



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

AISIANE CEDRAZ MORAIS

**O CUIDADO ÀS CRIANÇAS QUILOMBOLAS NO DOMICÍLIO À
LUZ DA TEORIA TRANSCULTURAL DE LEININGER**

Salvador
2013

AISIANE CEDRAZ MORAIS

**O CUIDADO ÀS CRIANÇAS QUILOMBOLAS NO DOMICÍLIO À
LUZ DA TEORIA TRANSCULTURAL DE LEININGER**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito para obtenção do grau de Doutora em Enfermagem, Área de Concentração “Gênero, Cuidado e Administração em Saúde”, Linha de Pesquisa: “O Cuidar em Enfermagem no Processo de Desenvolvimento Humano”.

Orientadora: Prof^a. Dr^a Climene Laura de Camargo

Salvador
2013

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Universitária de Saúde, SIBI - UFBA.

M827 Morais, Aisiane Cedraz

O cuidado à criança quilombola no domicílio à luz da teoria transcultural de Leininger/ Aisiane Cedraz Morais. – Salvador, 2013.

199 f.

Orientadora: Prof^a. Dr^a Climene Laura de Camargo

Tese (Doutorado) – Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem, 2013.

1. Enfermagem. 2. Quilombola. 3. Criança. 4. Saúde. I. Camargo, Climene Laura de. II. Universidade Federal da Bahia. III. Título.

CDU 616-083-053.2

AISIANE CEDRAZ MORAIS


**O CUIDADO ÀS CRIANÇAS QUILOMBOLAS NO DOMICÍLIO À
LUZ DA TEORIA TRANSCULTURAL DE LEININGER**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito para obtenção do grau de Doutora em Enfermagem, Área de Concentração: “Gênero, Cuidado e Administração em Saúde”, Linha de Pesquisa: “O Cuidar em Enfermagem no Processo de Desenvolvimento Humano”.

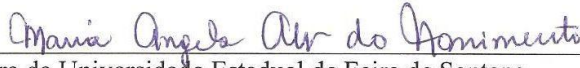
Aprovada em 29 de julho de 2013.

BANCA EXAMINADORA


Climene Laura de Camargo


Doutora em Saúde Pública e Professora da Universidade Federal da Bahia

Maria Ângela Alves do Nascimento


Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Estadual de Feira de Santana


Antonio Prates Caldeira


Doutora em Ciências da Saúde e Professor da Universidade Estadual de Montes Claros

Sinara de Lima Souza


Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Estadual de Feira de Santana

Marinalva Dias Quirino


Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho primeiramente ao meu filho, **Théo Cedraz Cruz**, que me proporcionou momentos intensos de felicidade durante a elaboração dessa tese, assim como me deu forças, estímulos, sendo aquele com quem pude vivenciar pressupostos desta tese.*

*Dedico este trabalho ainda às **mães cuidadoras**, que se doam aos seus filhos diária e incessantemente, num processo que soma, ao seu amor materno, o seu senso comum e sua entrega incondicional.*

AGRADECIMENTOS

“Uma mão lava a outra. Duas mãos lavam o coração!”¹

Nesses anos de Doutorado experimentei trajetórias intensas de vida pessoal e acadêmica; nesse percurso, torna-se essencial, neste momento, agradecer às pessoas que de formas diferentes contribuíram para a conclusão dessa pesquisa e que tornaram, de alguma forma, esses anos mais prazerosos e felizes.

Primeiramente, agradeço a **Deus**; por guiar minha vida e me fortalecer sempre, por permitir mais uma conquista e ter me dado forças nos momentos em que precisei; por ter me protegido nas tantas idas e vindas das viagens.

À **Professora Dr^a Climene Camargo**, minha orientadora, por acreditar em meu potencial e me estimular nos momentos em que eu achava que não seria capaz; por dividir comigo seus conhecimentos, pela parceria em projetos e publicações, pela sua orientação e disponibilidade contínua no processo. Por permitir, sabiamente, algumas alterações inesperadas na minha pesquisa. Obrigada por ter me possibilitado autonomia no meu processo de aprendizagem.

Ao meu filho, **Théo Cedraz Cruz**, com o qual experimentei a imensa alegria de me tornar MÃE, de sentir -o até então desconhecido- amor incondicional, de se tornar um grande motivador (mesmo sem saber) dessa tese e que me ajudou no momento final deste doutorado; pois seus sorrisos e a felicidade que me dava (e dá) se tornaram motivação de vida.

Aos meus pais, **Auricélia** e **Antonio**, meus exemplos de persistência, simplicidade, caráter e que sempre me apoiaram em todos os projetos da minha vida.

Ao meu esposo **Antonio Marcos**, que me apoiou durante essa trajetória, com sua parceria e cuidado ao longo de todo o percurso; pela sua compreensão nos momentos em que precisei ausentar-me e que vibra, finalmente, comigo, por essa conquista. Obrigada pelo apoio constante!

Às minhas irmãs, **Ariane** e **Elizabete**, pelos exemplos de mãe e pela parceria durante toda minha vida, com as quais posso contar sempre que preciso.

¹ Adágio popular de circulação no Recôncavo baiano e se refere à ajuda que recebe ou conceder a alguém.

Aos meus irmãos, **Artur e Júnior**, mesmo distantes, sei que emanaram vibrações positivas para este momento final;

Aos meus sobrinhos, **Ytalo, Ana Clara, Beatriz e Augusto**, que me fazem mais feliz com suas espontaneidades e ingenuidades e me lembram constantemente o valor das “pequenas e grandes coisas” da vida;

A **Caio Filipe**, pelo convívio e com quem tenho aprendido muitas coisas.

Nesse período do Doutorado pude vivenciar experiências em diferentes Universidades; portanto, agradeço aos colegas da **Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF)**, especialmente à **Patricia Nicola**, com a qual obtive parceria nos meus primeiros trabalhos direcionados para a Comunidade Quilombola.

Agradeço ainda aos companheiros da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), sobretudo às colegas de Feira de Santana: **Josele Santa Barbara, Deisy Vital, Silvia Passos, Vera Patricia, Eder e Urbanir Rodrigues, Paloma Pinho e Tânia Santana**.

E, enfim, às colegas da **Universidade Estadual de Feira de Santana**, mais especificamente ao **Departamento de Saúde**, e em especial às **Professoras Ivis Veloso, Rita Amorim, Caroline Freire, Jeancarlo, Rebeca Pinheiro e Juliana Freitas**;

Às **Professoras Dr^a Edméia Coelho e Dr^a Fernanda Mussi**, coordenadoras do Curso de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da UFBA, assim como às Professoras do Curso de Doutorado.

À **Professora Dr^a Marinalva Quirino**, por seu cuidado, amizade, consideração, e por me apoiar de maneira competente e dedicada desde o meu Mestrado, com ensinamentos valiosos que contribuiriam para meu doutoramento.

À **Professora Dr^a Maria do Rosário**, pelas colaborações na realização desta pesquisa, pelos materiais teóricos recomendados e pelos ensinamentos;

Às **colegas de Doutorado**, em especial à **Rita Rocha, Gilmara e Rosa Cândida**, parceiras nessa caminhada;

Às colegas de Feira de Santana, inicialmente companheiras nas viagens e, depois, amigas... Vocês tornaram essa trajetória mais leve e mais alegre; e ainda pudemos trocar conhecimentos e dividir nossas dúvidas. Obrigada à **Elaine Guedes, Marluce Nunes, Kátia Freitas e Silvia Passos**. Meu muitíssimo obrigado a **Rita Rocha e Roberta Rodrigues**; pois, com vocês estive mais próxima e pude contar em vários momentos, podendo hoje chamá-las de Amigas!!!!

Ao **CRESCER**, Grupo de Estudo sobre Saúde da Criança e do Adolescente, o qual possibilitou a minha participação em projetos diferentes, seja de pesquisa ou de extensão, em discussões científicas, além de conhecer várias pessoas com as quais pude estabelecer ao longo desses anos uma relação acadêmica e também de amizade. Deste Grupo, de uma maneira muito singela, agradeço às bolsistas **Mariana Matias, Cintia Gomes, Juliana Magalhães e Thiala**, pela parceria nos projetos e pela colaboração de vocês nesta pesquisa.

Às amigas **Viviane Souza, Olívia Oliveira e Simone Silva**; pois mesmo distantes fisicamente, compartilharam comigo vários momentos nestes anos de doutoramento.

À **Crispiniana**, bolsista local de São Francisco do Conde, que muito ajudou na minha aproximação com o campo de coleta e sujeitos entrevistados.

À Secretaria Municipal de Saúde de São Francisco do Conde e aos funcionários da Unidade de Saúde de Monte Recôncavo, especialmente às Agentes Comunitárias de Saúde.

Aos **meus familiares**, que mesmo de longe torceram por mim e entenderam meus momentos de ausência.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (**CAPES**), pelo estímulo à pesquisa e pela bolsa de estudo que me disponibilizou durante o curso.

À Fundação de Amparo à Pesquisa no Estado da Bahia (**FAPESB**), pelo apoio financeiro desta pesquisa.

Às **cuidadoras, mulheres-mães negras**, participantes desta pesquisa, que consentiram minha presença em suas casas, permitindo que eu aprendesse com elas como se cuida de crianças em um espaço íntimo- suas casas.

Enfim, agradeço a todas as pessoas que de formas diferentes, presentes ou ausentes, contribuíram para o desenvolvimento desta Tese... MUITÍSSIMO Obrigada!

RESUMO

MORAIS, Aisiane Cedraz. **O Cuidado às Crianças Quilombolas no Domicílio à luz da Teoria Transcultural de Leininger**. 2013. 200f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2013.

O cuidado à criança em suas diversas fases envolve uma série de aspectos, dentre os quais se destacam as influências socioculturais, principalmente numa comunidade quilombola com crianças de zero a um ano de idade. Esse estudo teve como objetivo geral analisar o cuidado à saúde prestado no domicílio à criança de 0 a 1 ano na comunidade quilombola do Monte Recôncavo em São Francisco do Conde – BA, na perspectiva da Teoria Transcultural do Cuidado de Leininger. Os objetivos específicos foram: compreender os significados de saúde e doença para cuidadores de crianças de 0 a 1 ano em comunidade quilombola; descrever os cuidados de saúde domiciliares prestados à criança de 0 a 1 ano na comunidade quilombola; identificar as práticas populares de saúde no cuidado domiciliar de crianças de 0 a 1 ano; descrever a rede de suporte social das famílias para cuidar de crianças pequenas no domicílio. Metodologia: Pesquisa qualitativa, fundamentada na Teoria Transcultural do Cuidado de Leininger. O local do estudo foi o distrito de Monte Recôncavo, comunidade remanescente quilombola, em São Francisco do Conde - BA. Os sujeitos de estudo foram onze mães de crianças de 0 a 1 ano de idade, entrevistadas em seus domicílios. A pesquisa obteve aprovação do CEP da EE/UFBA, com Protocolo nº 04.2010. Para a coleta de dados utilizou-se História Oral de Vida Temática, Observação Descritiva e Diário de Campo. Os dados foram analisados segundo a técnica de Análise de Conteúdo, constituindo quatro categorias temáticas: *Significados do Processo Saúde-Doença da Criança na percepção das Mães; Cuidados Cotidianos de Saúde com as Crianças Quilombolas de 0 a 1 ano; Cuidado nas Intercorrências no primeiro ano de vida: das Práticas Populares à Medicalização e Suporte Social de Cuidados à saúde da criança quilombola de 0 a 1 ano*. Os dados apontaram que as mães significam o processo saúde-doença das crianças principalmente pela sintomatologia e entendem a doença como fenômeno pluricausal, influenciadas pelas crenças e tabus e adotam medidas contínuas de promoção à saúde dos filhos. Para cuidar das crianças, as mulheres fazem arranjos internos à dinâmica familiar e assumem o cuidado integral da criança, ainda que inseridas numa rede social de suporte. Os cuidados cotidianos emergem pelas práticas direcionadas à higiene e proteção do bebê tais como alimentação, limpeza do coto umbilical, atenção à erupção dental, estimulação psicomotora e para a proteção do sono e repouso. O cuidado domiciliar da criança quilombola tem interferência direta da cultura, dos modos de organização familiar, tornando-se evidentes as práticas populares de saúde, por meio do uso dos chás e remédios caseiros, banhos, amuletos, incluindo as práticas religiosas, como as rezas e uso do óleo ungido. O suporte social para cuidado da criança emerge por meio do apoio de membros da família, como avós e pais, e ajuda de pessoas diferentes da comunidade, e da invisibilidade dos serviços e profissionais de saúde. O cuidar/cuidado reveste-se de singularidades em um processo dinâmico, atrelado ao contexto sociocultural e que se concretiza em cada família em sua diversidade e universalidade, como propõe Leininger.

Palavras-chave: Enfermagem Transcultural. População negra. Terapias complementares. Cuidados Domiciliares de Saúde. Saúde da Criança.

ABSTRACT

Morais, Aisiane Cedraz. **Home Care of Quilombola Children in the light of Leininger's Transcultural Theory**. 2013. 200 p. Thesis (Ph.D. in Nursing) - School of Nursing, Federal University of Bahia, Salvador. 2013

The care of children in their several phases involves many aspects, among which are social and cultural influences, especially in a Quilombola community with 0-1 year old children. This study had as its aim to analyze the health home care given to 0-1 year old children in the quilombola community of Monte Recôncavo in São Francisco do Conde – BA, from the perspective of Leininger's Transcultural Care Theory. The specific objectives were: to comprehend the meanings of health and disease for the care takers of 0-1 year old children in the Quilombola community; to describe the health care given to these children in their homes; identify the popular health practices in the home care of 0-1 year children; describe the families' social support net to take care of the small children at home. Methodology: qualitative, based on Leininger's Transcultural Theory. The study was located in the district of Monte Recôncavo, a remnant Quilombo community in São Francisco do Conde - BA. The study subjects were eleven mothers of 0-1 year olds, interviewed in their homes. The research had the approval of CEP - EE/UFBA, Protocol number 04.2010. For data collection, Oral History of Thematic Life, Descriptive Observation and Field Diary were used. The data were analyzed according to the Content Analysis technique, comprising four thematic categories: *Meanings of the Child's Health-Disease process in the mothers' perception; Daily Health Care given to the Quilombola 0-1 year old children; Care in the interurrences of the first year of life; From Popular Health Practices to Medicalization and Social Support for Health Care of the Quilombola children aged 0-1.* The data showed that the mothers give meaning to the health-disease process of the children mainly by the symptomatology and understand the disease as a pluricausal phenomenon, influenced by their beliefs and taboos and adopt continual measures to promote the health of their children. To take care of the children, the women make internal arrangements in the family dynamics and take over total care of the child, even though they are inserted in a social support net. Daily care emerge in the practices directed to the baby hygiene and protection such as feeding, umbilical stump cleaning, attention to dental eruption, psychomotor stimulation and sleep and rest protection. The home care of the Quilombola child has direct interference of the culture, of the ways of the family organization, making evident the popular health practices with the use of herbal teas and homemade medicines, baths, amulets, including religious practices as prayers and the use of anointed oil. The social support to take care of the child emerges through the help of family members as grandmothers and fathers and also people from the community, and from the invisibility of Health Care services and professionals. The care here depicted holds many singularities in a dynamic process, attached to the social and cultural context and materializes itself in each family in its diversity and universality, proposed by Leininger.

KEY WORDS: Transcultural Nursing. African Continental Ancestry Group. Complementary Therapies. Home Nursing. Child Health.

RESUMEN

MORAIS, Aisiane Cedraz. **El Cuidado a los niños Quilombolas en Domicilio a la luz de la Teoría Transcultural de Leininger**. 2013. 200f. Tesis (Doctorado en Enfermería) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2013.

El cuidado a los niños en sus diversas fases involucra una serie de aspectos, entre los cuales se destacan las influencias socioculturales, principalmente en una comunidad quilombola con niños de cero a un año de edad. El estudio tuvo como objetivo general analizar el cuidado a la salud prestado en domicilio a niños de 0 a 1 año en la comunidad quilombola del Monte Recôncavo en São Francisco do Conde – BA, en la perspectiva de la Teoría Transcultural del Cuidado de Leininger. Los objetivos específicos fueron: comprender los significados de salud y enfermedad para cuidadores de niños de 0 a 1 año en comunidad quilombola; describir los cuidados de salud domiciliarios prestados a niños de 0 a 1 año en la comunidad quilombola; identificar las practicas populares de salud en el cuidado domiciliar de niños de 0 a 1 año; describir la red de soporte social de las familias para cuidar de niños pequeños en el domicilio. Metodología: Pesquisa cualitativa, fundamentada en la Teoría Transcultural del Cuidado de Leininger. El local del estudio fue el distrito de Monte Recôncavo, comunidad remaneciente quilombola, en São Francisco do Conde - BA. Los sujetos del estudio fueron once madres de niños de 0 a 1 año de edad, entrevistadas en sus domicilios. La pesquisa obtuvo aprobación del CEP de la EE/UFBA, con Protocolo nº 04.2010. Para la colecta de datos se utilizó Historia Oral de Vida Temática, Observación Descriptiva y Diario de Campo. Los datos fueron analizados según la técnica de Análisis de Contenido, constituyendo cuatro categorías temáticas: *Significados del Proceso Salud-Enfermedad del Niño en la percepción de las Madres; Cuidados Cotidianos de Salud con los Niños Quilombolas de 0 a 1 año; Cuidado en las Complicaciones en el primer año de vida: de las Practicas Populares a la Medicalización y Soporte Social de Cuidados a la salud de niños quilombolas de 0 a 1 año*. Los datos apuntan que las madres significan el proceso salud-enfermedad de los niños principalmente por la sintomatología y entienden la enfermedad como fenómeno pluricausal, influenciadas por las creencias y tabús y adoptan medidas continuas de promoción a la salud de los hijos. Para cuidar de los niños, las mujeres hacen arreglos internos a la dinámica familiar y asumen el cuidado integral del niño, aún que inseridas en una red social de soporte. Los cuidados cotidianos emergen por las prácticas direccionadas a la higiene y protección del bebé tales como alimentación, limpieza del coto umbilical, atención a la erupción dental, estimulación psicomotora y para la protección del sueño y reposo. El cuidado domiciliar del niño quilombola tiene interferencia directa de la cultura, de los modos de organización familiar, tornándose evidentes las prácticas populares de salud, por medio del uso de infusiones y remedios caseros, baños, amuletos, incluyendo las prácticas religiosas, como las rezas y uso del óleo ungido. El soporte social para cuidado del niño emerge por medio del apoyo de miembros de la familia, como abuelos y padres, y ayuda de personas diferentes de la comunidad, y de la invisibilidad de los servicios y profesionales de salud. El cuidar/cuidado revístese de singularidades en un proceso dinámico, condicionado al contexto sociocultural y que se concretiza en cada familia en su diversidad y universalidad, como propone Leininger.

Palabras clave: Enfermería Transcultural. Grupo de Ascendencia Continental Africana. Terapias Complementarias. Atención Domiciliaria de Salud. Salud del Niño.

*Quando vejo uma criança, ela inspira-me
dois sentimentos: ternura, pelo que é, e
respeito pelo que pode vir a ser.*

Louis Pasteur

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	19
1.1 APROXIMAÇÃO COM A TEMÁTICA	22
2 REFERENCIAL TEÓRICO	27
2.1 PARTICULARIDADES DA CRIANÇA NO PRIMEIRO ANO DE VIDA	27
2.2 ESPECIFICIDADES DAS COMUNIDADES QUILOMBOLAS E CONDIÇÕES DE SAÚDE DA CRIANÇA NEGRA	32
2.3 INTERSEÇÃO ENTRE CULTURA, CUIDADO DE ENFERMAGEM E CUIDADO FAMILIAR	38
2.4 PRÁTICAS POPULARES NOS CUIDADOS À SAÚDE DA CRIANÇA	42
3 O ENCONTRO DO CAMINHO METODOLÓGICO COM A TEORIA TRANCULTURAL DO CUIDADO	46
3.1 TEORIA TRANSCULTURAL DO CUIDADO DE LEININGER	46
3.2 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	51
3.2.1 Tipo de Estudo	51
3.2.2 Local de Estudo	52
3.2.2.1 Aproximação com o Campo do Estudo	58
3.2.3 Sujeitos do Estudo	61
3.2.4 Técnica de Coleta de Dados	65
3.2.5 Coleta de Dados	68
3.2.6 Análise dos Dados	69
3.2.7 Procedimentos Éticos	71
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES	74
4.1 AS CUIDADORAS NOS SEUS DOMICÍLIOS	74
4.2 O DESVELAR DO CUIDADO DOMICILIAR DE CRIANÇAS QUILOMBOLAS DE 0 A 1 ANO	77
4.2.1 Significados do Processo Saúde-Doença da Criança na percepção das Mães	79
4.2.2 Cuidados Cotidianos de Saúde com as Crianças Quilombolas de 0 a 1 Ano	89

4.2.2.1 Descrição da Rotina Diária do Cuidado da Criança	90
4.2.2.2 Cuidados com Higiene e Proteção do Bebê	93
4.2.2.3 Cuidados com o Coto Umbilical	97
4.2.2.4 Cuidados com a Alimentação no Primeiro Ano de Vida	103
4.2.2.5 Cuidados com a Erupção Dentária	117
4.2.2.6 Cuidados com Estimulação Psicomotora	122
4.2.2.7 Cuidados com o Sono e Repouso	126
4.2.3 Cuidados nas Intercorrências no Primeiro ano de vida: das Práticas Populares à Medicalização	129
4.2.3.1 Práticas Religiosas no Cuidado da Criança	143
4.2.4 Suporte Social de Cuidados à Saúde da Criança Quilombola de 0 a 1 Ano	151
4.2.4.1 Contribuição da Família no Cuidado à Criança Quilombola	154
4.2.4.2 Apoio Comunitário como Suporte de Cuidado à Criança Quilombola	158
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	162
REFERÊNCIAS	166
APÊNDICES	189
APÊNDICE A: Roteiro de Observação	190
APÊNDICE B: Roteiro de Dados sóciodemográficos e Entrevista	191
APÊNDICE C: Orientação aos Colaboradores	192
APÊNDICE D: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	194
ANEXOS	195
ANEXO A: Localização Geográfica de São Francisco do Conde	196
ANEXO B: Certidão de Autorreconhecimento do Distrito de Monte Recôncavo como Comunidade Remanescente de Quilombo	197
ANEXO C: Parecer de Aprovação do CEP/EEUFBA	198
ANEXO D: Quadro 5. Esquema alimentar para crianças menores de dois anos que estão em aleitamento Materno (BRASIL, 2009).	199

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
AIDPI	Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância
APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
BA	Bahia
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
EE/UFBA	Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAPESB	Fundação de Amparo à Pesquisa no Estado da Bahia
FCP	Fundação Cultural Palmares
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IRAs	Infecções Respiratórias Agudas
LAN	Local Área Network
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAISC	Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança
PAS	Programa de Acolhimento Social
PBQ	Programa Brasil Quilombola
PETROBRAS S/A	Petróleo Brasileiro
PIB	Produto Interno Bruto
PIBIC	Programa Institucional de Bolsas para Iniciação Científica
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher
PNMPC	Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
RLAM	Refinaria Landulpho Alves-Mataripe
RN	Recém-Nascido

SEPPIR	Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial
SIAB	Sistema de Informação de Atenção Básica
SFC	São Francisco do Conde
SPN	Saúde da População Negra
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Teoria do Cuidado Cultural
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UEFS	Universidade Estadual de Feira de Santana
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UFRB	Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UNICEF	United Nations Children's Fund
UNIVASF	Universidade Federal do Vale do São Francisco
USF	Unidade de Saúde da Família

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Taxas de mortalidade infantil e de mortalidade nos cinco primeiros anos de vida segundo cor da pele. Brasil, PNDS 2006.	36
Quadro 2. Caracterização das Mães Estudadas em SFC/BA, 2011.	64
Quadro 3. Práticas de amamentação em diferentes Países.	104
Quadro 4. Alterações locais e Sistêmicas relatadas na literatura como associadas ao processo de erupção dental.	118
Quadro 5. Esquema alimentar para crianças menores de dois anos que estão em aleitamento Materno (BRASIL, 2009).	199

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1. Modelo Ecológico de Determinantes do Desenvolvimento Integral da Infância.	31
FIGURA 2. “Sunrise”: Modelo teórico conceitual da Diversidade e Universalidade Transcultural do Cuidado	51
FIGURA 3. Praça da Igreja Nossa Senhora do Vencimento	53
FIGURA 4. Orla de São Francisco do Conde-BA	53
FIGURA 5. Área de Extração de Petróleo localizada na estrada de acesso entre São Francisco do Conde e o Monte Recôncavo	54
FIGURA 6. Unidade de Saúde da Família de Monte Recôncavo (São Francisco do Conde-BA).	59
FIGURA 7. Esquema Representativo das Categorias e Subcategorias	78

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1. Fonte de Abastecimento de Água em Monte Recôncavo, SFC-BA, 2011.	55
GRÁFICO 2. Tratamento de Água no Domicílio em Monte Recôncavo, SFC-BA, 2011.	55
GRÁFICO 3. Destino do lixo em Monte Recôncavo, SFC-BA, 2011.	56
GRÁFICO 4. Destino dos Resíduos Biológicos nos Domicílios de Monte Recôncavo, SFC-BA, 2011.	57

1 INTRODUÇÃO

O cuidado à criança em suas diversas fases de crescimento e desenvolvimento envolve uma série de aspectos, tais como percepção dos pais acerca das necessidades das crianças, recursos utilizados nesse cuidado, influências sociais e culturais, acesso a serviços de saúde, entre outros aspectos que determinam o processo do cuidar/cuidado.

Na Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a), percebi a amplitude do cuidado integral direcionado para as crianças, ao referir que esse cuidado deve ser multiprofissional e que dê conta de compreender todas as suas necessidades e direitos como indivíduo. Inclui ainda, como cuidado integral, a responsabilidade de disponibilizar o cuidado necessário em todos os níveis da promoção à saúde – por meio da atenção básica em nível mais complexo de assistência, assim como do *locus* próprio dos serviços de saúde aos demais setores que têm interface estreita e fundamental com a saúde, como moradia, saneamento, educação, entre outros.

Este processo pode acontecer em ambientes e contextos diferentes, mesmo que interdependentes; porém, fazendo um recorte para o cuidar/cuidado da criança no domicílio, Elsen, Marcon, Silva (2004) referem que o sistema familiar de saúde está inserido num contexto sociocultural que inclui os sistemas profissional e popular de cuidados, com os quais faz trocas, influenciando-os e sendo influenciado por eles.

