros fatores que incidem diariamente sobre a saúde, provocando mudanças significativas nos estados físico, mental e social das pessoas.

Tais constatações remetem os autores supracitados a denominar essa temática “processo saúde-doença”, pois “dá a idéia precisa de algo que muda ou se transforma” (MELLO; CUNHA, 1999, p. 24), ao sofrer influência de fatores biológicos, psicossociais, culturais, socioeconômicos e ambientais que, segundo os autores, são determinantes para esse processo.

Avançando nessa temática, debateram-se os fatores determinantes do processo saúde-doença. As mães, então, passaram a relatar seus entendimentos:

eu acho que depende se a gente cuida ou não (Mãe 2).

eu acho que depende do frio, o vento forte, tem que cuidar senão faz vim as doenças (Mãe 5).

eu acho que ficamos doente quando alguma coisa não funciona bem, alguma parte do corpo tá com algum problema (Mãe 6).

eu já ouvi falar disso. O corpo é como se fosse uma máquina (Mãe 1).

Essas expressões vão ao encontro da concepção mecanicista de René Descartes, que defende a teoria de que o corpo humano funciona como uma máquina, composta de peças – que correspondem aos órgãos, tecidos e às células – que operam para manter um bom funcionamento da mesma; e que a doença ocorre devido ao mau funcionamento de alguma parte dessa máquina, que precisa ser consertada para que o maquinismo volte a funcionar em perfeito equilíbrio (MELO; CUNHA, 1999).

Contudo, Melo e Figueiredo (2005, p.139), declaram que nos dias atuais a saúde precisa ser considerada de forma “dinâmica e integrada, resultante da harmonia entre as diversas *dimensões*, nas quais se insere a vida de cada um – física, psicológica, social, ético-espiritual - e não apenas uma relação ao correto funcionamento de seus órgãos”, pois, é somente por meio da harmonia entre as diferentes dimensões que o ser humano poderá ter uma qualidade de vida satisfatória.

Algumas mães, ainda, manifestaram que a saúde sofre influência de fatores ambientais, sem fazer menção aos fatores sociais e econômicos contemplados no conceito de saúde discutido no Brasil a partir de 1986, por ocasião da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que reconhece a saúde como direito de cidadania e afirma que a saúde é resultante de vários fatores, tais como “alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade [...]” (MELO; CUNHA, 1999, p. 21).

Complementarmente Melo e Cunha (1999, p. 21), afirmam que “o direito à saúde pressupõe o atendimento às necessidades básicas tanto individuais quanto da coletividade, realizado mediante um conjunto de políticas governamentais voltadas para a promoção de uma melhor qualidade de vida para todos”.

Assim, pode-se concluir que definir saúde é algo complexo, visto que sofre influência de inúmeros fatores internos e externos, fato que permite concordar com Czeresnia (2003, p. 42), quando afirma que “a saúde e o adoecer são formas pelas quais a vida se manifesta. Correspondem a experiências singulares e subjetivas impossíveis de serem reconhecidas e significadas pela palavra”.

Outro determinante do processo saúde-doença, destacado pelas mães, diz respeito às crenças e mitos que cercam a saúde e a doença, os quais as levam, muitas vezes, a acreditar em práticas como benzeduras e simpatias para afastar os possíveis males à saúde da criança ou para curá-las de alguma doença. Isso fica explícito na fala a seguir:

o mau olhado também deixa as pessoas doentes, principalmente as crianças que não têm como se defender dos espíritos maus, daí tem que levar para benzer, senão fica cada vez mais doente (Mãe 1).

Diante dessa realidade, os profissionais de saúde precisam estar alerta, pois essa conduta da mãe em acreditar que basta benzer e/ou fazer simpatias pode levá-la a não procurar os profissionais e serviços de saúde para investigar e esclarecer as reais condições de saúde da criança o que, conseqüentemente, pode agravar a situação da mesma. Sendo assim, essa situação requer dos profissionais de saúde o entendimento e a aceitação dessas crenças para avaliar a necessidade de uma possível intervenção.

O conceito de crença considerado nesse estudo, quer dizer acreditar, confiar em determinada pessoa ou fato, possuir convicção sobre determinada situação (CRENÇA, 2004). Complementarmente Gonçalves e Bonilha (2005, p. 334), definem crença como sendo “idéias ou opiniões que a pessoa possui, consideradas como verdadeiras a partir do que é afirmado ou

realizado por alguém ou pelo grupo do qual ela faz parte”. Mito pode ser definido como “crença ou tradição popular que surgem em torno de algo ou alguém” (MITO, 2004, p. 500).

Retomando a discussão de questões relacionadas ao cuidado, evidenciou-se a forte influência do saber popular nas práticas de cuidado orientadas pelas pessoas mais velhas, no que diz respeito aos cuidados tanto com a criança quanto consigo mesma. Pôde-se perceber que a maioria das mães utiliza medidas caseiras para solucionar os problemas que se deparam, as quais são usadas de longa data e certamente já foram testadas e certificadas pela comunidade, conforme refletem os seguintes depoimentos:

para tratar a rachadura do peito, eu passava manteiga de cacau ou graxa provada. Aqui todos fazem assim (Mãe 2).

eu passava nata no peito, depois eu lavava pra ela mamar. As minhas irmãs e cunhadas também fizeram assim (Mãe 1).

Essas situações confirmam as considerações de Silva *et al*, de que os cuidados populares, ou medidas populares, são “recursos utilizados pelas famílias, pessoas leigas e por terapeutas populares, em que a apreensão do saber se constrói no cotidiano e se transmite de geração em geração [...]”,(SILVA *et*, 1996, p. 88) influenciados pela cultura na qual essas mulheres estão inseridas. A expressão cultura é definida por Leininger, como sendo “valores, crenças, normas e modos de vida praticados, que foram aprendidos, compartilhados e transmitidos por grupos particulares que guiam pensamentos, decisões e ações, de formas padronizadas” (1985, p.261).

No presente estudo, tais cuidados ou medidas aparecem fortemente enraizados na vida dessas mulheres e da comunidade onde vivem, sendo transmitidos e orientados pelas pessoas mais experientes, e são usados por elas como primeira escolha, conforme elucidam essas declarações:

No umbigo, eu usei graxa provada e colocava a faixinha. Colocava a graxa provada, uma gaze e enrolava a faixinha. Foi a sogra quem me ensinou (Mãe 1).

No umbigo, eu passava azeite, eu aquecia ele e colocava. A sogra que me ensinou (Mãe 6).

usei banha e a faixinha. Foi a mãe e a sogra que me ensinaram como fazer (Mãe 3).

O sapinho [...] tratei com uma simpatia que a mãe ensinou, a gente pegava um paninho com mel e passava na boquinha do nenê por nove dias, aí passava com um paninho branco e colocava secar no sol e daí secava o sapinho da criança. E nunca mais deu (Mãe 2).

Essa última fala desencadeou algumas discussões acerca desse cuidado; então, após discutir o tema com as participantes, para tentar entender um pouco mais sobre essa conduta e ao mesmo tempo permitir que as participantes refletissem sobre ela, buscando entender o porquê do seu uso e qual a sua ação a mesma mãe, perplexa diz o seguinte:

depois de tudo isso, cheguei a uma conclusão: na verdade a simpatia não funcionou porque era simpatia e sim porque os grão de açúcar do mel que ajudaram a limpar a boquinha do nenê e para isso, o pano tem que ser branco, porque branco significa limpo (Mãe 2).

Esse diálogo ilustra, mais uma vez, as considerações feitas anteriormente e nos permite dizer que os conhecimentos dessas mulheres não devem ser desconsiderados, tampouco suas condutas devem ser julgadas antes de se buscar entendê-las, pois quando analisadas percebe-se que cada comportamento possui uma razão de ser, e quando interpretados consegue-se encontrar nele, por vezes, uma explicação que nos remeta aos cuidados tidos como científicos, aprendidos na academia. Portanto, torna-se imprescindível instituir o diálogo, criar espaços de discussão e dar-lhes oportunidade para exporem seus pontos de vista, suas condutas e seus saberes, somente dessa forma pode-se implementar ações que visem a melhorar a qualidade de vida das crianças e ao mesmo tempo favorecer o trabalho dos profissionais de saúde.

Em meio a esses relatos, também foi possível perceber que os cuidados populares e as práticas profissionais são seguidos pelas mães de forma concomitante. Algumas mães, ao serem orientadas por um profissional de saúde, seguem as orientações deste e, ainda, mantêm

os cuidados populares aconselhados por suas mães ou sogras, pois essas são suas referências. Isso fica explícito nas seguintes expressões das participantes, ao relatarem a forma como cuidam do coto umbilical:

eu coloquei álcool, iodado conforme o médico mandou, e usei a faixinha (Mãe 7).

eu usei álcool iodado e a faixinha (Mãe 9).

a sogra mandou só por a faixinha, o resto (o álcool a 70%) foi como o médico mandou (Mãe 8).

Frente a isso, Boehs, Monticelli e Elsen (1988/89), explicam que, do ponto de vista das mães, essas pessoas são sua referência, pois possuem experiência para auxiliar no cuidado da criança, estão próximas delas, vivendo na mesma casa ou na vizinhança; e amparam-nas no momento em que buscam ajuda, respostas ou até mesmo conselhos sobre como proceder com a criança.

No entanto, evidenciou-se que, em alguns momentos e frente a algumas condutas de cuidados, as mães questionam, desconfiam, ficam receosas e por isso preferem não seguir algumas orientações dessas pessoas, preferindo cuidar de acordo com os seus conhecimentos, princípios e intuição. Isso fica claro na seguinte fala:

Eu aprendi sozinha [...], pois nunca tive ninguém para me ajudar, só nos primeiros dias, mas queriam se meter muito, então preferi me virar sozinha. [...] a minha cunhada, queria que eu fizesse tudo do jeito dela e eu não concordava. Um dia ela me apareceu lá em casa com um preparado para eu passar no umbigo, tinha um cheiro muito forte, então não aceitei (Mãe 1).

Os depoimentos das participantes revelam que outro motivo que as leva a seguirem os cuidados populares é a facilidade de acesso a eles e principalmente às pessoas que os recomendam, que além de serem próximas são pessoas que fazem questão de prescrever condutas e demonstrarem com isso sua sabedoria. Segundo Mandu e Silva (2000), obter os remédios caseiros é mais fácil, porque os próprios usuários preparam ou adquirem dos

vizinhos, parentes e benzedeiros. As autoras explanam que a utilização de medidas caseiras “[...] depende de conhecimentos de pessoas experientes da família, da procura por ‘peritos’ da própria comunidade” (MANDU; SILVA, 2000, p. 17), isto é, pessoas conhecidas e acreditadas pela sua capacidade comprovada de solucionar problemas.

Pode-se acrescentar que, além da credibilidade das medidas caseiras e da facilidade de acesso a elas – tanto pelo custo reduzido quanto pela proximidade das pessoas que as recomendam – outro aspecto facilitador da adoção de condutas populares é a dificuldade de acesso aos serviços e profissionais de saúde. Mandu e Silva (2000, p. 18), em suas palavras, reforçam essa constatação:

[...] as dificuldades de acesso aos serviços de saúde, a qualidade que não responde às expectativas e demandas, os custos econômicos necessários ao deslocamento [...] são “superados” pelo uso de medidas e remédios caseiros.

As reflexões dessas autoras são corroboradas pelas situações presenciadas em algumas UBS que, ainda, permanecem com o sistema de atendimento por ficha, centrado no atendimento por consulta médica, em que os usuários necessitam permanecer horas em fila para conseguir um atendimento e, muitas vezes, após consegui-lo, a dificuldade financeira e o alto custo do medicamento falam mais alto. Essa situação faz com que retornem às suas casas sem o remédio prescrito ou então com muitas dúvidas em relação ao seu uso, pois o tempo dispensado ao atendimento foi tão restrito que não foi possível tirar as dúvidas junto ao profissional e, conseqüentemente sentem-se inseguras para adotá-las.

Carreira e Alvim (2002), destacam também que a maioria das famílias não possui condições financeiras para comprar os remédios prescritos, os quais nem sempre são disponibilizados pelas UBS. Além disso, observou-se que o tratamento prescrito ou o atendimento prestado pelos profissionais de saúde deixam a desejar e não correspondem aos interesses de quem os procura, pois, o atendimento precário e as orientações restritas deixam

dúvidas e incertezas na mãe, fato que a leva a procurar por medidas de tratamento e cura compatíveis com seus anseios, e, assim, a optar por medidas caseiras.

Essas considerações são validadas nos depoimentos das participantes quando questionadas sobre por que preferiam seguir a orientação da sogra a seguir as recomendações dos profissionais de saúde ou aderir ao tratamento prescrito pelo médico.

Era muito caro, não tinha como pagar e também não sabia se ia funcionar (Mãe 4).

Fiquei um tempão na fila e quando consegui ficha, ele (o médico) não olhou pro nenê e deu a receita [...] fiquei com medo de usar (Mãe 7).

um médico fala uma coisa e outro fala outra [...] um médico me receitou um antibiótico e o outro disse que ele não podia tomar. E eu dei, mas eu dei bem menos do que ele receitou e ele melhorou e ficou uns dez dias sem dar o remédio e ele foi piorando e eu pensei, vou dar (Mãe 5).

Só sabem dizer que está errado, sempre mandam fazer diferente, nem se interessam pelo jeito que fizemos (Mãe 9).

Perante esses relatos, não se pode ficar indiferente: torna-se necessário, como profissionais de saúde, primeiramente observar, ouvir, questionar a mãe; dar-lhe atenção; enfim, ser sensível para entender mais das práticas de cuidado adotadas por ela diante de um problema de saúde; pois, certamente, como discutido anteriormente, muitas dessas condutas não são prejudiciais para a criança e até possuem alguma explicação científica, como se verifica, por exemplo, no discurso desta mãe:

[...] para fazer massagem nela (a filha) quando ela estava com cólica eu fritava mangerona junto e de noite quando ela ficava com a barriga estufada, daí eu fazia massagem e colocava um paninho quente (Mãe 1).

O relato dessa mãe remete-nos a pensar na conduta dos profissionais de saúde diante de uma criança com cólica, e então visualiza-se o seu uso e indicação também pelos profissionais de saúde que a recomendam para auxiliar na eliminação dos gases intestinais e conseqüentemente favorecer o alívio das cólicas. Portanto, a mãe utiliza além da massagem um óleo produzido por meio da fritura de um chá, preparo esse que certamente favorecerá a realização da massagem e também aquecerá a criança, auxiliando na resolução do problema e

não causando mal à criança. Porém outras práticas, como a que se evidencia na fala a seguir, oferecem alguns perigos para a saúde da criança e merecem uma reflexão seguida de uma intervenção.

para dor de ouvido diz que é bom colocar azeite, mas me ensinaram pegar uma minhoca fritar no azeite e pingar o óleo no ouvido (Mãe 5).

Essas explicações ratificam a necessidade de os profissionais de saúde, em especial a enfermeira, nas suas ações cotidianas, aprofundarem seus conhecimentos sobre as diferentes práticas de cuidado para entender as mães, neste caso, e, posteriormente, interagir, com elas, sem esquecer que estão inseridas em um contexto familiar cercado por um conhecimento, também já comprovado, que faz parte do seu dia-a-dia. Somente dessa forma será possível ampliar o referencial de cuidado e conseqüentemente evitar ou minimizar problemas futuros com a saúde da criança.

Conforme a reflexão de Carreira e Alvim referindo-se a práxis do cuidar dizem que, “um cuidado não ocorre de maneira isolada ou excludente a outras formas de cuidar, mas apresenta-se imbricado na vida das pessoas [...]”(2002, p. 17),, ou seja, na vida da família.

Portanto, cabe reiterar, uma vez mais, a necessidade dos profissionais de saúde dispensarem mais tempo ao atendimento da população, ou seja, ao invés de simplesmente prestar atendimento, interagir com ela, preocupar-se não somente com a quantidade, mas sim com a qualidade do atendimento e buscar reconhecer as pessoas como portadoras de saberes, com necessidade de serem ouvidas e com direito de serem atendidas de forma digna, desde a porta de entrada do serviço até seu completo atendimento, que culmina com a resolução dos seus problemas de saúde. Direito esse assegurado pela Constituição Brasileira de 1988 – Seção II, artigo 196 que diz que:

A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Para auxiliar a cumprir com essa importante tarefa - a de garantir o direito à saúde e o acesso da população ao atendimento de suas necessidades - é fundamental que cada profissional de saúde se conscientize do seu papel e, a enfermeira, enquanto profissional que possui o cuidado como o principal pilar de sustentação de suas práticas, busque no seu dia-a-dia implementar ações que considerem o indivíduo e a família como portadores de saberes e com necessidades de serem cuidadas nas diversas etapas do ciclo vital estejam eles saudáveis ou doentes.

5.1.2 Dissonância entre o saber e o fazer

No decorrer do processo reflexivo-educativo, durante as conversas formais ou informais, após o término dos encontros, ocorreu um fato que despertou-nos a atenção: observou-se uma dissonância entre o que as mães sabem e o que fazem diante dos cuidados com o filho. Ficou explícito que possuem muito conhecimento sobre os cuidados com a saúde da criança. Sabem o que é melhor para o filho, como e quando fazer, inclusive possuem conhecimentos científicos, introduzidos principalmente pela Agente de Saúde. Se não colocam esse conhecimento em prática é porque ficam com dúvida em seguir as orientações dos profissionais de saúde, pois muitas vezes não sabem o porquê dos cuidados serem prestados dessa ou daquela forma. Também não entendem a linguagem utilizada por esses profissionais, o que certamente provoca medo e insegurança e, diante disso, o saber popular se sobrepõe ao saber científico, conhecimento esse transmitido pela sogra, mãe, tia, cunhada, ou seja, aprendido e reforçado na família.

Essa observação ficou evidente, principalmente, durante as discussões dos subtemas aleitamento materno e alimentação complementar. Todas sabiam, tinham plena convicção de que o leite materno é o melhor alimento para a criança até os seis meses, e ao questionar o porquê as respostas foram as seguintes:

Pois o leite materno previne doenças, previne bastante coisa, daí a criança cresce mais saudável (Mãe 2).

Porque o leite da mãe possui tudo o que a criança precisa [...] as vacinas, o alimento, a água e a gordura, a proteína para a criança crescer sadia (Mãe 1).

A criança que se alimenta no peito fica menos doente, quase nunca dá dor de barriga e infecção nos intestinos (Mãe 5).

Porém, mesmo sabendo disso, dentre as dez participantes, apenas uma (10%) mantinha aleitamento exclusivo, as demais já haviam introduzido outros alimentos. Esses dados reforçam os achados do estudo realizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), nas capitais brasileiras. O estudo mostrou uma prevalência de aleitamento materno em torno de 20% em crianças menores de quatro meses. No presente estudo, a média de duração do aleitamento materno ficou em torno de dois meses, apesar das mães saberem e afirmarem que o leite materno é o melhor alimento para a criança até os seis meses.

Observa-se também, que as percepções das mães sobre o aleitamento materno são condizentes com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2002), que afirma ser esse o alimento ideal para a criança por suas propriedades nutricionais, psicológicas e de defesa contra infecções. O leite materno contém tudo o que a criança precisa até os seis meses de vida, inclusive água em quantidade suficiente e somente a partir dessa idade precisa ser complementado.

Tal recomendação é reforçada por Galina (2004, p. 13), ao dizer que “o leite materno, sozinho, é suficiente para garantir uma saúde perfeita ao bebê, especialmente nos primeiros meses de vida, não existindo nenhum outro alimento mais acessível e nutritivo que este, dispensando inclusive água e chazinhos”.

Sobre esse assunto, Longo *et al* (2005, p. 110), comentam que, nas últimas décadas, foram realizados estudos que evidenciam alguns agravos à saúde da criança quando o aleitamento materno não acontece como, por exemplo “[...] a enterocolite necrotizante, alergias e a pneumonia”. Acrescentam, ainda, que “o aleitamento materno proporciona proteção contra as morbidades como diarreia e papel protetor para o diabetes mellitus insulino-dependente” (LONGO *et al*, 2005, p. 110).

Além dessas considerações, também lembra-se que, o aleitamento materno favorece o estabelecimento dos vínculos afetivos entre a criança e a mãe. A sucção do seio materno também contribui para o desenvolvimento das habilidades motoras orais dos recém-nascidos, uma vez que estimula o desenvolvimento dos órgãos fonoarticulatórios como “lábios, língua, mandíbula, palato mole e duro, arcadas dentárias, dentes e musculatura oral das funções de mastigação, deglutição, respiração, favorecendo o equilíbrio entre as estruturas” (COTRIM; VENÂNCIO; ESCUDER, 2002, p. 246).