Zanatta e Motta (2007) ressaltam que no contexto domiciliar do cuidado à criança, a mãe, enquanto detentora de saberes e práticas, deve assumir um papel importante em todo esse processo e, para tanto, necessita de apoio a fim de que possa assumir esta responsabilidade, uma vez que seus entendimentos e condutas podem influenciar ricamente o potencial da criança.

Portanto, estes saberes e práticas de cuidados direcionados às crianças precisam ser conhecidos para, posteriormente, serem respeitados pelos profissionais de saúde, pois existem diferentes modelos de cuidado que, de acordo com Zanatta (2006), são influenciados pelos ambientes físico, emocional, cultural, e ainda pela estrutura social à qual o indivíduo pertence, considerando que cada cultura possui suas próprias concepções de saúde, doença e cuidado.

O estudo realizado por Bustamante e Trad (2009) sobre cuidados da saúde de crianças pequenas no contexto familiar concluiu que há coexistência de valores tradicionais, vinculados à centralidade da família na organização do cotidiano e o lugar das mulheres como

cuidadoras das crianças. Ressaltam ainda o caráter intersubjetivo do cuidado, na medida em que o atendimento de uma criança engloba também a sua família, pois a criança é em si mesma um projeto familiar.

Destaco neste estudo as influências socioculturais, principalmente aquelas que se referem às práticas de cuidado à saúde da criança no domicílio, incluindo os procedimentos e recursos utilizados para a cura e prevenção de doenças, assim como para manutenção da saúde e, desta forma, entendimento de como as mulheres cotidianamente cuidam no domicílio e resgatam seus saberes e práticas com vistas à promoção adequada do crescimento e desenvolvimento da criança.

Neste contexto, Waidman e cols (2007) analisam que a família, em seu processo de viver, constrói um mundo de símbolos, significados, valores, saberes e práticas, em parte oriundos de sua família de origem, e em parte, decorrentes das interações cotidianas. Assim, ressalta-se que o mundo de significados é próprio de cada família e existem influências do contexto no qual ela está inserida.

Por isso, quando destaco o cuidado de crianças no contexto familiar, considero fundamental que os profissionais de saúde compreendam os determinantes envolvidos, atentando para as estratégias, saberes e práticas que as famílias empregam em seus modelos de cuidado.

Boehs e cols (2007), analisando a relação entre a cultura e os modelos de cuidado, referem que as mudanças no processo saúde-doença têm fomentado os profissionais de saúde a buscarem outros referenciais além dos biológicos, uma vez que se reconhece a interferência da cultura, ou seja, com os estilos de vida, hábitos, rotinas e rituais na vida das pessoas. Conseqüentemente, os profissionais do sistema de saúde oficial devem conviver e se aproximar de outros sistemas de cuidado, entre eles, o familiar e o popular, com vistas a uma maior aproximação da lógica do cliente/usuário e à interface entre o profissional e o usuário.

Com relação ao sistema familiar de cuidado, chamo atenção para as práticas populares de cuidado, que são definidas por Silva (1996), como todos os recursos utilizados pelas famílias, pessoas leigas e por terapeutas populares e a apreensão desse saber se constrói no cotidiano e se transmite de geração a geração, sendo que não está ligado a serviços formais de saúde.

Complementando, Carreira e Alvim (2002) referem que as práticas de cuidado à saúde são, principalmente, manifestações culturais de um povo e que estas relacionam-se à tradição e perpetuação pela prática ao longo das gerações.

No Brasil, especialmente na Região Nordeste, as práticas populares têm sido utilizadas comumente na busca de solução para problemas de saúde com o objetivo de prevenir ou de curar doenças (SILVA, 1996).

A justificativa do uso de práticas baseadas no saber popular não se encontra apenas na falta de esclarecimento ou de recursos financeiros por parte da população. Mesmo em grandes centros urbanos e em classes socialmente mais elevadas, crenças e práticas baseadas no saber popular e em experiências empíricas são adotadas como recursos destinados à manutenção da saúde ou cura de doenças. Essas práticas se justificam principalmente por meio da crença na ação terapêutica dos recursos utilizados (BARBOSA e cols, 2003).

As práticas populares podem e devem ser compreendidas e respeitadas pelos profissionais de saúde, pois fazem parte do conhecimento comum de uma região, e albergam em si um saber atávico, baseado na percepção sensível.

Neste estudo, considerarei práticas populares de cuidado, os saberes e práticas de cuidados advindos do senso comum, baseadas na cultura e na tradição, transmitidas de geração à geração, resgatadas no cuidado familiar como estratégias de cuidado de saúde.

Faz-se necessário, portanto, conhecermos como estas práticas populares são incorporadas no cuidado das crianças, para que possamos associá-las nas ações de cuidado formais prestados nas instituições de saúde, principalmente àquelas inseridas nas comunidades quilombolas, uma vez que elas constituem no Brasil um número de 3.542 unidades, identificadas em todo país, estando 1.886 certificadas pela Fundação Cultural Palmares (BRASIL, 2012).

Ainda, na medida em que a população quilombola tem descendência com predomínio da raça negra, as informações obtidas e o conhecimento gerado a partir dos dados sobre os modos de cuidado e sua saúde servirão como balizadores para o entendimento da saúde da população negra em geral.

Assim, torna-se essencial investigarmos como acontece o cuidado das crianças no núcleo familiar, pois a família, como a primeira instância socializadora da qual fazemos parte, é o principal meio de divulgação de saberes e práticas de cuidado e tem um importante destaque na manutenção da saúde de seus membros e da sua comunidade e, de maneira especial, das crianças e adolescentes.

1.1 APROXIMAÇÃO COM A TEMÁTICA

A minha intencionalidade em estudar esse tema emergiu de inquietações suscitadas em momentos diferentes da minha atuação enquanto enfermeira assistencial e docente, mas que foi fortemente instigada pelo objeto de estudo investigado durante o Mestrado em Enfermagem, na Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (EE/UFBA), em 2008, intitulado “O Cuidado à Criança prematura no Domicílio” (MORAIS, 2008). Nessa pesquisa, busquei a compreensão de como as crianças prematuras eram cuidadas nos seus domicílios e constatei que os principais cuidadores foram as mães, auxiliadas pelas avós maternas ou paternas.

Concluí, por meio da Dissertação de Mestrado (MORAIS, 2008), que as mães desenvolviam ações apreendidas por meio do senso comum para cuidarem de seus filhos, utilizavam estratégias específicas e individualizadas para o cuidado dos filhos e, eventualmente, resgatavam práticas populares neste cuidado. Porém, por esta temática não se constituir objeto de estudo, não pude, naquela oportunidade, aprofundar-me ou investigar como essas práticas aconteciam com as crianças de modo geral, até o primeiro ano de vida.

Posteriormente, ingressei como docente na Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF), localizada em Petrolina (PE), para lecionar a disciplina de Saúde da Criança e do Adolescente do Curso de Enfermagem e desenvolvi atividades de pesquisa, extensão e ensino, com foco no cuidado à criança; seja na área hospitalar, seja na rede básica ou domiciliar.

Em todos esses contextos, observei de maneira assistemática que as mães cuidam, cada uma do seu modo, dos seus filhos nas variadas faixas etárias, resgatando conhecimentos prévios, advindos do senso comum ou de orientações formais dos profissionais de saúde e que, por vezes, associavam as práticas populares de cuidados à saúde para promover saúde e/ou prevenir doenças em seus filhos, ainda que de maneiras diferentes.

Durante as minhas atividades de ensino, nas práticas do módulo de Saúde da Criança e do Adolescente do Curso de Enfermagem da UNIVASF, em diferentes serviços de saúde dos municípios de Petrolina (PE) e Juazeiro (BA), localizados respectivamente nos Estados de Pernambuco e Bahia, onde eventualmente atendíamos crianças oriundas de comunidades quilombolas, pude constatar que os cuidados de saúde tinham suas especificidades e, por vezes, incorporavam as práticas populares como estratégias nesse processo.

Essas maneiras diferenciadas de cuidar parecem estar atreladas à cultura de cada família, ao modo em que vivem, à difusão de conhecimentos populares de cuidados de saúde em cada sociedade e também à condição de acesso aos serviços formais de saúde.

Tais observações, que por vezes se transformavam em inquietações, me fizeram refletir e, sobretudo, despertaram meu interesse no desenvolvimento de pesquisas sobre o cuidado cotidiano de crianças no domicílio e as práticas populares enquanto estratégias de cuidado. Instigou-me ainda mais como esse processo do cuidar/cuidado acontecia em comunidades tão específicas como o caso de quilombolas, indígenas, ribeirinhas, entre outras, e com crianças de idades diferenciadas.

A motivação avigorou-se a partir de discussões desses conteúdos em reuniões informais com profissionais que atuavam nas comunidades quilombolas de Juazeiro (BA), durante as quais se ressaltava a necessidade de estudo desta temática, sinalizando inclusive que este estudo nortearia ações de saúde para a população negra, de maneira geral, e especificamente, para as crianças.

Partindo dessas discussões e ideias instigantes, desenvolvi juntamente com algumas discentes de Graduação em Enfermagem da UNIVASF um Projeto vinculado ao Programa Institucional de Bolsas para Iniciação Científica (PIBIC), intitulado “Práticas populares de cuidado à criança de 0 a 5 anos em comunidade quilombola de Barrinha da Conceição, do município de Juazeiro-BA”².

Esta pesquisa revelou que as práticas populares de cuidado em saúde faziam parte do cotidiano da comunidade quilombola estudada e que as mulheres inseriam cuidados variados para prevenir doenças em seus filhos, como chás caseiros, garrafadas, melações, assim como resgatavam outros saberes e práticas para cuidarem dos filhos doentes, como os remédios caseiros, banhos de assento e benzimentos.

Paralelamente a esses projetos de PIBIC, orientei uma pesquisa de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) sobre “Práticas populares de cuidado aos recém-nascidos na comunidade quilombola de Barrinha do Cambão”, também no município de Juazeiro³. O estudo revelou a presença de práticas populares no cuidado a recém-nascidos, realizadas de forma aliada e complementar à medicina tradicional, buscando solução para problemas do

²Este projeto incluía quatro discentes (uma bolsista e três voluntárias), que desenvolviam dois subprojetos denominados “Valorização das práticas alternativas de cuidado por mulheres da comunidade quilombola de Barrinha da Conceição, em Juazeiro-Bahia” e “Perfil das práticas alternativas de cuidado direcionadas às crianças de 0 a 5 anos na comunidade quilombola de Barrinha da Conceição, em Juazeiro-Bahia”.

³Essas pesquisas foram realizadas em duas comunidades quilombolas do município de Juazeiro, Barrinha do Cambão e Barrinha da Conceição, as quais também são ribeirinhas, uma vez que localizam-se às margens do Rio São Francisco.

dia-a-dia, principalmente relacionados ao cuidado com o coto umbilical, uso de chás caseiros e a inserção de práticas religiosas, sendo que essas últimas emergiam como tentativa de explicações para as doenças e proteção da criança.

Na medida em que busquei uma maior aproximação com esta temática, percebi que os estudos anteriores foram realizados com metodologias que não permitiram aprofundar a investigação e, conseqüentemente, aspectos importantes não puderam ser analisados. Associado a este fato e ampliando informações a respeito da necessidade da qualificação docente, busquei desenvolver uma pesquisa, tornando-se objeto de estudo de doutoramento, que permitiu aprofundar a metodologia sobre o cuidado domiciliar de crianças de 0 a 1 ano em comunidade quilombola numa perspectiva transcultural, pois os trabalhos desenvolvidos anteriormente não abarcaram questões mais complexas. Assim, pude aproximar-me mais da temática sobre Saúde da População Negra, associada à temática do cuidado domiciliar à criança.

Particularmente neste estudo, houve uma delimitação das crianças na faixa etária de 0 a 01 ano; devido ao convívio destas crianças restringirem-se ao ambiente familiar e ainda por considerarmos que, neste período, a criança passa por várias modificações no crescimento e desenvolvimento e, conseqüentemente, deve apresentar uma demanda de cuidados específicos relacionados à alimentação, estimulação motora e cognitiva, higiene, dentição, sono e repouso.

Nesta faixa etária, a criança também apresenta maior vulnerabilidade para morbimortalidade infantil; considerando que, segundo a Unicef (2012), Brasil classifica-se como o 103º país, no contexto mundial, em número de mortes entre crianças menores de cinco anos, destacando-se o índice de mortalidade entre crianças menores de um ano, o qual encontra-se em 17 mortes para cada mil nascidos vivos.

Neste momento, estabelece-se como **problema de pesquisa**:

Como as mães cuidam dos seus filhos de 0 a 1 ano no domicílio na comunidade quilombola do Monte Recôncavo, no município de São Francisco do Conde- Bahia?

Assim, visando aprofundar-me nas questões relacionadas ao cuidado transcultural de crianças de 0 a 01 ano em uma comunidade quilombola e responder ao questionamento feito anteriormente, tracei o seguinte **Objetivo Geral**:

- Analisar o cuidado à saúde prestado pelas mães no domicílio à criança de 0 a 1 ano na comunidade quilombola do Monte Recôncavo em São Francisco do Conde-BA na perspectiva da Teoria Transcultural do Cuidado de Leininger.

E como **Objetivos Específicos**:

- Compreender os significados de saúde e doença para cuidadores de crianças de 0 a 1 ano em comunidade quilombola;
- Descrever os cuidados de saúde domiciliares prestados à criança de 0 a 1 ano na comunidade quilombola;
- Identificar as práticas populares de saúde no cuidado domiciliar de crianças de 0 a 1 ano;
- Descrever a rede de suporte social das famílias para cuidar de crianças pequenas no domicílio.

Este estudo tem como **pressuposto** que o cuidado domiciliar de crianças de 0 a 01 ano de idade em comunidades quilombolas é influenciado pela cultura e pelas interações sociais da família entre si e com a comunidade na qual está inserida, incluindo as práticas populares no sistema familiar e as especificidades do contexto sociocultural de uma comunidade quilombola, processo este que interfere nas condições de saúde dessas crianças.

O presente estudo faz parte de uma pesquisa intitulada “Fatores de Vulnerabilidade na Saúde das Crianças e Adolescentes de São Francisco do Conde”⁴, consistindo em um subprojeto deste.

A relevância desta investigação incide no ineditismo, ao tempo em que revela como as crianças quilombolas de 0 a 01 ano de idade são cuidadas no contexto domiciliar e a interferência de práticas populares neste cuidado. Desta forma, contribuirá para divulgação de conhecimentos relacionados à saúde dessas comunidades e apreender o cuidar/cuidado de crianças em comunidades que possuem uma identidade social, histórica e cultural; assim como possibilitará o conhecimento e resgate do saber popular.

⁴ Projeto de pesquisa desenvolvido no município de São Francisco do Conde, com financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa no Estado da Bahia (FAPESB), entre 2010 e 2011. Este projeto engloba cinco subprojetos, os quais são desenvolvidos por quatro alunos do Mestrado e uma aluna do Doutorado.

Esta pesquisa poderá possibilitar debates acadêmicos sobre a realidade social e cultural das comunidades quilombolas, na medida em que pode direcionar os aspectos relevantes na integralidade da saúde de crianças quilombolas, apontando possíveis soluções para assistência à saúde das famílias quilombolas, a fim de subsidiar novas estratégias de incorporação de cuidados com suas crianças.

Enfim, poderá subsidiar as políticas de saúde tanto em nível local quanto regional para promoção da saúde da criança negra e ainda preparar profissionais de saúde para atuar junto à população quilombola a partir da ótica dos sujeitos. Nesta perspectiva, também servirá para elaboração de instrumento de orientações de cuidado à criança, como cartilhas para as mães e protocolos para os profissionais de saúde integrarem o saber popular ao saber formal, aproximando-os da comunidade local.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Este capítulo é construído a partir das discussões para contextualização da temática desta pesquisa, incluindo: Particularidades da Criança no primeiro ano de vida; Especificidades das Comunidades Quilombolas e Condições de Saúde da Criança Negra; A Interseção entre Cultura, Cuidado de Enfermagem e Cuidado Familiar; e Práticas Populares nos Cuidados à Saúde.

2.1 PARTICULARIDADES DA CRIANÇA NO PRIMEIRO ANO DE VIDA

Para reportarmo-nos a uma faixa etária específica, é primordial entendermos as características que lhes são peculiares. É fundamental que a enfermeira se familiarize com as características do grupo etário ao qual pertence a criança a ser observada. Assim, a enfermeira- enquanto educadora em saúde- compartilha com a criança e a família informações e conhecimentos quanto à avaliação da situação da criança; reforça condutas adequadas ao desenvolvimento da criança, dos familiares; e discute propondo alternativas àquelas que julgar inadequadas.

O primeiro ano de vida da criança é caracterizado por grandes mudanças, durante o qual há um intenso processo de crescimento e desenvolvimento infantil. Portanto, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002), o crescimento e o desenvolvimento tornam-se eixos referenciais para todas as atividades de atenção à criança sob os aspectos biológico, afetivo, psíquico e social.

Segundo Zanatta (2006), a criança, desde seu nascimento, está submetida à ação do ser humano adulto, que tem participação e influências importantes no seu processo de crescimento e desenvolvimento, nos seus aspectos físicos, psíquicos, cognitivo e afetivo, os quais irão, gradativamente, construí-la como um ser.

Assim, para construir um marco teórico sobre a criança de 0 a 01 ano, faz-se necessário inicialmente trazer algumas definições sobre crescimento e desenvolvimento infantil, no intuito de facilitar a compreensão de como essas mudanças acontecem, pois estão atreladas às especificidades daquela faixa etária.

O crescimento e o desenvolvimento fazem parte do mesmo processo; são interdependentes, mas não são sinônimos, à medida que o crescimento se expressa por aumento da massa corporal, enquanto o desenvolvimento se expressa pela aquisição de habilidades progressivamente mais complexas. Ambos são processos dinâmicos e contínuos que ocorrem em um indivíduo a partir de sua concepção (MINAS GERAIS, 2004).

Para Collet (2002), o desenvolvimento é caracterizado por uma transformação complexa, contínua, dinâmica e progressiva, que inclui, além do crescimento, a maturação, a aprendizagem e os aspectos psíquicos e sociais, partindo de estágios mais inferiores para os mais avançados de complexidade.

O crescimento é definido por Carabolante e Ferriani (2003) como aumento do corpo, como um todo ou em algumas de suas partes, e podem ser mensurados em centímetros ou gramas, significando o aumento do tamanho das células. Referem que o desenvolvimento constitui-se na capacidade do indivíduo em realizar funções cada vez mais complexas. Para tanto, necessita desenvolver o controle neuromuscular, destreza e funções que só podem ser mensuradas por meio de provas ou testes funcionais.

O termo desenvolvimento, quando aplicado à evolução da criança, significa constante observação no crescimento das estruturas somáticas e aumento das possibilidades individuais de agir sobre o ambiente (SILVA; SANTOS; GONÇALVES, 2006).

As experiências culturais e ambientais podem levar os resultados do desenvolvimento e crescimento para diferentes direções, associadas à estimulação que a criança recebe de seus pais e familiares, considerando que ambos são processos dependentes das condições ambientais, sociais e culturais.

Este fato é analisado por Silva, Santos e Gonçalves (2006), ao considerarem que o ambiente em que o lactente vive pode dar diferentes formatos ou moldar aspectos do seu comportamento motor. O ambiente positivo age como facilitador do desenvolvimento normal, pois possibilita a exploração e interação com o meio. Entretanto, o ambiente desfavorável lentifica o ritmo de desenvolvimento e restringe as possibilidades de aprendizado da criança. Paralelamente aos fatores de risco biológicos, as desvantagens ambientais podem influenciar negativamente na evolução do desenvolvimento das crianças.

Esse estudo limitou-se a observações dos cuidados das crianças recém-nascidas até 1 ano de idade, considerando que a criança, em seu primeiro ano de vida, devido à sua condição de vulnerabilidade, é classificada como grupo de alto risco, tornando-se prioritária nas ações de saúde. Ainda, nesta faixa etária, a criança recebe cuidados prioritariamente de sua família, especialmente de sua mãe, e tem um convívio social restrito ao contexto domiciliar.

Neste primeiro ano de vida, cada mês e cada fase de desenvolvimento acarretam implicações para a sua assistência. Nesse contexto, cuidar de um lactente até um ano de idade significa colocar-se num campo de alta complexidade, devido à vasta rede conceitual que a representa, onde inumeráveis entrecruzamentos levam-nos a considerar não apenas a sua sobrevivência, mas, principalmente, o seu desenvolvimento, o seu bem-estar e sua qualidade de vida e a ressignificar o cuidado a ela oferecido (VASCONCELOS et al, 2009).

Pela minha experiência prática e de pesquisadora, ao cuidar de RN e crianças maiores, pude observar uma série de transformações as quais a criança experimenta desde que nasce até completar um ano de vida, sendo que cada criança as vivenciam de maneiras diferentes, como a progressiva interação ambiental e social, surgimento da dentição, verbalização de sons incompreensíveis até palavras, as mudanças alimentares, as alterações motoras (desde sustentar o segmento cefálico, aprender a engatinhar até dar os primeiros passos e andar), entre outras alterações próprias e esperadas para a idade.

Quando se avalia o crescimento, observa-se sempre particularidades no primeiro ano de vida, período este considerado crucial para infância, pela vulnerabilidade neste período. Assim, alguns autores (PUCCINI; STRUFALDI, 2005; HOCKENVERRY, 2006; MADEIRA; SILVA, 2007) elencam a série de transformações que ocorrem neste primeiro ano de vida:

- Crescimento geral somático: associa-se ao crescimento do corpo de uma forma geral, em suas medidas externas, acompanhando pela avaliação de peso e estatura. No primeiro ano de vida, o lactente cresce em torno de 24 cm e ganha aproximadamente 6.000 gramas. Além da adolescência, este primeiro ano de vida caracteriza-se pela intensa velocidade de crescimento geral somático.

- Crescimento neural: apesar da maior intensidade deste crescimento acontecer antes de nascer, até o primeiro ano de vida é o período de maior atividade após o nascimento e é caracterizado pelo aumento do perímetro cefálico externamente e multiplicação das células nervosas. Acredita-se inclusive que todas as células nervosas surgem até os primeiros seis meses de idade.

- Crescimento genital: não apresenta modificações importantes nesta faixa etária, uma vez que permanecem latentes em torno de 08 a 10 anos, quando começam a sofrer alterações significativas.

- Crescimento linfóide: os tecidos linfóides (contidos nos linfonodos, timo, baço, amídalas, adenoides e linfócitos sanguíneos) seguem um padrão de crescimento diferenciado,

pois já estão bem desenvolvidos ao nascer e em torno de seis anos de idade já têm proporções adultas.

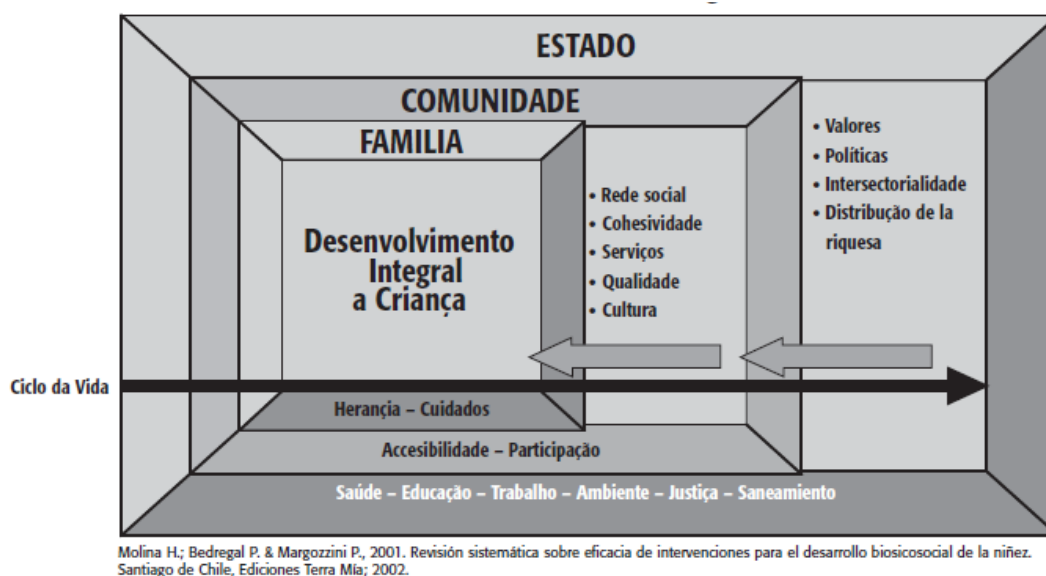
Para o desenvolvimento infantil, alguns autores (RESEGUE; COLLUCCI, 2005; HOCKENVERRY, 2006; MADEIRA; SILVA, 2007) afirmam que a criança passa por diferentes fases de desenvolvimento que precisam ser avaliadas em conjunto com os padrões de crescimento. Segundo Resegue e Collucci (2005), o desenvolvimento é um processo que resulta da interação entre as influências biológicas, a história de vida do indivíduo e o contexto sociocultural.

Nesta perspectiva, o desenvolvimento infantil é geralmente dividido por domínio de funções ou habilidades, os quais são caracterizados pelos desenvolvimentos (RESEGUE, COLLUCCI, 2005; BRASIL, 2002a; HOCKENVERRY, 2006; MADEIRA, SILVA, 2007; FIGUEIRAS e cols, 2005): motor (dividido em habilidades motoras grossas e motoras finas; sensorial (relacionado às funções do sentido, como audição, visão, olfação, paladar e sensibilidade tátil); cognitivo (capacidade de aprendizagem e raciocínio infantil); social e emocional (associado à interação social e emocional da criança, a qual progride e amplia com o avançar da idade); e de linguagem (relacionado ao desenvolvimento da comunicação neste período, desde ao balbuciar de letras à emissão de frases com coerência lógica. Ressalta-se que se encontram diferentes classificações para o desenvolvimento infantil; porém, chama-se atenção ao fato de que esses domínios de funções -os quais são utilizados para avaliar o desenvolvimento- acontecem de forma interdependente, influenciando e sendo influenciados pelos outros e que sofrem interferências de vários aspectos do contexto no qual a criança e sua família vivem.

Destaca-se, portanto, que nesta faixa etária os cuidados devem ser direcionados para as necessidades que a criança apresenta, incluindo a recomendação da estimulação cognitiva e motora, associado às medidas de promoção de saúde e prevenção das doenças prevalentes na infância, como problemas respiratórios, diarreia, problemas com alimentação e peso baixo (BRASIL, 2002b).

Assim, no primeiro ano de vida, a criança passa por um período de intenso desenvolvimento. Segundo Figueiras e cols (2005), esse processo decorre de uma interação entre as características biológicas e as experiências oferecidas pelo meio ambiente. Para exemplificar essa interação, esses autores utilizam o esquema a seguir (Figura 1) para ilustrar, por meio do Modelo Ecológico, a interação de ambientes diferentes no processo de desenvolvimento infantil, representados pela Família, Comunidade e Estado, considerando que cada um dele possui interferências específicas: a família emerge como a primeira

instância socializadora e protetora da criança, englobando seu papel de proteção, cuidado e atenção imediata às necessidades da criança; a Comunidade, pelos seus modelos de organização e participação no contexto familiar; e o Estado, pela formulação de políticas públicas e suporte institucional. Ressalta-se que essas instâncias são interdependentes e que o desenvolvimento da criança sofre influências desde a unidade micro (família) até a macro (Estado).



Fonte: FIGUEIRAS e cols, 2005.

Figura 1. Modelo Ecológico de Determinantes do Desenvolvimento Integral da Infância

Partindo do entendimento das peculiaridades da criança, deve-se sempre garantir os direitos preconizados pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), fazendo ressalva para o Artigo 11 do Capítulo 01 (BRASIL, 2008, p. 11) que assegura atendimento integral à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde. Essa ideia é corroborada por Vasconcelos et al (2009), na medida em que afirmam que as crianças devem ter o melhor início da vida, precisam de alimentação, de abrigo, de cuidados afetivos para promover um desenvolvimento saudável.

A assistência à criança se baseia na promoção da saúde, prevenção, diagnóstico precoce e recuperação dos agravos. O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, complementado por atividades de controle das doenças prevalentes, como diarreia e afecções respiratórias agudas, e pelas ações básicas, como o estímulo ao aleitamento materno,

orientação alimentar e imunizações, contribuem para a promoção de uma qualidade de vida saudável. Para isso, torna-se imprescindível o esforço conjunto da família, da equipe de saúde e de diferentes organizações, que possam garantir a Integralidade da Saúde da Criança.

Chamo atenção que a assistência à criança seja especial quando se tratar de crianças inseridas em grupos populacionais específicos, como o caso de comunidades indígenas, ribeirinhas, quilombolas - sendo esta a delimitação neste estudo -, entre outras; a fim de atender demandas individualizadas e que valorizem o contexto em que vive a criança.

2.2 ESPECIFICIDADES DAS COMUNIDADES QUILOMBOLAS E CONDIÇÕES DE SAÚDE DA CRIANÇA NEGRA

A delimitação pela comunidade quilombola nesta pesquisa deve-se por considerar que esta tem sua identidade e, conseqüentemente, suas particularidades. De acordo com Silva e cols (2009), os quilombos são núcleos populacionais que, diante da condição de escravidão, constituíram formas particulares de organização social e ocuparam espaços geográficos estratégicos no Brasil.

Esta definição retrata apenas uma questão histórica, pois, para Santos e Doula (2008), é preciso pensar nas comunidades quilombolas como grupos possuidores de articulações sociopolíticas e econômicas próprias, que passaram por modificações com o tempo e espaço desde a escravidão; mas que principalmente se configuram por um grupo que possui um processo de integração sociocultural.

Neste contexto, torna-se essencial compreender o que seja quilombos, comunidades quilombolas ou comunidades remanescentes de quilombos, uma vez que se encontra na literatura definições que são complementares e que elucidam estes conceitos.

As comunidades remanescentes de quilombo são grupos sociais cuja identidade étnica os distingue do restante da sociedade; ressaltando que, quando se fala em identidade étnica trata-se de um processo de auto-identificação bastante dinâmico, que não se reduz a elementos materiais ou traços biológicos distintivos, como cor da pele, por exemplo (BRASIL, 2004d).

No entanto, Passos (2007) faz uma crítica ao termo “remanescente de quilombo”, o qual é utilizado no texto constitucional e remete à noção de resíduo, de algo que já se foi e do qual sobraram apenas algumas lembranças. Para o autor, esse termo não corresponde à

maneira que os próprios grupos utilizavam para se autodenominar nem tampouco ao conceito empregado pela antropologia e pela História. E a palavra “remanescente” denota também o olhar do Estado como sendo aquele com a competência necessária para definir quem é ou não comunidade quilombola.

Portanto, neste estudo, utilizar-se-á o termo quilombo ou comunidade quilombola, pois, para o Movimento social negro, Quilombo passou a ser sinônimo de povo negro, sinônimo de comportamento negro, de esperança e luta por uma sociedade igualitária, passou ainda a ser sede interior e exterior de todas as formas de resistência cultural (BARROS, 2007).

Essa ideia é corroborada por Silva (2012), ao referir que os quilombos no Brasil surgiram na medida em que os negros, rejeitando a cruel forma de vida, buscavam a liberdade e uma vida com dignidade, resgatando a cultura e a forma de viver que deixaram na África, contribuindo, desse modo, para a formação dos quilombos –caracterizados pela resistência e autonomia- e da cultura afro-brasileira.

O reconhecimento legal destas comunidades foi estabelecido a partir da Constituição de 1998, no artigo 68 das disposições constitucionais transitórias, delegando à Fundação Cultural Palmares os cuidados de todas as questões referentes aos quilombos. A definição de quilombos está baseada na auto-atribuição, com trajetória histórica própria, dotada de relações territoriais específicas, com a presunção de ancestralidade negra, relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida (BRASIL, 2004b; 2007).

As titulações das comunidades quilombolas se iniciam com a identificação, por meio da autodefinição do grupo, confirmada com documento de Certidão de Registro, no Cadastro Geral de Remanescentes de Comunidades de Quilombos, emitida pela Fundação Cultural Palmares⁵. É necessária a elaboração de um relatório antropológico sobre a comunidade e o levantamento de toda a cadeia dominial dos imóveis localizados na área pleiteada e a demarcação e titulação do território com outorga do título coletivo e pro-indiviso são realizadas em nome da associação comunitária (BRASIL, 2007; SILVA, 2012; SANTOS; DOULA, 2008).

Estas comunidades se localizam em várias regiões do País, notadamente nas áreas rurais; apresentam um relativo grau de isolamento geográfico e vivem desigualdades sociais e de saúde. Nestas comunidades, as consequências históricas do processo de escravidão e a

⁵ A Fundação Cultural Palmares é uma entidade pública vinculada ao Ministério da Cultura, que formula e implanta políticas públicas com o objetivo de potencializar a participação da população negra brasileira no processo de desenvolvimento, a partir de sua história e cultura.

forma de sua libertação têm influenciado o acesso diferenciado a bens e serviços (BRASIL, 2004b; BRASIL, 2007).

Além do Brasil, as comunidades quilombolas também estão organizadas em outros países, nos quais recebem outras designações. Segundo Martins (2008), na América do Sul são denominados cimarrones e na América Central, creoles e garífunas; porém, no Brasil, o termo *quilombo* adquiriu o sentido de grupos autônomos, originados dos agrupamentos de escravos fugitivos.

De acordo com a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR) (BRASIL, 2012), até julho de 2012 foram certificadas no Brasil apenas 1.886 comunidades quilombolas distribuídas em todos os estados; porém, os movimentos sociais indicam a existência de mais de 4000 comunidades distribuídas na zona rural de todo o território brasileiro.

A realidade das comunidades quilombolas no Brasil consiste em organizações fragmentadas nacionalmente, pois estão espalhadas pelos estados da federação, com poucas regiões reconhecidas oficialmente, ao considerarmos o grande número das mesmas, e que possuem frágil representação política e social no país.

Para Carvalho (1997), a distribuição dos quilombos nos países ocidentais que receberam contingentes de escravos, a presença negra é claramente identificável nos mapas nacionais e traz exemplos como Colômbia, especificamente na região dos palenques, onde se concentram as comunidades negras, delimitadas na costa norte, ao redor de Cartagena e Barranquilla; Jamaica, os povoados de quilombos (chamados maroons) são poucos e perfeitamente definidos, política e territorialmente; e Suriname, onde a situação é mais nítida, pois existem seis nações de quilombolas (chamados negros da selva), com território demarcado e funcionam como estados independentes, sinalizados oficialmente nos mapas do país.

Tais comunidades configuram-se em territórios bem delimitados e muitas vezes com isolamento geográfico. Assim, apresentam especificidades em suas organizações sociais, manifestações culturais e religiosas bem peculiares; ao mesmo tempo em que possuem dificuldades de acesso aos serviços de saúde, em espaços rurais carentes de órgãos e serviços públicos.

Deste modo, Santos e Doula (2008) denunciam que os quilombolas ainda configuram-se em um contexto determinado como um não-lugar social, fenômeno evidenciado quando compara as políticas públicas do Estado que preconizam benefícios a estas comunidades e a situação real em que as mesmas se encontram.

Essa condição de “não-lugar social” é constatada pelas condições em que vivem um grande número de pessoas da raça negra, seja em comunidades quilombolas ou não, como apontam diferentes estudos (CHOR, LIMA, 2005; FERREIRA et al, 2005; SANTOS, DOULA, 2008; OLIVEIRA, 2003; GUERRERO et al, 2007; BATISTA, 2002; SILVA, 2007), os quais associam ao quesito raça/cor o alto índice de mortalidade infantil, dificuldade de acesso aos serviços formais de saúde e educação, condições sanitárias precárias e mortalidade por causas externas, ressaltando o homicídio e violência urbana.

Esse contexto é analisado por Oliveira (2003) ao fazer uma sistematização do estado da arte sobre Saúde da População Negra no Brasil para a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), tendo identificado que os afrodescendentes residem nas áreas mais inóspitas das regiões urbanas e em espaços rurais carentes de políticas públicas essenciais para o exercício da cidadania, como saneamento básico, escolas e instituições de saúde.

Poucos estudos analisam a condição de saúde da criança negra (GUERRERO et al, 2007; REIMAO et al, 1999; FERREIRA et al, 2011). Porém, essa situação aparece em vários outros estudos mais amplos, que avaliam a morbimortalidade infantil.

O relatório “Saúde Brasil 2005: uma análise da situação de saúde” apresenta informações discriminadas segundo raça, cor e etnia, enfocando assistência pré-natal, tipo de parto, baixo peso ao nascer e análise dos dados referentes ao nascimento, incluindo morbimortalidade materno-infantil, em âmbito nacional e regional. Entre os dados, o documento destaca o perfil de mortalidade referente às crianças menores de cinco anos, considerando que o risco de uma criança preta ou parda morrer antes dos cinco anos por causas infecciosas e parasitárias é 60% maior do que o de uma criança branca. Ainda, o risco de morte por desnutrição é 90% maior entre crianças pretas e pardas que entre brancas (BRASIL, 2005).

Ainda, segundo Cunha e Barison (2009), as desigualdades entre os grupos sociais se tornam evidentes na medida em que crianças menores de um ano, cujas mães se autodeclararam negras, apresentavam desvantagem com relação às brancas, com um nível de mortalidade infantil 25% mais elevado. Da mesma maneira, os diferenciais nos riscos de morrer antes de completar os primeiros cinco anos de vida, segundo a cor declarada pela mãe, mostram a sobremortalidade dos filhos de mães negras (29% mais elevada) quando comparados com os de mães brancas.

O Quadro 1 mostra a diferença do índice de mortalidade infantil entre crianças de mãe com cor da pele negra e branca, segundo relatório da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher, de 2006.

Quadro 1. Taxas de mortalidade infantil e de mortalidade nos cinco primeiros anos de vida segundo cor da pele. Brasil, Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS), 2006.

Característica: Cor da pele da mãe	Mortalidade infantil (por mil)	Mortalidade de menores de cinco anos (por mil)
Negra	25	36
Branca	20	28

Fonte: PNDS, 2006

O estudo de Ferreira et al (2011) aponta que as condições de nutrição e saúde das crianças de 6 a 59 meses de trinta e nove comunidades remanescentes dos quilombos no Estado de Alagoas, há um perfil de pobreza predominante nessas comunidades; com um déficit estatural como desvio antropométrico dessas crianças, indicativo de desnutrição crônica; a anemia aparece como um grave problema, acometendo as crianças de maneira geral, independente do grau de nutrição.

Guerrero et al (2007) constataram que a mortalidade de menores de um ano de idade em áreas quilombolas do município de Santarém - Pará apresenta diferencial para os quilombos da área de terra firme e várzea⁶, de 30,4 óbitos/por mil nascidos vivos e de 50,2 óbitos/por mil nascidos vivos, respectivamente. Ainda, sinalizam que, enquanto a mortalidade infantil vem diminuindo no país como um todo, nos quilombos estudados, principalmente os de área de várzea, os índices são ainda bastante expressivos, superando as médias nacionais, regionais e estaduais, e classificando-se como altos conforme critérios definidos pelo Ministério da Saúde.

Esses resultados coincidem com os achados do estudo do Programa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNUD) (2005), em que há uma maior probabilidade de morte precoce entre as populações negras, ressaltando a existência de um índice de mortalidade infantil entre crianças negras superior a de crianças brancas desde 1980 até o ano de 2000. Da mesma forma, Volochko e Batista (2009) referem que as análises da mortalidade no país e nos estados brasileiros confirmam a sobremortalidade de pretos em relação a brancos e que os estudos de esperança de vida ao nascer revelam que negros (pretos e pardos) morrem mais precocemente que brancos.

⁶ Considera-se área várzea os terrenos cultiváveis junto aos rios e ribeirões.

A mortalidade infantil em negros é 2,4 vezes maior que em brancos, e nas afecções perinatais afetando os menores de 01 ano, essa proporção equivale a 4,6 vezes mais, demonstrando correlação com os fatores desigualdades raciais e contextos quilombolas (VOLOCHKO; BATISTA, 2009).

Refletindo sobre esses dados e associando-os às questões raciais e sociais, sinalizo que os cuidados de saúde prestados em comunidades quilombolas devem ser específicos, direcionados para população negra. Ressalto ainda a magnitude dos problemas de Saúde da População Negra (SPN), exigindo a elaboração de políticas públicas voltadas às suas necessidades.

Na perspectiva dos direitos humanos, a saúde é reconhecida como o conjunto de condições integrais e coletivas de existência, influenciado por aspectos políticos, culturais, socioeconômicos e ambientais. Nesse sentido, Lopes (2005) refere que é impossível deixar de considerar o avanço da instituição da saúde como direito de todos (as) e dever do Estado (artigo 196 da Constituição Federal); entretanto, a garantia legal ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde não tem assegurado aos negros e indígenas o mesmo nível, qualidade de atenção e perfil de saúde apresentado pelos brancos. Enfatiza que os indígenas, negros e brancos ocupam lugares desiguais nas redes sociais e trazem experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer. A forte associação entre a pobreza e população negra está expressa em diversos indicadores, sejam estes econômicos, educacionais ou de saúde, que atestam essas desigualdades raciais.

Desta forma, a tese - amplamente difundida - de que a eliminação da pobreza resolve também a inequidade relacionada à população negra, vem sendo paulatinamente derrubada por pesquisas recentes, posto que desconsidera o racismo enquanto fator estruturante das relações sociais no Brasil.

Considerando tais questões, emerge a necessidade de se constituir uma política pública de saúde que valorize o quesito cor/raça. Assim, a instituição do campo Saúde da População Negra (SPN) se faz a partir da constatação de que as relações sociais no Brasil são marcadas pelo racismo, fato encoberto pela ideologia da democracia racial, mas, cabalmente, demonstrado pelos indicadores de saúde que retratam de forma expressiva as desigualdades raciais em saúde, quer se trate do modo como se lidam com as doenças associadas a determinantes raciais/étnicos; da discriminação na assistência ou do perfil epidemiológico marcado pela precocidade dos óbitos. Qualquer que seja o ângulo de aproximação com a realidade, as desigualdades são nítidas e gritantes (BRASIL, 2004c).

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra define os princípios, normas, objetivos, diretrizes, estratégias e responsabilidades de gestão, voltados para a melhoria das condições de saúde desse segmento da população, incluindo ações de cuidado, atenção, promoção à saúde e prevenção de doenças, bem como de gestão participativa, participação popular e controle social, produção de conhecimento, formação e educação permanente para trabalhadores de saúde, visando à promoção da equidade em saúde da população negra (BRASIL, 2007).

Por outro lado, Silva (2007) aponta que a “raça” continua sendo uma categoria analítica indispensável para revelar situações de discriminações e desigualdades no âmbito da saúde, considerando que elas ainda recaem sobre mulheres e homens negros, uma vez que as características fenotípicas continuam sendo usadas para diferenciar e classificar as pessoas negras de forma hierárquica e negativamente, ou seja, a expressão “raça” continua interferindo no imaginário e nas práticas sociais do Brasil.

2.3 A INTERSEÇÃO ENTRE CULTURA, CUIDADO DE ENFERMAGEM E CUIDADO FAMILIAR

O cuidado é um processo inerente ao desenvolvimento humano, caracterizando-se como essencial em todas as fases da vida; pois o ser humano, enquanto vive, é uma presença de cuidado; e vai realizando suas possibilidades por meio do cuidado (SOUZA, 2000).

Ao nascer, o bebê precisa do cuidado dos pais ou de outros familiares; as crianças precisam também de alguém para cuidá-las na adolescência e, na fase adulta, normalmente o ser humano desenvolve o autocuidado. Posteriormente, quando idoso, poderá depender de cuidados parciais de outra pessoa. Assim, o cuidado está tão intrínseco ao ser humano, que se torna condição vital para este, apresentando uma relação estreita na constituição do ser humano.

Esta ideia é sustentada por Collière (1999) quando afirma que cuidar é um ato individual que prestamos a nós próprios desde que adquirimos autonomia. Seria, neste caso, o autocuidado, o cuidar de si. O cuidado pode ser prestado a outra pessoa e, assim, Collière (1999) acrescenta que o cuidar também é um ato de reciprocidade, ao cuidar temporária ou definitivamente daqueles que precisam de ajuda para assumir suas necessidades vitais.

Vários aspectos são importantes no cuidado humano, o qual ocorre por meio de interações intra e interpessoais e, sendo assim, as questões subjetivas, individuais e ao mesmo tempo grupais, de relacionamentos interpessoais devem ser consideradas. Por esse ângulo, Boff (2004) considera que o cuidar do outro possibilita o estabelecimento de relações, dialogação, expressão de diferenças entre os seres humanos e, desta forma, a criação de espaços para uma experiência global e integrada da própria humanidade.

O cuidado consiste em esforços transpessoais de ser humano para ser humano no sentido de proteger, promover e preservar a humanidade, ajudando as pessoas a encontrarem significado na doença, sofrimento e dor, bem como na existência, ajudando a pessoa a obter autoconhecimento, controle e autocura quando um sentido de harmonia interna é estabelecido, independentemente das circunstâncias externas (WALDOW, 2006).

No processo cuidar/cuidado estabelece-se uma relação de responsividade do cuidador pelo ser cuidado, onde a capacidade de cuidar está relacionada à importância ou valor que se atribui à pessoa que recebe o cuidado, sendo fundamental que o cuidador perceba as necessidades do ser cuidado e estabeleça uma interação cuidador/cuidado o atendimento dessas necessidades (MORAIS, 2008).

Este aspecto do cuidado torna-se mais evidente ainda quando analisamos o cuidado de crianças, pois, considerando que este é praticado de forma interpessoal e que dependerá do que o ser cuidado precisa explicitamente (ou não), a abordagem do cuidado às crianças deve ser diferenciada; pois quase sempre elas deixam suas necessidades subentendidas. Outro aspecto inerente no cuidado das crianças é a dependência existente entre a díade cuidador(a)/cuidado. Isto é observado por Waldow (2006) quando afirma que o cuidador assume o cuidado do outro, estabelecendo uma relação de dependência.

Ao estudar a criação de filhos, Marcon (2004) compreende que criar é enxergar a criança de forma completa, com todas as particularidades e necessidades, atendendo-as, mesmo que estas pareçam insignificantes.

Assim, neste processo de cuidado, emergem as relações entre cuidador/cuidado e os tipos de cuidados prestados, os quais são classificados por Collière (2003) como: 1. cuidados de estimulação, os quais estão relacionados à aquisição do desenvolvimento psicomotor e do pensamento; 2. cuidados de “confortação”, que animam, dão coragem e permitem adquirir segurança; 3. cuidados de manutenção da vida, os quais sustentam, protegem, conservam, favorecem e mantêm as capacidades conquistadas; 4. cuidados do parecer, relacionados com os cuidados de suporte da comunicação não verbal, que contribuem para construir e valorizar a imagem de si próprio, além de estimular o sentimento de identidade do ser cuidado; 5.

cuidados de compensação, no qual o cuidador ajuda a compensar as perdas e 6. cuidados de apaziguamento ou de relaxamento, que são utilizados para permitir o repouso, diminuir as aflições e as perturbações.

No cuidado dos pais com os filhos, todas essas formas de cuidado emergem, pois daqueles proveem todo subsídio para que seus filhos cresçam saudáveis e protegidos dos agravos, sustentando-os nos momentos de perda e de aflições.

Esses modos de cuidados também insurgem nos sistemas profissionais de cuidado; especialmente na área de Enfermagem; pois, nesse contexto, ressaltamos que o cuidado é o objeto de trabalho da enfermagem e que, segundo Campos (2009), a noção de cuidado é o centro de onde se irradiam as bases para o conhecimento e a prática dos profissionais de saúde em busca constante para assistir ao outro, de maneira que o ato de cuidar sinaliza para um modo específico de ser e de relacionar-se com o outro.

Assim, o cuidado de enfermagem não requer somente intervenções técnicas e/ou científicas para o bem-estar físico e mental das pessoas, pois abrange um processo de interação, a partir das relações interpessoais, com ênfase nas interações dialógicas, por meio da exploração de linguagens diferenciadas, como a linguagem e a expressão artística, valorizando os aspectos socioculturais de cada indivíduo envolvido no processo cuidar/cuidado.

Para Silva; Silva e Santos (2009), o cuidado, como bem social imensurável atrelado à vida cotidiana das pessoas, em qualquer sociedade, requer habilidades/atitudes específicas, inerentes ao contexto no qual está inserido o sujeito envolvido nessa ação. Nesse sentido, a saúde é pensada como a meta de todo cuidado e o cuidado sob a ótica da promoção da saúde pode ser visto como uma das possibilidades a ser focalizada pela Enfermagem, desde que voltada para o conceito ampliado do processo saúde-doença.

Assim, é na *práxis* da Enfermagem que o cuidado se efetiva. A Enfermeira pode contribuir ou comprometer-se com a promoção da saúde, seja individual ou coletiva, por meio do cuidado com uma lente apropriada para olhar e cuidar, considerando a diversidade cultural.

Portanto, o cuidado com a saúde pode ser priorizado e organizado de acordo com diferentes concepções do processo saúde-doença sobre o desenvolvimento humano e de acordo com o contexto sociocultural. Neste sentido, o cuidado na sociedade se reveste de um simbolismo que tem uma multidimensionalidade cultural em todos os lugares (SILVA; SILVA; SANTOS, 2009).

Para cuidarmos da saúde do ser humano, não devemos somente nos restringir aos conceitos de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. É importante conhecermos o

contexto cultural, os valores, as crenças, os rituais e o modo de vida do indivíduo e de suas famílias, numa perspectiva de construção de um novo paradigma para abordagem da saúde e da doença.

Para Roehrs, Lenardt e Maftum (2008), a cultura consiste em um padrão de suposições, crenças e práticas que inconscientemente moldam ou guiam a perspectiva e as decisões de um grupo de pessoas e que representam uma teia de significados a serem interpretados.

Esta ideia é corroborada por Helman (2009), ao referir que cultura é um conjunto de orientações - explícitas ou não - que os indivíduos herdam como membros de uma sociedade em particular, determinando a forma de ver o mundo, de como se comportar e ainda fornece uma maneira peculiar de transmitir essas orientações para próxima geração.

Os enfermeiros são desafiados a conhecer a dinâmica da sensibilidade cultural e desenvolver a capacidade de perceber as semelhanças e diferenças culturais. Todas as culturas desenvolvem rituais de cuidados - ainda que de formas diferenciadas - e alguns rituais são mais significantes e terapêuticos do que outros, mas sempre têm propósitos ou funções específicas para cada cultura. As crenças, valores e normas de cuidados têm importante influência na sobrevivência humana, no crescimento, desenvolvimento e no processo saúde e doença. Ocorrem dois sistemas de cuidado à saúde: o popular e o profissional, entre os quais existem valores e práticas próprios, podendo ocorrer divergências deles em algumas comunidades (SILVA; SILVA e SANTOS, 2009).

Neste sentido, fazemos ressalva aos sistemas familiares de cuidado, onde as ações dos pais em relação aos filhos têm forte conotação cultural e, por conseqüência, contextual. Nesse sentido, as crenças podem ser consideradas como resultado de um processo social/cultural e individual, sendo desenvolvidas em um contexto específico, em um determinado local e em um determinado tempo.

Angelo (2009) refere que o cuidado familiar é socialmente construído, grandemente influenciado pelo contexto cultural, político, religioso e econômico no qual a família está inserida. Marcon e Elsen (1999, p. 21) também reafirmam, ao mencionarem que

a saúde dos indivíduos possui estreita ligação com as crenças, valores, relações, deveres e direitos do sistema familiar, pois a cultura, a estrutura social e o ambiente físico influenciam a forma como os indivíduos percebem e vivenciam a saúde e a doença e as necessidades de cuidados, e isto, por sua vez, determina a forma como as famílias cuidam de seus membros.

Sobre o cuidado familiar, fazendo recorte para o cuidado do filho, Macarini et al (2010) referem que as compreensões culturais que os pais apresentam são organizadas em categorias mais amplas de crenças, denominados sistemas culturais de crenças parentais ou etnoteorias parentais, as quais são traduzidas em termos de ações relativas à criação de filhos, parecem exercer influência na saúde e desenvolvimento das crianças.

Neste contexto, os cuidadores, como membros de sua própria cultura, compartilham modelos culturais de parentalidade, ou seja, possuem concepções comuns acerca das etnoteorias parentais de acordo com o contexto cultural em que estão inseridos; o qual deve ser analisado pela enfermeira para que possa compreender os valores que a família integra ao cuidado e, assim, se aproximar efetivamente da criança e do seu contexto social e familiar.