Diante dessas considerações sobre os benefícios do aleitamento materno e da constatação de que as mães são conhecedoras de seus benefícios, propriedades e valor nutritivo, cabe fazer uma ressalva: por que os índices do aleitamento materno continuam tão inferiores ao desejado? Por que as mães possuem dificuldade de manter o aleitamento, mesmo sabendo dos seus benefícios?

Frente a essas indagações e, com base nas experiências e vivências da prática assistencial, é possível dizer que: acredita-se que a dificuldade em manter o aleitamento materno dá-se principalmente pela forma como as orientações são fornecidas, muitas vezes de forma verticalizada e generalizada não levando em conta o entendimento e as limitações individuais de cada mulher, também pelo pouco incentivo e acompanhamento dessa prática por parte dos profissionais de saúde.

Observa-se que, em muitos momentos, as orientações para ao aleitamento materno, sejam elas benefícios, posições, cuidados, ocorrem imediatamente após o nascimento quando a mãe está fragilizada, passando por um momento delicado, com sentimentos confusos, apresentando dor, medo, insegurança, o que dificulta o entendimento e conseqüentemente permite que esta fique com muitas dúvidas e receio em relação aos seus benefícios e nesse caso, preferem adotar condutas observadas na sua volta. Gonçalves e Bonilha (2005, p.335), reforçam essas colocações e relatam que a “fragilidade da mulher deixa-a exposta e suscetível a opiniões diversas, sendo que essas, muitas vezes, interferem em sua tomada de decisão quanto à amamentação”.

Também cabe lembrar que outro motivo que pode levar a não adoção dessa prática é a falta de desejo e vontade da mulher em amamentar, fato esse que precisa ser abordado e discutido pelos profissionais de saúde ainda durante a gestação e se caso for, respeitar essa vontade da mulher. Vejamos esse depoimento:

Eu sabia que era bom para a criança o leite da mãe, mas não tinha vontade, não me sentia bem em dar mamá, dei graças a Deus quando o leite terminou, e depois fiquei me culpando (Mãe 6)

As colocações dessa mãe nos faz refletir um pouco sobre essa situação e, nos leva a imaginar os momentos de angústia que ela vivenciou durante esse período, para relatar que ficou feliz e aliviada quando o seu leite terminou. Ao mesmo tempo, nos permite lançar mão de algumas considerações pessoais e dizer que acredita-se que essa mulher, dificilmente, tenha sido questionada sobre o seu desejo de amamentar, sobre suas dúvidas e sentimentos em relação a essa prática, porém, possivelmente tenha sido questionada e cobrada por sua atitude, fato que levou-a a experimentar sentimentos de culpa.

Na seqüência das discussões sobre a alimentação da criança, e com o intuito de desvelar um pouco mais as condutas adotadas pelas mães, perguntou-se quando outros alimentos deveriam ser introduzidos, todas, sem exceção, responderam que com seis meses.

Diante das respostas e frente às constatações de que, mesmo possuindo esse conhecimento não o seguiram tornou-se necessário questionar o porquê disso, sendo que as respostas foram as seguintes:

Eu dei outros alimentos porque me mandaram dar, disseram que se não desse ele (o filho) não ia crescer direito, eu sabia que não podia, mas fiquei em dúvida, então quando fez três meses eu dei sopinha [...] e daí ele foi soltando o peito (Mãe 4).

o meu (leite) era fraco e não sustentava (Mãe 5)

Quando ele (o filho) tinha um mês deu figo no peito e doía muito, daí mandaram colocar aquela graxa provada e o filho não quis mais e também porque diziam que ele ia pegar doença braba se não desse comida. Então eu não tinha dinheiro pro leite e dei comida e ele pego direitinho e dô até hoje (Mãe 2).

Esses depoimentos dão sustentação às explicações anteriores e nos levam, mais uma vez, a deduzir que essas mães detêm o conhecimento, porém se não o colocam em prática é por que possuem dúvida, medo e insegurança, problemas esses que poderiam ter sido abordados na gravidez e reforçados após o parto e, possivelmente, nesse momento, estariam minimizados e/ou superados. No entanto, como isso não aconteceu observou-se que, diante do primeiro obstáculo adotam práticas que consideram ideais ao momento ou que correspondem a sua expectativa.

Os relatos das mães também revelam que as causas do desmame foram as seguintes: introdução precoce de outros alimentos, problemas com a (s) mama (s), crença das mães de que seu leite fosse fraco ou insuficiente, pouca orientação e acompanhamento dos profissionais de saúde.

Outra questão que mais uma vez aparece de forma muito forte é que diante das dificuldades sentem mais segurança em seguir as orientações das pessoas de sua convivência, pelo fato de estarem próximas a elas e presentes nos momentos de dúvidas e incertezas. Orientações essas que superam as dos profissionais de saúde, levando-nos a refletir e dizer novamente que muitas vezes, não existe uma relação de proximidade, as mães não se sentem

acolhidas pelos profissionais e serviços de saúde, não possuem confiança, pois a relação que se apresenta entre profissionais e população é fria e distante. Como pode ser observado nas seguintes expressões:

[...] eles (os profissionais de saúde) não escutam o que a gente tem pra dizer, não querem nem saber como é que a gente tá fazendo, eles não entendem como a gente faz e a gente não entende o que eles orientam (Mãe 9).

Ele (o médico) não me orientou, só disse que não era para dar nada além do peito, mas fiquei com medo por que todas as vizinhas já estavam dando outras coisas para as crianças, disse que estava bom o peso, mas eu acho que não tinha engordado muito (Mãe 4).

Eles dizem não faz isso, não pode aquilo, assim tá errado, mas, nunca dizem porque e então a gente fica com medo e perde a confiança, [...] daí faz o que as pessoas de casa mandam [...] pelo menos se der alguma coisa eles tão ali perto pra ajudar (Mãe 3).

Essas falas demonstram a insegurança das mães em seguir o que os profissionais de saúde orientam, pois faltam explicações do porquê fazer, de como fazer, como cuidar da criança, assim como, observa-se a inexistência de uma interação entre os diferentes saberes, popular e científico. Diante dessa situação Müller (2002), aponta que é preciso promover um diálogo entre o saber científico e o popular, com o intuito de facilitar a relação entre a população e os profissionais e, conseqüentemente tornar a relação entre eles menos dependente e autoritária, o que certamente favorecerá para a efetivar as ações do cuidado.

Nesse sentido, Ramos e Lima (2003), asseveram que os modelos de saúde vigentes ainda estão centrados na lógica do atendimento voltado para a consulta médica, para a realização de curativos, a aplicação de medicamentos e vacinas, sem assumir verdadeiramente um compromisso com as necessidades do usuário, o que vai de encontro ao modelo e à missão do SUS: o cuidado. As autoras salientam que a atenção em saúde voltada para a produção do cuidado, além de estar direcionada para as reais necessidades do usuário, prima pelas relações humanas com vistas à produção de vínculo e acolhimento, situação essa, ainda pouco

observada na maioria dos serviços de saúde. As considerações dessas autoras são novamente reforçadas pelas falas das participantes:

eles apressam a gente, você vai perguntar alguma coisa e eles dizem: deixe para a próxima consulta, daí tu não vai amanhecer na frente do posto para tirar sua dúvida (Mãe 5).

Eles (se referindo aos profissionais de saúde) não atendem. O doutor se escondia, fugia para não atender [...] (Mãe 9)

Chiesa e Veríssimo (2001), complementam ao apontar que, no Brasil, os serviços de saúde ainda privilegiam os modelos de atendimento centrados no tratamento e no atendimento médico, modelo esse que direciona as ações para o atendimento individualizado em que as práticas da população, em alguns momentos, são desconsideradas por profissionais de saúde que preconizam a mudança de comportamento e de atitude das pessoas, no sentido de que adotem condutas condizentes com o modelo praticado, orientado e reconhecido por eles.

Waldow (2001, p.14), ao reportar-se a essa situação de atendimento, infere que o cuidado, na maioria das instituições, ainda é desenvolvido de forma mecânica, segue normas, é orientado por tarefas, normas e prescrições e “as relações nesses ambientes são frágeis, encobrem hostilidade, tensão, indiferença. O contato com a clientela é cada vez menos freqüente, por vezes frio e, mesmo, grosseiro”. O que se torna visível nessa fala:

eles tratam mal, não querem nem saber como a gente se sente, parece que a gente ta pedindo um favor (Mãe 8)

parece que aquilo que a gente sabe não vale nada, só sabem dizer que tem que fazer diferente (Mãe 7).

Diante disso cabe lembrar que cuidar é muito mais do que simplesmente orientar para cumprir com um dever, é preciso envolver-se com a população, e estar ciente de que o cliente/usuário/paciente é o protagonista nesse cenário e que, na maioria das vezes, ao procurar os serviços e profissionais de saúde já se apresenta frágil, com necessidade de ser ouvido e principalmente acolhido.

Teixeira (2004,p.8), ao se reportar ao momento de encontro entre o profissional de saúde e o cliente/paciente/usuário, diz que este é o momento em que “uma das partes está em busca de uma satisfação de necessidades, enquanto a outra é presumida deter os meios de satisfazê-la”. Para tanto, é imprescindível que ele tenha acesso ao serviço e aos profissionais de saúde, ao mesmo tempo em que se sinta acolhido por esses, pois, segundo Ramos e Lima (2003, p. 27), “acesso e acolhimento são elementos essenciais do atendimento, para que se possa incidir efetivamente sobre o estado de saúde do indivíduo e coletividade”.

Para favorecer as relações entre os clientes e os profissionais Teixeira (2004, p.3), recomenda uma técnica de conversa que pode ser operada por qualquer profissional de saúde, em qualquer momento do atendimento e em todos os encontros chamada por ele de “acolhimento-dialogado”, que apresenta a seguinte definição:

O acolhimento-diálogo, no sentido mais amplo possível, corresponde àquele componente das conversas que se dão nos serviços em que identificamos, elaboramos e negociamos as necessidades que podem vir a ser satisfeitas [...] esse diálogo se orienta, fundamentalmente, pela busca de um maior conhecimento das necessidades de que o usuário se faz portador e dos modos de satisfazê-lo (TEIXEIRA,2004, p.3).

Diante dessas explanações e dos fatos que vieram à tona nesse estudo, torna-se imprescindível declarar que: ao contrário do que muitas vezes se pensa a respeito das pessoas, mais especificamente das mães, pré-concebidas como incapazes de praticar o cuidado, portadoras de poucos saberes e que necessitam de orientações deparou-se com pessoas dotadas de conhecimentos bastante elaborados, possuidoras de saberes e com uma visão de mundo orientada por uma cultura que lhes permite cuidar com muita propriedade, e que nos momentos de dificuldades procuram ajuda e apoio nos profissionais de saúde. Porém, nem sempre encontram nesses o respaldo e a atenção desejada e necessária, esses nem sempre estão disponíveis para atendê-las o que as leva, muitas vezes, a desacreditar na sua capacidade e a buscar ajuda em outro local, junto a outras pessoas.

Neste sentido, acredita-se que além da influência das questões culturais, econômicas e sociais, outro ponto que parece ser chave dessa dissonância entre o saber e o fazer das mães frente aos cuidados com o filho, observado nesse estudo, é o modelo de atendimento instituído e prestado nos serviços de saúde, padrão que não favorece, por vezes, à clientela assistida expor seus pontos de vista, suas idéias, vivências, medos, inseguranças e incertezas. Modelo que ao mesmo tempo em que não propicia o diálogo e o estabelecimento de vínculos, induz o distanciamento entre os profissionais de saúde e o cliente/paciente/usuário.

5.1.3 Medos e inseguranças diante dos cuidados com a criança

Os sentimentos de medo e insegurança em relação aos cuidados com a criança, principalmente com o recém-nascido, são influenciados por crenças que fazem parte da história de vida dos seres humanos. Mesmo com as constantes descobertas científicas e explicações relacionadas a essa temática, percebe-se que muitos medos persistem e permeiam o cotidiano das mães, influenciando significativamente seu modo de cuidar e agir.

O medo e a insegurança das mães diante dos cuidados com a criança vieram à tona em todos os encontros. Foi possível perceber que algumas atitudes suas estavam diretamente relacionadas ao medo de que algo de grave pudesse acontecer ao filho se as condutas não fossem seguidas exatamente como as pessoas mais velhas orientavam. Os medos mais manifestos relacionavam-se aos cuidados com o coto umbilical, a higiene da criança, a alimentação e a prevenção da icterícia.

Os cuidados em relação ao coto umbilical estão cercados de crenças, mitos e medos. As mães referiam-se a ele como se fosse algo intocável que representa muito perigo para a

saúde da criança. Isso ficou manifesto no terceiro encontro, durante a encenação de uma peça de teatro sobre banho do recém-nascido. O ato de molhar o coto suscitou nas participantes uma série de incertezas e questionamentos que lhe instigaram a buscar mais esclarecimento sobre esse cuidado.

Ao serem questionadas sobre os cuidados que dispensavam ao coto umbilical, as repostas foram as seguintes:

o umbigo não deve ser molhado antes de cair, senão infecciona [...] depois que cair o umbigo pode dar banho normal (Mãe 8).

eu não sei se molhava, não dava banho, era a minha sogra que dava, mas eu tirava a faixa e largava dentro da banheira porque eu tinha até medo de olhar aquela coisa preta. [...] a minha sogra dizia que dava cólica, que pegava ar na barriga e dava cólica e eu morria de medo que desse alguma coisa, que ficasse doente ou morresse. [...] comecei dar banho quando ela tinha 1 mês (Mãe 1).

Tem que ter muito cuidado com o umbigo, senão a criança fica estragada (Mãe 4).

eu não saí de casa até que não caiu o umbigo. A minha mãe fez tudo até o umbigo cair, dar banho e tudo porque eu tinha medo (Mãe 2).

acho que dói, pois quando a gente vai trocar mexe e ele chora. Tem que cuidar para não machucar senão sangra (Mãe 3).

Diante desses relatos é possível observar que as mães delegam as funções de higienizar a criança e cuidar do coto umbilical a outras pessoas, principalmente, porque sentem-se inseguras diante dessas tarefas, possuem medo, acreditam que o banho de imersão e o manuseio do coto umbilical podem causar alguma doença na criança. Neste sentido é possível perceber que esses medos possuem razão de existir, pois, certamente se o coto umbilical não for bem cuidado, bem higienizado, se a mão de quem o toca não for bem lavada pode causar infecção e levar a criança à morte.

Por outro lado, é possível dizer que muitas das condutas adotadas pelas mães são orientadas e reforçadas pelos profissionais de saúde que, por vezes, ainda praticam o banho de aspersão no recém-nascido, profissionais de saúde que também possuem medos e crenças em

relação aos cuidados com o coto umbilical e diante disso preferem continuar orientando essa prática de banho.

Nesse momento, também é necessário, novamente, reforçar o pensamento de que é necessário envolver a família nos cuidados com o bebê ainda no hospital, aproveitar o momento do primeiro banho para identificar os medos, as inseguranças e diante disso trocar informações que visem auxiliar a mãe e a família nos cuidados com a criança. É importante também reforçar a orientação de que ao delegarem a tarefa de dar o banho para outras pessoas, elas deixam passar a oportunidade de trocar carinho com a criança; de transmitir-lhe segurança, amor e aconchego; e também de romper com as barreiras do medo e, assim, ganhar mais segurança diante dos cuidados com a criança; pois o banho é um excelente momento para observar e avaliar o bebê, além de proporcionar a interação de pais e filho, e reforçar a capacidade dos pais de prestar o cuidado.

De acordo com Kenner (2001, p. 102), “a ligação entre os pais e o bebê aumenta após o parto e continua a crescer nos próximos dias através do contato cutâneo. Os pais em geral examinam o bebê para observar as características físicas que vinculam o bebê ao resto da família”.

Complementarmente, Monticelli (2002, p. 149), profere que “para as mulheres o coto umbilical é revestido por uma aura de mistério e desconhecimento e também como algo ambíguo, uma vez que tanto ‘alimenta a criança’ quanto ‘pode levar para doença’”. Tal impressão faz com que experimentem sentimentos de medo, insegurança e até culpa.

Esses sentimentos precisam ser discutidos com as mães ainda na gravidez, na tentativa de serem minimizados já nesse período, e rediscutidos após o nascimento. Antes de a mãe e a criança saírem do hospital, é necessário resgatar seus conhecimentos acerca desse cuidado, reforçar as orientações e reconhecer a necessidade de ajudar a família. Conforme enfatiza Kenner (2001), a educação permanente dos pais é essencial ao se planejar a alta hospitalar, a

qual deverá incluir orientações acerca do banho, dos cuidados com o coto umbilical, da prevenção de assaduras, da troca de fraldas, da observação dos padrões normais das eliminações e da garantia de segurança ambiental.

O autor lembra que “a enfermeira também deve servir de modelo de cuidados infantis para os pais e reforçar o comportamento deles como provedores de cuidados” (KENNER, 2001, p. 103), buscando envolvê-los nos cuidados ainda no hospital, com vistas a favorecer o estabelecimento dos vínculos afetivos.

Ainda em relação ao cuidado com o coto umbilical, constatou-se que as mães, na sua maioria, fizeram uso da faixa umbilical com medo de que o umbigo “ficasse rendido” e ocasionasse algum problema à criança, ao mesmo tempo que algumas atribuíam ao não uso dessa prática os problemas que aconteceram. O que fica manifesto nessas expressões:

[...] se não usar a faixinha com moeda fica rendido pro resto da vida e a criança vai ter problema, eu tenho medo, eu usei até cair (Mãe 4).

Se não usar a faixinha fica aquele umbigo feio todo rendido e é possível até que morra por causa disso (Mãe 7).

o dela (a filha) ficou aberto por trinta dias o umbigo, uma benzedeira falou que é porque eu não usei a faixinha só usei graxa provada, caiu normal nos sete dias mas continuou saindo sujeira (Mãe 1).

Esses relatos reforçam o entendimento de que as orientações sobre os cuidados com o coto umbilical são insuficientes: faltam explicações mais precisas de por que não se deve usar a faixa umbilical; por que se deve colocar somente álcool e não banha, óleo de cozinha, nem outros preparos que conhecem e utilizam. Percebe-se que as mães não têm nítido quais os benefícios dos preparados caseiros e da faixa colocada em volta do abdômen da criança, ninguém havia, até o momento, fornecido uma explicação compatível com os seus anseios.

Também cabe lembrar que, muitas vezes, os profissionais de saúde deixam de abordar essas questões com as mães e famílias por acreditar que essas dificuldades em relação aos cuidados com o recém-nascido, principalmente nos primeiros dias de vida, já estejam superadas, que os medos já foram ultrapassados, que as mães sabem exatamente o que

precisam fazer, como e quando fazer. Os resultados dessa pesquisa desconstruem esse pensamento e remete-nos, mais uma vez, a dizer que é preciso dar ouvidos às mães, entender seu modo de viver, aproximar os conhecimentos científicos do saber das mães e principalmente desenvolver nossa capacidade de observação e comunicação para então desencadear uma ação que aproxime-se das necessidades, dos anseios da mãe e família e com isso minimize os medos e inseguranças diante dos cuidados com a criança.

Essa conclusão é novamente comprovada pelas manifestações das participantes após serem discutidos os cuidados com o coto umbilical. Por meio do processo reflexivo-educativo, cada uma expôs suas práticas; e, com base nos conhecimentos e nas possibilidades de cada uma, chegou-se a um entendimento conjunto de qual seria a melhor forma de prestar esse cuidado.

E pensar que é tão simples cuidar do umbigo, a gente não sabe certo como fazer fica cheia de medo e acaba fazendo tudo o que mandam e a criança que sofre (Mãe 9).

se hoje eu tivesse outro filho com certeza ia fazer muita coisa de diferente. [...] tu é enfermeira e sabe tudo isso, faz a gente pensar até entender como fazer [...] porque todos não explicam desta forma para que a gente possa se aliviar desses medos e fazer da melhor forma sem se culpar se alguma coisa acontece? (Mãe 5).

a gente fica inventando moda para cuidar dos filhos e pelo visto quanto mais simples for melhor, basta saber o certo que a gente não fica insegura e faz tudo como tem que ser (Mãe 1).

Outro medo evidenciado no decorrer dos encontros com as mães foi o “mal dos sete dias”. Percebe-se que o sétimo dia após o nascimento da criança está envolto por uma nebulosa cheia de mistérios e medos. Nesse dia não podem sair de casa, nem sequer pegar vento ou sol: a recomendação é que mãe e criança fiquem de repouso, senão podem ficar doente e até morrer.