2.4 PRÁTICAS POPULARES NOS CUIDADOS À SAÚDE DA CRIANÇA

O conhecimento dos valores e vivências de cada comunidade e de suas bases materiais é imprescindível para a enfermeira - e outros profissionais de saúde - compreender como estão organizadas as suas práticas de saúde. Ainda que a dimensão simbólica seja diferente a depender de cada grupo, a valorização desse universo e suas especificidades é fundamental; pois possibilita identificar/compreender e considerar, no encaminhamento de práticas profissionais, elementos dinamizadores da realidade vivida – de conformação, recusa e reelaboração de construções historicamente oficializadas no campo da saúde (MANDÚ; SILVA, 2000).

Para Campos (2009), as práticas de saúde evidenciam a diversidade das formas de atenção e cuidado com a saúde, vivenciada pelos diferentes grupos em uma determinada comunidade e expressam as diferenças sociais e econômicas, assim como a importância dos aspectos socioculturais na definição dessas práticas de cuidados.

As práticas de saúde, segundo Helman (2009), podem ser definidas a partir de dois aspectos inter-relacionados: o *aspecto social*, que envolve a organização da assistência em certos papéis específicos e as regras que regem as relações entre esses em ambientes especializados, como os serviços formais de saúde; *aspecto cultural*, o qual abrange conceitos básicos, teorias, valores, crenças, práticas normativas e modos de percepção coletivamente compartilhados.

As práticas de saúde desenvolvidas por grupos populares da sociedade civil apresentam uma diversidade na homogeneidade e se constituem de vários *habitus* e são influenciadas por aspectos institucionais, familiares, culturais. Como expressão de relações dialéticas, as práticas possuem uma multiplicidade de sentidos que misturam elementos da biomedicina, de outras racionalidades médicas e de práticas alternativas de caráter popular (ACIOLI, 2006).

Dentre essas práticas de cuidados de saúde, destaca-se a disseminação da medicina popular utilizada pela população como uma significativa modalidade não convencional de tratamento e/ou prevenção de doenças. Cartana e Heck (1997) referem que existem pessoas que, de forma concomitante ou alternada, procuram benzedeiras, usam chás, fazem simpatias, aderem fervorosamente a uma religião, como terapia alternativa, e/ou seguem o tratamento prescrito pelo médico.

É muito comum a utilização de chás, ervas, emplastos, preparos caseiros, “garrafadas”, raizadas, banhos, simpatias, consultas à benzedeiras ou pessoas a quem são atribuídas o poder de cura, rituais místicos de rezas e orações e até mesmo a combinação destes no cuidado à criança e às pessoas de maneira geral em nosso meio. Ressalto, entretanto, o fato de que, em algumas situações, essa prática é usada fervorosamente, de maneira que passa a ter destaque no cuidado à criança, em detrimento da assistência fundamentada cientificamente.

Medeiros apud Souza e cols (2006) faz ressalva com relação a práticas populares, pois, apesar de algumas não serem recomendadas, elas continuam a fazer parte do cotidiano de mães no cuidado dos filhos, porque estão pautadas na vivência, na experimentação e na avaliação do sucesso de sua adoção diante de problemas de saúde.

Destacamos a influência do uso caseiro de plantas medicinais no tratamento de problemas de saúde de crianças. Os chás caseiros são oferecidos às crianças desde os primeiros meses de vida, com a intenção de resolver ou amenizar situações de desconforto ou doença (SOUZA e cols, 2006).

Com relação às práticas alternativas, Barbosa e cols (2004) destacam, dentro desse contexto cultural um outro aspecto importante no processo saúde-doença: a religião. Ao vivenciar a doença, o ser humano se depara com situações-limite e o fenômeno religioso assume o papel de facilitar a compreensão do inexplicável e a aceitação do antes impensável.

Mandu e cols (2000), ao estudar os recursos e estratégias em saúde utilizados por mulheres de segmentos populares, observaram o uso constante de remédios e medidas caseiras, chamados de **medicina caseira**, tradicionalmente utilizados pelos grupos populares.

Esses autores referem que entre elas esta é uma prática comum, utilizada tanto como primeiro recurso em saúde - em situações consideradas mais simples, quanto como recurso complementar ou alternativo a outros do campo médico. Este estudo ainda revelou que há, para elas, problemas em saúde que somente o recurso médico pode resolver. No repertório de doenças que identificam e tratam como as mais graves, ou percebidas como tal, são atribuídas como de responsabilidade médica, por entenderem que estas só se resolvem mediante os meios e instrumentos terapêuticos da medicina “oficial”.

Barbosa e cols (2004) destacam, nesse contexto da prática popular de cuidado, a importância da informação fidedigna sobre os medicamentos naturais (plantas, ervas, entre outros) utilizados, pois alguns possuem toxicidade a depender da forma ou dose empregada no tratamento.

Em estudo realizado em uma comunidade quilombola rural da Paraíba, Silva (2007) observou que, para enfrentar a deficiência dos serviços básicos e de saúde oferecidos pelo Estado a essa comunidade, as mulheres da região têm feito intenso uso do conhecimento ancestral, como a manipulação das plantas na produção de medicamentos. Essas mulheres, as rezadeiras (ou benzedadeiras) e as parteiras, cuidam da saúde das pessoas e ainda nos dias atuais, costumam usar plantas medicinais (como jatobá, cajueiro roxo, mulungu, aroeira, urtiga e muitas outras) para tratar diferentes doenças que atingem os seus filhos, esposos ou vizinhos. Reconhece-se que essas plantas são encontradas na própria comunidade e essa sabedoria tem sido passada de geração a geração.

Essas práticas são largamente utilizadas quando se refere ao cuidado de crianças no sistema familiar, pois numa situação de adoecimento do filho, a mãe tenta solucioná-la inicialmente em casa, contexto no qual as práticas populares emergem como necessidade de se resolver os problemas diários; para, posteriormente buscar os serviços formais de saúde.

Segundo Oliveira (2006), as crianças estão mais expostas a serem cuidadas por meio das práticas populares, pois além das mulheres sofrerem fortes influências durante a gestação, elas ainda são consideradas mais fragilizadas em relação aos adultos. Ainda, segundo Elsen (2004), os relatos das mulheres sobre condutas tomadas diante de alguns problemas de saúde são ricos em detalhes, demonstrando a importância que estas tinham na criação dos filhos, pois com os recursos de saúde escassos era essa uma das poucas alternativas disponíveis.

Além de reconhecer quais as práticas populares empregadas no cuidado à criança, é importante identificar os motivos que levam essas pessoas a utilizarem tais práticas, como dificuldade de acesso aos serviços formais de saúde, descrédito dos serviços prestados pelos

profissionais de saúde; ou por outro lado, a própria valorização e maior confiabilidade nas práticas populares de saúde, de baixo custo e facilidade de acesso.

Neste contexto, Kyle (2011) aponta a cultura como fator importante de interferência do crescimento e desenvolvimento infantil; pois ela está presente nas crenças e práticas de criação, voltadas para facilitar uma adaptação saudável da criança.

3 O ENCONTRO DO CAMINHO METODOLÓGICO COM A TEORIA TRANSCULTURAL DO CUIDADO

3.1 TEORIA TRANSCULTURAL DO CUIDADO DE LEININGER

Para fundamentar as reflexões teóricas sobre as histórias de vida das mulheres do Monte Recôncavo no contexto do cuidado domiciliar de seus filhos pequenos, optamos pela Teoria de Enfermagem de Madeleine Leininger; pois, dentre as Teorias de Enfermagem, é a que engloba a ideia do cuidar/cuidado humano em suas diferenças e similaridades nas diversas culturas do Universo. Por isso, sua denominação de Teoria da Diversidade e Universalidade Cultural do Cuidado, também conhecida como Teoria Transcultural do Cuidado.

Antes, porém, de trazer os pressupostos da Teoria, detalhamos alguns conceitos de Leininger, os quais servem de sustentação - não só para a Teoria Transcultural do Cuidado - como também para a discussão desta investigação. Observamos que a própria Leininger refere que essas definições são guias provisórios, alteradas conforme se estuda as culturas.

Para Leininger, segundo George (2000), os homens são capazes de cuidar e de preocupar-se acerca das necessidades, do bem-estar e da sobrevivência dos outros, por consequência, são seres universalmente provedores de cuidados que sobrevivem numa diversidade de culturas, por meio de sua capacidade de oferecer a universalidade do cuidado, de inúmeras maneiras, de acordo com as diferentes culturas, necessidades e situações.

A cultura, segundo Leininger (2001a; 1978), é definida como conjunto de valores, crenças, normas e modos de vida que são apreendidos, compartilhados e transmitidos dentro de um determinado grupo e que tem influências do rápido crescimento dos meios de transporte e modos de comunicação, além de outras mudanças na sociedade. O termo cultura refere-se a padrões de comportamento aprendidos e valores que são compartilhados entre membros de um grupo e que geralmente são transmitidos através do tempo. Inquestionavelmente, a cultura torna-se dominante na deliberação de padrões de cuidados e comportamento de saúde-doença.

A saúde é considerada um estado de bem-estar, culturalmente definido, que capacita indivíduos - e até grupos - a praticar e valorizar suas atividades diárias, de uma maneira satisfatória. Ainda, a visão de mundo é constituída pela forma como as pessoas olham e

observam o mundo e constroem (individual e coletivamente) referências de valor acerca do mundo e de suas vidas (LEININGER, 2001a; 2001b).

O contexto ambiental é definido (LEININGER, 2001a; GEORGE, 2000) como a totalidade de um evento, situação ou experiência particular, conferindo sentido às expressões humanas, somadas às interações sociais, dimensões físicas, ecológicas, emocionais e culturais. O contexto ambiental desta investigação consiste no cotidiano de cuidados de crianças de 0 a 01 ano, seja no espaço domiciliar ou fora dele, envolvendo qualquer contexto e/ou situação que estejam atrelados aos cuidados de saúde/doenças das crianças.

O cuidado cultural é definido por Leininger como valores, crenças e modos de vida padronizados, apreendidos subjetiva e objetivamente. São cognitivamente conhecidos, transmitidos e que auxiliam, facilitam ou capacitam outro indivíduo ou grupo a manterem o bem-estar, saúde, a melhorar seu modo de vida e sua condição humana ou a enfrentarem situações de doenças, morte e deficiências. A autora defende que cuidados de base cultural são essenciais para o bem-estar, saúde, crescimento, sobrevivência, considerando que este é mais abrangente e holístico. Partindo desse cuidado cultural, pode-se entender a diversidade e a universalidade que este encerra em si (LEININGER, 2001a; 2001b; 2002).

A diversidade do cuidado cultural indica as variações e/ou as diferenças nos significados, padrões, valores, modos de vida ou símbolos de cuidados dentro ou entre coletivos que são relacionados às expressões assistenciais do cuidado humano. Por outro lado, a universalidade indica as equivalências ou similaridades dos significados, valores, padrões e modos de vida ou símbolos e uniformidade de cuidados (GEORGE, 2000; LEININGER, 2002).

Para formular a sua Teoria, Leininger, fundamentou-se pela Antropologia e conhecimentos inerentes à Enfermagem, parte do princípio de que o cuidado é culturalmente constituído e que cada cultura tem a sua forma, seus padrões, suas expressões e estruturas para conhecer, explicar e predizer o estado de bem-estar, assim como padrões de comportamento relacionados ao processo saúde-doença e os universos sociais e culturais onde ocorrem (LEININGER, 2001a; 2002b; MOURA; CHAMILCO; SILVA, 2005).

Historicamente, segundo Santos (2003), a Teoria Transcultural de Leininger foi apresentada como tal em 1985, com a ampliação de explicações a cerca de suas ideias a partir de 1988, incluindo definições consubstanciadas nos conceitos de cultura (seu valor, a diversidade, a universalidade e o cuidado cultural); estrutura social (visão de mundo dos indivíduos e dos grupos); sistema popular de saúde (saúde, sistema profissional de saúde, cuidar/cuidado, preservação e acomodação cultural do cuidado e sua re-padronização);

contexto ambiental. Porém, Leininger destaca que tais definições constituem orientações provisórias que podem ser alteradas à medida que a cultura é estudada.

Assim, destacam-se os ideais da enfermeira e antropóloga Madeleine Leininger, ao entender o cuidado humano como universal, sendo experimentado, diferentemente, nas diversas culturas. Em sua Teoria do Cuidado Cultural (TCC), sobre a Diversidade e Universalidade, a estudiosa preconiza que o conhecimento do cuidado cultural é necessário para o desenvolvimento da prática assistencial de enfermagem de maneira satisfatória e humanística (SILVA; SILVA; SANTOS, 2009).

A Teoria Transcultural do Cuidado destaca que os indivíduos possuem conhecimentos obtidos a partir da experiência direta ou indireta daqueles que a experimentaram, rotulando-o como *ÊMICO*, ou centralizado na pessoa; sendo este conhecimento contrastado pelo *ÉTICO*, o qual parte da perspectiva profissional. Nesse contexto, Leininger defende que o conhecimento *ÊMICO* seja a base epistemológica e ontológica prática de enfermagem (GEORGE, 2000).

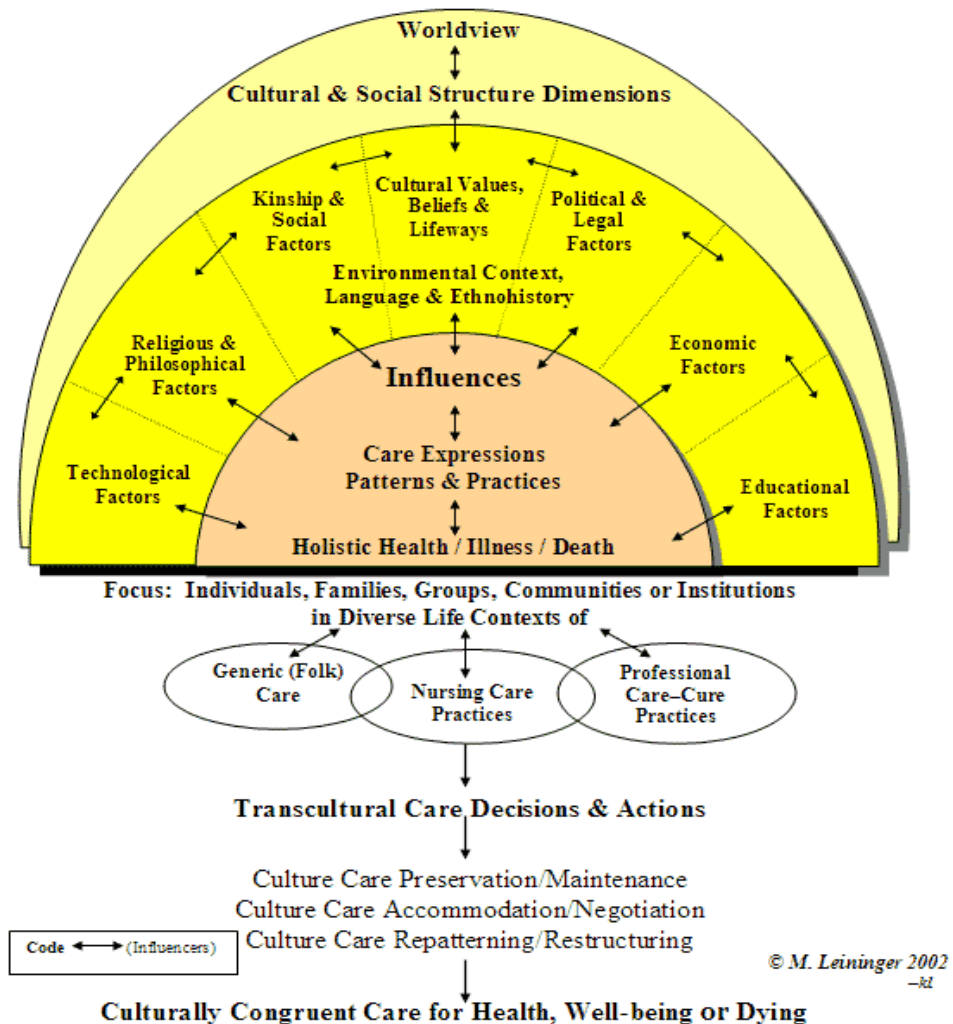
Essa autora argumenta que o conceito de cultura e o conceito de cuidado devem ser focados na prática e na pesquisa de enfermagem. Enfatiza, também, que é necessário reconhecer a existência do sistema de cuidado profissional, mas, igualmente, do sistema de cuidado popular. Apresenta uma metodologia, na qual a enfermeira, ao interagir com os clientes, em variadas situações assistenciais, deve utilizar ações profissionais, de forma a preservar, negociar ou repadronizar os cuidados, buscando a congruência cultural.

Para Leininger, o cuidado desvela-se por meio de diferentes sistemas: o sistema popular que é o local, onde a família está envolvida neste processo. A saúde, para essa autora, é o estado percebido ou cognitivo de bem-estar, que capacita o indivíduo ou grupo a efetuar as atividades segundo os padrões desejados em determinada cultura. Cultura, por sua vez, são os valores, crenças e práticas compartilhadas, apreendidas ao longo das gerações. Partindo destes conceitos e sistemas, existe um sistema profissional de cuidado e cura, o qual é sistema organizado, formalmente reconhecido, oferecido pelos profissionais de saúde (BOEHS, 2002).

Ao analisarem a dimensão cultural do cuidado de enfermagem, Monticelli e cols (2010) afirmam que, há mais de 50 anos, a profissão tem se preocupado com as diferenças existentes entre as enfermeiras, exercendo seu cuidado profissional e os cuidados requeridos pelos pacientes. Neste contexto, a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural surgiu e tem se mantido ainda como uma proposta para compreender estas diferenças.

Para Leininger, o principal objetivo de sua Teoria é identificar os meios para proporcionar um cuidado de enfermagem culturalmente congruente aos aspectos que influenciam a saúde, o bem-estar, a doença e a morte das pessoas de culturas diversas e semelhantes. A partir da Teoria Transcultural do Cuidado, compreende-se que o ser humano, para nascer, crescer, manter sua vida e morrer, precisa ser cuidado; processo este que depende intrinsecamente da cultura, influenciado pelo ambiente e contexto social.

A Teoria de Diversidade e Universalidade Cultural de Cuidado é representada pelo Modelo Sunrise (Modelo do Sol Nascente), através da Figura 2.



Fonte: LEININGER, 2002.

FIGURA 2. Sunrise: Modelo teórico conceitual da Diversidade e Universalidade Transcultural do Cuidado.

O Modelo *Sunrise* é representado por um mapa cognitivo, com quatro níveis, sendo o primeiro deles (parte superior) o mais abstrato e o quarto, o menos abstrato. Esse mapa mostra a interrelação entre os conceitos na Teoria Transcultural do Cuidado. George (2000) explica didaticamente a interdependência dos níveis, partindo do primeiro nível, o qual consolida-se como a visão do mundo e nível do sistema social.

A oferta de conhecimento sobre os indivíduos, famílias, grupos e instituições nos diversos contextos encontra-se no nível dois, no qual se encontram os significados e expressões culturalmente específicos do cuidado e da saúde. Em seguida, o nível três focaliza o sistema popular, o sistema profissional e a enfermagem, onde encontramos ainda informações referentes às características de cada sistema e os aspectos específicos do cuidado de cada um, o que possibilita a identificação de semelhanças e diferenças ou diversidade cultural de cuidado e universalidade cultural de cuidado.

O quarto nível consiste no cuidado de enfermagem e é composto pelas decisões e ações de cuidado em enfermagem, os quais englobam a preservação/manutenção cultural do cuidado, a acomodação/negociação cultural do cuidado e, por fim, a padronização/reestruturação cultural do cuidado.

Esse modelo permite elucidar como o cuidado humano comporta influências e interferências das condições humanas, tanto de quem cuida, quanto de quem é cuidado, a partir de contextos diferentes e mundos culturais diversos. Para Leininger (2001a), o Modelo *Sunrise* tem como objetivo auxiliar o estudo da maneira como os componentes da teoria influenciam o estado de saúde dos indivíduos, das famílias, grupos e instituições, bem como o cuidado oferecido a eles, numa cultura.

Nesta pesquisa, além de resgatarmos o pressuposto de Leininger (2001a) sobre a diversidade e universalidade do cuidado transcultural, apropriamo-nos dos aspectos apresentados no segundo nível do Modelo *Sunrise*, os quais influenciam os modos de cuidar, a constar: determinantes políticos, educacionais, econômicos, religiosos, crenças e valores culturais e modos de vida, fatores religiosos e contexto ambiental, e ainda o fator etnohistórico.

A delimitação nesta investigação pelo segundo nível justifica-se porque neste são estudados (BRAGA, 1997) o cuidado e a saúde, e incluem os indivíduos, famílias e culturas no contexto de um sistema de saúde, em busca de seus significados e de suas expressões.

3.2 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

3.2.1 Tipo de Estudo

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, com base na Antropologia. A opção pela investigação de natureza qualitativa é pelo fato de que esta permite “uma compreensão profunda de certos fenômenos sociais” (HAGUETTE, 1987, p. 55), como é o caso dos cuidados de saúde prestados às crianças de comunidades quilombolas numa perspectiva transcultural.

Esta idéia é reforçada por Minayo (2004), ao referir que a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Especificamente para as investigações das Ciências da Saúde, a pesquisa qualitativa, na medida em que possibilita conhecer as significações dos fenômenos do processo saúde-doença, torna-se essencial para melhorar a qualidade da relação profissional-paciente-família-instituição; promover maior adesão da população frente a medidas implementadas coletivamente; entender mais profundamente certos sentimentos, ideias e comportamentos dos doentes, assim como de seus familiares e mesmo da equipe profissional de saúde (TURATO, 2005).

Para o desenvolvimento do tema proposto, utilizamos a forma de trabalho de campo que se apresenta como uma possibilidade de conseguirmos uma aproximação com o objeto que se deseja conhecer e estudar; e também de criar um conhecimento, partindo da realidade presente no campo (MINAYO, 2004); considerando, desta forma, o trabalho de campo uma etapa essencial na pesquisa qualitativa.

Pela importância do trabalho de campo em uma pesquisa, este deve ser pensado a partir de referenciais teóricos e também de aspectos operacionais, que incluem a seleção de quais fatos serão coletados no local de estudo, assim como o modo de recolhê-los (MINAYO, 2004). Nesta pesquisa, o trabalho de campo aconteceu na medida em que como delimitamos quais aspectos seriam coletados no campo, a escolha pelas técnicas de coleta e iniciou os contatos com os moradores e profissionais da localidade estudada, assim como durante todas as entrevistas realizadas e toda vivência da pesquisadora no *lôcus* de estudo.

3.2.2 Local de estudo

O estudo foi desenvolvido no município de São Francisco do Conde (SFC), Bahia. Especificamente, delimitado num distrito deste município, em uma comunidade quilombola, denominada Monte Recôncavo.

A escolha desta localidade deve-se ao fato do elevado percentual da população negra. Em São Francisco do Conde, 90,3% da população é negra e no distrito do Monte Recôncavo é de 100, 0%. Ressaltamos ainda que neste município 33,8% das pessoas estão na faixa etária de zero a 18 anos, demarcando uma população eminentemente jovem, facilitando também a realização desta pesquisa (SÃO FRANCISCO DO CONDE, 2008).

Inicialmente, caracterizamos o município, para, posteriormente, situarmos esta comunidade quilombola e as famílias que nelas vivem, por considerarmos importante a contextualização do local do estudo na delimitação do objeto de investigação.

Para esta caracterização, foram utilizados dados secundários, como documentos emitidos pela Prefeitura de São Francisco do Conde (por meio da Secretaria de Saúde e de Cultura), publicações do IBGE e outros sistemas de informação governamentais. Especificamente para o Monte Recôncavo, além destas fontes detalhadas anteriormente, também foram analisadas as Fichas A de cada família (ficha cadastral utilizada na Unidade de Saúde da Família), dados fornecidos pela Fundação Cultural Palmares e histórias ou documentos fornecidos pela própria comunidade.

São Francisco do Conde é um município situado na Bahia e encontra-se na região metropolitana de Salvador, a 67 quilômetros da capital baiana. Tem como cidades fronteiriças: Candeias, Madre de Deus, Santo Amaro da Purificação e São Sebastião do Passe, além de ser banhado pela Baía de Todos os Santos, conforme ilustra mapa em anexo (**Anexo A**). O município tem uma população de 33.172 habitantes, segundo dados do IBGE (2010).



Fonte: Registro da Pesquisadora, 2011.

Figura 3. Praça da Igreja Nossa Senhora do Vencimento



Fonte: Registro da Pesquisadora, 2011.

Figura 4. Orla de São Francisco do Conde-BA

O município tem um índice de pobreza de 55,02% e, contraditoriamente, tem o maior Produto Interno Bruto (PIB) per capita do País, especificamente de 288.370,81 R\$ por pessoa (IBGE, 2008). Essa alta arrecadação municipal deve-se à extração de petróleo no local, pela Refinaria Landulpho Alves-Mataripe (RLAM), vinculda à PETROBRÁS.

O Monte Recôncavo é um distrito, localizado na zona rural, com certificação de comunidade quilombola desde 2007, conforme consta no Diário Oficial da União de 13/03/07 (BRASIL, 2010), com documento expedido pela Fundação Cultural Palmares (**Anexo B**). Localiza-se entre o município de São Francisco do Conde e Candeias, distando 12 quilômetros do primeiro. Entre esse distrito e a sede, observa-se várias áreas de extração de petróleo, como mostra a Figura 5.



Fonte: Registro da Pesquisadora, 2011.

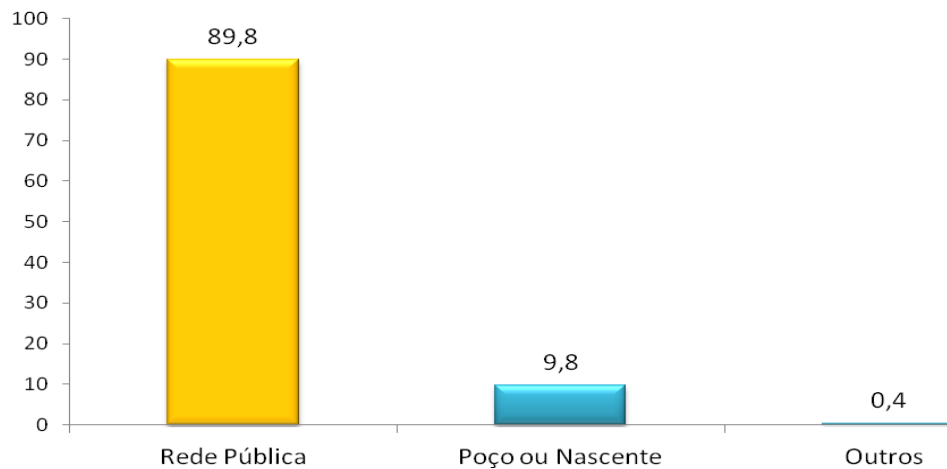
Figura 5. Área de Extração de Petróleo localizada na estrada de acesso entre São Francisco do Conde e o Monte Recôncavo

A população do Monte Recôncavo, segundo dados do SIAB de 2011 (SÃO FRANCISCO DO CONDE, 2011), contabiliza 1.628 pessoas, distribuídas em 501 famílias. Todas as famílias são cadastradas pela ESF, uma vez que esse distrito tem cobertura de 100% da referida estratégia. Nesta comunidade, 117 (10,9%) são crianças menores de 05 anos, dentre as quais 23 crianças na faixa etária de 01 ano de idade (1,41%).