[...] nos sete dias, não deixaram tirar a nenê para fora (Mãe 1).

diz que a criança pode pegar alguma coisa e até morrer. Quando ele (o filho) nasceu choveu a semana inteira, sete dia e deu um sol quente e eu trancada dentro de casa (Mãe 5).

diz que a criança não podia pegar a réstia do sol (Mãe 4).

eu ficava o dia inteiro dentro de casa, não abri nem a janela (Mãe 8).

Cabe ressaltar que ao serem questionadas sobre o porquê desses cuidados, todas as participantes disseram que não sabiam, mas que os seguiam por medo de que algo ruim pudesse acontecer a elas ou à criança – e nesse caso seriam consideradas culpadas pelos demais membros da família. Nesse momento, advertiu-se que essa conduta impede que a criança entre em contato com o sol e a claridade, que possuem função importante nesse período, em que o fígado da criança ainda está imaturo, pois a exposição da criança ao sol facilita a excreção da bilirrubina e, conseqüentemente previne a icterícia fisiológica do recém-nascido (WONG; WHALEY, 1999), chamada por elas de “amarelão”. Esclareceu-se, também, que o mal dos sete dias está relacionado ao tétano neonatal, problema hoje já solucionado pela aplicação da vacina antitetânica na gestante.

Quanto à icterícia observou-se que, tanto para evitá-la quanto para curá-la, cada mãe adotava uma conduta diferente, fato que revela seu pouco esclarecimento sobre o assunto. Como conseqüência, esse pouco conhecimento das mães intensifica seus medos e inseguranças em relação aos cuidados que devem assumir. Vejamos os relatos:

esse negócio de amarelão me falaram que quando nasce é bom botar roupa toda amarela, não dá amarelão e dar banho com chá de picão. Eu cheguei em casa e na hora botei roupa amarela e lavei com chá de picão, fiquei com medo que desse nele (Mãe 5).

pra evitar, pra essa aqui (a filha que estava no colo) eu dei chá de raiz de salsa (Mãe 7).

eu colocava gema de ovo na água do banho, dizem que além de curar ela também evita, a gema não deixa a criança pegar, fica nojenta a água mas de medo que pegue eu coloquei por três dias (Mãe 3).

Após incitar as participantes à discussão e esclarecer sobre os mistérios e medos que envolvem o sétimo dia após o nascimento, bem como sobre o surgimento da cor amarelada nos recém-nascidos, algumas desabafaram o seguinte:

eu só não entendo por que não explicam tudo isso pra gente, deixam a gente com todos estes medos de varde, eu fiquei sempre angustiada por causa desse medo, até que não passava o 7º dia eu não sossegava (Mãe 8).

eu também e ainda os mais velhos assustam mais ainda, fazem a gente se sentir culpada se alguma coisa acontecer, a minha mãe não deixou nem eu nem ela (a filha) sair da cama, levantava só pra ir no banheiro e ainda toda enrolada, até comida na cama, e o nenê então até as fralda era perigoso trocar, faziam isso com uma vela e bem rápido por que não podia pegar nem luz e nem vento (Mãe 2).

Medo e insegurança também foram evidenciados em relação à alimentação da criança. Nesse item foi possível perceber divergências de condutas das mães: algumas têm medo de oferecer à criança outros alimentos que não o leite materno antes dos seis meses; outras introduzem a alimentação complementar precocemente por temerem que a criança não se desenvolva adequadamente, ou, como elas dizem, “não engorde”. Vejam-se os seguintes relatos:

Dou só leite no peito, tenho medo de dar outros alimentos e ela ficar doente depois começam os problemas de cólicas e diarréia (Mãe 1).

Eu comecei com outros alimentos com um mês, tinha medo que o leite fosse fraco e não sustentasse o filho (Mãe 4).

Tenho medo que não engorde, levo no pediatra todo mês pra pesar [...] comecei a dar logo o leite de vaca e depois outras comidas com quatro meses (Mãe 8).

Dou leite de vaca, tenho medo que o meu seja fraco, então complemento com leite de vaca (Mãe 5).

Eu sempre completei com leite de vaca, misturava água de arroz para não ficar tão forte, por que o leite do meu peito diziam que era fraco e não ia fazer o filho crescer (Mãe 7).

Tenho medo de dar leite de vaca, acho muito forte. Dou leite de caixinha ou em pó (Mãe 3).

A alimentação é um fator fundamental para a promoção da saúde da criança; no entanto nutrir, amamentar, oferecer comida são práticas sociais, ultrapassam o mero ato

biológico. Sendo assim, é importante considerar as dúvidas e os medos da mãe relacionados à alimentação da criança, pois, muitas vezes, ao mínimo sinal de que esta não está ganhando peso conforme esperavam, vão logo pensando que o leite materno é fraco ou insuficiente para sustentar o bebê o que leva-as a adotar práticas desaconselháveis e prejudiciais ao bebê.

Sobre isso, Monte e Giugliani (2004, p.1), afirmam o que segue:

Quando a criança não cresce satisfatoriamente com a amamentação exclusiva nos primeiros seis meses, antes de se recomendar a introdução de alimentos complementares é necessário realizar uma avaliação criteriosa para ver se a criança não está ingerindo pouco leite materno por má técnica de amamentação, levando a um esvaziamento inadequado das mamas e à conseqüente diminuição da produção do leite. Nesses casos, a conduta de escolha é orientar e apoiar a mãe para que o bebê aumente a ingestão do leite materno e não introduzir a alimentação complementar desnecessariamente.

Dessa forma, explicou-se às participantes que o leite materno possui propriedades superiores aos demais leites, pelos seus componentes imunológicos; e que a introdução precoce de outros alimentos “reduz a frequência, a intensidade e o volume das mamadas, levando à diminuição da produção de leite materno, ao desmame e, conseqüentemente, a uma menor oferta de fatores de proteção contra doenças” (WEISSHEMER, 2004, p. 19).

Quanto ao uso do leite de vaca, alguns autores, como Monte e Giugliani (2004), desaconselham oferecê-lo à criança com menos de um ano de idade, principalmente se esse for cru e não-modificado, pois seu uso antes dessa idade está associado à perda sangüínea fecal e à deficiência de ferro. Wong e Whaley (1999), referem que o leite de vaca na sua forma integral contém muito mais proteína do que o leite humano, o que dificulta a digestão e o esvaziamento gástrico.

Em meio aos relatos das mães, um chamou muita atenção e provocou certa inquietação. A mãe contou que começou a oferecer ao filho, de apenas um mês de vida, a mesma comida preparada para a família, inclusive carne. Também comentou que liquidificava os alimentos para o bebê. Vejamos sua fala:

desde que ele tinha um mês eu dou de tudo: frutas, caldinho, arroz, feijão, carne só de galinha que é mais fraca, bato tudo no liquidificador e dou para ele [...] fiquei com medo que só o leite não fosse suficiente, não sabia o que era certo fazer, cada um manda fazer de um jeito (Mãe 2).

Esse relato é preocupante, pois, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002), é somente após os seis meses que a criança atinge maturidade fisiológica e neurológica para a mastigação, a deglutição, a digestão e a excreção de outros alimentos. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2002), também enfatiza que a introdução precoce de alimentos complementares aumenta a morbimortalidade infantil, porque a criança passa a ingerir uma quantidade menor de fatores de proteção presentes no leite materno e pelo fato de os alimentos constituírem uma fonte de contaminação.

Além disso, as orientações fornecidas pelo Ministério da Saúde para a introdução da alimentação complementar – definida como qualquer alimento oferecido complementarmente ao aleitamento materno – reforçam que os alimentos devem ser preparados separadamente para a criança e oferecidos de forma amassada, e não liquidificada, para que ela aprenda a distinguir os sabores, as cores e as consistências dos mesmos, e para que o ato de mastigação seja estimulado (BRASIL, 2002).

De acordo com Souza, Castro e Nogueira (2003, p. 244), “a maior disponibilidade de alimentos na vida pós-natal precoce pode influenciar o desenvolvimento dos mecanismos hipotalâmicos reguladores do comportamento alimentar, induzindo estabilização da elevação da ingestão de alimentos por toda a vida”. Enfatizam, ainda, que as conseqüências dessa introdução precoce de alimentos podem predispor tanto à obesidade, pela ingestão de uma maior quantidade alimentar, como à desnutrição, devida à imaturidade do sistema fisiológico para absorver os nutrientes adequados ao crescimento e ao desenvolvimento infantis.

Spyrides *et al.* (2005), descrevem que os padrões de crescimento infantil são diferenciados entre as crianças que são amamentadas ao seio e as que recebem outros alimentos, como fórmulas lácteas. Segundo os autores, as necessidades nutricionais da criança

no primeiro ano de vida “variam de acordo com os padrões individuais de crescimento e da quantidade de atividade física da criança [...]” (SPYRIDES *et al.*, 2005, p. 148), assim, novos alimentos devem ser introduzidos à medida que o sistema gastrointestinal amadurece e torna-se capaz de metabolizar seus componentes.

Os autores supracitados também orientam que “a introdução de alimentos sólidos deve ocorrer paralelamente às mudanças no desenvolvimento do sistema nervoso central no primeiro ano, os quais fornecem uma maturidade para a criança aceitar e ou lidar com a introdução de alimentos de várias texturas” (SPYRIDES *et al.*, 2005, p. 148-149).

Por outro lado, faz-se necessário olhar para essa situação sob outro aspecto e lançar os seguintes questionamentos: o que levou essa mãe a adotar essa conduta? Será que ela tinha condições financeiras para comprar leite para alimentar o filho? Algum profissional da saúde havia explicado para essa mãe qual era o risco dessa prática para a criança?

Essa situação nos remete a algumas reflexões, nos permitindo dizer que, muitas vezes, seguimos normas e manuais pré-estabelecidos e ditamos a conduta para as mães, sem levar em consideração sua situação, sua capacidade de entendimento, sua realidade e condições para acatar as regras. Portanto, torna-se necessário ser crítico diante dos manuais que nos são impostos e avaliar cada questão individualmente buscando aproximar as nossas orientações da realidade em que a mãe está inserida para somente após proceder com as orientações.

As situações evidenciadas no presente estudo, no tocante à amamentação e à introdução de alimentos complementares, contradizem a idéia de que esses problemas já estejam superados e por isso não mereçam tanto destaque. A insegurança das mães em relação a essas práticas reforça ainda mais a necessidade de se intensificarem trabalhos educativos sobre a importância do aleitamento materno e o manejo da amamentação. Porém, esse trabalho é lento, haja vista que existe uma série de dúvidas em relação a essa prática, essa é uma atividade que exige muita persistência do profissional de saúde e também das mães que

precisariam rever uma série de condutas e, em alguns casos, ir contra todo um conhecimento já construído, incentivado e cobrado delas pela família. Nessa linha de pensamento, Spyrides *et al.* (2005, p. 150) chegam a esta conclusão:

a orientação nutricional às mães melhora as práticas de alimentação no sentido de evitar o uso prévio de fórmulas e no sentido de permitir uma maior variedade e qualidade de alimentos oferecidos após os seis meses. Os benefícios da complementação alimentar sobre o crescimento infantil dependerão da qualidade nutricional dos alimentos de desmame, do efeito sobre o consumo de leite materno nas crianças e do risco de infecção além dos fatores socioeconômicos e ambientais.

Com base no que aqui foi explanado, pode-se asseverar que os benefícios do aleitamento materno são inquestionáveis, tanto em relação ao seu valor nutricional e imunológico quanto para o estabelecimento do vínculo mãe-bebê.

Ascari (2004), infere que o aleitamento materno é uma forma de expressão de amor, favorece a ligação emocional entre estes, na perspectiva de um bom desenvolvimento psíquico e da formação da personalidade no primeiro ano de vida do bebê. Porém é imprescindível avaliar cada caso em particular, ser sensível diante das dificuldades e limitações das mães e familiares e principalmente considerar o seu entendimento sobre o assunto antes de ditar normas e cobrar a adoção dessa prática.

Nesse sentido, o aleitamento materno precisa continuar sendo estimulado pelos profissionais de saúde, por meio de atividades educativas e ilustrativas, que favoreçam a participação de todos e que utilizem uma linguagem de fácil entendimento para abordar, de forma clara e precisa, o manejo e a importância do aleitamento materno para a mãe e o bebê.

Em relação aos medos e inseguranças evidenciadas cabe dizer que, de acordo com nossa percepção elas estão presentes no cuidado da criança, principalmente do recém-nascido, na vida de todas as pessoas, sejam elas leigas ou profissionais de saúde. Esse é um período crítico e delicado, que oferece riscos à saúde da criança e por mais que se tente combatê-los totalmente acredita-se ser impossível, porém o que é plausível fazer é minimizar esses

temores ao esclarecê-los, explicando qual a melhor forma de enfrentá-los sem colocar em risco a saúde da criança pela adoção de condutas desaconselháveis.

5.2 Olhar das mães sobre a equipe de saúde

Os conhecimentos das mães sobre os cuidados com a criança, somado ao nosso saber científico, enquanto enfermeira e pesquisadora ao atuar como co-participe junto ao grupo, contribuiu para que todos os envolvidos compartilhassem suas estratégias e habilidades no enfrentamento das situações que envolvem o cuidado à saúde da criança. Ao mesmo tempo, que trouxe a tona algo interessante: as discussões deslocaram-se dos saberes e práticas das mães para outro aspecto - a atuação da equipe de saúde na UBS e na abordagem familiar para o cuidado da criança, reforçando a necessidade de explorar algumas questões relativas às práticas educativas desses profissionais, bem como a necessidade de considerar a família como uma unidade de saúde e cuidado de seus membros.

Observa-se na atualidade um crescente interesse dos profissionais da saúde, em especial das enfermeiras, no sentido de aprofundar estudos que busquem entender a família e suas relações com o cuidado, uma vez que segundo Elsen (2002), a família, como parte integrante de um ambiente social e cultural, possui saberes e práticas de cuidado construídos, compartilhados e ressignificados nas interações sociais com suas famílias de origem e em suas vivências cotidianas intra e extrafamiliares.

Todavia, “o cuidado familiar se dá ao longo do processo de viver da família e nas diferentes etapas da vida de cada ser humano. [...] em cada estágio há especificidades

decorrente do ambiente sociocultural e das características individuais de cada membro e de cada família” (ELSEN, 2002, p.15).

De acordo com Marcon (2002, p.45-46), as famílias ao cuidar e criar os filhos os ajudam a aprender a cuidar de si, “favorecendo sua potencialidade existencial de vir a ser, que culmina com o aprendizado sobre como cuidar dos outros, inclusive de seus filhos no futuro”. Assim sendo, a criança, é um ser que precisa de cuidados para crescer e se desenvolver de forma adequada, “é um ser-no-mundo em processo de construção, nos diferentes aspectos biológico e simbólico, necessita de amor e cuidado para manifestar-se plenamente como tal” (MOTTA, 2002, p. 158).

Nesse contexto, a enfermeira possui um relevante papel: acompanhar o seu crescimento e desenvolvimento, tanto ao nível de Unidade de Saúde quanto a nível domiciliar, no seio da família, fazendo intervenções caso seja necessário. As famílias, por sua vez, também indicam a necessidade dos profissionais de saúde se fazerem presentes, não só por ocasião das doenças, mas no seu cotidiano, incitando-os ao diálogo e ao compartilhamento de saberes que favorecerá a promoção da saúde infantil.

5.2.1 Cuidado à saúde da criança no contexto familiar e nos serviços e saúde

No transcorrer do processo reflexivo-educativo, desenvolvido neste estudo, tornou-se patente que os saberes e as práticas de cuidado das mães são construídos basicamente na família, assim, essa necessita ser considerada como uma rede de suporte e de produção de conhecimentos, os quais precisam ser, reconhecidos, considerados e explorados pelos profissionais de saúde. Conforme Elsen (2002), a família é, para os seus membros, um

sistema de saúde constituído de crenças, valores, práticas e modos de cuidar que orientam suas ações diante da saúde e da doença, ao mesmo tempo em que supervisiona o estado de saúde dos seus membros e toma decisões quanto ao caminho a seguir diante das dificuldades que se apresentam.

Motta e Luz (2003, p. 24), consideram que “[...] alguns objetivos – para o viver saudável - só são atingidos quando a família for considerada como uma unidade básica de cuidado”. Nesse sentido, os profissionais de saúde, sobretudo os da Enfermagem, necessitam criar espaços de convivência com a família, a fim de possibilitar a associação, a negociação e a troca de saberes, sem nunca perder de vista o respeito aos valores culturais, às crenças e aos conhecimentos de cada um, “[...] criando estratégias para que as famílias realmente constituam-se em unidade de desenvolvimento humano e saúde” (MOTTA; LUZ, 2003, p. 25). Não esquecendo-se também, que a família é o primeiro grupo social que a criança faz parte, é nela que a criança cresce e se desenvolve, influenciada pelos valores sociais e culturais próprios de cada contexto familiar.

Na percepção de Marcon (2002), os profissionais de saúde precisam fazer-se presentes na vida da família – não só nos momentos de doença, mas sim no seu cotidiano – para apoiá-la, fortalecê-la, entendê-la e, somente então, orientá-la e/ou direcioná-la para o cuidado da criança. Segundo a autora, “cabe aos profissionais de saúde permitir que as famílias experienciem a sensação de não estarem sós no enfrentamento de seus problemas cotidianos, por exemplo, o de criar filhos” (MARCON, 2002, p. 75).

Para tanto, é de fundamental importância que as famílias visualizem os profissionais de saúde como aliados, parceiros no processo de cuidar. Pois, como menciona Michielin (2005, p.78), “os momentos de encontro, o relacionar-se, a troca de informações e a interação com a família, a comunidade, tornam-se um momento de crescimento mútuo, auxilia na educação em saúde e promove o cuidado familiar”.

Vale observar que a enfermeira, no seu cotidiano, depara-se com muitas formas de cuidar, relacionadas intrinsecamente ao contexto socioeconômico e cultural do indivíduo e da família, assim, precisa conhecer e reconhecer esse contexto antes de julgá-lo e/ou refutá-lo. As condutas dessas mães diante do mesmo cuidado – o banho do recém-nascido - confirmam essa afirmação:

eu aprendi com os mais velhos que não pode dar banho até não cair o umbigo, eu não dou banho é muito perigoso pegar doença (Mãe 5)

eu sempre dei banho, pois acho que se ficar sujo é que tem problema de pegar infecção, a criança fica cheia de sangue e daquele sebinho, fica com cheiro estranho (Mãe 9)

Observa-se que as condutas dessas mães são orientadas, tanto por um conhecimento construídos no seio familiar quanto pelas suas próprias convicções, entendimentos e observações, o que indica a necessidade de compreender a realidade em que a família está inserida e a sua forma de prestar os cuidados. Complementarmente, Bromberger (2003, p. 16), assevera que entender os diferentes modos de cuidar “[...] é fundamental no processo de trabalho dos profissionais da saúde para o entendimento do processo saúde-doença, o que repercutirá na definição e implementação das ações para a promoção da saúde”.

A noção de promoção da saúde, aqui sustentada, pressupõe o fortalecimento da capacidade do ser humano para enfrentar a multiplicidade de fatores que incidem direta ou indiretamente sobre a saúde, ou seja, “diz respeito ao fortalecimento da saúde por meio da construção de capacidade de escolha, bem como à utilização do conhecimento com o discernimento de atentar para as diferenças e singularidades dos acontecimentos” (CZERESNIA, 2003, p. 48).

Diante à complexidade desse conceito e, refletindo sobre a realidade evidenciada, é pertinente resgatar algumas questões relacionadas à atuação dos profissionais de saúde na área da criança. Observou-se que, no local do estudo, as atividades desenvolvidas, com vistas a promover a saúde infantil ficam, por vezes, restritas a algumas ações técnicas como

imunizações e consultas médicas para o atendimento de problemas de saúde, não contemplando dessa forma, as normas e diretrizes preconizadas pelo Programa de Atenção à Saúde da Criança (PAISC).

Esse Programa foi oficializado no Brasil na década de 80 e está voltado para a “maximização do alcance da assistência à saúde-infantil, o que significa estender a cobertura dos serviços de saúde quanto aperfeiçoar seu poder de resolução diante dos problemas mais relevantes” (PEREIRA, *et al.*, 2005, p.277). As ações básicas na assistência integral à saúde da criança envolvem o controle das doenças diarreicas, incentivo ao aleitamento materno, orientações para o desmame, controle das doenças respiratórias, imunizações e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, sendo esse considerado o eixo integrador dessas ações.