Chama atenção nessa comunidade as condições sanitárias de moradia, principalmente no que se refere ao esgotamento, destino do lixo, tratamento de água no domicílio e o abastecimento de água. Silva (2007) refere que a população negra é mais vulnerável; isso significa que existe maior possibilidade de se adquirir doenças e diminuição nas oportunidades de proteção contra as doenças e esse quadro é mais preocupante quando se trata de negros residentes na zona rural, como os quilombolas, pelos riscos associados às condições sanitárias.

Com relação à fonte de abastecimento de água nos domicílios da comunidade estudada (Gráfico 1), observou-se que a maioria a recebe por rede pública, que disponibiliza água tratada à população; mas 10% não usufruem desse serviço.

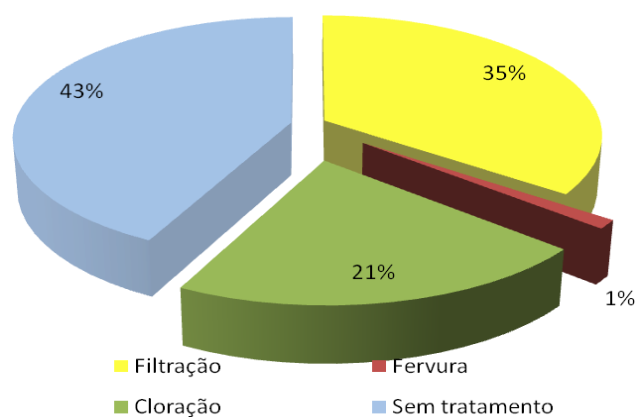
Gráfico 1. Fonte de Abastecimento de Água em Monte Recôncavo, São Francisco do Conde -BA, 2011.



Fonte: SIAB, 2011

Este dado torna-se mais relevante ao identificarmos que, com relação ao tratamento de água, o Gráfico 2 revela o alto índice de pessoas que fazem uso da água sem nenhum tratamento, expondo-as às doenças transmitidas pela água, como a diarreia infecciosa, hepatite do tipo A e algumas parasitoses.

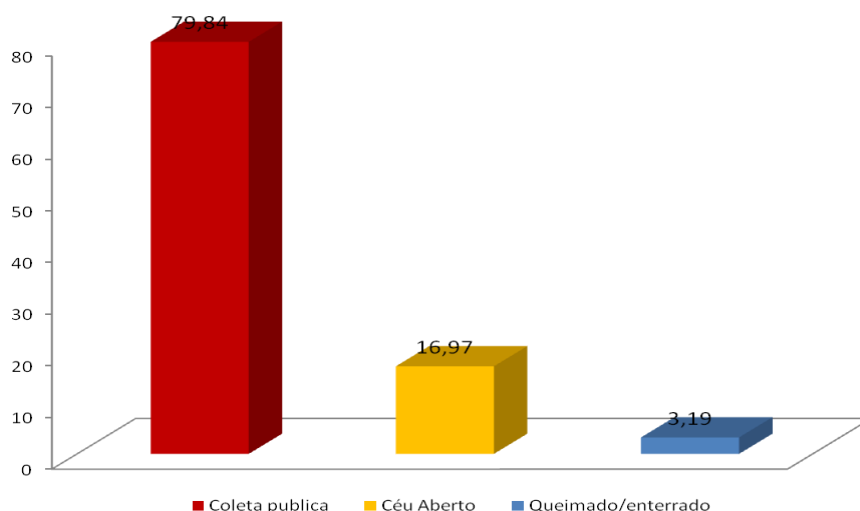
Gráfico 2. Tratamento de Água no Domicílio em Monte Recôncavo, São Francisco do Conde -BA, 2011.



Fonte: SIAB, 2011

Em relação à coleta de lixo, observamos que existe a coleta pública em 79,84% da população, mas ainda há uma parcela considerável da comunidade que mantém o lixo a céu aberto, a constar 16,97%, conforme demonstra o Gráfico 3.

Gráfico 3. Destino do lixo em Monte Recôncavo, São Francisco do Conde -BA, 2011.



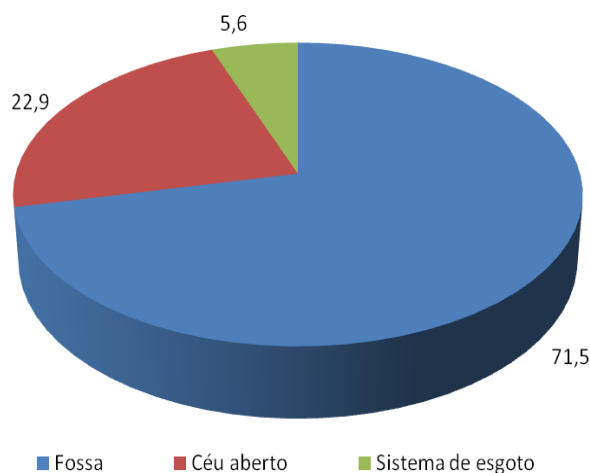
Fonte: SIAB, 2011

Esse dado leva a refletirmos que, contando que quase 17% da população não destina o lixo de forma correta, há uma exposição nessa comunidade para doenças que poderão ser veiculadas pelo lixo, como dengue, leptospirose, hepatite do tipo A, amebíase e outras parasitoses, diarreia infecciosa, além da proliferação de insetos.

A exposição da comunidade para doenças torna-se mais acentuada ao analisarmos o Gráfico 4, que mostra o destino dos resíduos biológicos, evidenciando que praticamente não existe esgotamento sanitário e 23% da população o realiza a céu aberto.

Somando-se isso ao dado anterior, há um aumento do risco desta população para doenças veiculadas pelo lixo e pela água, chamando atenção à vulnerabilidade das crianças de até cinco anos, que são mais propensas a adquirir essas doenças pela maior exposição e fragilidades anatômica e imunológica.

Gráfico 4. Destino dos Resíduos Biológicos nos Domicílios de Monte Recôncavo, São Francisco do Conde - BA, 2011.



Fonte: SIAB, 2011

Além desses dados, as informações sobre a História e caracterização do Monte Recôncavo foram coletadas com moradores mais antigos ou de referência nesta localidade. A comunidade localiza-se numa baía, o que talvez tenha facilitado a formação de um quilombolo e sua origem coincide com a construção de uma igreja no ponto mais alto do Monte.

Apesar da Certificação de remanescentes de Quilombolo, poucas manifestações culturais de tradição afro permanecem, com exceção do Terreiro Ogum Mariô, ainda que pouco frequentado, e um grupo de Capoeira. Tradicionalmente, havia a festa do “Pé do louco”, caracterizada pela festa ao som do Batuque do Candomblé, mas que não existe há mais de dez anos. Permanece a manifestação de Samba de Roda, mantida pelo Grupo “Raízes do Monte”.

A manifestação cultural local acontece por meio do Associação Cultural Monte Alegre, que não conserva as expressões afro, mas principalmente desenvolve atividades de teatro. Existe uma festa local tradicional, organizada pela igreja católica, que mantém a Festa da Padroeira “Nossa Senhora do Monte” anualmente.

A comunidade rural apresenta reflexos da urbanização e globalização, a constar pela existência das igrejas evangélicas (quatro, de diferentes organizações) e de uma *LAN house*

(casa comercial para uso de internet). Além desses estabelecimentos, possuí ainda com uma igreja católica, uma padaria e dois mercadinhos.

Quanto à Saúde e Educação, há um posto de saúde, mantido pela Prefeitura Municipal de São Francisco do Conde, por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e três escolas, uma estadual e duas municipais. Existem três associações de moradores nesta localidade, as quais mantêm convergências.

3.2.2.1 Aproximação com o Campo do Estudo

O primeiro contato com o campo de estudo aconteceu em maio de 2010, com uma reunião ampla em São Francisco do Conde. Como esta pesquisa faz parte do Projeto “Fatores de vulnerabilidade na saúde das crianças e adolescentes de São Francisco do Conde”, essa primeira reunião envolveu todos os pesquisadores (quatro alunos do mestrado, um do doutorado e a coordenadora do projeto), o Presidente do Sindicato de Campinas (distrito de SFC), Gerente, Assistente Social e Socióloga da Secretaria do Desenvolvimento Social do município; Odontólogo, Gerente de enfermagem, enfermeira supervisora e enfermeira assistencial da Secretaria Municipal de Saúde, duas enfermeiras lotadas no hospital municipal; Gerente de Vigilância Sanitária e Ambiental e o Administrador da APAE.

Na oportunidade, foi apresentado o projeto e as pesquisas que estavam vinculadas ao mesmo. Neste sentido, as pessoas do município contribuíam indicando o melhor local para desenvolvermos as pesquisas e as estratégias apropriadas. Como a minha pesquisa já estava delimitada ao Monte Recôncavo, ensinaram-me como chegar neste distrito e também me indicaram duas pessoas de referência na comunidade do Monte Recôncavo que poderiam me ajudar e direcionar algumas estratégias facilitadoras para a pesquisa.

Em julho do mesmo ano, após seleção e contato com a bolsista local⁷, fui até o Monte Recôncavo. De São Francisco do Conde até o Monte percorre-se doze (12) quilômetros e, nesse percurso, a bolsista local foi me falando sobre o distrito. Ao chegar ao Monte, entendi porque assim o local é chamado: a comunidade localiza-se em cima de um monte (geograficamente falando) e não se parece com outras comunidades quilombolas que já

⁷ A bolsista local, escolhida através de seleção entre alunos do ensino médio, conforme solicitado pelo edital da FAPESB, era uma pessoa da comunidade que dava suporte a todos os pesquisadores (quatro mestrandos, uma doutoranda e duas alunas de Iniciação Científica).

conheci, apesar de ficar a 12 km da sede; pois o acesso é fácil e não apresenta características de comunidades rurais.

O distrito fica entre São Francisco do Conde e Candeias, sua entrada fica à direita, indo do primeiro município ao segundo, tendo acesso asfaltado. Sobe-se uma ladeira íngreme até chegar ao centro da comunidade, com poucas casas ao redor. Também há obras em andamento, como o próprio acesso e uma praça à direita. No centro, há uma concentração de casas antigas, todas pequenas, muito próximas umas das outras.

Fomos direto para a casa de Seu Domingos, presidente da Associação de Moradores (com o qual tinha agendado o encontro previamente, por celular) e a bolsista local sabia exatamente onde ficava a casa dele. Entre a entrada do distrito até a casa, pude visualizar referências como: três escolas públicas, duas igrejas evangélicas, o cemitério, o posto de saúde e poucos pontos comerciais (bares, mercadinhos).

Após minha explicação detalhada sobre a pesquisa, ele já foi apontando algumas pessoas da comunidade que poderiam me ajudar, colocando-se à disposição para o que precisasse. Sugeri que fossemos até a Unidade de Saúde da Família (USF) que nos acompanhava; assim fomos e ele foi nos contando sobre a política de São Francisco do Conde, sobre as mudanças que a atual prefeita estava implementando no município. Ao chegar na USF, ele já foi me apresentando a toda equipe e várias pessoas vinham cumprimentar Seu Domingos e ele prontamente me apresentava a essas pessoas. Todos demonstravam receptividade, atrelada a um olhar de curiosidade. Nesta oportunidade, conheci a enfermeira, que inclusive me forneceu alguns dados da área; a médica; a assistente social, as recepcionistas e duas agentes comunitárias de saúde (ACS) que estavam na USF.



Fonte: Registro da Pesquisadora, 2011.

Figura 6. Unidade de Saúde da Família de Monte Recôncavo (São Francisco do Conde- BA)

Na oportunidade, sugeri à enfermeira que fizéssemos uma reunião com todas as ACS para que lhes explicasse detalhadamente a pesquisa; porém, a mesma achou que a reunião demandaria tempo das ACS, pois elas estavam envolvidas até o final do ano em um curso de profissionalização e que seria inviável a minha sugestão, indicando que a cada ACS que eu encontrasse, fizesse o detalhamento da pesquisa, e assim o fiz.

Entre esse momento e a coleta de dados, optei por fazer uma aproximação com o campo de estudo e a comunidade, utilizando a estratégia de inicialmente conversar com alguns moradores para entender a História desta localidade e, depois, reuni-me com diretores e professores de duas escolas públicas locais (uma municipal e outra estadual) no intuito de desenvolvermos outro projeto⁸ junto aos adolescentes quilombolas, considerando um Edital de Seleção de Pesquisa e Extensão da FAPESB.

Ainda, foram desenvolvidas duas pesquisas⁹ de Iniciação Científica, integradas a essa pesquisa atual e vinculadas ao Programa Institucional de Bolsas para Iniciação Científica (PIBIC), as quais contavam com uma bolsista em cada subprojeto.

A coleta de dados propriamente aconteceu entre maio e setembro de 2011. Houve várias dificuldades para realizá-la, pois as pessoas só aceitavam que eu fosse às suas casas acompanhada das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), as quais não estavam muito receptivas a essa demanda. Algumas vezes, elas marcavam as visitas para mim e quando eu chegava à localidade não as encontrava, inviabilizando a coleta.

Isso demandou tempo, desgaste físico e, por vezes, a vontade de desistir, somando-se ainda o fato de que eu me deslocava de Feira de Santana até o Monte para fazer a coleta. Por vezes, para não perder a viagem, ficava na UBS até a tarde, na tentativa de encontrar algumas das ACS, pois se não houvesse marcado antes, era difícil a comunicação local via celular,

⁸ Este projeto, intitulado “Raça e Saúde: Promovendo a Educação de Adolescentes”, foi financiado pela FAPESB, através do Edital nº 29/2010. Tem como **objetivo geral**: Promover a prática da produção científica, associada à temática Raça e Saúde, entre alunos da Educação Básica e alunos de graduação; através do desenvolvimento de pesquisas e atividades de extensão, integradas à grade curricular do ensino fundamental. Tem como **objetivos específicos**: Implantar um projeto de extensão intitulado “Promovendo a Integralidade do Adolescente no Espaço Escolar”; atender às necessidades do adolescente quanto ao processo de crescimento e desenvolvimento; incentivar a aplicação de medidas de prevenção e controle das situações de riscos e agravos sociais: violência, drogas, acidentes e gravidez precoce; Compôr a história das comunidades quilombolas de Ilha de Maré e Monte Recôncavo. Ressalta-se que nesta última, o projeto é desenvolvido na Escola Municipal Duque de Caxias e Centro Educacional Estadual Claudionor Batista.

⁹ Foram desenvolvidas duas pesquisas vinculadas ao Programa Institucional de Bolsas para Iniciação Científica (PIBIC), período 2011-2012, uma intitulada: “Incidência de Doenças Prevalentes na Infância em Monte Recôncavo” e a outra “Práticas Populares de Cuidado a Crianças com Doenças Prevalentes da infância”, as quais contavam com uma bolsista em cada, graduandas de Enfermagem da Escola de enfermagem da UFBA.

considerando que existia a dificuldade de funcionamento local de várias operadoras de telefonia móvel.

Solicitei uma nova reunião com a enfermeira da UBS do Monte Recôncavo, para sinalizar a dificuldade que estava encontrando em contactar com as ACS para colaborarem na pesquisa; porém, não percebi disponibilidade em ajudar e, a partir de então, tive certeza de que o processo seria difícil. Então, consegui entrar em contato com todas as ACS (num total de cinco) separadamente e cada uma destas me direcionou para três famílias e, conseqüentemente, para os sujeitos da pesquisa.

O envolvimento de cada uma durante a coleta foi diferente e, durante a entrevista, algumas permaneceram conforme foi solicitado pelas mães entrevistadas.

Após a coleta de dados, a minha saída do campo também aconteceu de forma gradativa, ao tempo que estava desenvolvendo outras pesquisas na mesma comunidade. Na oportunidade, comuniquei à enfermeira e às ACS que havia finalizado a coleta de dados e que estaria ainda em outras atividades na comunidade, simultaneamente agradecendo pela colaboração e comprometendo-me a voltar para discutir os resultados encontrados.

3.2.3 Sujeitos do estudo

O sujeito do estudo na pesquisa com enfoque cultural é considerado como “agência humana”, imprescindível no ato de “fazer sentido” às contradições sociais e revela as relações e interações ocorridas na comunidade. Assim, o sujeito, historicamente fazedor da ação social, contribui para significar o universo pesquisado exigindo uma constante reflexão e reestruturação do processo de questionamento do pesquisador (KEURTZ; GAÍVA; AZEVEDO, 2006).

Para esta pesquisa, delimitamos como sujeitos as mães de crianças com idade entre 0 a 1 ano de idade, residentes na comunidade quilombola do Monte Recôncavo, do município de São Francisco do Conde-Bahia.

A delimitação dos cuidadores nos domicílios pelas mães justifica-se porque culturalmente as mulheres têm se destacado como cuidadoras das crianças. Collière (1999) refere que o cuidado sempre esteve associado à prática das mulheres e que, no momento atual, os cuidados habituais da vida cotidiana estão integrados à própria atividade feminina. Para Toma (2003), o pai, mesmo que seja cada vez mais instigado a participar do cuidado dos

filhos, pode não ser capaz de corresponder a essa expectativa, devido aos papéis de gênero que ainda prevalecem.

Como afirmam Luz e cols (2007), citando Patrício, identifica-se o terreno fértil em que o conhecimento herdado se prolifera por meio das mulheres e esse conhecimento é favorecido por sua própria busca sobre práticas de saúde, pois são elas que assumem o cuidado da família e que refletem as crenças/valores e recursos locais desenvolvidos na vivência cotidiana.

Os critérios de elegibilidade, assim como de exclusão, adotados nesta pesquisa, têm como intuito possibilitar a homogeneização dos entrevistados que atenda ao objeto de estudo, assim como evitar viés de pesquisa. Ressaltamos que os mesmos foram elaborados com base na Resolução 196/96 (BRASIL, 1996).

Assim, as mães foram selecionadas a partir dos seguintes critérios: ser mãe de crianças entre 0 a 1 ano de idade, ser nativa da comunidade quilombola do Monte Recôncavo; identificar-se como principal cuidadora da criança; não ser portadora de surdez e/ou mudez e aceitar participar da pesquisa voluntariamente. Para essa identificação na comunidade, contamos com o apoio e informações das ACS.

Como critérios de exclusão, considerou-se: ter filho entre 0 a 1 ano de idade com alguma doença crônica (genética e/ou adquirida); ser portadora de alguma condição que inviabilizasse a coleta de dados, como surdez ou mudez, e não concordar com a realização da pesquisa e/ou recusar-se a assinar o Termo de Consentimento.

Na comunidade do Monte Recôncavo, segundo dados do SIAB (SÃO FRANCISCO DO CONDE, 2010a) e informações das ACS, tem-se vinte e três (23) crianças até um (01) ano de idade. Inicialmente, não delimitamos o número de mulheres que seriam entrevistadas, considerando que as entrevistas seriam realizadas até que fosse possível a apreensão do objeto de estudo - o cuidado de crianças de 0 a 1 ano em uma comunidade quilombola.

Foi possível realizar visita domiciliar a quinze (15) mães, direcionadas pelas ACS; porém, foram descartadas quatro, pois uma tinha um filho prematuro; outras duas, os filhos apresentavam deficiência física e mental e a última, era uma avó materna que dividia o cuidado do neto com a mãe da criança e uma terceira pessoa. Desta forma, o universo de mulheres entrevistadas foi de onze (11) mães.

A aproximação com essas mães aconteceu por meio das ACS, as quais, conhecendo quais mulheres possuíam filhos até um ano de idade e os critérios de inclusão/exclusão desta pesquisa, agendavam antecipadamente a conversa com as mulheres e acompanhavam a pesquisadora até a casa dos sujeitos. Antes, solicitávamos às ACS que, no momento da

entrevista, elas saíssem para preservar questões éticas durante a coleta de dados. Houve apenas duas mulheres que pediram que a ACS permanecesse, sendo atendida esta solicitação.

Não foi previamente demarcada a estrutura familiar¹⁰ na qual estavam inseridas a mãe e a criança, considerando que, assim como comprovado em outros estudos (BUSTAMANTE; TRAD, 2007; MARTIN; ANGELO, 1999), as diferenças familiares e suas organizações internas implicam em diferentes modos de cuidar da criança.

O Quadro a seguir (Quadro 2) mostra esquematicamente a caracterização das mulheres entrevistadas. Ressaltamos que cada um dos dados elucidados nesse Quadro serão resgatados oportunamente durante a análise das categorias, de maneira a complementar a discussão.

¹⁰ Por estrutura entende-se, uma forma de organização ou disposição de um número de componentes que se inter-relacionam de maneira específica e recorrente (HOCKENBERRY, 2006). A estrutura familiar compõe-se de um conjunto de indivíduos com condições e em posições, socialmente reconhecidas, e com uma interação regular e recorrente também ela, socialmente aprovada. A família pode então, assumir uma estrutura *nuclear* ou *conjugal*, que consiste num homem, numa mulher e nos seus filhos, biológicos ou adotados, habitando num ambiente familiar comum.

Quadro 2. Caracterização das Mães Estudadas em São Francisco do Conde – Bahia, 2011.

CARACTERÍSTICAS	IDADE	RELIGIÃO	COR	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDADE	OCUPAÇÃO	NºMORADORES	Nº FILHOS	RENDA FAMILIAR ¹¹
SUJEITOS ¹²									
Sílvia	31	Evangélica	Negra	Solteira	2º grau completo	Desempregada	04	03	71,25
Cristina	26	Católica	Negra	Solteira	2º grau completo	Dona de Casa	06	02	166,66
Paula	23	Católica	Branca	União Estável	2º grau completo	Dona de Casa	03	01	180,00
Carol	27	Católica	Parda	Casada	2º grau completo	Agente administrativa	04	01	325,00
Maria	32	Evangélica	Negra	União Estável	1º grau incompleto	Dona de Casa	07	05	87,85
Ana	29	Evangélica	Parda	Casada	2º grau incompleto	Dona de Casa	04	02	150,00
Rebeca	32	Católica	Parda	Casada	2º grau completo	Copeira	04	02	160,00
Juliana	25	Católica	Negra	Solteira	1º grau incompleto	Desempregada	04	03	107,5
Fernanda	22	Católica	Negra	Solteira	1º grau incompleto	Faxineira	08	01	Desconhece
Anita	34	Católica	Parda	Casada	2º grau completo	Dona de Casa	04	02	200,00
Bianca	17	Católica	Negra	União estável	2º grau incompleto	Estudante	07	01	87,85

¹¹ Renda familiar *per capita* em reais

¹² Nomes fictícios

3.2.4 Técnicas de Coleta de Dados

Nesta pesquisa, optou-se pelas técnicas de **observação direta descritiva** e **história oral de vida temática**.

Segundo Minayo (1999), a observação direta é realizada por meio do contato direto do pesquisador com o fenômeno observado para obter informações sobre a realidade dos atores sociais em seus próprios contextos.

Observar, naturalmente, não é simplesmente olhar. Observar é destacar de um conjunto (...) algo especificamente, por exemplo, atenção em suas características (...) Observar um fenômeno social significa, em primeiro lugar, que determinado evento social, simples ou complexo, tenha sido abstratamente separado do seu contexto para que, sua dimensão singular, seja estruturando seus atos, relações (...) até captar, se for possível sua essência numa perspectiva ampla, ao mesmo tempo de contradições, dinamismos, de relações (TRIVINOS, 1987, p. 153)

Para a coleta de dados, realizaram-se visitas periódicas com o propósito de conhecer a comunidade de Monte Recôncavo, principalmente em suas questões socioculturais. Nestas visitas, utilizou-se o método da **Observação Direta descritiva**, considerando que este permite um contato mais ativo do pesquisador com o contexto estudado, o qual ajudou na visibilidade das condições socioeconômicas, culturais e os costumes do dia-a-dia da comunidade que pudessem subsidiar melhor a compreensão do processo cuidar/cuidado de crianças no domicílio.

A observação descritiva é realizada de forma totalmente livre, embora o investigador de campo deva estar sempre focalizado no que constitui seu objeto de estudo (MINAYO, 2006).

A observação direta foi realizada na própria comunidade, por meio de visitas domiciliares aos sujeitos da pesquisa, focalizando o cuidado às crianças. Para esta observação, foi utilizado um Roteiro de Observação (**Apêndice A**).

Durante essas visitas, as anotações das observações de campo e dos diálogos das/com as famílias foram registradas no “**diário de campo**” e também utilizou-se o gravador. Esses dados foram organizados por núcleo familiar. Os dados observados na comunidade em geral como ambiente, atividades culturais e/ou sociais que tenham relação com o objeto de estudo também foram observados e registrados no diário de campo.

O **Diário de Campo**, utilizado como instrumento de registro, assegura a precisão dos dados coletados pela observação. Devem ser registrados as ocorrências e os diálogos estabelecidos entre o pesquisador e o sujeito entrevistado, e os registros mais amplos que englobam a descrição dos eventos e o exercício de síntese e de compreensão dos dados pelo pesquisador. Neste diário não se registram as entrevistas formais, mas observações sobre conversas informais, comportamentos, gestos, expressões que digam respeito ao tema pesquisado (KAKEHASHI; PINHEIRO, 2006; MINAYO, 2004).

Nesta pesquisa, o Diário de Campo foi elaborado a partir de todos os dados possíveis sobre as famílias visitadas, uma descrição ambiental, sociocultural, das visitas da pesquisadora aos domicílios, dos cuidados realizados à crianças de 0 a 1 ano tanto pela mãe quanto por outros membros da sociedade.

Entende-se que o diário de campo deve ser o mais completo possível em relação à comunidade estudada e os dados que tenham relação com os objetivos de estudo, uma vez que a escrita funciona como um *memento*, uma recordação do vivido.

Antes da realização da história de vida temática, foram feitas algumas perguntas de identificação dos sujeitos, direcionado para as mães (**Apêndice B**), contemplando dados sócio-demográficos, por considerá-los fundamentais para a compreensão da temática.

A **História Oral de Vida Temática**, segundo Meihy (2005), refere-se a um estudo que pretende compreender uma temática específica, definida como foco central, que busca detalhar o cotidiano de um grupo, os seus mitos, rituais e visão de mundo, dando ênfase à história e a práticas sociais de comunidades específicas e a sua cadeia de transmissão. Nessa pesquisa, a temática específica consiste no cuidado de crianças em seus domicílios desde que nasceram.

A história de vida é um instrumento privilegiado para análise e interpretação, na medida em que incorpora experiências subjetivas mescladas a contextos sociais. Para Paulilo (1999), entre tantas técnicas de coleta e análise de dados em uma abordagem qualitativa, a história de vida ocupa lugar de destaque, pois permite captar o que acontece na intersecção do individual com o social, assim como permite que elementos do presente fundam-se a evocações passadas.

A história oral dá sentido à cultura, na humanização das relações sociais quando reconhecidas como mediadas por sujeitos comuns. O sujeito da história oral revela uma interpretação particular dos valores herdados na sua participação da vida cotidiana, em expressões de sua subjetividade (MEIHY, 2005).

Todavia, Camargo (1984 citado por PAULILO, 1999) complementa que o uso da história de vida possibilita apreender a cultura “do lado de dentro”; constituindo-se em instrumento valioso, uma vez que se coloca justamente no ponto de intersecção das relações entre o que é exterior ao indivíduo e aquilo que ele traz dentro de si.

Destarte, a História de Vida na Pesquisa Qualitativa possibilita o estudo sobre a vida das pessoas, penetrar em sua trajetória histórica e compreender a dinâmica das relações que estabelece ao longo de sua existência (SPINDOLA; SANTOS, 2003).

A utilização da História Oral de Vida Temática como técnica para este estudo justifica-se ainda pela perspectiva da Teoria Transcultural, uma vez que nesta abordagem metodológica, os dados são coletados por meio do retrato de uma pessoa, cuja trajetória é significativa para a compreensão de eventos, períodos e de práticas culturais e históricas, que são registrados e analisados num esforço para desvendar interações entre percursos individuais e processos coletivos (SILVA; BARROS, 2010).

Essa técnica de coleta implicou na realização de entrevistas em dois momentos: inicialmente, solicitamos ao entrevistado o relato da sua história de vida com mínima interferência do entrevistador; esgotada esta etapa - que variou com cada entrevistada - buscamos a complementação das informações já obtidas, de acordo com tópicos previamente definidos, caracterizando-se a entrevista, neste momento, como semi-estruturada. Desta forma, a entrevista, como técnica adotada em História de Vida Temática, tem fundamentos historiográficos, pois se coloca como um procedimento cuidadoso na constituição de fontes históricas.

Para nortear a história de vida temática das mães das crianças, foram utilizadas as seguintes questões norteadoras:

Fale como a senhora cuida do(a) seu (sua) filho(a) no dia-a-dia desde que nasceu.

Como a senhora cuida do(a) seu (sua) filho(a) para que não fique doente?

Como a senhora faz para manter a saúde do(a) seu (sua) filho(a)?

3.2.5 Coleta de Dados

Antecedendo a coleta de dados, realizamos o pré-teste, a fim de avaliar a clareza das questões norteadoras para os sujeitos, assim como observar se as mesmas atingiriam os objetivos do estudo. O pré-teste, realizado com duas mulheres, apontou que as questões norteadoras estavam claras e coerentes com o objeto de investigação e não precisaram de ajustes para iniciar a coleta de dados.

A coleta de dados efetiva ocorreu entre Maio a Setembro de 2011 e todas as visitas domiciliares foram realizadas pela pesquisadora, acompanhada sempre pela respectiva ACS da área de abrangência. No momento da entrevista, as ACS já estavam informadas sobre a necessidade de se retirarem, a fim de permitir a preservação de questões éticas e por considerar que a presença de mais uma pessoa poderia trazer constrangimentos à mãe e/ou família, como também poderia mudar a própria dinâmica intrafamiliar.

Ao chegar às casas, a pesquisadora sempre conversava com as mães ou outros membros da família que estivessem presentes e, ao mesmo tempo, realizava a observação, a qual só terminava com a saída da pesquisadora do domicílio. Depois de uma conversa informal, que permitia uma inserção espontânea da pesquisadora no espaço domiciliar, eram realizadas as entrevistas. Em todos os domicílios visitados, durante a entrevista, houve interferência de algum membro da família, como filhos, mãe ou sogra, irmão e até sogro. Todas essas interferências foram registradas no diário de campo, assim como as interposições de algum acontecimento durante a coleta, como briga entre crianças, conserto de alguma área da casa, chuva, desfile de Sete de Setembro, entre outras situações.

As casas visitadas, em sua maioria, ficavam no centro do Monte, porém o acesso era difícil por conta da própria geografia local. Apenas uma das casas localizava-se numa fazenda mais distante, onde funcionou uma casa de Engenho e que preserva até hoje a mesma estrutura, ainda que restaurada. As entrevistas aconteceram em área comum da casa, como a sala, exceto a de uma mulher que não se sentia à vontade por conta do sogro- o qual estava presente no momento da coleta- e solicitou que a entrevista fosse feita em seu quarto. As visitas domiciliares duraram em média uma hora e quinze minutos.

Posteriormente, essas entrevistas passaram por três procedimentos, como sugerido por Meihy (2005): transcrição, textualização e transcrição - etapas complementares, que consistem respectivamente em:

1. **Transcrição:** processo rigoroso, longo e exaustivo de passagem inicial do oral ao escrito. Para alguns pesquisadores, trata-se de um procedimento de caráter puramente técnico, às vezes relegado a outros. Esta etapa foi realizada por três bolsistas, considerando o grande volume de dados coletados, sendo que todas as transcrições foram revisadas pela pesquisadora. Sabe-se que a transcrição é de grande importância para a construção e análise das histórias de vida, principalmente por sua natureza reiterativa;

2. **Textualização:** etapa na qual as perguntas da pesquisadora foram retiradas ou adaptadas às falas das entrevistadas. Há também rearranjos a partir de indicações cronológicas e temáticas. Desse modo, busca-se facilitar a leitura do texto por meio de conformações às regras gramaticais vigentes e da supressão de partículas repetitivas, sem valor analítico, típicas do discurso oral. O objetivo é o de possibilitar uma melhor compreensão da narrativa;

3. **Transcrição:** refere-se à inclusão de elementos extra-texto na constituição das narrativas dos colaboradores, no sentido de reproduzir o contexto da entrevista no documento escrito e tentar elaborar uma síntese dos dados percebidos pela pesquisadora, além da narrativa da entrevistada. Nesta pesquisa, esse fator associou-se às interferências familiares e, principalmente, ao comportamento da criança e algum cuidado com esta.

Oportunamente, foram realizados registros fotográficos do espaço geográfico, das condições ambientais locais, de encontros com os moradores do Monte Recôncavo, das práticas tradicionais de cuidados de saúde e de outras situações que foram importantes para esta investigação. Porém, a técnica de fotografia foi utilizada somente com o intuito de ilustrar o trabalho e não constituir material de dados empíricos.

3.2.6 Análise de Dados

Após a coleta de dados por meio das histórias de vida temática e das observações, utilizou-se a **Análise de Conteúdo**, modalidade temática de Bardin (1977), a fim de explorar a particularidade das mães no processo do cuidado transcultural do filho pequeno no domicílio.

A análise de conteúdo é definida por Bardin (1977) como um conjunto de técnicas de análise, que visam obter, por procedimentos temáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens, indicadores - sejam quantitativos ou não - que permitam a inferência de conhecimentos referentes às condições de produção/recepção destas mensagens.

Para Moraes (1999), a análise de conteúdo conduz a descrições sistemáticas, ajuda a reinterpretar as mensagens e a atingir uma compreensão de seus significados num nível que vai além de uma leitura comum, pois, como método de investigação, compreende procedimentos especiais para o processamento de dados científicos, contemplando etapas específicas.

Segundo Bardin (1977), as etapas da análise de conteúdo são a pré-análise, a exploração de material, o tratamento dos dados, a inferência e a interpretação destes.

A pré-análise tem a finalidade de sistematizar as idéias iniciais e direcionar as etapas subsequentes. Nesta fase, foi realizada a transcrição das entrevistas, a leitura flutuante do material e a composição do *corpus*.

Ainda para esta autora (BARDIN, 1977), “Corpus” é o conjunto dos documentos impetrados para serem submetidos aos procedimentos analíticos e sua constituição abrange algumas particularidades:

- **Exaustividade:** inclusão de todos os elementos obtidos na coleta de dados. Essa característica é descrita por Moraes (1999), como a possibilidade de categorização de todo o conteúdo significativo definido de acordo com os objetivos da análise; ou seja, cada conjunto de categorias deve ser exaustivo no sentido de possibilitar a inclusão de todas as unidades de análise.

- **Representatividade:** número de amostras representativo do universo pesquisado;

- **Homogeneidade:** Para Moraes (1999), a homogeneidade consiste na organização da análise, fundamentada em um único princípio ou critério de classificação. Um conjunto de categorias homogêneo é aquele em que todo o conjunto está estruturado em uma única dimensão de análise.

- **Pertinência:** a fonte de informação dos documentos analisados corresponde aos objetivos do estudo.

- **Exclusividade:** cada elemento é classificado em apenas uma categoria; dessa forma, um mesmo dado não pode ser incluído em mais de uma categoria.

Em seguida, realizamos a seleção dos trechos das falas das entrevistadas, procedimento que permitiu estabelecer as categorias empíricas; que são as classes que reúnem um grupo de elementos (unidades de registros, no caso a análise temática), agrupadas segundo os caracteres comuns entre eles.

A **categorização** aconteceu após leituras exaustivas dos textos transcritos e do recorte de cada unidade de registro das entrevistas, que foram agrupadas em temas por

semelhança ou aproximação de conteúdo da história das entrevistadas, focalizando a relação entre esses discursos e os objetivos do estudo.

Assim, as categorias foram determinadas segundo a temática inquirida e os termos relevantes foram incorporados por similaridade de conteúdo. Depois de reunidos, esses termos formaram as pré-categorias que, novamente agrupadas, determinaram as categoriais finais. Por fim, realizou-se a análise, não de maneira estanque, mas ao longo da coleta de dados, enfocando os conteúdos teóricos balizados nesta pesquisa, a partir da Teoria Transcultural do Cuidado.

Estabelecemos, posteriormente, relação entre os dados coletados, o referencial teórico e o contexto analisado por meio da observação. Assim, os cuidados às crianças de 0 a 01 ano no domicílio em uma comunidade quilombola e os conteúdos que fundamentaram esta investigação desvelaram-se através de quatro categorias, denominadas:

- **Significados do Processo saúde-doença da criança na perspectiva das mães**
- **Cuidados Cotidianos de Saúde com as Crianças Quilombolas de 0 a 1 ano;**
- **Cuidados nas Intercorrências no Primeiro ano de vida: das Práticas Populares à Medicalização;**
- **Suporte Social de Cuidados à saúde da criança quilombola de 0 a 1 ano**

Estas categorias e as respectivas subcategorias são apresentadas nos capítulos seguintes. Ressalta-se que as falas das entrevistadas destacadas na análise estão identificadas com o nome fictício das mães.

3.2.7 Procedimentos Éticos

Todas as etapas desta pesquisa tiveram como base as normas e diretrizes da pesquisa com seres humanos, estabelecidas pela Resolução 196/96 (BRASIL, 1996).

Ressaltamos que, desde os primeiros contatos com os sujeitos envolvidos na pesquisa, especialmente no que se refere às famílias integrantes do estudo, respeitamos o previsto na Resolução nº196/96 (BRASIL, 1996), que dispõe sobre as normas de pesquisas envolvendo seres humanos, o que inclui a aprovação dos sujeitos da pesquisa mediante informações prévias sobre o desenvolvimento da mesma.

Só participaram da pesquisa os sujeitos que concordaram, após a leitura da Orientação aos Colaboradores (**Apêndice C**) e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TLCE) (**Apêndice D**).

Os sujeitos também foram orientados de que não haveria benefícios financeiros para nenhuma das partes e que as informações fornecidas seriam mantidas em sigilo, de modo que as falas não permitissem a sua identificação. Cabe observar que o estudo oferece alguns riscos para os sujeitos, como o desconforto para relatar sua história relacionada ao cuidado do filho. Respeitando este aspecto, a entrevistada foi orientada que, em qualquer momento da entrevista, ela poderia desistir sem nenhum ônus, tanto para ela, quanto para a pesquisadora.

A confidencialidade e a privacidade dos sujeitos foram asseguradas por meio de códigos de identificação, substituindo seus nomes verdadeiros por nomes próprios de mulheres, escolhidos pelas próprias entrevistadas, respeitando o critério de exclusividade; ou seja, o nome não seja repetido no estudo. Assim, tem-se como nomes fictícios: Juliana, Anita, Ana, Fernanda, Rebeca, Bianca, Carol, Maria, Paula, Silvia e Cristina.

Esta pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (CEP/EEUFBA) com parecer de aprovação com Protocolo nº 04/2010 (**Anexo C**), uma vez que se trata de subprojeto da pesquisa intitulada “Fatores de vulnerabilidade na saúde das crianças e adolescentes de São Francisco do Conde”¹³.

Durante a coleta de dados, na medida em que esta pesquisa acatou as exigências da Resolução 196/96 (BRASIL, 1996), caso se percebesse alguma ação ou negligência por parte da cuidadora que oferecesse risco à integridade da saúde da criança, seriam feitas orientações e/ou encaminhamentos necessários, respeitando o preconizado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (BRASIL, 2007) e pelo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) Resolução nº 311/2007, que prevê em seu Art. 90, que o profissional deve interromper a pesquisa na presença de qualquer perigo à vida e à integridade da pessoa (COFEN, 2007). Entretanto, isso não foi necessário, uma vez que a pesquisadora não encontrou nenhuma criança que precisasse deste tipo de encaminhamento.

Lembramos ainda que, respeitando a fidedignidade às entrevistas, não foram corrigidas as falas das entrevistadas e que os termos ou palavras de uso regional ou

¹³ Pesquisa desenvolvida no município de São Francisco do Conde, com financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa no Estado da Bahia (FAPESB). Esta pesquisa engloba cinco subprojetos, os quais são desenvolvidos por quatro alunos do Mestrado e uma aluna do Doutorado.

desconhecidas serão identificadas e terão seus significados descritos oportunamente ao longo do texto.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Conhecer o universo do cuidado desenvolvido por mulheres na comunidade quilombola de Monte Recôncavo com seus filhos recém-nascidos até um ano de idade possibilitou analisar particularidades deste contexto, por meio das discussões apresentadas neste capítulo à luz da Teoria Transcultural de Leininger.

Este capítulo compreende cinco partes, desenvolvidas a partir da **apresentação das cuidadoras** e das categorias: **Significados do Processo saúde-doença da criança na perspectiva das mães; Cuidados Cotidianos de Saúde com as Crianças Quilombolas de 0 a 1 ano; Cuidados nas Intercorrências no Primeiro ano de vida: das Práticas Populares à Medicalização e Suporte Social de Cuidados à saúde da criança quilombola de 0 a 1 ano**, com suas respectivas subcategorias temáticas.

4.1 AS CUIDADORAS NOS SEUS DOMICÍLIOS

Para melhor compreender a análise dos relatos, é fundamental conhecer brevemente as pessoas que vivenciam esse cuidado cotidianamente e, quando possível, associar seus relatos e vivências à sua condição social, familiar e cultural. Para tanto, descrevemos a seguir as características das mulheres quilombolas participantes deste estudo.

Anita

Mãe de dois meninos, um de nove anos e o outro de quatro meses; dona de casa, 34 anos, parda, católica, casada. Tem segundo grau completo e mora com seu marido e filhos, em casa de dois andares, onde reside no primeiro andar; o térreo é ocupado por parentes de seu esposo. A casa, localizada na Praça da Igreja, é ampla, com três quartos, duas salas, dois banheiros e área no fundo. Para cuidar dos filhos, conta com a ajuda da mãe, que também mora na mesma comunidade. Depende financeiramente do marido, que tem uma renda em torno de oitocentos reais, trabalhando numa refinaria.

Fernanda

Mãe de um menino de onze meses, solteira, negra, desempregada, mas faz faxina esporadicamente; 22 anos; católica. Tem primeiro grau incompleto e depende dos pais para seu sustento e do filho. No domicílio de três cômodos moram oito pessoas (ela, os pais, um

irmão, uma irmã, seu filho e dois sobrinhos). Refere que o pai da criança sumiu após sua gravidez e acha que está grávida, aguardando um resultado de exame para comprovar. Durante a entrevista, ela estava cuidando do seu filho e do sobrinho, ambos menores de dois anos.

Juliana

Mãe de três filhos de pais diferentes, um menino de seis anos, uma menina de três anos e um menino de quatro meses. Solteira, 25 anos, negra, católica, primeiro grau incompleto, doméstica e desempregada, não recebe ajuda financeira dos pais das crianças e depende de benefícios municipais, como o Programa de Acolhimento Social (PAS)¹⁴ e a Bolsa Aluguel¹⁵. Reside em casa alugada temporariamente pela Prefeitura Municipal de SFC, até que receba casa própria em construção, através de benefícios também municipais.

Sílvia

Mãe de três filhos, um menino de dez meses, uma menina de oito anos e um menino de dez anos. Evangélica, 31 anos, negra, segundo grau completo, faxineira. Atualmente está desempregada. Solteira, mesmo mantendo relacionamento estável com o pai de seu filho mais novo; não quer se casar novamente, pois já se divorciou uma vez. Mora com seus filhos; recebe ajuda financeira do companheiro- proprietário de um bar- e do PAS.

Cristina

Mãe de duas meninas, uma de dois anos e a outra de onze meses, 26 anos, solteira, negra, dona de casa e católica. Primeiro grau incompleto. Mora com pais e irmãos e recebe ajuda financeira dos pais e do pai das crianças, de quem está separada há quatro meses. O pai das crianças trabalha como montador de carro em uma empresa no sul do país e provê as filhas com plano de saúde e pensão mensal.

¹⁴ O Programa de Acolhimento Social é um programa municipal de São Francisco do Conde (instituído pela Lei Municipal 078/2009), para famílias que possuam crianças menores de dezessete anos e situação social desfavorecida, sendo esta última constatada por Assistentes Sociais.

¹⁵ A Bolsa Aluguel é um benefício municipal para famílias que moravam em situação de risco e recebem temporariamente uma casa alugada pela Prefeitura Municipal de SFC, através da Secretaria de Assistência Social, até receber a casa própria, que está sendo construída através de benefícios municipais.

Paula

Mãe de um menino de oito meses, 23 anos, em união estável, branca, católica, segundo grau completo, dona de casa. Mora com marido e filho, em casa temporariamente emprestada para seu esposo, localizada numa fazenda na qual ele trabalha. Registro aqui ainda a similaridade deste local com uma casa de engenho, o qual historicamente funcionava dessa forma e ainda mantém estrutura com casa central e várias casas menores ao redor, com acesso bem restrito. Depende financeiramente do marido, que trabalha como lavrador e obtém uma renda mensal inferior a um salário mínimo.

Bianca

Adolescente de 17 anos, solteira, estudante, católica, negra, com segundo grau incompleto, mãe de uma menina de nove meses. Em união estável, mora com marido, sogros e cunhados. Depende financeiramente do marido, que não tem trabalho fixo e presta serviços variados, chegando a uma renda mensal em torno de um salário mínimo. Solicitou que a entrevista fosse feita no seu quarto, pois os sogros estavam na casa e ela não queria que eles escutassem.

Rebeca

Mãe de dois meninos, um de quatro anos e o outro de um mês, 32 anos, parda, casada e católica. Tem segundo grau completo e trabalha como copeira em uma refinaria. Mora com marido e filhos. Ela que provê a renda familiar, pois o marido está desempregado.

Ana

Dona de Casa, mãe de duas crianças, um menino de seis anos e uma menina de cinco meses, 29 anos, parda, casada e evangélica. Tem segundo grau incompleto. Mora com marido e filhos, na rua principal de acesso ao Monte Recôncavo, num aclive e precisa-se subir algumas escadas para chegar. Tem renda familiar mensal em torno de um salário mínimo, pois ela não trabalha e o marido atua como ajudante de pedreiro.

Carol

Mãe de um menino de cinco meses, 27 anos, parda, casada e católica. Tem segundo grau completo e trabalha como assistente administrativa de um colégio público. Mora com marido, filho e cunhada, na rua principal de acesso ao Monte Recôncavo, sua casa fica num aclive e no segundo andar, implicando em algumas escadas para ter acesso à sua casa. Tem

renda familiar mensal em torno de dois salários mínimos, pois conta também com ajuda financeira do marido que trabalha numa refinaria próxima.

Maria

Dona de casa, mãe de cinco filhos, um menino de sete anos, outro de três; uma menina de nove anos, outra de cinco e a menor de seis meses. Evangélica, negra, com primeiro grau incompleto, união estável. Depende financeiramente do marido, que faz serviços informais, com renda mensal inferior a um salário mínimo. Durante toda a entrevista, permaneceu com a bebê no colo, além de três filhos (com exceção da mais velha que estava no colégio) interferindo a conversa, pois estavam disputando um pão.

4.2 O DESVELAR DO CUIDADO DOMICILIAR DE CRIANÇAS QUILOMBOLAS DE 0 A 1 ANO

O cuidado domiciliar de crianças quilombolas desvela-se pelas categorias, com suas respectivas subcategorias, numa perspectiva de identificação de valores culturais, crenças e as práticas de cuidado desta comunidade, abalizadas pelos aportes teóricos de Madeleine Leininger, especificamente em relação à diversidade e universalidade cultural do cuidado.

Esse capítulo tem continuidade com a apresentação das categorias e subcategorias, apresentadas a seguir num esquema representativo (Figura 7).

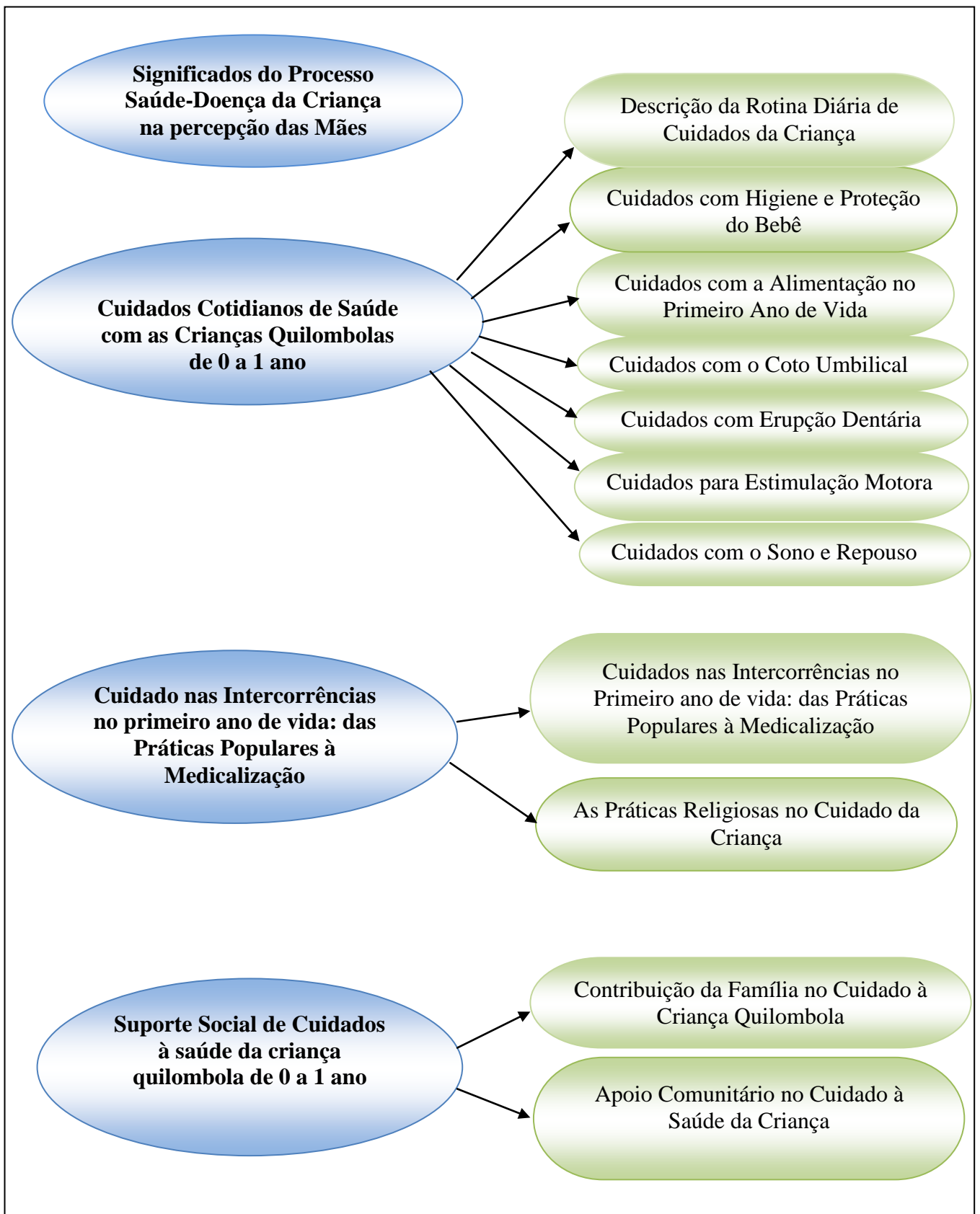


Figura 7. Esquema Representativo das Categorias e Subcategorias

4.2.1 Significados do Processo Saúde-Doença da Criança na percepção das Mães

O conhecimento do processo saúde-doença está associado às concepções que explicam o mundo, os costumes, os valores e as crenças da sociedade em que é gerado, refletindo o pensamento dominante em dado momento histórico. Esta concepção hegemônica pode coexistir com outras formas de explicar e lidar com o processo saúde-doença em cada contexto (MINAYO, 2004).

O processo saúde-doença é permeado pelo cuidado familiar, que deve ser analisado e compreendido numa perspectiva ampla, partindo do princípio de que a atenção à saúde dispensada às crianças parte da concepção que o cuidador tem sobre este processo e dos significados atribuídos à condição de estar saudável ou doente.