Neste sentido, e tendo em vista que, as ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde que atuam nas UBS seguem as diretrizes e normas pré-estabelecidas pelos Programas do Ministério da Saúde, torna-se possível dizer que, ainda, se tem muito a avançar no que diz respeito às ações a serem implementadas, com o intuito de melhorar a qualidade do atendimento prestado e conseqüentemente favorecer a saúde da criança, como por exemplo: instituir a consulta de enfermagem para acompanhar o crescimento e desenvolvimento da criança; organizar grupos para discussão de temas como aleitamento materno, desmame, prevenção e condutas diante de problemas como diarreia e infecções respiratória; visita domiciliar, com vistas a favorecer a relação entre os profissionais de saúde e a família e principalmente beneficiar o desenvolvimento infantil ao reduzir os agravos e as conseqüências desses à sua saúde.

Todavia, diante dessas evidências e reflexões é pertinente fazer o seguinte comentário: uma vez que o programa existe, e dá a direção daquilo que pode e deve ser implementado para favorecer o crescimento e desenvolvimento da criança cabe questionar: por que as ações

do PAISC não estão sendo efetivadas, ficando o atendimento à criança restrito ao atendimento médico e ao modelo curativista? Existem dificuldades para sua implementação? Que tipo de capacitação e suporte os profissionais de saúde recebem para implantar e desenvolver os programas na atenção primária em saúde?

No intuito de buscar resposta para alguns desses questionamentos deparou-se com o estudo de Michielin (2005), realizado junto às enfermeiras que atuam em PSF e desenvolvem ações voltadas à saúde da criança. No estudo as enfermeiras apontam para a dissociação entre teoria e prática em sua formação, no que diz respeito à realidade e necessidade dos usuários/família/comunidade, dificultando, dessa forma, a implementação das atividades propostas pelos Programas.

Neste sentido, a autora menciona que as ações vinculadas aos Programas, neste caso voltadas à saúde infantil, “contemplam intervenções programadas e avaliadas sistematicamente. As ações assim concebidas podem se transformar em instrumentos burocratizados e desarticulados da ação, quando entendidos somente como mecanismos de controle de atividades” (MICHIELIN, 2005, p.93).

Diante dessas considerações, concorda-se com a autora quando afirma que os programas podem burocratizar a atuação dos profissionais de saúde. Também, aproveita-se o momento para destacar que, de acordo com experiência prévia na implantação e execução dos Programas pré-estabelecidos depara-se com algumas dificuldades: estes são planejados e construídos em nível superior; implantados de forma generalizada e verticalizada, gerando muitas vezes, dificuldade e impasse para sua implementação, restando aos profissionais de saúde a sua execução e prestação de contas.

Observa-se, no entanto, a necessidade de adequá-los a cada realidade para contemplar as necessidades e expectativas de cada contexto, porém aqui depara-se, em alguns momentos, com outra dificuldade – a falta de planejamento e organização do tempo e das atividades a

serem executadas pelos profissionais de saúde dentro das UBS. Em muitas equipes de saúde a situação que se apresenta é a seguinte: a enfermeira assume a maioria das tarefas burocráticas, de planejamento e coordenação; o médico restringe-se ao atendimento das consultas individuais; o técnico de enfermagem executa atividades técnicas como vacinação, curativos, nebulização e aplicação de medicamentos e conseqüentemente os Agentes de Saúde é que assumem as atividades mais próximas da população, são eles que se inserem na vida da comunidade e, na maioria das vezes, servem de apoio e referência, espaço esse que deixa de ser explorado e conquistado principalmente pela enfermeira.

Esse fato é destacado pelas mães quando relatam que o profissional de saúde que está mais presente em suas vidas, e em alguns casos o único, tirando suas dúvidas e esclarecendo quanto aos cuidados é a Agente Comunitária de Saúde, referindo-se a ela como alguém em quem podem confiar e contar nos momentos em que precisam. Vejamos os relatos a seguir:

O único profissional de saúde que vai na minha casa é a Agente de Saúde, foi ela que me ensinou de tudo que eu sei hoje de como cuidar dos filhos, quando eu tenho alguma dúvida chamo ela e ela esclarece as coisas, explica bem direitinho como deve ser feito e depois de alguns dias vem conferir se tá bom (Mãe 4).

[...] é a agente de saúde que sabe como a gente vive e por isso sabe como dizer para fazer as coisas (Mãe 7).

Diante disso Mandu e Silva (2000), relatam que as Agentes de Saúde são consideradas pessoas amigas e preparadas para ajudar, são vistas como uma alternativa de atenção à saúde, pois compartilham os mesmos códigos e problemas na comunidade, o que reduz as dificuldades de comunicação e entendimento.

Complementarmente as autoras mencionam que, as Agentes de Saúde, de uma certa forma, expressam “a possibilidade que as mulheres encontram de unirem dois aspectos relativos à atenção médica que valorizam, a proximidade/acolhimento e o acesso ao conhecimento ‘científico’” (MANDU e SILVA, 2000, p. 19).

Como resultado, a situação exposta também favorece para ao desenvolvimento de um trabalho desarticulado dentro da equipe, em que cada membro cumpre com suas tarefas sem haver discussão e planejamento conjunto das atividades que poderão ser desenvolvidas ou que possuem maior necessidade de serem instituídas, o que certamente pode contribuir para a realidade evidenciada nesse estudo.

Acredita-se que essa situação também possa contribuir com o fato da população ter dificuldade de reconhecer o papel da enfermeira dentro da equipe de saúde. Nos relatos das mães fica evidente que elas possuem pouca visibilidade e reconhecimento da enfermeira, da sua capacidade e preparo para prestar o atendimento direto ao cliente, sendo identificada como a profissional responsável pela execução de tarefas burocráticas, ao mesmo tempo em que reconhecem apenas o médico como um profissional capacitado para lhes atender e solucionar seus problemas. Tal julgamento fica claro nas seguintes manifestações, após comentar com elas sobre o papel da enfermeira e da possibilidade de buscarem atendimento junto a ela.

eu não fazia nem idéia que ela (a enfermeira) podia atender o meu filho pois ela nunca olhou o meu filho (Mãe 8).

eu achei que ela não era pra essas coisas, pois eu só vejo ela fazendo as fichas e os preventivos das mulheres (Mãe 3).

ela tá sempre correndo de um lado pro outro, mexendo num monte de papel, não tem tempo de atender ninguém (Mãe 4).

Mas a enfermeira não é só para fazer injeção, “tirar” a pressão, não? Será que elas têm estudo suficiente para atender a gente como um médico? (Mãe 5).

Acredita-se que essa visão das mães sobre o papel da enfermeira possa estar relacionada a vários motivos, dentre eles a formação do profissional enfermeiro, em algumas escolas, ainda voltada ao modelo biomédico, com ênfase na cura e no atendimento individualizado; à dedicação da enfermeira para atividades administrativas, que, muitas vezes, absorvem o seu tempo restringindo o seu contato com o cliente; ou, ainda, a dificuldade dessa

profissional para atuar de forma mais próxima à população, seja pela sua formação ou pela estrutura dos serviços que dificulta a formação de vínculos.

Essas reflexões reforçam a necessidade de repensar a prática profissional da enfermeira e as ações desenvolvidas nestes contextos. A respeito disso, faz-se necessário elaborar estratégias que, inicialmente, favoreçam a aproximação entre essa profissional e a família, com vistas ao reconhecimento mútuo e a criação de vínculos, ingredientes fundamentais para a troca de informações e a associação de saberes para, somente após, tentar propor e elaborar ações de saúde capazes de contemplar as necessidades locais. Isso certamente favorecerá para que a população possa reconhecer a enfermeira como uma profissional capaz de atuar, intervir e educar para o cuidado com muita propriedade, e conhecimento científico.

Para facilitar a aproximação e a interação da enfermeira com as pessoas, sejam elas indivíduo/família/comunidade, Monticelli (1994 b, p.241), defende que os encontros sejam realizados na comunidade onde elas vivem, local extremamente conhecido por elas, o que favorecerá para que se sintam “com mais poder de decisão podendo exercer um certo ‘controle’ sobre as intervenções do profissional, passando a ver a enfermeira muito mais como uma aliada na promoção da saúde do que como uma advogada de defesa da cultura profissional e institucional”.

Com base nessas reflexões, reitera-se que, em se tratando do cuidado com a saúde da criança, é vital que os profissionais de saúde, em especial a enfermeira, aproximem-se da família, conheçam o seu modo de viver, a sua cultura, instituem uma linguagem acessível, de fácil compreensão e aprimorem seus conhecimentos sobre os saberes e as práticas de cuidados da família para melhor compreender seu modo de agir e, somente então, interagir com ela, visando a um cuidado contextualizado com a realidade de cada uma e à conseqüente redução dos riscos para a saúde da criança.

5.2.2 Educação em Saúde – uma estratégia para o cuidado

As práticas educativas em saúde, nas últimas décadas, são uma constante na vivência da enfermeira, cuja essência é o cuidado, o qual envolve “um conjunto de práticas, entre as quais a educação é um dos seus elementos fundamentais” (BUDÓ; SAUPE, 2004, p. 166). As autoras dão sustentação à afirmação ao declararem que os profissionais que trabalham com a população e têm preocupação com a qualidade de suas vidas, necessitam associar a saúde e a educação, “num intercâmbio constante entre o saber desenvolvido no viver diário e oriundo do meio acadêmico, inseridos em um contexto histórico, político, social, econômico e cultural” (p.166).

Tomando essa afirmação como verdadeira e fundamental para efetivar o cuidado, torna-se importante destacar que, a partir desse estudo, pode-se pressupor que o contato entre a mãe e os profissionais de saúde é bastante superficial e, geralmente, acontece no momento em que as mães procuram o serviço de saúde, quando o problema já está instalado, ou seja, quando a criança já está doente, o que restringe o contato às orientações sobre o quadro atual da criança, o que pode ser observado no discurso dessa mãe:

quando a criança fica doente a gente leva no posto e daí eles ficam falando um monte de coisa, mas aí já é tarde, deviam ter orientado antes porque nesse momento a gente não que saber de explicação tá apenas querendo curar a criança (Mãe 6)

Essa situação vai ao encontro do que explanam Ramos e Lima (2003, p. 28), de que o atendimento nos serviços de saúde primário no Brasil ainda está ancorado no modelo de pronto atendimento “baseado na queixa conduta e não na atenção integral ao indivíduo, muito menos nas ações em defesa da vida coletiva”, que deveriam permear as ações no cotidiano dos profissionais de saúde.

Além disso, constatou-se que as ações voltadas à Educação em Saúde, no local do estudo, são incipientes, o que dificulta a criação de espaços em que as mães possam, além de

tirar suas dúvidas e reduzir suas ansiedades, trocar idéias, construir novos saberes e estabelecer uma relação de confiança com os profissionais para, posteriormente, tomar suas próprias decisões sobre a maneira de prestar o cuidado a criança. Em relação a essas considerações Müller (2002, p. 12), expõe que:

a educação em saúde é o campo da prática que se ocupa com a ligação entre a ação de saúde e o pensar e fazer do dia-a-dia da população, permitindo que os indivíduos compreendam a si mesmos enquanto cidadãos e membros sociais participativos com direitos a adequadas condições de vida.

Segundo Vasconcelos (1997), a Educação em Saúde não deve ser entendida como uma maneira de ensinar as pessoas a mudarem comportamento, mas sim como uma forma de ajudá-las a compreender os problemas e buscar sua solução, pois o educar em saúde deve estar ancorado no diálogo, na troca de saberes, deve ser “um intercâmbio entre o saber científico e o popular em que cada um deles tem muito a ensinar e a aprender” (p.20).

Nesse sentido, corroborando com Vasconcelos (1997), pode-se afirmar que quanto mais convivemos com uma população e estudamos sua realidade, mais percebemos que seus saberes são bastante elaborados, “com ricas estratégias de sobrevivência e com grande capacidade de explicar parte da realidade” (VASCONCELOS, 1997, p. 20). Por esse motivo, os saberes populares devem ser explorados e considerados, principalmente quando se fala em aliar saberes para a prática do cuidado.

Entretanto, o que se observa no cotidiano dos serviços de saúde, e foi reforçado neste estudo, é que algumas equipes de saúde, em alguns momentos, ainda desenvolvem suas ações educativas por meio da transmissão do conhecimento, revelando-se, por vezes, em profissionais que desconhecem a realidade e as necessidades da população, e que partem do pressuposto de que a população deve receber e acatar passivamente suas informações, suas idéias e seus conhecimentos.

Ficou manifesto que as práticas educativas desenvolvidas pelos profissionais de saúde, que atuam nesse cenário, ainda estão fundamentadas no modelo preventivo de Educação em

Saúde, ou seja, no modelo tradicional. Tal modelo prima pela mudança no comportamento das pessoas, por meio da imposição de saberes, o que favorece a relação vertical entre os profissionais de saúde e a população, em que, “quem ensina se posiciona como detentor do saber e o sujeito da ação educativa é posicionado como alguém que passivamente apreende os conhecimentos ensinados” (SOUZA et al, 2005, p. 150).

Monticelli (1994a), reforça os comentários anteriores e defende a idéia que as enfermeiras estão cada vez mais preocupadas com as ações educativas, porém, por vezes, estas ações ainda se fundamentam na pedagogia da transmissão, ou, segundo Freire (1987), na “educação bancária”, em que se depositam nas pessoas informações sem levar em conta seus conhecimentos, experiências e capacidade de entendimento. O que fica explícito no depoimento dessa mãe:

quando o filho ficou doente levei lá, despejaram em mim um monte de coisas, me disseram umas coisas que eu não entendi muito bem, como se eu tivesse obrigação de saber e sair fazendo, pensam que é fácil para a gente que além da preocupação com a saúde dele (o filho) tem pouco estudo e não entende direito as coisas. (Mãe 8)

Frente a esse desabafo, cabe aqui, mais uma vez, resgatar o seguinte pensamento de Freire (1996, p.22): “ensinar não é *transferir conhecimento*, mas criar possibilidade para sua produção ou a sua construção”. Ou seja, a enfermeira em seu papel de educadora em saúde, necessita, cada vez mais, desenvolver habilidades para e auxiliar as pessoas a buscar a solução para os seus problemas por meio da compreensão e análise da situação para que, posteriormente, possam tomar suas próprias decisões. E, dessa forma, buscar superar ações praticadas de forma impositiva e verticalizada e, assim, aproximar-se mais da população, de forma que esta possa sentir segurança, ter credibilidade para buscar ajuda quando houver necessidade.

Essas considerações afinam-se com os pressupostos do modelo radical de Educação em Saúde, o qual “propõe a conscientização crítica dos indivíduos acerca de sua situação de vida” (SOUZA et al, 2005, p. 152). Compartilhando dessa concepção, Oliveira (2005, p. 428),

explica que “a abordagem radical da educação em saúde tem a intenção de promover o envolvimento dos indivíduos nas decisões relacionadas a sua própria saúde e naquelas concernentes aos grupos sociais aos quais eles pertencem”.

Para Freire (1996, p. 26), “nas condições de verdadeira aprendizagem os educandos vão se transformando em reais sujeitos da construção e da reconstrução do saber ensinado, ao lado do educador, igualmente sujeito do processo”. Sendo assim, todos estamos em constante aprendizado e, ao mesmo tempo em que ensinamos, também aprimoramos nossos saberes.

Com base nessas reflexões, pode-se afirmar que educar para o cuidar é muito mais do que fazer ou orientar sobre como fazer, pois, para desenvolver o cuidado de forma abrangente e integral, a enfermeira precisa ser facilitadora, orientadora da aprendizagem. Para isso, faz-se necessário conhecer e valorizar o potencial, os conhecimentos e o referencial de vida das pessoas de modo individualizado e não tratar a todos, como referem Budó e Saupe (2004, p.166), “como se todos fossem iguais, através de padrões gerais de atendimento à saúde e à universalização de sintomas e patologias”. Segundo as autoras, nesse tipo de atendimento, o saber das pessoas é negado; ao mesmo tempo, muitas vezes é imposto, pelos profissionais de saúde, o conhecimento técnico-científico aprendido na academia, centrado na doença e na cura.

A respeito disso, Madureira (1994, p. 132), entende que ao privilegiar o saber técnico-científico os profissionais de saúde silenciam a voz do outro, seu saber “é menosprezado, sua iniciativa reprimida e ele passa a ser considerado como uma folha de papel em branco, na qual ensinamentos e idéias podem ser impressos”. A manifestação dessa mãe exemplifica as considerações da autora:

Eles não ouvem o que a gente tem pra falar, não querem nem tomar conhecimento daquilo que fizemos. É como se agente não soubesse nada (Mãe 7).

O relato dessa mãe certifica as reflexões anteriores e permite-nos pronunciar que os profissionais de saúde, em especial a enfermeira, ao trabalhar com Educação em Saúde, necessitam conhecer o contexto sociocultural das pessoas, inserir-se no seu cotidiano, respeitar a individualidade, o saber, as limitações, as crenças e hábitos de vida de cada um. Conseqüentemente, precisam permitir que essas pessoas participem ativamente de todo o processo, dando-lhes voz e vez, permitindo que o cuidado, neste caso, da criança de zero a seis meses de vida, ocorra com a participação de todos - família e profissionais de saúde - por meio da troca de experiências e saberes, com vistas a um cuidado integral e necessário ao crescimento e desenvolvimento saudáveis da criança.

Somente dessa forma o cuidado torna-se um “processo entre parceiros sociais, com competências diferentes e complementares, utilizando as capacidades e recursos de cada um, no ambiente que acontecer seja no domicílio ou instituição de saúde” (BUDO; SAUPE, 2004, p. 167). Favorecendo para que os profissionais de saúde aproximem-se do contexto de vida da família para melhor compreender sua forma de praticar o cuidado e, ao mesmo tempo, negociar algumas atitudes de cuidado que possam acarretar problemas à saúde da criança.

Diante das reflexões das autoras e com base nos achados do estudo é possível dizer que percebe-se a necessidade dos profissionais de saúde re-avaliarem suas ações e reverem o modelo de Educação em Saúde adotado nas suas práticas diárias, pois, as mães declaram que querem ser ouvidas, respeitadas e que precisam do apoio dos profissionais de saúde para desempenhar os cuidados com o filho com mais segurança, livre de medos e inseguranças.

No que tange a essas considerações é pertinente afirmar que, as participantes do estudo ao tecerem suas considerações a respeito dos momentos de encontro, propiciados por esse estudo, enfatizam que, a forma como o processo reflexivo-educativo foi conduzido, favoreceu para o seu aprendizado e entendimento sobre os cuidados. Declaram ainda que, após as discussões feitas durante os encontros conseguiam entender o objetivo de algumas orientações

que os profissionais de saúde forneciam e que, se tivessem entendido antes, certamente, teriam agido de forma diferente no cuidado com seus filhos. Vejamos os seguintes depoimentos:

eu não sabia que era assim (cuidado do coto umbilical), todo mundo falava, mas ninguém tinha explicado tintim por tintim como a senhora, agora eu consigo entender (Mãe 5).

Se eu tivesse que criar mais filhos muita coisa ia ser diferente, quanta coisa eu fiz com medo de fazer e outras que eu fiz errado (Mãe 1).

A senhora devia continuar estes encontros, fazer com todas as mulheres que tem filho com até um ano, nem que fosse uma vez por mês, quanta coisa todo mundo ia aprender e entender por que mandam fazer (Mãe 5).

Não sei por que não explicam as coisas pra gente tão bem como a senhora explicou aqui, com paciência, a gente fica sem medo de perguntar as coisas (Mãe 2).

Os discursos dessas mães, também, denunciavam que, a atuação dos profissionais de saúde está calcada na adoção de pacotes de informações pré-estabelecidos e transmitidos a elas de acordo com as concepções e entendimentos dos profissionais, sem considerar o entendimento do outro e as conseqüências desse ato.

Com a realização desses encontros com as mães tornou-se possível ratificar que as atividades desenvolvidas no grupo proporcionaram a elas um espaço de discussão e liberdade para expressar seus pensamentos e sentimentos sem medo e, conseqüentemente descobrir formas alternativas para enfrentar suas dificuldades. Isso é possível observar nas falas dessas mães ao se reportarem aos benefícios que o grupo trouxe para suas vidas:

Eu achei muito bom participar desse grupo por que cada uma faz de um jeito e assim a gente pode aprender com as outras (Mãe 4).

No início achei chato a história de ter que pensar e ficar dizendo como fazia mas depois vi que era muito bom por que isso me fez pensar no jeito como cuido do meu filho, com certeza muita coisa não vou mais fazer assim e agora sei até dizer para os outros como quero que seja feito (Mãe 6).

a participação nesses encontros me deixou mais segura para cuidar do meu filho, já não tenho mais tanto medo, porque consegui entender muita coisa aqui que antes eu não conseguia entender (Mãe 9)

Madureira (1994, p. 129), ao expor seu entendimento sobre atividades com grupos declara que este, ao propiciar o compartilhamento das vivências e saberes, “oferece subsídios aos seres humanos envolvidos no processo de aprender e ensinar, para identificação, descoberta e reconhecimento dos recursos que lhes estão disponíveis para utilização no exercício cotidiano da arte de viver”.