Considerando que a saúde é a meta de qualquer cuidado, enfatizamos que o cuidado, como bem social imensurável atrelado à vida cotidiana das pessoas, em sociedades distintas, demanda atitudes específicas, intrínsecas ao meio em que está inserido o sujeito desta ação. Assim, Cunha et al (2009) destacam que o cuidado com a saúde pode ser priorizado e organizado de acordo com diferentes concepções do processo saúde-doença sobre o desenvolvimento humano e de acordo com cada contexto sociocultural. Ao se tratar de experiências vivenciadas dentro do processo saúde-doença, é impossível desapropriar os sujeitos das concepções e representações arraigadas ao saber cultural (BARBOSA e cols., 2004). Neste sentido, o cuidado se reveste de um simbolismo que tem uma multidimensionalidade cultural em diversos lugares.

Quando analisamos o cuidado com as crianças no contexto familiar, reconhecemos que este é perpassado pelos sentidos que os cuidadores atribuem às práticas de cuidado e, por sua vez, expressam os significados que dão à saúde e à higiene. Gualda e Bergamasco (2004) mencionam que a saúde e a doença produzem experiências pessoais intensas, ao mesmo tempo em que possibilitam a construção de eventos socialmente significativos, nas quais a posição pessoal individual influencia a tomada de decisões.

Assim, o entendimento sobre o processo saúde-doença evidenciou-se nas falas das entrevistadas, e conseqüentemente, fez emergir o contexto em que elas percebem quando os filhos estão saudáveis ou doentes; principalmente por meio da sintomatologia por eles apresentada.

Ele graças a Deus, desde o dia que nasceu, não ficou doente, nunca, graças a Deus, nunca teve nada (Fernanda).

Ela não teve problema nenhum, ela dorme, come direito, é difícil ficar doente (Bianca).

Essas falas demonstram as percepções das mães sobre as condições de saúde dos filhos, nas quais estar saudável associa-se à ausência de patologias. Essa concepção traz uma ideia restrita sobre saúde, comparando-se principalmente com a definição de saúde da OMS, desde 1948, a qual é referida como "um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades".

É preciso ressaltar que a compreensão de saúde tem determinado grau de subjetividade, associada à determinação histórica e às variações específicas, na medida em que indivíduos e sociedades consideram ter mais ou menos saúde, a depender do momento, do modo de vida e dos valores culturais que atribuam a uma situação.

Estudo realizado por Zanata (2006) destaca a definição de mães sobre saúde, vinculando-se também à ausência de doenças. Mas, não associa essa percepção a uma alienação, no que diz respeito à percepção do processo saúde-doença; pois, como explicam Melo e Cunha (2004) é difícil estabelecer quando começa a doença e quando termina a saúde, como também é complexo o conceito de saúde na medida em que se exclui a doença, considerando os vários aspectos que interferem cotidianamente sobre a saúde.

Esta limitação sobre a percepção da saúde concebida pelas mães é explicada por Gualda e Bergamasco (2004) na medida em que a doença sempre parece dizer mais sobre a condição da pessoa do que a saúde, talvez porque o bem estar completo escapa a atenção e, contraditoriamente, a doença representa uma ameaça ao senso de segurança e é geradora de ansiedade.

Depois que ele ficou roncando, cheio de catarro (Juliana).

Tem vezes que eu faço [o mingau] e ele não quer mesmo eu sabendo passou três quatro horas eu já sei que ele tá com fome, mas aí eu vou dar ele não quer (Paula).

Só quando a renite dela ataca 'mermo', que ela gripada com catarro, só... (Bianca).

Diziam que o problema era gases (...) aí eu botava em cima da barriga [colocava a criança sobre sua barriga]. Aí parava de chorar. Depois demorava um pouquinho ela chorava de novo (Cristina).

Tais depoimentos representam situações diferentes, as quais são apontadas pelas mães como sinal de doença ou agravos à saúde: mal estar geral, inapetência, gripe com secreção e às vezes sinais de reações alérgicas e os episódios de cólicas. No geral, a maioria das mães apontou a gripe e/ou resfriado como a mais comum das doenças que as crianças apresentam até um ano de idade, fato comprovado por vários estudos sobre morbimortalidade infantil, os quais consideram as infecções respiratórias agudas (IRAs) como uma doença prevalente na infância (BRASIL, 2002b; 2004a; MINAS GERAIS, 2004; CARDOSO, 2010).

Em pesquisa realizada¹⁶ no Monte Recôncavo no período de 2011, relacionada à incidência de Doenças Prevalentes na Infância, Magalhães; Camargo e Morais (2012) encontraram que as infecções respiratórias e a diarreia são as doenças mais comuns entre as crianças menores de cinco anos nesta comunidade, justificando, em parte, a valorização dada pelas mães aos sintomas respiratórios como sinal de doença.

Podemos então dizer que a associação da saúde à inexistência de doenças é um reflexo do modelo biomédico, em que há uma valorização dos sinais e sintomas, pois eles apontam quando a doença ocorre pela ruptura do bem-estar biológico, social ou psicológico, como proposto pela OMS. Assim, a doença se insinua como um desequilíbrio físico e/ou psicológico do indivíduo e a percepção desse processo corresponde a experiências singulares e subjetivas.

Essa experiência torna-se um movimento natural da sociedade em definir, delimitar e categorizar, primeiramente, o que é considerado desvio da normalidade para, em momento posterior, denominar o que é comum, que representa o normal- a saúde (SCHAURICH; COELHO; MOTTA, 2006).

No caso das crianças, as mães percebem quando essas apresentam qualquer alteração fisiológica e, para Gualda e Bergamasco (2004), a doença - em termos epistemológicos - é constituída e só pode ser conhecida por meio das atividades interpretativas, considerando que a biologia, as práticas sociais e o significado se inter-relacionam na ‘produção’ da doença enquanto objeto social e experiência vivida.

¹⁶ Pesquisa vinculada ao Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC), intitulada “Incidência de Doenças Prevalentes na Infância em Monte Recôncavo”, realizada por bolsista estudante de Graduação da Escola de Enfermagem da UFBA, vinculada ao projeto “Fatores de vulnerabilidade na saúde das crianças e adolescentes de São Francisco do Conde”.

Essa ideia emerge no estudo de Boehs et al (2011), no qual os profissionais de saúde reconhecem que o processo saúde-doença das famílias é dependente das várias condições e circunstâncias, destacando as sócio-econômicas, seguidas da baixa escolaridade e da pouca idade da mãe; que, por conseguinte, influenciam na qualidade e na execução do cuidado prestado às crianças.

A identificação dos sinais e sintomas pelas mães como reconhecimento de doenças nos filhos é reflexo da cultura, pois os aspectos culturais poderão determinar quais sinais e sintomas são percebidos como anormais; ao tempo em que ajudam a moldar as alterações emocionais e físicas em um padrão que é reconhecido por quem cuida- no caso, as mães - quanto por quem é cuidado - no caso de crianças, este reconhecimento varia de acordo com a idade e desenvolvimento. O padrão resultante dos sinais e sintomas pode ser chamado de entidade nosológica e representa o primeiro estágio do adoecer (HELMAN, 2009).

O processo saúde-doença pode então ser elucidado pela Teoria Transcultural (LEININGER, 2001b), na medida em que o contexto sócio-cultural do indivíduo determina – em graus diferentes- sua percepção sobre saúde e doença, assim como sua explicação para argumentar o adoecimento.

Zanata (2006) discute os fatores que interferem na saúde, levando ao adoecimento de crianças, na percepção das mães, as quais apontam os aspectos puramente biológicos; mas também os fatores ambientais, os mitos e crenças.

No Monte Recôncavo, as mães igualmente associam vários motivos para explicar o adoecimento dos filhos, reforçando a ideia de que o direito à saúde pressupõe o atendimento às necessidades básicas –individuais e coletivas-, realizado mediante um conjunto de políticas governamentais voltadas para a promoção de uma melhor qualidade de vida para todos (MELO; CUNHA, 2004).

As falas de Juliana e Rebeca revelam a associação da doença às questões ambientais:

Ele só gripa quando ta mesmo choveno ... assim o tempo (Juliana).

Percebo que com mudanças de tempo ele começa a espirrar normalmente no tempo frio, quando tempo esquenta passa (Rebeca).

De fato, a condição ambiental pode interferir no processo saúde-doença, seja por vezes como protetor, em condições favoráveis, ou como propulsor da doença, como as mães

associam a condição climática à causa da gripe nas crianças. A vinculação das doenças aos aspectos ambientais também emergiram no estudo de Nascimento (1997), quando analisou a concepção de saúde e doença em uma comunidade quilombola, na medida em que a população interrelaciona os fenômenos da natureza, como mudanças de tempo, clima, vento, ao processo de adoecimento.

Ainda, algumas mães associam as questões genéticas como justificativa da doença:

O pediatra me disse que não era não que isso era gripe alérgica, alergia, e eu tenho rinite alérgica acho que ele vai ser a mesma coisa que eu (Rebeca).

Todos eles tem problema assim de adenóide, carne no nariz, puxou o pai (Ana).

Há relação da genética com algumas morbidades infantis, uma vez que a hereditariedade é o processo pelo qual características genéticas dos pais são transmitidas aos filhos, como tipos de doença, sexo, raça e traços biológicos (KYLE, 2011).

As mães ainda apontaram os agravos à saúde como algo típico para a faixa etária:

Ele ficou, começou a ‘assar’ e eu sem saber o que era ... sempre usando pomada... é porque agora a criança já vive no chão né e ai pode acontecer sim... sempre vive com a bundinha no chão é mais fácil de assar (Paula).

Porque tem criança assim que nessa fase fica né ... muito gripado, nariz ‘escorreno’ (Paula).

Neste sentido, algumas patologias tem relação com a faixa etária, sendo frequentes alterações comuns durante a infância; posteriormente na adolescência e, por fim, na idade adulta e velhice. Ainda, emergiram os tabus e crenças como explicações dos desvios de normalidades das crianças, como mostram os depoimentos a seguir:

Ele tava bem gripadinho, gripando muito (...) aí a médica me perguntou se eu tomava muito gelo ... aí eu fui sincera, falei “Eu não vou mentir não, eu tomava muita... [risos] Eu botava o copo de água na geladeira e quebrava o gelo pra comer (...) A médica dizia que a gente grávida não pode chupar muito gelo pra criança não nascer com pneumonia e doente (...) Aí minha sogra falava assim: ‘Oxe... você é doida! Esse menino vai nascer doente!’ (...) Depois que ele ficou ‘roncano’, cheio de catarro (Juliana).

Quando dizem do vento... que nem teve um caso lá (...) que é a criança acordou, ele acordou [tomou vento] e ficou todo ‘aguniado’ com sono, vomitano (Paula).

Sei lá, que fica botando olhado em criança, eu acho que é um ‘bucado’ de olhado (...) e fica todo lerdo, não quer comer, não quer brincar com ninguém (Fernanda).

As crenças e os tabus são formas que explicam a condição de doenças em várias culturas. De uma forma geral, no universo da saúde, pode-se dizer que as crenças são definidas como ideias, conceitos, convicções e atitudes tomadas pelos pacientes que estão relacionadas à saúde ou doença e como estes fatores acabam por influir na qualidade de vida e na saúde dessas pessoas, ao tempo em que o conceito de tabu, na literatura antropológica, refere-se a indivíduos, coisas ou palavras cuja qualidade são objeto de temor ou suscetíveis à proibição e, em qualquer circunstância, os tabus são mais restritivos a respeito do comportamento interativo das pessoas (LUZ; BERNI; SELLI, 2007).

Antecedendo essa discussão no campo da saúde, a crença é a atitude de quem reconhece como verdadeira uma proposição; portanto, a adesão à validade de uma noção qualquer. Na filosofia contemporânea, a conceituação de Crença é a atitude da adesão a uma noção qualquer; que pode ser mais ou menos justificada pela validade objetiva da noção, ou não se justificar de modo algum; e ainda que própria adesão transforma a noção em regra de comportamento (ABBAGNANO; 2007).

Tabu, segundo este mesmo autor, é um termo polinésio que significa simplesmente proibir ou proibido e que passou a indicar a característica sagrada da proibição em todos os povos primitivos e qualquer proibição não motivada em todos os povos; tornando-se um instrumento para ressaltar a importância social de acontecimentos, ações, interditos e normas.

Ao analisarem a reprodução das crenças e tabus nos cuidados de saúde, Luz, Berni e Selli (2007) e Minayo (2004), sinalizam que a saúde e a doença são fenômenos clínicos e sociológicos vividos culturalmente, porque as formas como a sociedade os experimentam, cristalizam e simbolizam a maneira de enfrentá-los, fazendo emergir assim as crenças e os tabus. É preciso entender que, ao ampliar as bases conceituais, as Ciências Sociais da saúde não se tornam “menos científicas”, mas aproximam-se dos contornos reais dos fenômenos em estudo; pois, para as questões humanas, além das ciências, buscam-se soluções concomitantes aos mitos, diferentes formas religiosas e sistemas filosóficos.

Nesse contexto, Zanata (2006) chama a atenção para que os profissionais de saúde, ao atenderem as crianças e suas famílias, entendam e aceitem as crenças e, a partir daí,

avaliem a necessidade de uma intervenção. Ainda relacionado ao processo saúde-doença, esses profissionais devem entender o indivíduo na sua totalidade e integrado aos aspectos sociais, culturais, ambientais, religiosos, entre outros, e perceber a família como unidade primeira de cuidados aos seus membros na assistência à saúde em qualquer sociedade (ELSEN, 2004), permitindo ampliar o entendimento do processo saúde-doença para o alcance do ambiente domiciliar e sistema familiar.

Essa referência resgata a discussão de Leininger acerca das crenças, valores culturais e modos de vida para compreender as formas de cuidado que cada indivíduo expressa, pois aquelas determinam a percepção da saúde e da doença e, a partir de então, iniciam as ações direcionadas tanto para proteção da criança, como para tratamento das doenças.

O processo de saúde, na percepção das mães, foi permeado por algumas falas que remetem às atitudes de atenção à saúde do filho, para que permaneçam saudáveis e, conseqüentemente, não apresentem nenhuma doença ou enfermidade.

Ao descrever o cuidado familiar, Elsen (2004) apresenta a proteção como uma das formas de cuidado, mediada pelas ações a fim de garantir a segurança física, emocional e social, iniciada antes do nascimento, por meio de ações, interações e atitudes frente à formação do novo ser, que tem continuidade com atitudes para resguardar, abrigar e preservar a vida e a saúde de seus membros, principalmente na infância e adolescência.

As mães relataram diversas formas de proteção, direcionadas para que seus filhos permaneçam saudáveis.

Eu não deixo ele muito assim em vista com peito nu assim... e tá sempre vestido com meia. Todas as vezes que eu do banho, eu coloco a meia (Carol).

Como ele só vive no chão não deixo ele nu de hipótese alguma (...) a partir do momento que ele (...) começou a engatinhar eu deixo ele sempre assim vestido (...) eu saio as vezes a noite aqui pra assistir (*assistir televisão*) na casa da vizinha, eu levo ele todo protegido (...) de tudo, de toca, de meia e de tudo (Paula).

Sempre cuidando assim... não deixa muito em resfriado, sempre quando chega assim à tardzinha visto uma roupinha quentinha nela pra não deixa ela, ta tomando muito vento assim sabe? (...) À noite, evito muito de sair a noite por causa da frieza (Ana).

Depois enrolar o umbigo, não deixar tomar vento, cobrir a moleira (...) Pois estava sempre com soluço constante e observava que estava com a mão fria,

aí colocava um casaquinho, não deixava tomar vento na cabecinha pra não ficar gripado (Rebeca).

Observamos que a descrição dessas práticas implica em ações direcionadas à higiene da criança, da casa, à alimentação, mas principalmente evidencia as medidas de proteção relacionadas à vestimenta da criança, tendo a finalidade de evitar os resfriados, em um contexto permeado por valores culturais. Chama atenção também o cuidado direcionado para a fontanela - chamado pela mãe de ‘moleira’ - considerada culturalmente um local frágil na criança, o qual muitas vezes as mães têm medo de tocar.

Na última fala, foi associado o soluço com a exposição da moleira, fato este que não tem comprovação científica, mas reforça que os saberes estão imbricados com as crenças.

Da mesma maneira, evidenciou-se a proteção por meio da alimentação, como medida de garantir a saúde da criança.

Tento manter a alimentação dele o mais saudável possível ... pra que ele não adoça (Paula).

Dou verdura, que verdura é forte é bom né? Cozinho verdura, machuco e bato com um pouquinho de leite às vezes e dou a ela (Cristina).

Dá a alimentação dele direitinho, tudo que ele precisa, tudo direitinho assim, eu acho que deve ser assim (Anita).

A alimentação infantil garante condições para o crescimento e desenvolvimento saudáveis adequados, abrange em uma série de cuidados no período do nascimento até um ano de idade, sendo restrita aqui nessa discussão a percepção da nutrição como uma medida de manter a saúde da criança.

As mães ainda expuseram que uma das formas para manterem os filhos saudáveis é por meio do acompanhamento pediátrico:

Pra manter a saúde dele eu sempre ... eu vou ao pediatra... eu to fazendo acompanhamento com ele sempre em três em três meses (Carol).

Eu pretendo fazer o melhor pra ela num ficar... pra ela ter mais saúde do que já tem. Eu levo pro médico, marco o médico dela, até pediatra, pra levar ela, pra fazer exame (Cristina).

Levar ao médico diariamente (...) de mês em mês eu levo ele também pra pediatra (Anita).

O acompanhamento pediátrico é percebido pelas mulheres como um aspecto positivo do cuidado ao filho; o qual constitui umas das atividades importantes para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança e uma medida essencial de promoção à saúde; na medida em que possibilita uma oportunidade de orientações/ informações para as mães no sentido de promoção e proteção da saúde das crianças; além de detectar precocemente quaisquer alterações que possam surgir durante a infância.

Nas falas, não se evidenciou a atuação da enfermeira e dos ACS, profissionais que estão mais próximos da comunidade. Essa invisibilidade da enfermeira também emergiu no estudo de Iserhard e cols (2009), na medida em que esta mostrou-se imperceptível às mulheres e quando citada por estas, o foi em uma situação pouco significativa. Apesar de estar presente nos diferentes cenários de atenção, não foi identificada e sequer mencionada como tendo contribuído para a assistência das crianças em nenhum momento.

Fica evidente a valorização que as mães atribuem à consulta médica para seus filhos e não mencionam a puericultura realizada pela enfermeira na USF local. O acompanhamento programado do crescimento e desenvolvimento, complementado por atividades de controle das doenças prevalentes (como diarreia e afecções respiratórias agudas) e pelas ações básicas, como o estímulo ao aleitamento materno, orientação alimentar e imunizações, contribuem para a promoção de uma boa qualidade de vida. Neste sentido, torna-se imprescindível o esforço conjunto da família, da equipe e das diversas organizações, governamentais ou não, a fim de possibilitar que a criança seja acompanhada regularmente por profissionais de saúde durante a infância (MINAS GERAIS, 2004).

O acompanhamento da criança é uma medida essencial para a redução da morbimortalidade infantil, ao passo em que se torna umas das linhas de cuidado prioritárias de atenção à criança na rede básica, entre as cinco: 1- Promoção do nascimento saudável; 2- Acompanhamento do recém-nascido de risco; 3- Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e imunização; 4- Promoção do aleitamento materno e alimentação saudável: atenção aos distúrbios nutricionais e anemias carenciais; e 5- Abordagem das doenças respiratórias e infecciosas (BRASIL, 2004a).

Pelo fato de perceberem o acompanhamento pediátrico como um cuidado para manter o filho saudável, as mães o fazem de maneira regular, sinalizando que a adesão dos

usuários aos serviços de saúde passa por valores culturalmente construídos com relação ao serviço oferecido e sua importância para a manutenção da saúde.

Além desses cuidados referidos, uma das informantes sinaliza outros dois que são comuns no cuidado de crianças pequenas, como a restrição de contatos e o banho de sol, os quais não foram mencionados por nenhuma outra mulher.

Procuro não expor ele a lugares onde tem muita gente, porque está muito novinho (...) Dou [referindo-se ao banho de sol] a partir de sete e meia para oito horas (...) ele fica de cinco a dez minutos até quando eu percebo que ele está ficando vermelhinho, ou marronzinho (...) Para endurecer os ossos e pegar cor (Rebeca).

Sabe-se que a exposição ao sol durante a primeira infância possibilita – por meio da transformação da pró-vitamina D em vitamina D- o metabolismo do cálcio e fósforo, adequada mineralização óssea e, por fim, crescimento de esqueleto e órgãos (SILVA, 2005). Ainda, é a melhor forma de aquisição de vitamina D, capaz de prevenir o raquitismo e possibilitar força muscular, proteção contra infecções, infartos, derrames e algumas formas de câncer (CUMINALE, 2013).

Assim, a exposição ao sol na primeira infância deve acontecer diariamente, com tempo progressivo até chegar a trinta (30) minutos, período no qual a criança deve ficar sem roupas e com proteção da cabeça e pescoço (SILVA, 2005).

Com relação a ter contato com muitas pessoas, é recomendável a restrição de visitas como uma medida que contribui para prevenção de infecções, sendo possível ao tempo em que os pais evitem que o filho tenha contato com pessoas fora do contexto familiar, resfriadas ou com gripe e lembrem que o sistema imunológico da criança ainda está em formação (MORAIS, 2008; MORAIS; QUIRINO; ALMEIDA, 2009).

As vacinas foram referidas por quase todas as entrevistadas como forma de proteção das crianças.

As vacinas elas todas tomada, graça a Deus, não ta faltando nenhuma (...) Nunca deixou faltar nenhuma (Cristina).

As vacinas também tão tudo em dias, tudo correta, também me preocupo muito com as vacinas dela... tá tudo certinho (Bianca).

Ele toma a vacina dele certinho... aquela campanha que deu aqui ... ele toma, tudo ele toma certinho, nunca falhou não (Juliana).

Essas falas demonstram o cuidado das mães com relação às vacinas e a preocupação em mantê-las atualizadas, reportando o preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a) sobre a importância da vacinação de crianças menores de cinco anos.

Neste sentido, percebeu-se a semelhança deste estudo com outras pesquisas (MORAIS; QUIRINO; ALMEIDA, 2009; MORAIS; QUIRINO, 2010) sobre os cuidados de crianças prematuras no domicílio, no qual as mães mantinham o calendário vacinal dos filhos atualizados a fim de protegê-los; ainda que encontrassem dificuldades diversas nos serviços de saúde.

Efetivamente, a imunização é uma das intervenções de saúde pública mais relevante dada sua abrangência coletiva, pois contribui constantemente para redução da morbimortalidade por doenças preveníveis em todas as faixas etárias especificamente na infância.

Isso reforça mais uma vez a leitura do comportamento à luz da Teoria Transcultural do Cuidado (LEININGER, 2001b), uma vez que os cuidados dispensados à criança são reflexos dos valores e modos de vida reproduzidos pelas mães, sendo priorizados aqueles considerados como importantes para a saúde dos seus filhos.

4.2.5 Cuidados Cotidianos de Saúde com as Crianças Quilombolas de 0 a 1 Ano

A criança possui um conjunto de necessidades fisiológicas que devem ser atendidas e depende diretamente de alguém -geralmente a mãe- para atendê-las.

Quando uma mãe presta os cuidados ao filho, os conhecimentos teóricos são desnecessários, pois elas realizam essas tarefas com prazer e de forma satisfatória. Pode-se, entretanto, acrescentar um pouco de teoria ao que já é natural, o que as mães fazem ao seu próprio modo. Ninguém, mesmo os profissionais de saúde, sabe tanto quanto as mães quais são as necessidades imediatas do bebê e como se adaptar a elas (WINNICOTT, 2006).

Diariamente as mães cuidam de seus filhos, resgatando diversas formas de cuidado- descritas anteriormente por Collière (2003)-, de maneira a atender as necessidades das crianças, e ao delimitarmos a relação entre a mãe e um filho de até um ano de vida são

evidenciados, principalmente, os cuidados de manutenção de vida, definidos por esta autora, como aqueles que sustentam, protegem, conservam, favorecem e mantêm as capacidades conquistadas.

As falas seguintes evidenciam como as mães atendem as demandas fisiológicas do filho, como alimentação, higiene corporal, proteção, cuidado com a erupção dentária, sono e repouso, estimulação motora, entre outras. Nesse estudo, denominam-se cuidados cotidianos aqueles realizados diariamente pelas mães, que delimitam uma rotina de cuidado com a criança lactente no contexto domiciliar e influenciado pelo sistema familiar.

Essa categoria abrange os cuidados cotidianos que as entrevistadas desempenham, e resumem a rotina diária de cuidar de uma criança pequena, retratados pelas subcategorias: *Descrição da Rotina Diária do Cuidado da Criança; Cuidados com Higiene e Proteção do Bebê; Cuidados com o Coto Umbilical; Cuidados com a Alimentação no Primeiro Ano de Vida; Cuidados com a Erupção Dentária; Cuidados com Estimulação Motora e Cuidados com o Sono e Repouso.*

4.2.2.1 Descrição da Rotina Diária do Cuidado da Criança

A descrição dos cuidados cotidianos remete à análise de como o cuidado das crianças se organiza em cada sistema familiar. Marcon (2004) afirma que as famílias adotam maneiras particulares de cuidar/criar um filho e isto parece ter relação direta com o contexto e as transformações sociais que englobam essas famílias.

Os depoimentos demonstram a rotina desses cuidados, mas também uma autocobrança das mães com relação à sustentação da saúde dos filhos. Zanatta (2006) refere que as mães se preocupam em praticar o cuidado de forma a não errar e prejudicar a saúde da criança, porque certamente serão cobradas e julgadas pelos seus atos- seja pela família ou por profissionais de saúde-, caso algo de negativo venha a acontecer com a criança; portanto, sentem-se responsáveis diretas pela manutenção da sua saúde, segurança e bem estar.

Acordo de manhã cedo umas sete horas, levo ele para tomar o banho de sol até esquentar um ponto e mais ou menos umas nove horas dou o banho, asseio ele direitinho, e então ele tira o cochilo dele. Depois coloco para mamar, arrotar e dormir (Rebeca).

Eu cuido dele bem, dou banho, dou ‘ranguinho’ a ela certinho; come comidinha já grossinha, mama que eu não quero que ele deixe de mamar, nem até com dois anos, se ele quiser mamar e eu tiver leite eu ainda dou. E aqui, limpo a casa, deixo ele aqui (Silvia).

Cuido direitinho... banho sempre pela manha a partir das nove ... e daí venho só amamentando ela da uma boa educação entendeu, zelar, cuidar de tudo da saúde, (...) porque eu sou uma pessoa muito preocupada em termo disso [risos] (...) às vezes eu acho que esqueço de mim e lembro mais deles [risos] (Ana).