Por outro lado as participantes declaram que durante as atividades educativas, propostas pelos profissionais de saúde, as orientações são passadas de maneira generalizada, verticalizada sem levar em conta a realidade de cada participante e a capacidade de entender e adotar os ensinamentos, isso pode ser observado nas seguintes manifestações:

Quando fazem alguma palestra e chamam a gente eu nem gosto de ir, eles ficam lá na frente o tempo todo falando como se agente não fosse gente, parece que falam pras paredes (Mãe 1)

a gente muitas vezes não entende e tem vergonha ou medo de perguntar, eu acho que tem que ser como foi feito aqui com pouca gente, todas se olhando e sem medo de dá um fora (Mãe 3)

Os relatos dessas mães comprovam a lacuna existente entre os profissionais e a população, entre os diferentes saberes. Também nos leva a declarar, mais uma vez, que se temos a pretensão de que a Educação em Saúde seja uma prática que vise melhorar as condições de vida da população, precisamos rever nossa concepção, precisamos deixar de pensá-la apenas como uma metodologia ou uma forma para fazer as pessoas mudarem de comportamento e sim, como uma ferramenta que instigue as pessoas a pensarem, a refletirem sobre suas condutas e a terem autonomia para tomar suas próprias decisões.

A Educação em Saúde precisa ser concebida como um processo desenvolvido entre seres humanos que compartilham vivências e saberes e que, por meio do diálogo, refletem sobre estes buscando descobrir e inventar novas possibilidades de enfrentamento do seu cotidiano (MADUREIRA, 1994).

Essas constatações vão ao encontro da proposição de Oliveira (2005), de que a Educação em Saúde é uma estratégia para a promoção da saúde e, para tanto, não deve se

destinar apenas a prevenir as doenças deve ir além do caráter biomédico estimulando o indivíduo a tomar suas próprias decisões sobre sua saúde e sua vida, bem como prepará-lo para o autocuidado.

Nesse sentido, cabe, mais uma vez, ratificar as concepções de Freire (1996), de que faz parte da tarefa do educador não apenas ensinar, mas aproximar os ensinamentos da realidade, fazer a leitura do mundo deles para intervir no mesmo, recriá-lo ou transformá-lo, sempre respeitando os saberes desses sujeitos, pois são saberes construídos na prática comunitária. Lembra também que, ao mesmo tempo em que o educador não pode converter-se totalmente ao saber popular, também não pode impor o seu saber como verdadeiro, porque “a educação é uma forma de intervenção no mundo” (FREIRE, 1996, p. 98).

Entretanto, com base nas vivências e reflexões oriundas desse estudo, é possível dizer que, esse cenário aqui apresentado, pode ser alterado, porém, isso requer dedicação, envolvimento, mudança de postura e conceitos por parte dos profissionais de saúde, principalmente, no que diz respeito à abordagem e reconhecimento da família, constituída por pessoas portadoras de saberes e com capacidade para praticar o cuidado à criança.

É fundamental que os profissionais de saúde procurem democratizar as relações que envolvem o cuidado, reconhecendo os direitos dos clientes/paciente/usuário, sua subjetividade e referências culturais. Buscando dessa forma, romper com a disposição do saber científico e o popular em linhas paralelas, desfavoráveis ao diálogo, reconhecimento e interação entre eles e conseqüentemente desfavorecendo para o processo de cuidado em saúde, ou seja, tornar-se necessário que os profissionais de saúde possibilitem o empoderamento em relação aos direitos das pessoas, aumentando suas potencialidades (TEIXEIRA, 2005).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No momento em que depara-se com a etapa final desse estudo, a de tecer as considerações finais, após uma longa trajetória de leituras, observações, reflexões acerca da temática e, principalmente, pela experiência vivenciada junto às mães é possível dizer que: tem-se plena convicção que o cuidado é um processo dinâmico, em constante movimento de construção, ligado a um processo histórico e social que se concretiza nas diferentes dimensões e interações com as mães, família e profissionais de saúde.

Durante toda a caminhada, deparou-se com sentimentos ambivalentes: felicidade, tristeza, euforia, inquietações, vontade de propor novas ações, sentimentos que fizeram-nos refletir e repensar muitas das nossas convicções.

Felicidade, por ter a oportunidade de conhecer os saberes e as práticas de cuidado das mães, por meio da implementação do diálogo nas discussões acerca do tema e, diante disso reconhecer e entender um pouco mais do seu mundo e do seu modo de cuidar para, a partir de então, pensar em estratégias que visem a estreitar os laços entre os profissionais de saúde e a população e favorecer a aliança de saberes no processo de cuidar.

Por outro lado, experimentou-se sentimentos de tristeza e inquietação diante dos fatos que emergiram no decorrer do processo reflexivo-educativo. Constatou-se que as mães são detentoras de um vasto saber, construído no convívio diário com a família e com as pessoas da comunidade onde vivem. São pessoas que possuem necessidade de ser ouvidas e reconhecidas, com vontade de dividir suas experiências e construir novos saberes.

Entretanto, em alguns momentos, vêem seus saberes, suas ansiedades, suas necessidades e desejos reprimidos, pois existem limitações relativas à infra-estrutura - recursos materiais e humanos - que os Serviços de Saúde, ainda enfrentam, sobretudo,

concernente à Educação em Saúde. Tais aspectos dificultam o estabelecimento dos vínculos entre os profissionais de saúde e a população e, conseqüentemente, a construção de um cuidado contextualizado com a realidade da família.

Neste sentido, torna-se pertinente retomar algumas reflexões que emergiram desse processo, a fim de extrairmos algumas contribuições para aprimorar o cuidado à saúde da criança e, assim, construir novas possibilidades para a prática de enfermagem junto às famílias, pois, conforme Monticelli (1994b), a enfermagem, como prática social, está constantemente sendo transformada, transformando seu conhecimento e sua forma de atuar.

No transcorrer deste estudo, afirmou-se que o cuidado é essencial ao crescimento e ao desenvolvimento da criança, e que o mesmo é praticado de forma diferente em cada cultura e contexto; portanto, cada detalhe distinto precisa ser avaliado e respeitado pelos profissionais de saúde, que nesse processo participam como atores coadjuvantes, ao compartilhar saberes, trocar informações e contribuir com seu conhecimento científico, para aprimorar as diferentes formas de cuidar praticada pelas mães e famílias, quando isso se fizer necessário.

O estudo revelou que os saberes e as práticas de cuidado das mães são construídos e orientados, tanto pelo saber científico quanto pelo popular, o que permite dizer que o saber popular e o científico permeiam as práticas de cuidado à saúde, atribuindo significados diversos para cada cuidado. O cuidado popular é aprendido na comunidade, repassado de geração a geração, transmitido entre vizinhas, comadres, amigas e reforçado pelo aprendizado do dia-a-dia, na escola, na igreja e nos meios de comunicação. Portanto, esse saber rico em significados, precisa ser discutido, refletido e analisado para que possa ser aceito e, por vezes, reorientado, reorganizado.

O saber científico é construído no convívio com os profissionais de saúde, mas principalmente orientado pelas Agentes de Saúde que nesse estudo aparecem como uma referência para a família nos momentos de dúvidas, incertezas e dificuldades. Frente a isso é

possível afirmar que, esses saberes, ora divergentes ora em consonância ajudam e ensinam as mães a desempenharem o papel de cuidadoras e favorecerem o crescimento e desenvolvimento da criança.

O cuidado da criança, nessa etapa da vida, apareceu cercado por crenças, mitos, medos e inseguranças. As mães revelaram que, muitas vezes, vêm-se sozinhas diante da tarefa de auxiliar a criança na travessia segura de uma etapa do ciclo vital para outra. Dadas essas dificuldades, buscam apoio tanto nas pessoas de sua convivência quanto nos profissionais de saúde, e, na maioria das vezes, encontram-no mais prontamente no seio familiar. Observou-se, em alguns momentos, que há dissociação entre o saber e o fazer das mães que, mesmo sendo detentoras de grandes saberes relativos ao cuidado do filho, algumas vezes, não os colocam em prática adotando condutas, por vezes, questionáveis.

Acredita-se que esse comportamento está relacionado ao fato que diante dos medos, dúvidas e inseguranças optam por seguir as orientações das pessoas mais próximas a elas, pois percebem-nas presentes, ao invés de cuidar conforme as orientações dos profissionais de saúde. Em contrapartida salienta-se que, não que essas orientações não sejam corretas, porém algumas precisam ser avaliadas, pois colocam em risco a saúde e o bem-estar da criança.

Em meio a esses achados, percebeu-se o distanciamento entre os profissionais de saúde e essa população, o que fortalece a confiança incondicional das mães nas pessoas próximas e favorece a sua insegurança diante das orientações dos profissionais de saúde. Nota-se que há uma lacuna separando esses atores: de um lado, as mães prestando cuidados, pautadas em conhecimentos populares, crenças, costumes e mitos reforçados pela família; de outro lado, os profissionais de saúde, ancorados no saber científico. Caminhos distintos que ao final buscam objetivos iguais – o cuidado da saúde da criança.

Essas observações revelam a necessidade de uma maior aproximação entre mães, família e profissionais de saúde, trazendo à tona, mais uma vez, a importância de reconhecer a

família como uma unidade prestadora de cuidado, tarefa que conforme Boehs et al (2005, p.288), constitui um desafio para os profissionais de saúde, pois, incita-os “a compreender mais sobre as relações entre os sistemas profissionais e a família, bem como desenvolver formas para trabalhar com as mesmas”.

Tal desafio implica aos profissionais de saúde aceitar e respeitar o modo de vida, os saberes, as práticas, os costumes das mães e famílias, e, principalmente, reconhecer seus limites e possibilidades diante da criança frágil e pequena, para posteriormente, investir no processo educativo junto a elas. Contribuindo, dessa forma, para que todos tenham direito de expor seu ponto de vista, compartilhar suas vivências na busca de novas maneiras, novas possibilidades de praticar o cuidado à saúde e a enfrentar as mais variadas situações que se apresentam no seu cotidiano.

Para que esta tarefa se efetive, faz-se necessária à mudança de paradigmas no que se refere à interação entre profissionais de saúde, clientes e população. No presente estudo, observou-se a necessidade de melhorar as condições de inclusão, ou seja, de acesso e acolhimento da população; reforçar os vínculos entre os serviços de saúde, os profissionais e a família; e rever o modelo de atendimento, ainda centrado na doença e na cura, o que reforça o modelo de queixa-conduta. Esse modelo é contrário às normas e diretrizes do Programa de Saúde da Família, calcado nos princípios da Reforma Sanitária, que “assume como foco a reorganização da atenção básica, garantindo a oferta de serviços à população brasileira e o fortalecimento dos princípios de universalidade, acessibilidade, integralidade e equidade do SUS” (BRASIL, 2003, p. 114), com vistas à promoção da saúde.

Entretanto, a partir deste estudo é possível visualizar, algumas, estratégias que podem beneficiar a aproximação dos profissionais de saúde, em especial a enfermeira, do seu foco principal – o cuidado ao cliente/paciente/usuário. Neste sentido pode ser criado um espaço dialógico, que diminua o distanciamento entre eles o que favorecerá a construção da aliança

de saberes, tendo em vista que o saber é um processo inacabado e que o ser humano está em constante aprendizado.

A respeito disso pode-se afirmar que os momentos vivenciados durante o processo reflexivo-educativo favoreceram para iniciar essa aproximação, pois, possibilitaram ao grupo discutir, conhecer e compreender melhor algumas formas de praticar o cuidado à saúde, bem como, em alguns momentos, a construção coletiva de determinadas formas de cuidar. Dentre elas pode-se citar os cuidados com o coto umbilical, com a higiene e com a alimentação da criança. Por meio do diálogo, da troca de conhecimentos, entre as participantes do estudo e a pesquisadora, chegou-se, algumas vezes, a um denominador comum sobre a necessidade de adotar e/ou modificar algumas condutas.

Durante as discussões coletivas sobre esses temas, foi possível observar que determinadas mães chegaram ao desvelamento crítico, última etapa do Círculo de Cultura, quando perceberam a necessidade de mudança de postura e adoção de novas formas de prestar o cuidado. Essa atitude somente foi possível, porque esteve ancorada no diálogo e no processo de reflexão de alguns modos de cuidar. Porém, outras mães necessitam de um tempo maior para estabelecer uma relação de confiança na pessoa que interage e suscita os questionamentos a elas, precisam de mais tempo para expor seu modo de cuidar, refletir sobre suas condutas e tomar decisões que contemplem suas necessidades, expectativas e convicções.

Frente a isso, Waldow (2004, p.194), considera que o processo de reflexão propicia às pessoas verem a realidade com um olhar diferente; permite “ver aquilo que está oculto; que está além; ver o que passou a ser tão natural que se tornou despercebido. Mostra as contradições do cotidiano e provê meios que fortaleçam o indivíduo, impulsionando em direção à mudança”.

Feitas essas considerações, é pertinente, nesse momento, explanar o quanto o Círculo de Cultura, proposto por Paulo Freire, utilizado para a coleta de informações, foi importante

para desencadear as discussões, comprovando ser um instrumento potencializador dos questionamentos grupais, com vistas à construção de novos saberes, pautados na reflexão coletiva.

O Círculo de Cultura proporciona a aproximação dos envolvidos no processo e permite a cada integrante do grupo expor seu ponto de vista. Parte do contexto e do conhecimento de cada um em direção a uma construção maior, em que cada membro tem a possibilidade de chegar a novos entendimentos, mediados, ainda, pela participação e contribuição do coordenador. Este ao fazer parte do grupo se coloca em uma posição de facilitador e não de impositor do seu saber sobre os demais, tendo a oportunidade de socializar seus saberes, suas vivências, experiências e seus conhecimentos atribuídos pelo saber científico.

Apresenta-se como uma metodologia flexível que, a partir das necessidades individuais, permite avançar e/ou retroagir com o objetivo de conduzir a todos para a construção de novos saberes e entendimentos, o que favorece as ações de Educação em Saúde.

Em se tratando de questões relacionadas às práticas educativas é importante atentar para a necessidade de aproximar os serviços e profissionais de saúde das necessidades da população. Instituir práticas de Educação em Saúde como um recurso, em que o conhecimento científico, intermediado pelos profissionais, adentre a vida e o cotidiano das pessoas (ALVES, 2004/2005).

Portanto, a proposição de práticas educativas, desenvolvida em grupos, no domicílio ou no atendimento individualizado nos Serviços de Saúde, precisa estar alicerçada no modelo dialógico de Educação em Saúde, cujo instrumento essencial é o diálogo, que considera os sujeitos como portadores de um saber. O objetivo desse modelo não é informar e sim transformar saberes existentes com vistas ao desenvolvimento da autonomia e

responsabilidade dos indivíduos para com os cuidados à saúde, e ao fortalecimento, por meio da aliança de saberes, dos vínculos entre a população e os serviços de saúde (ALVES, 2004/2005).

A experiência vivenciada junto às mães, enquanto pesquisadora, trouxe a tona também a necessidade de refletir e reavaliar o papel da equipe de saúde na abordagem familiar para os cuidados com a criança. O estudo revelou que o distanciamento entre os profissionais de saúde, principalmente a enfermeira, e a família dificulta o estabelecimento de vínculos e de confiança.

Obviamente, não existe uma receita com proporções pré-determinadas para mudar o que se apresenta hoje nos serviços de saúde, precisa-se pensar em inicialmente mudar a formação profissional ainda centrada, em algumas instituições formadoras, na assimilação e execução de técnicas e tratamentos padronizados para cada problema ou, para a realização de tarefas burocráticas e gerenciais. Não se nega que isso seja importante, mas é imprescindível que os futuros profissionais lancem seu olhar para além dessas tarefas e, assim, consigam visualizar o que está por trás da queixa ou do problema instalado.

É preciso formar profissionais que estejam preparados para, além de realizar um curativo no coto umbilical, perceber as necessidades, dificuldades e limitações da mãe e familiares para a execução desta tarefa, e, a partir dessa constatação, elaborar em conjunto, um plano de cuidados, pautados nas possibilidades existentes e nos saberes e práticas de cada um.

Frente a isso Cabral (1999, p. 281), ressalta que “a academia não deve apenas se filiar ao pensamento científico, mas também ao pensamento que está no senso comum, daí a necessidade de se encontrar estratégias de viabilização da aliança de saberes, penetrando nas dimensões subjetivas, práticas e teóricas da negociação de saberes”.

É necessário que os formadores profissionais criem condições para que o aluno perceba que diante de cada situação de saúde, se faz necessário implementar o diálogo com as pessoas envolvidas e investigar todos os fatores que interferem no problema. Conforme Vasconcelos (1997), é preciso aprender a ler a realidade de cada problema para entender o processo que o produziu e, somente após, implementar uma proposta de trabalho, e nesse sentido, permitir que “o conhecimento científico seja usado para iluminar os vários passos e não para padronizar condutas” (VASCONCELOS, 1997, p. 60).

Ainda em relação à atuação dos profissionais de saúde, mais especificamente das equipes de PSF, é importante destacar a necessidades de seus membros introduzirem-se na comunidade onde atuam, a fim de conhecer melhor seu modo de vida, suas experiências, costumes e necessidades de saúde. É importante que instituem o diálogo não só individual, mas também coletivo para discussão de problemas de saúde que são comuns a todos, garantindo espaço para que cada um exponha seu ponto de vista e juntos busquem a ação-reflexão-ação.

No que tange a essa colocação, Vasconcelos (1997, p. 86), ressalta que “é a partir do momento em que a população, apoiada pela equipe de saúde, se organiza e passa a assumir a sua própria caminhada que o processo educativo ganha uma dimensão mais profunda”, e, nesse espaço de reflexão, os profissionais de saúde também poderão contribuir com seu saber e avançar no conhecimento.

Nesse sentido, os profissionais de saúde precisam estar alerta para não permitir que esse processo aconteça de forma verticalizada, impositiva e conseqüentemente, favorecendo para que as pessoas se tornem submissas, subordinadas e passivas diante do conhecimento científico. É importante que a população, nesse caso mães e famílias de crianças de zero a seis meses de vida, visualizem esses profissionais como aliados, como parceiros do cuidado,

perdendo medos, pessoas em quem possam confiar e sanar suas dúvidas, pois, somente dessa forma, obter-se-á um cuidado integral da saúde da criança.

7 RECOMENDAÇÕES

A partir dos resultados obtidos no decorrer do processo reflexivo-educativo com as mães sobre os seus saberes e práticas de cuidado a saúde da criança de zero a seis meses de vida, considerou-se importante destacar algumas recomendações que poderão contribuir para o pensar e o fazer dos profissionais de saúde que atuam junto às famílias de crianças nessa faixa etária.

Em relação à assistência recomenda-se:

- Implementar, nos PSF, a consulta de enfermagem para gestantes, puérperas e crianças.
- Instituir a visita domiciliar como um recurso para melhor conhecer a família e estreitar os laços entre a equipe e a família;
- Fortalecer os vínculos da equipe de saúde com as famílias, buscando identificar suas forças e vulnerabilidades e a partir desse reconhecimento traçar, em conjunto, plano de ação e de cuidados á saúde da família, em especial da criança.
- Instituir espaços de discussão no diferentes momentos: nas consultas individuais, na visita domiciliar, nas atividades coletivas utilizando para isso uma metodologia que envolva toda a família no processo de cuidado;
- Fortalecer trabalho em equipe, estimulando a reflexão em grupo sobre o seu saberes e fazeres, buscando aprimorar as estratégias de cuidado à criança e família.
- Manter programas de atualização e suporte para profissionais de saúde que atuam em PSF, oferecendo apoio institucional e subsídios teóricos para as equipes, reforçando o pressuposto que a família é uma unidade de cuidado e necessita ser cuidada;

- Proporcionar apoio institucional aos profissionais que atuam nas equipes de PSF na região de abrangência da instituição de ensino no que diz respeito à educação continuada por meio de projetos de pesquisa e extensão.

Em relação à formação profissional:

- Proporcionar estudos teórico/práticos das questões voltadas à Educação em Saúde nas diferentes disciplinas que compõe os currículos dos cursos de graduação da área da saúde;
- Aprofundar estudos acerca dos cuidados populares de saúde com vistas à aliança de saberes entre o saber científico e o saber popular;
- Estimular, na formação acadêmica, a utilização do Circulo de Cultura proposta por Paulo Freire como estratégia de ensino possibilitando aos acadêmicos espaços para a construção do conhecimento a partir da reflexão e da aliança de saberes;

Em relação à pesquisa:

- Continuar a desenvolver estudos que abordem esta e outras temáticas que favoreçam, ampliar a compreensão das diversidades e peculiaridades de cada grupo na população, buscando construir um cuidado de saúde voltado para a pessoa a partir de suas próprias necessidades, possibilitando liberdade, autonomia e responsabilidade no seu auto cuidado e de sua família.

REFERÊNCIAS

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n. 16, p. 39-52, set. 2004/fev.2005.

ANGELO, M. Abrir-se para a família: superando desafios. **Família, saúde e desenvolvimento**. Curitiba, V.1, n. 1/2, p. 7-14, jan/dez. 1999.

ASCARI, T. Os benefícios do aleitamento materno: um olhar da Psicologia. *In: Os benefícios do aleitamento materno: um olhar multiprofissional*. Caderno de ciências da saúde. Chapecó: Argos Editora Universitária, 2004. p.29-32.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. Projeto Acolher. **Adolescer: compreender, atuar, acolher**. Brasília, DF, 2001. 304 p.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, c1977. 226 p.

BOEHS, A. E. et al. Famílias com crianças desnutridas: desafios para trabalhar com grupos. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, abr-jun; 14(2): 287-92, 2005.

BOEHS, A. E. Famílias vivenciando a chegada de um recém-nascido. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, 45 (2/3):165-171, abr/set. 1992.

BOEHS, A. E. **Prática do cuidado ao recém-nascido e sua família, baseado na teoria trans-cultural de Leininger e na teoria de desenvolvimento da família**. 1990. 190 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1990.

BOEHS, A. E; MONTICELLI, M.; ELSSEN, I. Percepção das mães sobre os cuidados com a criança no primeiro mês de vida. **Revista de Ciências da Saúde**. Florianópolis, 7/8 (1/2):151-161, 1988/89.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes, 1999. 199 p.

BORBA, O. F. Aspectos teóricos da pesquisa participante: considerações sobre o significado e o papel da ciência na participação popular. *In*: BRANDÃO, C. R. (org). **Repensando a pesquisa participante**. São Paulo: Brasiliense, 1986, 252 p. p. 42-62.

BOTER, F. G. L. Pesquisa participante: propostas e reflexões metodológicas. *In*: BRANDÃO, C. R. (org). **Repensando a pesquisa participante**. São Paulo: Brasiliense, 1986, 252 p. p. 51-81.

BRANDÃO, C. R. **O que é o método Paulo Freire**. 3. ed. São Paulo: Brasiliense, 1982. 113 p. (Primeiros passos, 38).

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**: Resolução 196/96. Brasília, DF, 1996. Disponível em: <http://www.bioetica.ufrgs.br/res19696.htm>. Acesso em: 21 mar. 2005.

_____. **Lei dos direitos autorais**: Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998. Brasília, DF, 1998. Disponível em: http://www.mct.gov.br/legis/leis/9610_98.htm. Acesso em: 9 nov. 2004.

_____. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. **Revista Brasileira de saúde materno infantil**, Recife, 3 (1): 113-125, jan.- mar. 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Dez passos para uma Alimentação saudável**: guia alimentar para crianças menores de dois anos. Brasília, DF, 2002.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. Área de Saúde da Criança. Prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.

_____, **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRITO, V. H. **Desvelando o processo ensino-aprendizagem da assistência de enfermagem – ação – reflexão do corpo discente**. Florianópolis (Dissertação) Mestrado em Assistência de Enfermagem), Universidade Federal de Santa Catarina, 1996.

BROMBERGER, S. M. T. A estratégia Saúde da Família numa perspectiva ambiental para a promoção da saúde. **Boletim da Saúde**/ Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul; Escola de Saúde pública, Porto Alegre, v.17, n.2, p.15-24, jul./dez. 2003.

BUDÓ, M. de L. D; SAUPE, R. Conhecimentos populares e educação em saúde na formação do enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília (DF), 57 (2): 165-169, mar/abr. 2004.

BUDÓ, M. de L. D. A mulher como cuidadora no contexto de uma comunidade rural de imigração italiana. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 6, n. 1, p. 181-97, jan./abr. 1997.

CABRAL, I. E. **Aliança de saberes no cuidado e estimulação da criança bebê**. Rio de Janeiro: Editora da Escola de Enfermagem Anna Nery, 1999. 300 p.

CARREIRA, L.; ALVIM, N. A. T. O cuidar ribeirinho e as práticas populares de saúde em famílias da ilha Mutum, estado do Paraná. **Acta Scientiarum**, Maringá, V.24, n.13, p. 791-801, 2002.

CARVALHO, R. M. A. de; PATRICIO, Z. M. A importância do cuidado-presença ao recém-nascido de alto risco: contribuição para a equipe de enfermagem e a família. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 9, n. 2, pt. 2, p. 577-89, maio/ago. 2000.

CAUDURO, L. S. **Significado da paternidade para pais adolescentes com recém-nascidos hospitalizado**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem. Curso de Mestrado em Enfermagem. Porto Alegre, 2005.

CHIESA, A. M.; VERÍSSIMO, M. D.L. Ó. R. **A educação em saúde na prática do PSF**. Manual de Enfermagem, 2001. Disponível em <www.ids-saude.org.br/enfermagem>. Acessado em: 20 de set. de 2005.

COLLIÈRE, M.-F. **Promover a vida**: da prática da mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989. 383 p.

COTRIM, L. C.; VENÂNCIO, S. I.; ESCUDER, M. M. L. Uso de chupeta e amamentação em crianças menores de quatro meses no estado de São Paulo. **Revista brasileira de saúde materno infantil**, Recife, 2(3): 245-252, set.-dez. 2002.

CRENÇA. *In*: HOUAISS, A.; VILLAR, M. De S. **Minidicionário Houaiss da língua portuguesa**. 2. ed. rev. e aum. Rio de Janeiro: Objetiva, 2004.

CZERESNIA, D. O conceito de Saúde e Diferença entre Prevenção e Promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. de (org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendência.** Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2003, p.176, p. 39-53.

ELSEN, I. Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. . In: ELSEN, I.; MARCON, S. S.; SANTOS, M.R. dos. (Organizadoras). **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença.** Maringá: Eduem, 2002 460 p. p 11-24.

ERDMANN, A. L. O sistema de cuidados de enfermagem: sua organização nas instituições de saúde. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 7, n. 2, p. 52-69, maio/ago. 1998.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade.** 23. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1999. 150 p.

_____. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.** 2. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996. 165 p. (Coleção leitura).

_____. **Pedagogia do oprimido.** 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987. 184 p.

_____. Criando métodos de pesquisa alternativa: aprendendo a fazê-la melhor através da ação. In: BRANDÃO, C. R. (org). **Repensando a Pesquisa Participante.** São Paulo: Brasiliense, 1986, 211p. p 34-41.

GALINA, L. Os benefícios do aleitamento materno: um olhar da Nutrição. In: **Os benefícios do aleitamento materno: um olhar multiprofissional.** Caderno de ciências da saúde. Chapecó: Argos Editora Universitária, 2004.

GASPARETTO, S.; BUSSAB, V. S. R. A necessidade de um trabalho preventivo em maternidade: instruções sobre o comportamento do recém-nascido. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, 2005. Disponível em: <<http://www.fsp.usp.br/INDICE.HTM>>. Acessado em: 23 jan. 2005.

GAUTHIER, J.; HIRATA, M. A enfermeira como educadora. In: SANTOS, I. dos *et al.* **Enfermagem fundamental: realidade, questões, soluções.** São Paulo: Atheneu, 2001. 302 p. p. 123-41 (Atualização em enfermagem, v. 1)

GIORGI, M. D. M. **O idealizado e o realizado no ensino da assistência de enfermagem.** Florianópolis: 1997. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina, 1997.

GONÇALVEZ, A. C.; BONILHA, A.L.L. Crenças e práticas da nutriz e seus familiares relacionadas ao aleitamento materno. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre (RS) 2005. Dez; 26(3): 333-44

KENNER, C. **Enfermagem neonatal**. Rio de Janeiro: Rechmann & Affonso Editores, 2001. 392 p.

LEININGER, M. Teoria do cuidado transcultural: diversidade e universalidade. *In*: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE TEORIAS DE ENFERMAGEM, 1., 1985, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: UFSC, 1985. 383 p. p. 255-276.

LEVY, S. N; *et al.* **Educação em saúde**: histórico, conceitos e propostas. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/educacaosaude/educacaosaude.htm>>. Acessado em 23 jan. 2005.

LONGO, G. Z.; SOUZA, J. M. P. de; SOUZA, S. B. de; SZARFARC, S. C. Crescimento de crianças até seis meses de idade, segundo categorias de aleitamento. **Revista brasileira de saúde materno infantil**, Recife, 5 (1): 109-118, jan./mar., 2005.

MADALOSSO, A. R. M. **De mãos dadas com a qualidade**: refletindo sobre o cuidado de enfermagem. Passo Fundo: Editora da UPF, 2001. 155 p., il.

MADUREIRA, V. S.F. **Eu, você - nós: co-partícipes no educar**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. Florianópolis, 1994.

MANDÚ, E. N. T.; SILVA, G. B. da. Recursos e estratégias em saúde: saberes e práticas das mulheres dos segmentos populares. **Revista latino-americana enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 4, p. 15-21, agosto 2000.

MARCONDES, E. **Pediatria Básica**. 8ª edição. São Paulo: Sarvier, 1992.

MARCON, S. S. Criando os filios e construindo maneiras de cuidar *In*: ELSEN, I.; MARCON, S. S.; SANTOS, M.R. dos. (Organizadoras). **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: Eduem, 2002 460 p. p. 45-76.

MELO, E. C. P.; CUNHA, F. T. S. Fundamentos de saúde. 2. ed. Ver.e ampl. Rio de Janeiro: Ed. Senac Nacional, 1999. 112p.

MELO, E. C. P; FIGUEIREDO, N. M. A. de. Níveis de atenção à saúde: cuidado preventivo para o corpo. *In:* FIGUEIREDO, N. M. A. (org). **Ensinando a cuidar em saúde pública**. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2005, 523 p. p.255-340.

MEURER, C. D. **Refletindo a prática em busca de uma assistência humanizada ao recém nascido-** uma proposta educativa baseada em Paulo Freire. Florianópolis, 1996. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1996.

MICHIELIN, T. L. **Práticas de cuidado na saúde da criança: percepções de enfermeiras do Programa Saúde da Família**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem. Curso de Mestrado em Enfermagem. Porto Alegre, 2005.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Rio de Janeiro: HUCITEC, 1994. 269 p. (Saúde em debate, 46).

MIRANDA, K. C. L.; BARROSO, M. G. T. A contribuição de Paulo Freire à prática e educação crítica em enfermagem. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, 12 (4): 631-5, jul./ago. 2004.

MITO. *In:* HOUAISS, A.; VILLAR, M. De S. **Minidicionário Houaiss da língua portuguesa**. 2. ed. rev. e aum. Rio de Janeiro: Objetiva, 2004.

MONTE C. M. G.; Giugliani, E. R. J. **Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno**. *Jornal de Pediatria*, (Rio de J.) v.80 n.5 supl. Porto Alegre nov. 2004

MONTICELLI, M. Rituais de vida e de cuidado com o nascimento humano. *In:* ELSÉN, I.; MARCON, S. S.; SANTOS, M.R. dos. (Organizadoras). **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: Eduem, 2002 460 p. p141-154.

_____. Assistência ao recém-nascido no alojamento conjunto. *In:* OLIVEIRA, M. E.; MONTICELLI, M. **Enfermagem obstétrica e neonatalógica : textos fundamentais**. 2.ed.rev. Florianópolis-Sc: Cidade Futura, 1999 314p. p. 107-116.

_____. As ações educativas em enfermagem: do senso comum ao bom senso. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 3, n. 2, p. 7-16, jul./dez. 1994a.

_____. **O nascimento como um rito de passagem:** uma abordagem cultural para o cuidado de enfermagem às mulheres e recém-nascidos. Florianópolis, 1994b. 260 f., il. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1994.

MOTTA, M. da G. C. da. O entrelaçar de mundos: família e hospital. *In:* ELSSEN, I.; MARCON, S. S.; SANTOS, M.R. dos. (Organizadoras). **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença.** Maringá: Eduem, 2002 460 p. p. 157-179.

_____. A criança na perspectiva do processo de desenvolvimento humano. *In:* EINLOFT, L. *et al.* **Manual de enfermagem em UTI pediátrica.** Rio de Janeiro: MEDSI, 1996. 665 p. p. 4 -18.

MOTTA, M. da G. C. da. ; LUZ, A. M. H . Família como unidade de desenvolvimento humano e saúde. **Ciência, Cuidado e Saúde,** Maringá, v. 2, p. 24-27, 2003. Suplemento.

MÜLLER, A. **Reflexão crítica acerca do Sistema Único de Saúde - SUS na formação profissional: ponto de vista de acadêmicos de enfermagem.** 2002. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

OLIVEIRA, D. L. de. A ‘nova ‘ saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. **Revista Latino Americana de Enfermagem,**13 (3): 423-31, mai./jun. 2005.

OLIVEIRA, R. D. de; OLIVEIRA, M. D. de. Pesquisa social e ação educativa: conhecer a realidade para poder transformá-la. *In:* BRANDÃO, C. R. (org). **Repensando a Pesquisa Participante.** São Paulo: Brasiliense, 1986, 211p. p 17-33.

PAPALIA, D. E.; OLDS, S. W. **Desenvolvimento humano.** 7. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2000. 684 p., il.

PEREIRA, et al, Programas de Atenção à Saúde. *In:* FIGUEIREDO, N. M. A. (org). **Ensinando a cuidar em saúde pública.** São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2005, 523 p. p.255-340.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização.** Tradução de Ana Thorell. 5. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2004. 487 p.

PUSTAI, O. J. O Sistema de Saúde no Brasil. *In: DUNCAN, B. B et al. Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária*. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1996, 854p, p.17-21.

QUEIROZ, M. V. O.; JORGE, M. S. B. Concepção de promoção da saúde e atuação dos profissionais que cuidam da criança. *Acta Paulista Enf.* São Paulo, v. 17, n. 1, p. 31-37, jan./fev., 2004.

RAMOS, F. R. S. O processo de trabalho de educação em saúde. *In: _____; VERDI, M. M.; KLEBA, M. E. Para pensar o cotidiano: educação em saúde e a práxis da enfermagem*. Florianópolis: Editora da UFSC, 1999. 163 p. p. 15-63.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. da S. Acesso e acolhimento aos usuários de uma unidades de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19 (1): 27-34, jan-fev, 2003

SAUPE, R. **Preparo do enfermeiro para ser educador: realidade e possibilidades**. Florianópolis, 1999. Disponível em <[http://www.ccs.ufsc.br/enfermagem/educação/livro virtual](http://www.ccs.ufsc.br/enfermagem/educação/livro_virtual)> Acessado em: 30 de mar. de 2000.

SAUPE, R. *et al.* Utilizando as concepções do educador Paulo Freire no pensar e agir em enfermagem. *In: _____ et al. (Org.). Educação em enfermagem: da realidade construída à possibilidade em construção*. Florianópolis: Editora da UFSC, 1998. 306 p. p. 243-270.

SCHENKER, M. ; MINAYO, M. C. de S. A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão crítica. *Ciência & Saúde Coletiva*. V. 8, n. 1, p. 299-306, 2003.

SILVA, J. O.; BORDIN, R. Educação em Saúde. *In: DUNCAN, B. B et al. Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária*. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1996, 854p, p.61-65.

SILVA, L. de F. da *et al.* Família e redes sociais: o uso das práticas populares no processo saúde e doença. *In: SILVA, Y. F.; FRANCO, M. C. (Ed.). Saúde e doença: uma abordagem cultural da enfermagem*. Florianópolis: Editora Papa Livro, 1996. p. 75-96.

SOUZA, L. J. E. X. de; VARELA, Z. M. de V.; BARROSO, M. G. T. Cuidado cultural em enfermagem: análise de um conceito. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v. 4, n. 1, p. 29-35, jan./jun. 1999.

SOUZA, S. L.de; CASTRO, R. M. de; NOGUEIRA, M. I. Comportamento alimentar neonatal. **Revista brasileira de saúde materno infantil**, Recife, 3 (3): 241-46, jul./set., 2003.

SOUZA, A. C. et al. A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre (RS) 2005, ago; 26 (2): 147-53.

SPYRIDES, M. H. C.; STUCHINER, C. J.; BARBOSA, M. T. S.; KAC, G. Efeito das práticas alimentares sobre o crescimento infantil. **Revista brasileira de saúde materno infantil**, Recife, 5 (2): 145-153, abr./jun, 2005.

TANJI, S.; NOVAKOSKI, L. E. R. O cuidado humanístico num contexto hospitalar. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 9, n 2, pt. 2, p. 800-811, maio/ago. 2000.

TEIXEIRA, R. R. Humanização e atenção primária à saúde. In: **Seminário sobre acolhimento**. Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre, 2005.

_____. **As redes de trabalho afetivo e a contribuição da saúde para a emergência de uma outra concepção de público** (HTML)working-paper apresentado na Research Conference on: Rethinking “the Public” in Public Health: Neoliberalism, Structural Violence, and Epidemics of Inequality in Latin América. Center for Iberian and Latin American Studies University of California, San Diego 2004 April. Disponível em <<http://www.corposem.org>>. Acessado em 16 fev. 2006.

TEIXEIRA, M. B. **Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da saúde**. 2001. 137 f. Dissertação, Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

VASCONCELOS, E. M. Educação popular e saúde e o SUS: encantos, desencantos e resistência. In: ENCONTRO CATARINENSE DE EDUCAÇÃO POPULAR E SAÚDE, 1., 1997, Florianópolis, SC. **Anais...** Florianópolis: Nepeps/Mover, 1998. 166 p. p.14-49.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular nos serviços de saúde**. 3ª ed. Aumentada. São Paulo: Editora HUCITEC. 1997

ZAMUDIO, M. G. **Teoria y guía práctica para la promoción de já salud**. Unidade de Saúde interna. Universidade de Montreal. Québec, 1998.

WALDOW, V. R.. **O cuidado na saúde: as relações entre o eu, o outro e o cosmos**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004. 237

_____. **Cuidado humano:** o resgate necessário. 3. ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 2001. 202 p., il

WEISSHEIMER, V. L. M. Os benefícios do aleitamento materno: um olhar da Pediatria. *In:* **Os benefícios do aleitamento materno:** um olhar multiprofissional. Caderno de ciências da saúde. Chapecó: Argos Editora Universitária, 2004. p.17-20.

WONG, D. L.; WHALEY, L. F. **Enfermagem pediátrica.** 5.ed Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999. 1618p.

APÊNDICE A – Autorização da Secretária Municipal de Saúde de Frederico Westphalen, RS



MUNICÍPIO DE FREDERICO WESTPHALEN - RS

PODER EXECUTIVO MUNICIPAL

Rua José Cañellas, 258 - CEP 98400-000 - Fone (55) 3744-5050 - Fax.: (55) 3744-3887

AUTORIZAÇÃO

Eu, Marly Vendruscolo, Secretária Municipal de Saúde de Frederico Westphalen, RS, venho por meio deste autorizar a Enfª Elisangela Argenta Zanatta, Profª da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - URI - Campus de Frederico Westphalen, aluna do Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS, orientanda da Profª Dra. Maria da Graça Corso da Motta a realizar a pesquisa, intitulada “Saúde da criança: saberes e praticas das mães e/ou cuidadores familiar”, que tem por objetivo: Identificar quais são os saberes e práticas das mães e/ou cuidadores familiar dispensados à criança de zero a seis meses de vida a ser realizada no Bairro São Francisco de Paula em Frederico Westphalen, bem como a utilizar o cadastro do Programa de Saúde da Família (PSF), desta área, para a busca dos sujeitos da pesquisa.

Frederico westphalen, 09 de maio de 2005.

Marly Vendruscolo
Secretária Municipal de Saúde,
Área: Saúde e Meio Ambiente

Marly Vendruscolo

Secretária Municipal de Saúde

Elisangela Argenta Zanatta

Elisangela Argenta Zanatta

Pesquisadora



APÊNDICE B – Autorização do Diretor da Escola



PREFEITURA MUNICIPAL DE FREDERICO WESTPHALEN - RS

Escola Municipal de Ensino Fundamental Irmã Odila Lehn

Rua 5 S/N* - Fone: (55) 3744-1334 - Bairro São Francisco de Paula - Frederico Westphalen - RS
Decreto de Criação n° 04/89, Portaria de Autorização e Func. N° 00.198, de 09/02/90 - D.O. 18/05/90

AUTORIZAÇÃO

Eu, Nelson de Oliveira Moraes, Diretor da Escola Municipal de Ensino Fundamental Irmã Odila Lehn, localizada no Bairro São Francisco de Paula, Frederico Westphalen, venho por meio deste autorizar a Enfermeira, Elisangela Argenta Zanatta, Professora da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - URI - Campus de Frederico Westphalen, aluna do Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS, orientanda da Profª Drª Maria da Graça Corso da Motta a utilizar uma sala de aula, da referida escola, para a realização dos encontros destinados à coleta das informações com as participantes da pesquisa intitulada **“Saúde da criança: saberes e praticas das mães e/ou cuidadores familiar”**, que tem por objetivo: Identificar quais são os saberes e práticas das mães e/ou cuidadores familiar dispensados à criança de zero a seis meses de vida.

Os encontros com as participantes do estudo ocorrerá uma vez por semana, com duração de duas horas, por um periodo de três a quatro semanas.

Frederico Westphalen, 10 de maio de 2005.

Nelson de Oliveira Moraes

Diretor

Elisangela Argenta Zanatta

Pesquisadora

APÊNDICE C- Roteiro para o primeiro encontro

ROTEIRO PARA O 1º ENCONTRO

DATA: 06/07/2005

Horário Início: 13:00 às 15:00

Participantes:

NOME

1º MOMENTO:

- Recepção das participantes

2º MOMENTO: (20 min)

- Apresentação da pesquisadora
- Apresentação da pesquisa:
- Leitura do termo de consentimento explicando:
 1. Tema
 2. Objetivos
 3. Importância da participação de todas em todos os encontros
 4. Falar dos nomes fictícios
 5. Ver qual melhor dia e horário
 6. Proposta inicial de 4 encontros
 7. Assinatura do Termo de Consentimento livre e Esclarecido

3º MOMENTO: (20 min)

- Dinâmica de apresentação das participantes
 1. Cada uma retira um bombom
 2. Cada par de bombons igual se reúnem para conversar e escolher um nome pelo qual que ser chamada.
 3. APRESENTAÇÃO: uma apresenta a outra dizendo: nome pelo qual quer ser chamada, idade, número de filhos, com quem mora, qual o endereço, se já se conheciam, se é alegre, triste, tímida, falante, quieta.

OBS: no final cada uma recebe um crachá com o nome o qual usará durante todos os encontros.

4º MOMENTO: (30 min)

- Como o tema da minha pesquisa é saber como vocês mães cuidam da criança de zero a seis meses de vida a partir dos seus conhecimento e práticas agora eu gostaria que vocês colocassem para mim como é cuidar da criança nesta fase da vida, quais são os cuidados que vocês dão a estas crianças para que elas possam crescer e se desenvolver com saúde, quais são os medos e as inseguranças que vocês tem, é fácil, difícil, complicado e porque.
- Façam isso por meio de desenho, de colagem de gravura, de escrita.
- Pode ser feito individual, em duplas ou em trios.

5º MOMENTO: (20 min)

- Apresentação do material produzido.

OBS: durante a apresentação a pesquisadora anota os temas que surgiram.

- Após a apresentação as participantes escolhem dentre todos os temas que surgiram 4 que queiram discutir nos próximos encontros.

Percepções da pesquisadora:

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

A pesquisa, intitulada “**Saúde da criança: saberes e praticas das mães e/ou cuidadores familiar**”, está sendo desenvolvida pela Enf^a Elisangela Argenta Zanatta, Prof^a da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões-Campus de Frederico Westphalen, aluna do Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS, sob orientação da Prof^a Dra. Maria da Graça Corso da Motta.

Fui plenamente esclarecida de que ao participar desta pesquisa estarei participando de um estudo de cunho acadêmico que tem por objetivo: Identificar quais são os saberes e práticas de cuidados das mães e/ou cuidadores familiar dispensados à criança de zero a seis meses de vida. Para alcançar este objetivo fui informada de que os as informações serão coletadas por meio encontros grupais, gravados em fita cassete, conforme a aceitação dos participantes, para posterior transcrição. O material produzido nos encontros, será mantido em poder da pesquisadora durante cinco anos e após, serão destruídos. Os encontros grupais terão duração em média de 2 horas, sendo realizados em uma sala de aula da Escola Municipal de Ensino Fundamental Irmã Odila Lehnen localizada no Bairro São Francisco de Paula.

Declaro, ainda, saber da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, e/ou solicitar outros esclarecimentos sobre a investigação, sem que isto traga prejuízo ou penalização em qualquer etapa; bem como, da garantia de anonimato e que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e do direito a ter acesso aos resultados da pesquisa após a apresentação e avaliação por banca examinadora. As informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados à presente pesquisa Os resultados poderão ser publicados na forma de artigos ou livro. A participação no estudo, não envolve nenhuma despesa ou gratificação.

Observação: O presente documento, baseado no item IV das Diretrizes e Normas Regulamentadoras para a Pesquisa em Saúde, do Conselho Nacional de Saúde (Resolução 196/96), será assinado em duas vias, de igual teor, ficando uma via com o participante da Pesquisa e outra com o Pesquisador Responsável.

Para maiores informações sobre esta pesquisa o endereço da pesquisadora é Rua Catarina Zanchet 1205 apto 202, bairro centro, CEP 98410-000, Taquaruçu do Sul,RS. Telefone para contato é: (55) 3739-1192 / (55)99554596 e o *e-mail* elis.a@mksnet.com.br ou com a orientadora desta pesquisa Dra. Maria da Graça Corso da Motta pelo telefone (51)3331- 4016 ou (51) 9987-4136

Eu, _____, declaro que fui esclarecido(a), de forma clara, detalhada e livre de qualquer constrangimento ou coerção sobre o caráter da pesquisa, objetivos e forma de realização do estudo.

Assinatura do participante: _____

Data: ____/____/____.

Enf^a Elisangela Argenta Zanatta

Pesquisadora

Dra. Maria da Graça Corso da Motta

Orientadora

APÊNDICE E – Dinâmica de apresentação e escolha dos nomes fictícios

Para a apresentação e descontração do grupo foi utilizada a dinâmica “Chegada, as boas vindas” criada pela Professora e Enfermeira Ana Hecker Luz e para a escolha dos nomes fictícios foi utilizada a dinâmica “Tribo Indígena” adaptada de Brasil (2000), ambas publicadas no livro *Adolescer: compreender, atuar, acolher* (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM, 2001) e adaptadas para este estudo.

Dinâmica de descontração e interação do grupo:	Chegada, as boas vindas.
Objetivo:	Auxiliar na apresentação e memorização dos nomes e características das participantes do grupo.
Duração:	20 minutos.
Material:	Sala ampla e par de flores
Desenvolvimento:	<p>Trabalho individual:</p> <ol style="list-style-type: none"> o pesquisador passa bombons solicita que cada participante retire um para si; após a distribuição aos participantes, sugere que cada um procure seu par (de bombom igual) e sente-se ao seu lado. <p>Trabalho em duplas:</p> <ol style="list-style-type: none"> o pesquisador orienta para que cada um fale ao seu par sobre o que quiser, por cinco minutos. <p>Trabalho em grupo:</p> <ol style="list-style-type: none"> o pesquisador pede que os participantes formem um círculo e que cada um apresente o seu par: nome, idade, trabalho, signo, desejos, enfim, tudo o que descobriu sobre a outra pessoa; é ressaltada a importância de todos estarem atentos às apresentações, pois todos merecem e precisam ser bem recebidos.
Resultados esperados:	<ul style="list-style-type: none"> -integração do grupo pela apresentação; -descontração do grupo para iniciar os trabalhos; -aprofundamento recíproco das características do grupo.
Dinâmica para a escolha do nome:	Tribo Indígena.
Objetivos:	Tornar os membros do grupo conhecidos a partir de um aspecto importante de sua personalidade e refletir sobre o processo de escolha e analisar os sentimentos nele envolvidos.
Duração:	30 minutos.
Material:	Crachás, pincel atômico e canetas hidrocor .
Desenvolvimento:	<ol style="list-style-type: none"> tribos indígenas dão nome a seus filhos só depois que a criança cresce e mostra alguns aspectos de sua personalidade. nós somos índios e cada um vai escolher um nome de acordo com suas características e gostos pessoais. Em seguida, um por um explicará para todos o porquê do novo nome até o final do encontro nós seremos chamados pelo novo nome, que deverá ser escrito e fixado no peito.

Figura 2 – dinâmica de apresentação e escolha dos nomes fictícios.

APÊNDICE F- Roteiro para o segundo encontro

ROTEIRO PARA O 2º ENCONTRO

DATA: 13/07/2005

Horário Início: 13:30 às 15:00

Participantes:

1ºMOMENTO:

- Acolhimento
- Agradecimento
- Recepção das novas participantes
- Leitura de uma mensagem

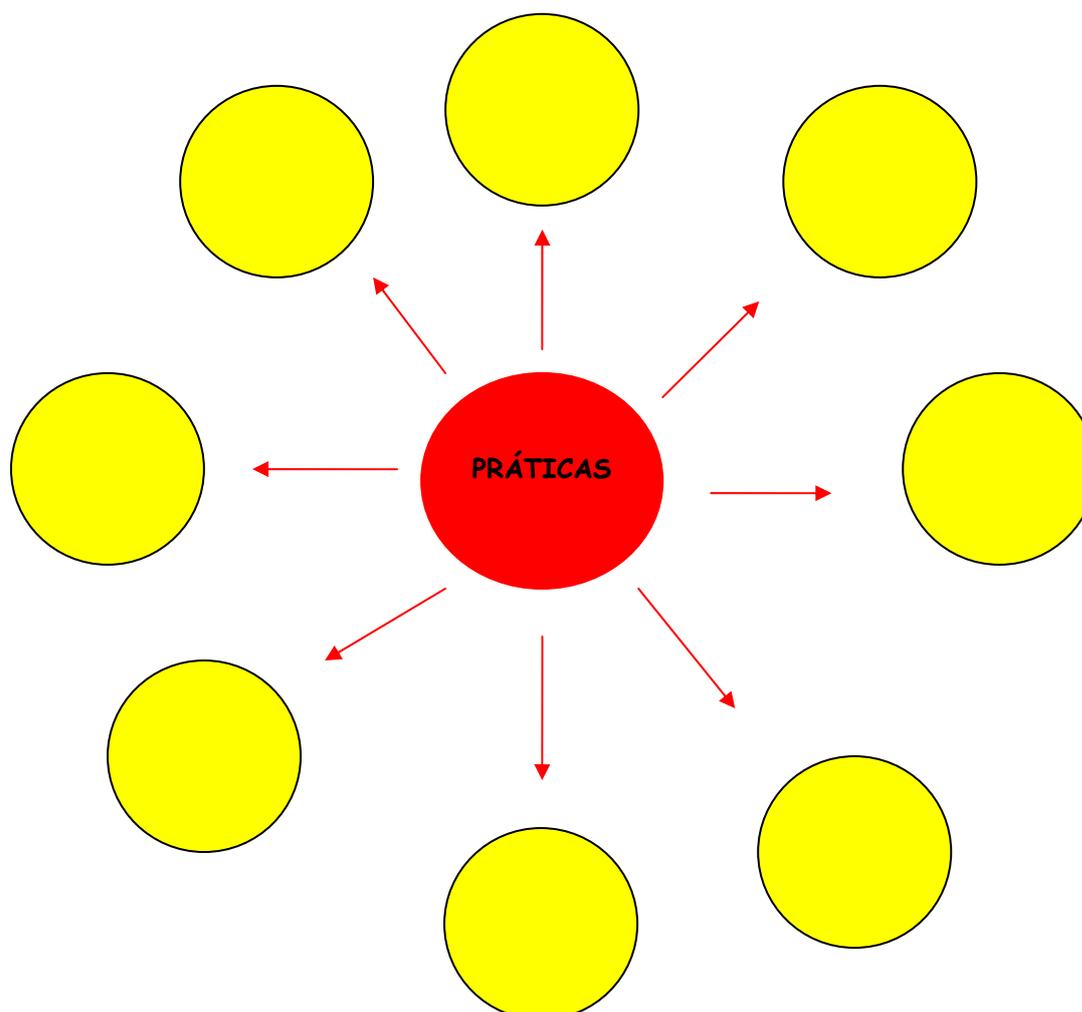
2ºMOMENTO:

- Mostrar o cartaz nº 1 com a questão norteadora

Saberes e práticas das mães sobre os cuidados com a saúde da criança de zero a seis meses de vida

- QUESTIONAR:
 1. O que vem na cabeça de vocês quando eu leio práticas?
 2. O que são práticas?
 3. Quais as práticas que vocês tem com os filhos?
 4. Que práticas vocês tem no dia-a-dia para que a criança tenha saúde?

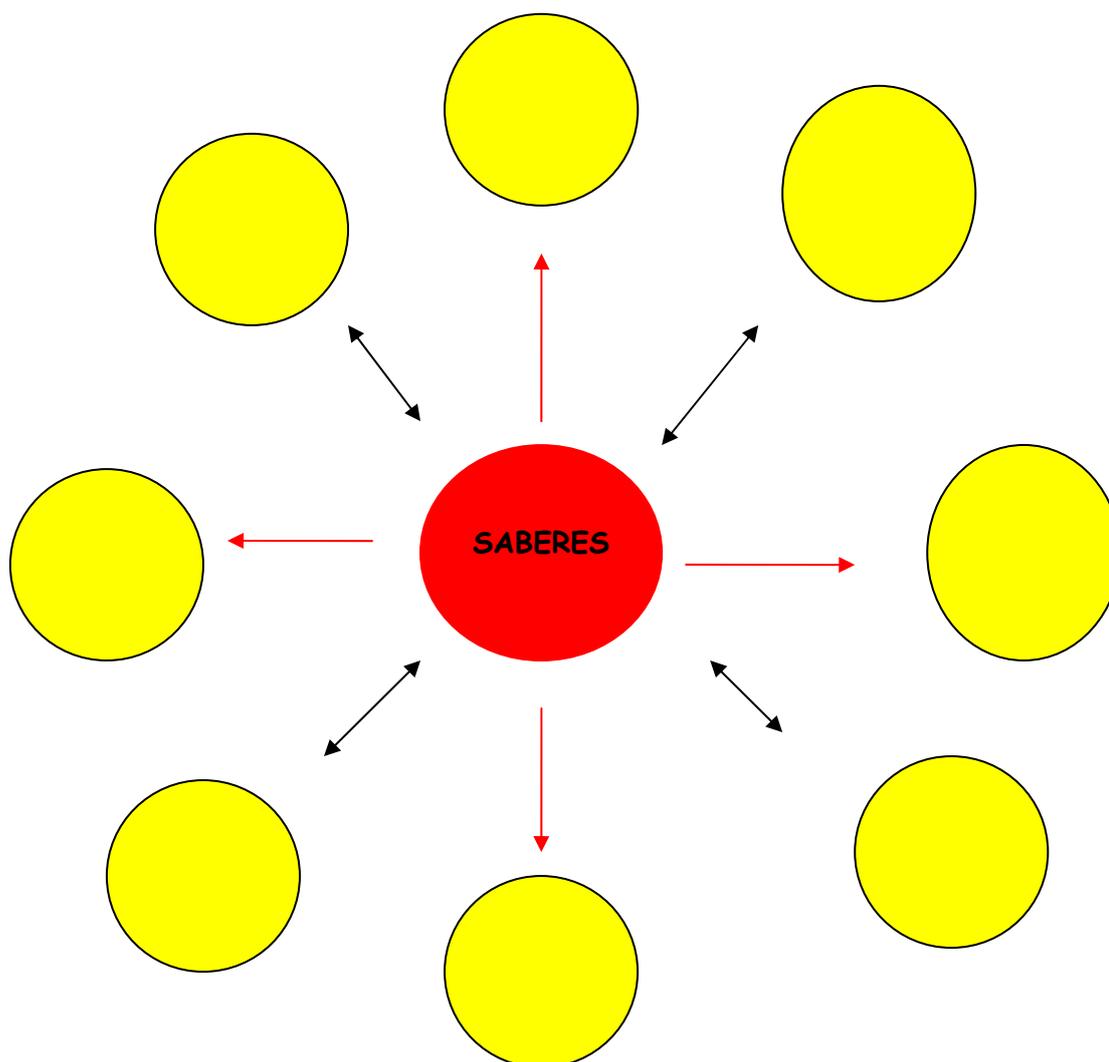
OBS: enquanto elas vão colocando as suas práticas a pesquisadora escreve e coloca ao redor da palavra práticas.



- QUESTIONAR:

1. E agora o que são sabres?
2. Para que vocês consigam ter aquelas práticas vocês precisam ter o que?

OBS: proceder da mesma forma que no anterior.(cartaz nº2)



- QUESTIONAR:

1. Quem passou este conhecimento para vocês?
2. Quem instruiu vocês para fazer desta forma?
3. De onde vem este conhecimento? Quem ensinou?

OBS: ir colocando no cartaz nº 2, com setas que apontam para os 2 sentidos .

-

- QUESTIONAR:

1. O que é cuidar/cuidado?
2. Como podemos cuidar?

➤ **OBS:** ir escrevendo o que dizem no cartaz nº 3

Na semana passada vocês escolheram alguns temas para serem trabalhados nos nossos encontros, sendo eles: **ALIMENTAÇÃO E ALEITAMENTO, CUIDADOS COM O UMBIGO, CUIDADOS PARA EVITAR O SAPINHO**, dentre estes apontados HOJE no cartaz nº1 vocês gostariam de apontar mais alguns?

LISTAR: _____

3º MOMENTO – Discussão do subtema (codificação, decodificação e desvelamento crítico).

SUBTEMA 1 - ALEITAMENTO MATERNO

- **QUESTIONAR:**

1. Qual é o melhor alimento para a criança até os seis meses de vida?
 - Depois que responderem escrever no cartaz:

DAR SOMENTE LEITE MATERNO ATÉ OS SEIS MESES

- **QUESTIONAR:**

1. Por que o leite materno é o melhor alimento?
2. Quem disse isso a vocês? Como vocês sabem disso?
3. Quem sabe cada uma relata como foi o aleitamento dos filhos.
4. E a água, o chá e o suco? Devem ser dados? Por que?
5. E se a criança tiver sede? O que vocês fazem?
6. O que mais contém o leite?

➤ **OBS:** Distribuir, ler o texto e ir questionando.

FINAL: retomar o tema para ver se todas chegaram ao desvelamento crítico.

SUBTEMA 2 – ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR

OBS: colocar no cartaz nº 4:

QUESTIONAR:

1. Quando vocês acham que deve ser introduzido outros alimentos?
2. Como vocês fizeram? Conte para nós? Quem te orientou para isso?
3. Que tipo de alimentos podem ser dados para a criança?

4. Como estes alimentos devem ser preparados? Que cuidados devemos ter?

- Ler e discutir o texto do MS – Dez passos para uma alimentação saudável.

SUBTEMA 3 – CUIDADOS PARA EVITAR O SAPINHO

✓ Mostrar gravura de um bebê com candidíase oral e questionar:

1. O que vocês estão vendo nesta gravura?
2. Da onde vem o sapinho? Será que o bebê pega?
3. Qual é o lugar que mais dá?

✓ Prevenção:

1. Como podemos evitar o sapinho? Que cuidados devemos ter?

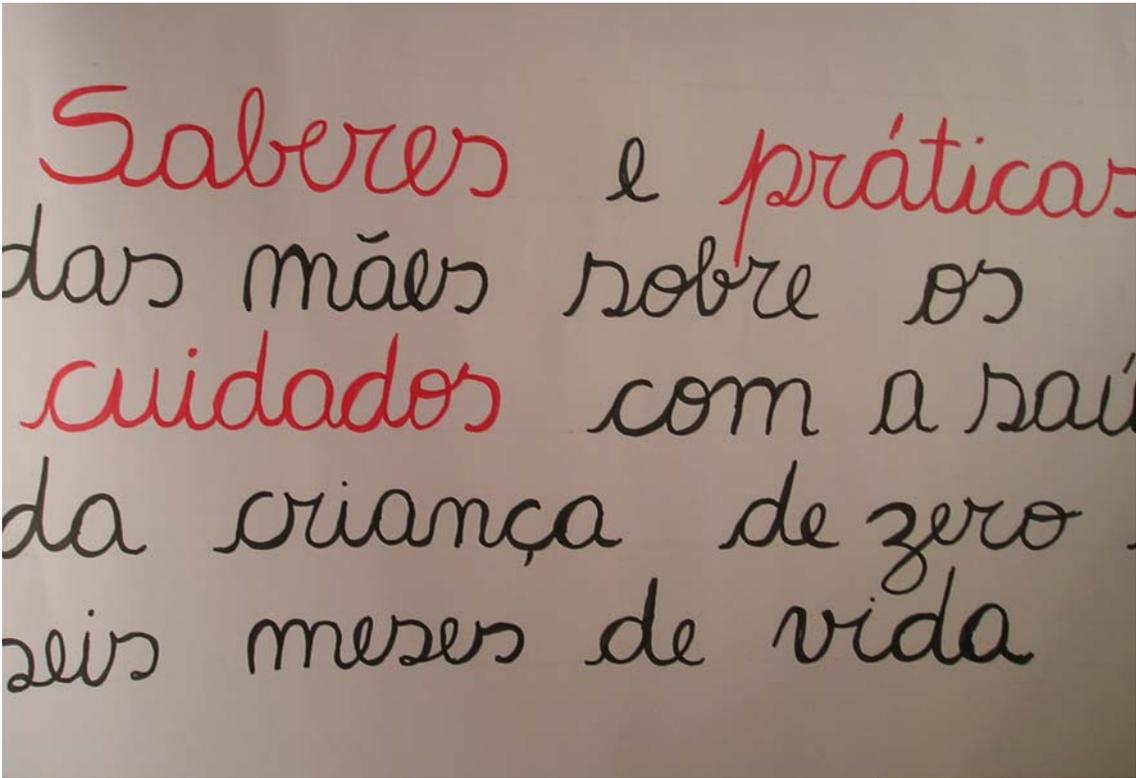
✓ Tratamento:

1. Como vocês curam o sapinho?
2. Questionar de onde vem as práticas.

Avaliação do encontro: _____

Percepções da pesquisadora: _____

APÊNDICE G – Fotografia do cartaz com o tema da pesquisa

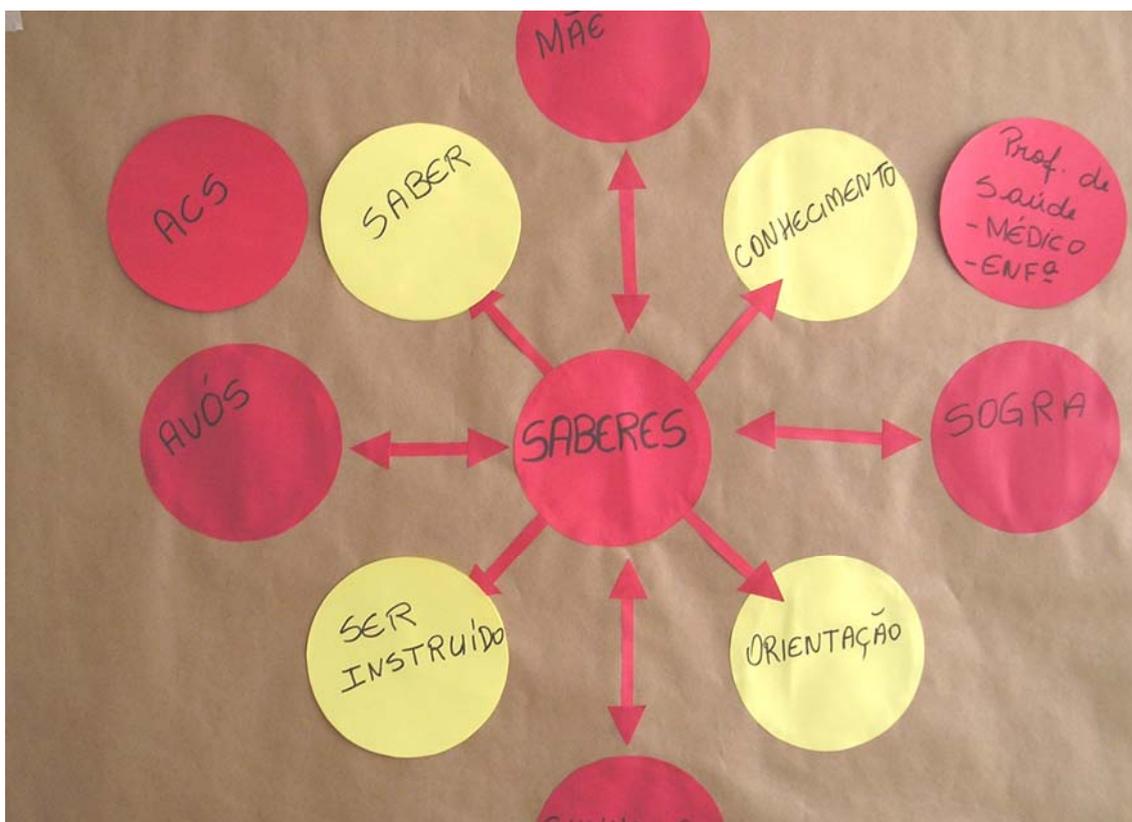


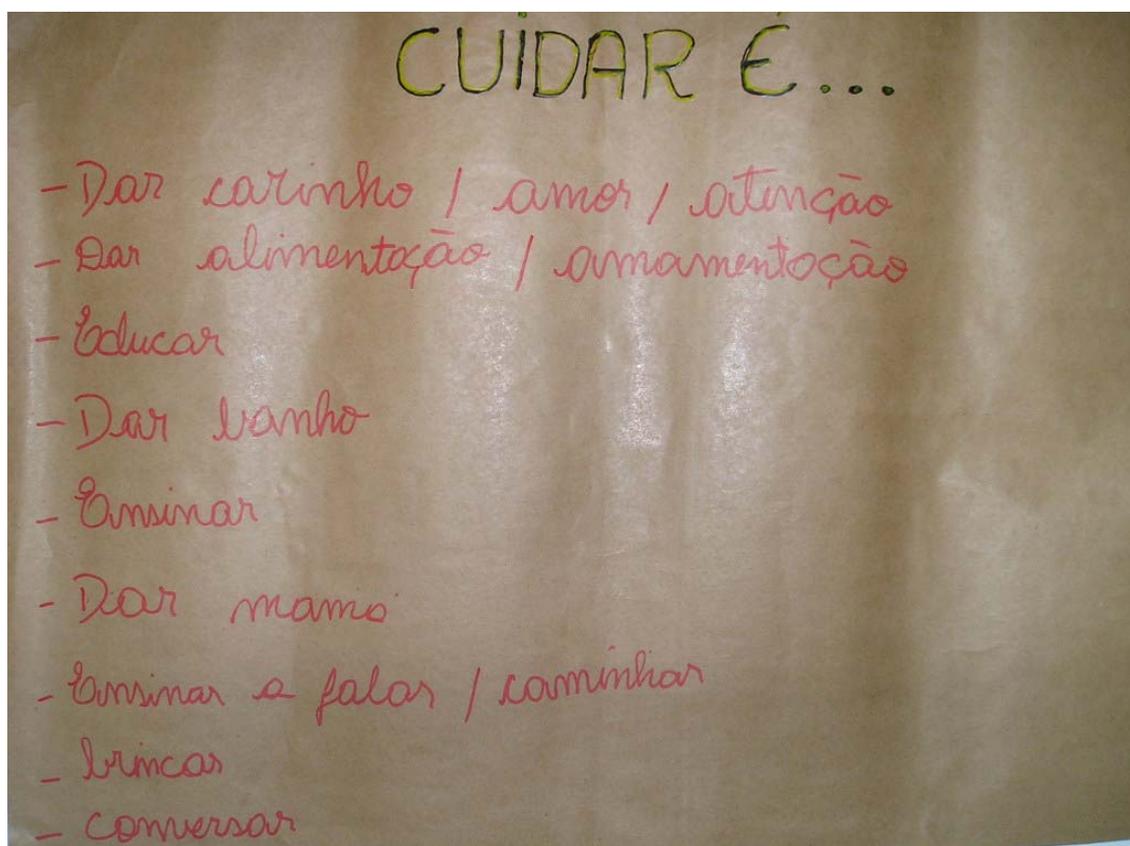
Saberes e práticas
das mães sobre os
cuidados com a saúde
da criança de zero
seis meses de vida

APÊNDICE H– Fotografia do cartaz sobre as práticas das mães no cuidados da criança de zero a seis meses de vida



APÊNDICE I – Fotografia do cartaz sobre o que são saberes e de onde vem o conhecimento para cuidar da criança de zero a seis meses de vida



APÊNDICE J – Fotografia do cartaz: significado de cuidar para as mães

APÊNDICE L – Roteiro para o terceiro encontro

ROTEIRO PARA O 3º ENCONTRO

DATA: 19/07/2005

Horário Início: 13:00 às 15:00

Participantes:

1º MOMENTO:

- Recepção das participantes

2º MOMENTO:

- Apresentação de um teatro pelas acadêmicas do 7º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem URI/ FW.
- Temas abordados:
 1. Higiene (banho, troca de fraldas);
 2. Cuidados com o coto umbilical;
 3. Icterícia.

3º MOMENTO – Discussão dos subtemas (codificação, decodificação e desvelamento crítico).

SUBTEMA 3– HIGIENE DO BEBÊ

- **Comentário do teatro:**
 1. Quando deram o primeiro banho? Por que? Quem deu? Por quanto tempo?
 2. O que vocês fazem igual e o que fazem diferente do banho apresentado no teatro? Por que?
 - Cada uma coloca a sua experiência.
 3. Qual é o melhor horário para dar o banho? Por que?
 4. Ele deve ser dado antes ou após a mamada? Por que?
 5. O que deve ser lavado primeiro? A cabeça ou o corpo? Por que?

6. Onde deve ser dado o banho?
7. Nos dias de frio deve ser dado o banho? O que pode ser feito? Por que? Quais os cuidados que devem ser tomados?
8. Que produtos devem ser usados? É preciso ferver ou filtrar a água? Por que?
9. Quantos banhos devem ser dados ao dia?

Agora vamos repassar os passos do banho comigo:

1. Reunir o material: **Que material precisa?**
 - Banheira ou bacia (perguntar sobre os cuidados que devemos ter);
 - Roupa (falar da quantidade de roupa e adequação ao clima e no cuidado ao lavar separar das roupas dos adultos);
 - Sabonete ou sabão neutro, por que?
 - Fraldas (falar do cuidado com a lavagem para evitar as assaduras);
2. Aquecer e testar a temperatura da água. Como testar?
3. Procurar um local da casa mais quente (evitar corrente de ar).
4. Despir o bebê.
5. Se tiver cocô fazer o quê?
6. Começar o banho por onde?
 - Depois de lavar a cabeça fazer o que? (falar sobre a importância de sacar logo em seguida e perguntar se sabem por que?).
7. E depois vai para onde? (**face:** questionar sobre como limpam os olhos e os ouvidos e se necessário explicar).
8. Lavar o corpo (tórax, abdome, costas, braços, pernas)
9. Lavar os genitais;
10. Secar;
11. Vestir.

- ✓ **E nos dias em que passamos somente um pano, como devemos fazer? Por onde começar e qual a seqüência?**

OBS: se for necessário fazer ou pedir para que façam.

QUESTIONAR:

1. É assim que vocês fazem?
2. Alguém faz diferente? Por que? Quem ensinou?
 - ✓ **E quando a criança tem aquelas casquinhas na cabeça o que fazer?**

- Como vocês fazem? Quem orientou?
- ✓ Quanto á higiene oral quem faz? Será que é necessário? Por que?
- ✓ E quanto ao talco, ele deve ser usado? Por que?
- ✓ Quanto às roupas de lã, que cuidados devemos ter?

SUBTEMA 4 – CUIDADOS COM O COTO UMBILICAL

QUESTIONAR:

1. Vocês sabem como é chamado aquele pedacinho que fica para fora? Por que será que fica daquele jeito? Será que dói?
2. Que cuidados devemos ter com ele? Por que?
3. Vocês molharam o umbigo? Ele pode ser molhado? Por que?
4. Como cuidam do coto? O que usam? Usam faixa? Algum profissional de saúde orientou o uso da faixa? Quem orientou? Porque?

OBS: cada uma traz sua experiência.

5. O que vocês fazem com o coto quando ele cai? Por que? Quem orientou?
6. Vocês possuem algum medo em relação ao coto? Qual? Por que?
7. Quantas vezes ao dia deve ser limpo e trocado o curativo?
 - Questionar sobre os cuidados que devemos ter (lavar as mãos, usar material estéril).
8. Como proceder a limpeza e a troca?

SUBTEMA 5 – ICTERÍCIA

QUESTIONAR:

1. Vocês viram que no teatro a criança estava amarela, sabem como se chama isso?
2. Como chamam isso? Que nomes vocês conhecem?
3. Sabem por que dá esse amarelão? Quem ensinou sobre isso?
 - Quem sabe a Claudia conta a sua experiência para nós.

OBS: questionar sobre como tratou, quais os cuidados, o que orientaram a ela e qual a explicação que deram par isso.

4. Quais são os cuidados que vocês conhecem para curar e ou evita o amarelão? Quem orientou sobre eles?
5. Quanto tempo a criança deve ficar exposta ao sol? Como? E se não tiver sol, o que fazer?

Avaliação do encontro: _____

APÊNDICE M – Fotografias do teatro sobre higiene e cuidados com o coto umbilical

* As fotos foram publicadas mediante autorização das integrantes.

APÊNDICE N – Roteiro para o quarto encontro

ROTEIRO PARA O 4º ENCONTRO

DATA: 26/07/2005

Horário Início: 13:30 às 15:00

Participantes:

1º MOMENTO:

- Recepção das participantes

2º MOMENTO:

RESGATANDO SABERES E AVALIANDO O PROCESSO

1. Como foi para vocês participar destes encontros?
2. Vocês gostaram? Por que?
3. O que trouxe de bom e de novo para vocês? Vocês aprenderam alguma coisa de diferente aqui?
4. Vocês haviam participado de outros encontros assim?
5. Vocês acham que é importante fazer grupos para discutir questões relacionadas ao cuidado à saúde? Por que?
6. Teve alguma coisa que não ficou claro para vocês? Ou que eu orientei de forma muito diferente daquilo que vocês conheciam?
7. Vocês gostariam de discutir mais alguns temas, gostariam de fazer outros encontros para discutir algumas coisas que vocês tem duvidas em relação ao cuidado das crianças?

Durante os nossos encontros algumas coisas me chamaram muito a atenção sendo elas:

1. Eu percebi que vocês sabem muito, vocês tem muitas informações e também muita experiência em cuidar dos filhos;

2. Também percebi que estes conhecimentos que vocês tem vieram das pessoas mais velhas (sogra, mães, vizinhas, tias), da agente de saúde e também do profissional de saúde. Estou correta? Concordam comigo?
3. Vocês percebem diferença entre as orientações de como cuidar orientado pelas pessoas mais velhas e dos profissionais de saúde?
4. Vocês acham mais fácil seguir o que os familiares orientam ou seguir os profissionais. Em quem vocês confiam mais? Por que?
5. Essa divergência nas orientações deixa vocês confusas? E então quem vocês acabam seguindo?
6. Como vocês acham que os profissionais deveriam proceder? Como sugerem que fosse feito o atendimento? Como vocês acham que deveria ser o atendimento de saúde? Como gostariam que eles procedessem?
7. Como vocês acham que deveria ser para mudar esta situação?
8. Vocês sentem falta de ter os profissionais de saúde mais presente nas horas de dúvidas em relação ao que fazer? Já chamaram eles na casa de vocês alguma vez? E como foi?
9. Outra coisa que eu percebi é que vocês seguem as orientações que recebem, tanto dos profissionais quanto dos familiares, mas às vezes ficam indecisas quanto em seguir? Por que? (DAR O EXEMPLO DA CAROLINE).
10. Vocês se sentem acolhidas pelos profissionais de saúde ou pelo serviço de saúde? Querem conversar sobre isso? Querem contar suas vivências?
11. Como é o atendimento?

Percepções da pesquisadora:

APÊNDICE O - Brincadeira de encerramento: BRINCANDO DE CONFRATERNIZAÇÃO

ORIENTAÇÃO: Após o sorteio será entregue o presente ao sorteado e inicia-se a brincadeira

Parabéns! Você tem muita sorte. Foi premiada com o presente que simboliza compreensão, confraternização e amizade feitas durante toda nossa convivência. Entretanto, o presente não será seu. Observe as pessoas aqui presentes. Aquela que você considerar mais organizada será a ganhadora.

Organização é algo que precisamos manter, mas você, embora possuidora dessa virtude, também não vai ficar com o presente. Por gentileza, queira passá-lo à pessoa que você considera mais feliz.

Felicidade – deve ser construída em bases sólidas. Ela não depende de outros, mas de nós mesmos. Todavia, mesmo com essa carinha feliz, o presente não é seu. Passe-o a alguém, que na sua opinião seja muito meiga.

Meiguice – Não é comum hoje em dia e você possui esta doce marca. Parabéns! No entanto, o presente não é seu, e você com seu jeitinho meigo, delicadamente vai passá-lo a quem você acha extrovertida.

Por ser **extrovertida** assim, é que você está sendo escolhida para receber este presente. Mas, infelizmente, ele ainda não é seu. Passe-o para quem você considera muito corajosa.

Corajosa – Você foi contemplada com este presente, em virtude da coragem que vem demonstrando. Contudo, ele não vai lhe pertencer. Queira, por favor, entregá-lo a quem você acha mais inteligente.

A **inteligência** é dom de Deus. Parabéns a você que encontrou espaço para mostrar este talento, pois muitas pessoas são inteligentes, mas às vezes a sociedade impede que elas desenvolvam esta dádiva. Inteligente como você é, já deve ter percebido que também não vai ficar com o presente. Portanto, passe-o à pessoa que você considera mais simpática.

Simpático – Para comemorar, ofereça aos presentes um largo sorriso e faça-os esquecer um pouco as amarguras da vida. Porém, mesmo sendo uma pessoa simpática, você não vai ficar com o presente. Escolha entre o grupo a pessoa que você acha mais dinâmica.

Dinâmico – Dinamismo é fortaleza, coragem, compromisso e energia. É interessante agir como agente multiplicador de boas idéias e bons propósitos. O mundo precisa de pessoas como você. Parabéns! Mesmo assim passe o presente a quem você considera mais solidária.

Solidariedade – Você está de parabéns por estar sempre solidária com aqueles que precisam de ajuda. Apesar dessa beleza de exemplo, o presente ainda não ficará com você. Portanto, entregue-o à pessoas mais alegre deste grupo.

Alegria – A alegria de participar desta confraternização, certamente fará renascer em nossos corações a alegria pela vida, pelo outro. Pessoas alegres como você transmitem otimismo e alto astral. Com sua alegria, passe o presente àquele ou aquela que segundo você é uma pessoa muito elegante.

Elegância – Muito bem! A elegância, sem dúvida, complementa a criação humana e tona sua pessoa marcante. Uma pessoa elegante se sobressai em qualquer reunião ou evento. Entretanto, apesar de tudo isto, você terá que passar este presente para quem você acha mais bonita.

Beleza – Ótimo! Já que você foi escolhida como a pessoa mais bonita do grupo, mostre sua beleza desfilando para todos. Muito bom! Gostamos, mas lamentamos dizer-lhe que o presente não será seu. Passe-o para quem, na sua opinião, transmite PAZ.

O mundo clama por **PAZ** e você, gratuitamente, possui tão grande riqueza. Salve! Salve! Você está fazendo falta às grandes potências do mundo, responsáveis por muitos desastros e conflitos entre a humanidade. Com muita paz, abra seu presente e partilhe-o com esta turma amiga que, a admira muito.

Para todos nós: organizadores, felizes, meigos, extrovertidos, corajosos, inteligentes, simpáticos, dinâmicos, solidários, alegres, elegantes, bonitos e sobretudo cheios de PAZ que vem do alto, uma confraternização acima de qualquer previsão !!!

Mais uma vez muito obrigada por estarem aqui e terem aceitado participar desta pesquisa, serei eternamente grata a vocês.

**ANEXO A – Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade
Federal do Rio Grande do SUL - UFRGS**



**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
CARTA DE APROVAÇÃO**

pro:pesq

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul analisou o projeto:

Número : 2005412

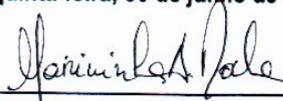
Título : Saúde da criança: saberes e práticas das mães e/ou cuidadores familiar

Pesquisador (es) :

<u>NOME</u>	<u>PARTICIPACÃO</u>	<u>EMAIL</u>	<u>FONE</u>
MARIA DA GRACA CORSO DA MOTTA	PESQ RESPONSÁVEL	mottinha@enf.ufrgs.br	33165237
ELISANGELA ARGENTA ZANATTA	PESQUISADOR	ells.a@mksnet.com.br	

O mesmo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS, reunião nº 38 ,
ata nº 59 , por estar adequado ética e metodologicamente e de acordo com a
Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.

Porto Alegre, quinta-feira, 30 de junho de 2005


 pt/ **José Roberto Goldim**
 Coordenador do CEP-UFRGS