Dando os remédios quando tá doente, banho, comida, quando tá chorando eu acalento (...) Sacudindo pra botar pra dormir (Maria).

Fica perceptível que as mulheres já têm, internamente organizada, uma rotina para cuidar diariamente de seu filho, fato este referido por Collière (1999), quando menciona que o cuidado sempre esteve associado à prática das mulheres, o que vem se perpetuando até os dias atuais, nos quais os cuidados cotidianos estão integrados à própria atividade feminina.

Pode-se compreender que o cuidado do filho insere-se na rotina diária da mulher, na medida em que esta cria estratégias para incluir todas as atividades relacionadas ao cuidado do filho ao que ela fazia antes de tê-lo, associando-as aos cuidados da casa e dos outros membros da família.

Essa mesma situação é referida no estudo de Martin e Angelo (1999), quando analisam a organização familiar para cuidar dos filhos em comunidade de baixa renda e percebem que a mulher tende a reproduzir o papel social de sua mãe e das mulheres de sua família, ao tempo em que a mulher-mãe torna-se o eixo da estrutura familiar; pois parte significativa das decisões familiares passa a ser alvo de seu controle: a criação e educação dos filhos, o cuidado com a casa, com a saúde dos membros da família, considerando ainda que a expectativa que se tem dela e que ela tem de si mesma é a de cuidadora.

A mulher, no cuidado familiar, é a geradora do cuidado - seja ele familiar ou ampliado na rede social -, é quem se organiza, faz arranjos internos, deixa outras atividades para conseguir cuidar dos membros da sua família (DENARDIN, 2004).

O depoimento de Maria é o único que traz em seu bojo o acalantar integrado ao cuidado biológico/físico descrito pela maioria das mães, as quais possivelmente acalentam e acariciam seus filhos, mesmo não descrevendo essa atitude como forma de cuidado. Isso nos

faz refletir como o modelo hegemônico de cuidar, valorizando o biológico, está impregnado culturalmente na ideia que se tem sobre cuidado.

Durante as visitas, pudemos observar que todas as mães acalentavam e apresentavam atitudes de carinho para com os filhos, ainda que não descrevam essas ações como forma de cuidado específico. Talvez, por estas se inserirem durante todas as atividades junto às crianças de forma espontânea.

Essa atitude também pode ser justificada por Martin e Angelo (1999), ao apontarem que o bom desempenho materno é cobrado pela sociedade e, apesar das mães perceberem a importância do seu papel, parece que o desempenham com pouca reflexão e tudo que realizam é introjetado às rotinas de forma mecânica, como levar o filho à escola, dar comida, dar banho, decidir sobre deixá-lo ou não ir à rua, entre outras atividades; reproduzindo ações aprendidas em sua família de origem ou em sua atual vivência.

O depoimento de Paula ainda revela o medo e o despreparo para cuidar do filho:

‘Ave Maria. Meu Deus do céu!’ [enfática] Antes de eu ter ele, eu fiquei desesperada (...). Eu ficava perguntando a um e a outro como seria (...) eu dizia que não sabia cuidar...Como é que iria ser? Eu não sabia dar mama, o que era que eu ia fazer? Mas aí, eu comecei a ficar vendo revistas, assistia, via reportagens falando sobre crianças, bebês. Eu não sabia nem colocar a fralda [risos] (Paula).

Apesar desta fala ser de uma mãe primigesta, as mães podem apresentar insegurança para cuidar dos filhos, ainda que já tenham feito isso anteriormente; principalmente quando diz respeito à criança no período neonatal até os primeiros seis meses de vida, em que a criança é percebida culturalmente como mais frágil, referida por algumas mães como “molinha”.

Para essa situação, Zanatta (2006) destaca que os sentimentos de medo e insegurança em relação aos cuidados com a criança, principalmente com os recém-nascidos, são influenciados por crenças e que, mesmo com as várias descobertas científicas relacionadas a essa temática, muitos medos persistem e permeiam o cotidiano das mães, influenciando seu modo de agir e cuidar.

Mesmo tendo referido resumidamente essa rotina diária, as mães mencionaram outros cuidados específicos com a criança, os quais são descritos nas subcategorias a seguir, como a higienização, limpeza do coto umbilical, atenção à alimentação e à erupção dentária.

4.2.2.2 Cuidados com Higiene e Proteção do Bebê

A higiene da criança consiste em um cuidado diário e com frequência variável, dependendo da idade da criança, condições climáticas, além do estado clínico e de limpeza do bebê.

O banho caracteriza-se por um nível alto de manipulação do bebê, que produz diversas reações no recém-nascido. Trata-se de uma situação que propicia uma série de trocas e ajustes interacionais entre o adulto e a criança, potencialmente reveladora das características da reação do RN aos tipos de manipulações e da adequação do procedimento (BRASIL, 2002c).

As mães mencionaram essa prática de forma diferenciada, com relação à frequência, horário e procedimento, como mostram as falas a seguir:

Sempre dou dois banho ao dia, porque criança não pode tá muito é... tomar muito banho por conta do resfriado, do um pela manhã e outro assim umas lá três horas, três e meia da tarde dou o segundo (Ana).

Dou um banho por dia ... dou dois assim no caso dele fizer 'cocô' e que for muita sujeira e eu vê que um só não é suficiente, aí eu do um banho rapidinho. E também quando esquento que tem vez que durante o dia por mais que seja assim aquele vento frio, mas tem vez que esquento muito e ele é muito calorento (Paula).

Eu dou mais na banheira (...) A água do banho deles eu esquento, bota na panela, boto no fogo e esquento, depois eu 'destempero'¹⁷, vejo a temperatura e do os banho deles (Fernanda).

Tais falas evidenciam que o banho é algo essencial no cuidado da criança e que cada mãe organiza seu horário de acordo com a rotina de cada criança e da sua necessidade com relação ao banho. As falas de Rebeca e Cristina chamam a atenção com relação ao que usam no banho:

Ferve a água, depois coloca água filtrada na banheira [mistura], pega o sabonete, toalha, cotonete, algodão e coloca tudo em cima da cama (Rebeca).

¹⁷ Destemperar na linguagem local é esfriar a água quente.

Eu dava [referindo-se ao banho] de manhã, quando eu acordava, umas sete e pouca... usava um pouquinho de álcool e sabonete de criança mesmo (Cristina).

Quando questionada sobre o porquê de usar o álcool, Cristina não soube responder, dizendo que era somente para colocar na água, evidenciando mais uma vez a incorporação de saberes populares, muitas vezes sem conhecer a razão dessa prática, reproduzindo uma ação pelo senso comum.

Durante as visitas não foi possível observar nenhum banho sendo realizado nas crianças, justamente porque as mães sabiam previamente o horário da entrevista e ajustavam o banho para antes ou após o contato com a pesquisadora.

Além desses materiais utilizados, referidos por Rebeca e Cristina, a higiene corporal aparece como uma atividade compartilhada, em que outros membros da família ajudam; pois este cuidado é permeado por medo, principalmente no período que antecede a queda do coto umbilical.

Porque menino pequeno eu não dou banho não. (...) Porque eu tenho medo assim se entendeu? Que do 'imbigo' dele que ele nasceu, nasceu grandão, aí tava grandão... aí agora que ta melhor... aí me dava aquela agonia assim entendeu... (Juliana).

No meu primeiro mês de resguardo que é o mês de cuidar do umbigo não era eu que dava banho nele, era uma tia minha (Paula).

Essas falas demonstram um certo temor em dar o banho no período em que a criança ainda tem o coto umbilical presente, não havendo exceções entre as entrevistadas. Esse fato também foi percebido no estudo de Carvalhêdo e cols (2010), referindo que o medo de dar banho na criança acontece em especial com as primíparas, mas não é uma exclusividade destas, pois as múltíparas também relatam essas sensações ao prestarem cuidados, sendo o tamanho do recém-nascido considerado por elas como um fator gerador do medo.

Foi bem difícil pra mim poder dar banho nela, eu nunca tinha dado banho em criança, pra vestir uma roupa nela que eu também nunca tinha... só brincar de boneca e acabou (Bianca).

Uma das primíparas associa o medo por ser um procedimento que ela nunca tinha realizado anteriormente numa criança, entretanto, todas as mães revelaram essa preocupação; o que justifica esse ser um dos cuidados mais socializados no sistema familiar de cuidados.

Cabe ressaltar que a última fala de Bianca, única mãe adolescente, demonstra sutilmente o despreparo para cuidar do filho, adotando como referência o brincar de boneca. Isso sinaliza para o fato de que a idade das mulheres pode ser um fator de interferência para desempenhar as atividades inerentes à maternidade. Entre as entrevistadas, a idade variou entre dezessete (17) a trinta e quatro (34) anos, sendo que- com exceção da única adolescente- todas adotam como referência experiências anteriores de cuidado com crianças, ainda que sejam primíparas. Entre as mães entrevistadas, quatro (04) eram primíparas, mas este dado não as distingue das que já tinham filhos; diferentemente do fato percebido relacionado à idade.

Além do banho, outra medida de higienização que apareceu nos depoimentos das mulheres refere-se à lavagem das roupas das crianças:

Eu que estou lavando agora porque antes era minha sogra. Lavo com sabão neutro, boto um pouco de álcool na hora de enxaguar, coloco o amaciante, enxaguo em duas águas e coloco na laje para secar. Depois de seca, a gente passa (Rebeca).

A roupa dele eu lavo separada. Eu lavo com um sabãozinho ipê e amaciante, nunca usei sabão em pó, o que dizem que é besteira, mas a roupa dele eu lavo e lavo todos os dias (...) e lavo separada da minha... lavo só com a barrinha de sabão em pedra e o amaciante só... num uso kiova num uso nada (Paula).

Mas a do menino quem lavava era eu, que eu não queria que ninguém lavasse. (...) Só na banheira dele e no balde dele. E eu não quero que ninguém use o balde com as coisas dele não. Sabão em pó pode ser qualquer um... Omo, ala, até em pedra, o azulzinho que eu gosto muito pra lavar fralda. E tem kiova nas fraldas de côcô. (...) E passo a roupa dele, é o que eu mais faço questão... é de passar. Bem quente, porque se tiver alguma bactéria (...). Eu passo bem passadinho, bem quente mesmo, ai mato logo tudo, tudo que tiver eu mato (Silvia).

Observamos a dedicação das mães com relação à higienização das roupas, procedimento este que implica em orientações específicas, uma vez que se associa a ocorrência de reação alérgicas dermatológicas na criança, principalmente no primeiro ano de

vida, aos produtos utilizados na lavagem das roupas. Considerando que a pele do bebê é fina e, conseqüentemente, mais vulnerável a lesões; a recomendação é de que (DE LAMARE¹⁸, 2009) que as roupas do bebê sejam lavadas separadamente dos outros membros da família, com sabão neutro e não utilize nenhum tipo de amaciantes, alvejantes ou produtos que perfumem os tecidos, a fim de evitar intercorrências dermatológicas.

No entanto, notamos a utilização de diversos produtos contra-indicados para lavagem das roupas, considerando a idade das crianças. Somente uma mãe referiu o uso do sabão neutro, ainda que associado ao amaciante. Por outro lado, evidenciou-se a preocupação em lavar as roupas separadamente, conforme orientações adequadas para este procedimento.

Na casa de Rebeca observamos as roupas do bebê secando na laje e, na casa de Paula, ela mostrou as roupas limpas acondicionadas num balde com tampa. Percebemos, portanto, que há um cuidado específico com as roupas do bebê, desde o local onde as colocam enquanto estão sujas até completar todo processo de lavagem, até o momento de passar ferro.

Nesses depoimentos, destacamos a ideia de uma mãe com relação a passar ferro nas roupas como uma forma de eliminar bactérias, sendo incorporado esse cuidado no seu cotidiano como uma forma de evitar que o filho adoeça.

Outras formas de higienização também apareceram, como a lavagem frequente das mãos da criança, limpeza do chão e dos utensílios pessoais do bebê.

A primeira coisa que eu faço quando eu acordo eu do banho logo nela, tiro logo a fralda 'mijada' dela, não gosto de deixar ela 'mijada' porque dá assadura e lavo bem a mão dela, que ela 'engateia', lavo bem a mão o pescoço, ela fica mexendo no chão, aí seco toda hora e fico lavando a mão dela por causa das bactérias do chão (...) e tem que ficar varrendo o chão toda hora, toda hora (Bianca).

As coisinhas dele são separadas, aí ele sempre assim quando eu vou dar fruta também eu lavo a fruta, as coisas assim que ele usa, a mamadeira, o bico também eu sempre... Todas as vezes que eu lavo a mamadeira, eu também ferveo (Carol).

Remor e cols (2009) sinalizam que as práticas intergeracionais exercem forte influência no modo como as mães procedem à higiene de seus filhos e ressaltam a

¹⁸ Ressaltamos que, dentre o acervo de pesquisa utilizado nesta investigação, este foi o único autor que escreveu sobre a lavagem da roupa de bebês.

necessidade de que os profissionais de saúde compreendam a realidade socioeconômica e cultural em que as famílias se inserem, adotam e mantêm suas práticas de higiene.

Tais atividades aparecem no cotidiano das mães como forma de proteger as crianças, incluindo a higiene corporal, local e de material como ações inerentes do cuidado do filho. Além dessas práticas de higienizações, há uma preocupação evidente das mães com relação à limpeza do coto umbilical, que é cercada de crenças e práticas específicas e que, por isso, se constituiu em uma subcategoria.

4.2.2.3 O Cuidado com o Coto Umbilical

Entre os cuidados delimitados ao período neonatal, encontra-se a limpeza do coto umbilical, do nascimento até sua queda, pela possibilidade inerente de infecção quando a limpeza não for realizada adequadamente e com a frequência necessária.

O coto umbilical do RN consiste em uma estrutura branco-gelatinosa e úmida, que começa a desidratar após o clampeamento do cordão, exibindo uma cor amarelada e assim, passando à fase de mumificação, com encurtamento de seu tamanho até sua queda definitiva, num período compreendido geralmente entre o sexto e o décimo dia (HOCKENBERRY, 2006).

Geralmente, a queda do coto umbilical ocorre entre o sexto e o décimo dia e nesse período deve ser higienizado, bem como a região periumbilical. As mães descreveram como realizam esse procedimento cotidianamente.

Limpava o ‘imbiguinho dela’ (...) era álcool que eu peguei num posto lá em cima. Limpava o ‘imbigu’ mesmo (Cristina).

Ele ‘cabava’ de tomar banho, ela enxugava bastante, limpava o umbigo dele (...) Gazes, isso, aí enxugava direitinho até secar (Fernanda).

Ele [referindo-se ao marido] limpa o umbigo com álcool a setenta, só que depois trocamos pelo álcool absoluto. Passa o cotonete limpo primeiro para tirar toda a sujeira e depois o cotonete, ou algodão com o álcool para limpar, queimar¹⁹ o umbigo (Rebeca).

¹⁹ Na linguagem popular, ‘queimar’ algo no corpo associa-se a uma limpeza com produtos antisépticos.

Todo dia, quando eu dava banho, mesmo molhando... secava (...) aí enxugava com álcool absoluto... com sete dias caiu (Silvia).

Estas falas expõem como as mães limpavam o coto cotidianamente, influenciadas ora pelo senso comum, ora pelo conhecimento científico, aproximando-se do que é preconizado pela literatura, com exceção do produto utilizado para a assepsia.

Durante a permanência da pesquisadora no Monte recôncavo, não foi possível observar nenhum curativo de coto umbilical, pois todas as crianças já apresentavam a cicatriz umbilical.

Há um consenso na literatura com relação à técnica da assepsia do coto umbilical, que consiste, basicamente, da lavagem das mãos antes de ministrar cuidados, devendo-se para isto pincelar o coto umbilical e a área em torno do umbigo várias vezes ao dia com álcool a 70% para prevenir infecção, e mantê-lo seco, com cuidadosa assepsia, até que a ferida esteja completamente cicatrizada (LINHARES, 2010; HOCKENBERRY, 2006; LINHARES, DA SILVA, 2012; MARCONDES, 1991; LOPES et al, 2007).

O uso do álcool a 70% justifica-se, segundo Marcondes (1991), pela sua propriedade bactericida na eliminação de microorganismos presentes no coto e região periumbilical, orientação também assumida pelo Ministério da Saúde desde 2001 (BRASIL, 2001). Algumas mulheres referenciaram o álcool a 70% como escolha para limpeza do coto umbilical, como mostram as falas a seguir:

O umbigo dele caiu mais menos com seis dias, a gente teve bastante cuidado, sempre passava o álcool, o álcool a setenta também e não teve nenhum problema com ele (Carol).

Tinha que cuidar do 'imbigo', enxugava direitinho, e tudo que o umbigo dele caiu com seis dias. (...) só queimava com esse... o álcool 70, a indicação dos médicos foi essa, enxugava direitinho queimava e pronto [bebê balbucia] (Anita).

Ficou limpando com um cotonetizinho com álcool 70, a gente foi limpando; também sarou rapidinho, caiu com três dias o umbigo (Bianca).

Essa dúvida relacionada ao uso do álcool absoluto e do álcool a 70% é frequente, como mostrou inclusive uma das entrevistadas em sua fala anteriormente. Tal fato é analisado por Linhares (2010), ao referir que até os anos 90 recomendava-se o uso de álcool a 70°C na

assepsia do coto umbilical, período em que o Ministério da Saúde reorienta o uso de álcool absoluto. Já em 2001, retorna a indicação do álcool etílico a 70% no coto umbilical do RN.

Por outro lado, ressaltamos que o uso do álcool absoluto não está proscrito em ambiente domiciliar, considerando o poder de desidratação desta substância sobre o coto, favorecendo que sua queda aconteça mais rápido. Assim, cabe avaliar se é recomendável a opção por esta substância.

Entre as variações do álcool, encontramos ainda o álcool iodado referenciado pelas mulheres para limpeza do coto:

Limpava com álcool iodado né, aqueles tipo... assim daqueles que saiu agora um frasquinho branco. Limpava com álcool iodado e com uns paninhos, bem enxugadinho (Juliana).

Não era pra deixar o umbigo da criança para o lado de fora, sempre que desse banho é para enxugar o umbigo direitinho, secar com, que na época era álcool iodado (Rebeca).

Não foi encontrada na literatura nenhuma recomendação do uso do álcool iodado na higiene do coto umbilical, mas constitui-se numa prática naquela localidade. Ainda, outras práticas relacionadas ao coto umbilical emergiram nesta comunidade, sendo valorizada nas falas a crença das faixas umbilicais:

É que minha mãe mandava enrolar, por causa do vento, também pro umbigo não ficar grande. Porque ele chorava muito pro umbigo não ficar grande (...) enrolava com as 'faixazinhas' (Anita).

Não pode deixar molhado e enfaixava, quando ele urinava, que o pinto subia, ai molhava (Sílvia).

Enxugava bem o umbigo depois com a gaze, enxugava direitinho, depois pegava um esparadrapo e enrolava pra não tomar friagem e botava a roupa nele (Fernanda).

Neste contexto, Barbosa, Teixeira e Pereira (2007) referem que os cuidados com o coto umbilical são os mais variados e diversos e há ainda a crença na importância da faixa abdominal para evitar que o umbigo cresça, transformando-se posteriormente em uma hérnia umbilical. Em regiões com altas temperaturas ambientais, o uso dessa faixa pode predispor a

infecção no coto umbilical, pela umidade e calor local que provocam, devendo-se esclarecer às mães que a hérnia umbilical acontece por razões outras que não são evitadas pelo uso da compressão local e, a depender da extensão, deve ser corrigida cirurgicamente.

Zanatta (2006) aponta que os cuidados em relação ao coto umbilical estão cercados de crenças, mitos e medos, sendo referenciados pelas mães como algo intocável e que representa perigos para a saúde da criança. As falas a seguir revelam situações em que as mulheres tinham medo e/ou receio para cuidar do coto umbilical.

Acho que foi no modo de cortar aí cortaram assim... mal cortado a o 'imbigo' ficou muito carne viva (Juliana).

Eu ficava com medo de acontecer alguma coisa com o umbigo, eu não sabia [risos] (...) **ai ela cuidava pra mim**, do umbigo dele, mas sem ser isso, o resto foi tudo eu (Fernanda). (destaque da pesquisadora)

Esse medo associa-se à possibilidade de não limpar corretamente ou até mesmo expor o filho, por algum descuido com relação ao coto, estimulando essas mulheres a solicitarem ajuda para higiene do bebê até que aconteça a queda do coto umbilical. Nesta situação, o cuidado do coto umbilical emerge como um procedimento compartilhado, no qual outros membros da família e da comunidade despontam como colaboradores:

Eu lembro que da primeira vez veio foi uma senhora que veio e cuidou dele durante sete dias ate o umbigo dele cair (Anita).

Eu fiquei limpando com minha mãe [...] mas sarou rapidinho, eu não tive muito problema com o umbigo não (Bianca).

E era ela (referindo-se a tia) que fazia o curativo e a partir dos dias ela foi me ensinando [...] ai de quinze dias em diante eu já comecei a dar banho nele eu mesma (Paula).

Quem cuidou do umbigo dele mermo foi ela (referindo-se à mãe), por que eu não sabia, ai quem cuidou foi ela até o umbigo dele cair, ai quando caiu eu comecei a cuidar dele (Fernanda).

Em estudo realizado por Martins et al (2008) também foi evidenciada a participação de outras pessoas no cuidado do coto umbilical; pois os depoimentos mostraram que as avós quase sempre realizavam o banho do bebê e o curativo no coto umbilical e - quando não estavam presentes - as tias e vizinhas assumiam essa tarefa. Ao olhar da mãe, esse procedimento exige habilidades de pessoas mais experientes.

No sistema familiar de cuidado, as avós, irmãs ou outros membros da família e/ou comunidade resgatam seus saberes advindos de experiências adquiridos ao longo de sua vida, permeada por crenças e valores culturais.

Para Linhares (2010),

os fatores socioeconômicos e culturais muito têm contribuído na influência da prática do cuidado do coto umbilical. A falta de informação das mães e familiares acerca do cuidado adequado ao mesmo, bem como problemática encontrada nos serviços de saúde, haja vista que alguns profissionais não vêem como um problema, a infecção umbilical, por não considerá-la como uma patologia grave, pondo em risco a vida do RN. Por estas razões, as mães utilizam os recursos que dispõem; até por questões financeiras, também, em suas residências e comunidade, a exemplo: pena de galinha torrada, óleo de soja morno, dentre outros de fácil acesso.

Nesta pesquisa, não encontramos o resgate dessas práticas; porém, chamou atenção a crença descrita a seguir:

É tanto que tá guardado, e diz que tem que enterrar no curral né? (...) Dizem que se enterrar no curral ele vai ser próspero. 'Se for mesmo, Amém!' Né? Mas eu não tenho fé nessas crenças não... aí eu deixei aí, pra um dia jogar fora, não sei. Mas eu acho uma coisa séria, né? (Sílvia).

Essa fala de uma mulher evangélica evidencia a contradição inerente entre o que ela conhece, que foi culturalmente construído, e a dúvida pela experiência mais recente relacionada à religião, imbuída de valores que a impedem de fazer tranquilamente o que ela previamente reconhecia como verdade.

A atitude de enterrar o coto umbilical encontra-se na história familiar de valores culturais, acreditando-se que, enterrando o coto a criança não se tornará uma pessoa à margem da sociedade. Esta atitude de enterrar o coto justifica-se porque caso o rato o coma, a criança pode tornar-se um ladrão/ladra. Outras famílias guardam o coto, pois acreditam que guardando este a criança terá sorte (LINHARES, 2010; TOMELERI; MARCON, 2009).

A fala seguinte retrata uma crença frequente relacionada ao coto umbilical: o mal de sete dias.

Eles dizem que é quando a criança ta com... com sete dias não pode dar banho, não pode tirar do quarto em momento algum, nem pra fora [enfática] na sala que a criança pode morrer desse **mal de sete dias** (Paula) destaque desta pesquisadora

O termo “mal de sete dias” advém historicamente da associação com o tétano neonatal, decorrente da infecção do coto umbilical, mesmo que muitas pessoas não façam essa associação. Zanatta (2006) menciona que o sétimo dia de nascimento está envolto por uma nebulosa cheia de mistérios e medos. Outrossim, Vieira, Oliveira e Lefevre (2006) complementam que as mulheres atribuem a sua ocorrência ao fato da criança até o sétimo dia ficar desprotegida do vento e da claridade. Em alguns casos, os contatos da mãe com a criança se limitam aos momentos da amamentação, preconizando-se até mesmo a necessidade de que ela também evite o contato com a parte externa da casa, procedimento preservado por comunidades que ainda acreditam ser importante o período determinado como resguardo²⁰. Algumas mães correlacionam o “mal de sete dias” ao tétano umbilical, mas outras não fazem essa associação, de modo que torna importante a utilização desta sinonímia nas ações educativas.

Acreditava-se ainda que neste período que sucede ao nascimento- até a criança completar os sete dias de vida- o RN deve ficar protegido dentro do quarto para evitar que as bruxas ou feiticeiras o transformem em mariposas ou morcegos (LEITE, 1997).

Essa crença também é referida por Campos e Silva (2011), influenciando a manterem o bebê em um quarto escuro até o sétimo dia de vida, de onde não pode sair, bem como nada que lhe pertença, como suas roupas usadas ou a água empregada em seu banho. Esse, por sua vez, deve ser dado da cintura para baixo e dentro do próprio quarto – chamado de quarto da fomentação. O RN não pode receber visitas, pois se acredita que o RN está mais propenso a ser acometido por diversos males, e uma das maneiras de evitá-los seria guardar o neném, e, assim, resguardá-lo, purificá-lo e protegê-lo por meio da prática do ritual do sétimo dia.

No oitavo dia, as janelas são abertas, os panos são retirados e ao bebê é permitido sair do quarto com sua mãe, quando ele pode ser visto por quaisquer pessoas. É somente neste dia, que se pode retirar a coberta do bebê. As pessoas mais velhas ressaltam que, se as crianças

²⁰ Resguardo é o ato da puérpera resguardar-se no período subsequente ao parto, observando cuidados principalmente em relação ao repouso e a alimentação (VIEIRA; OLIVEIRA; LEFEVRE, 2006).

não forem guardadas e fomentadas no sétimo dia depois de nascidas, elas e a família certamente cumprirão sete sinas (CAMPOS e SILVA, 2011).

Por fim, evidencia-se que o cuidado com o coto umbilical está imbuído de valores culturais e crenças, que precisam ser resgatados pelos profissionais de saúde no momento das orientações, da educação em saúde e até mesmo no esclarecimento de não adesão às recomendações feitas, sinalizando também para outros aspectos do cuidado da criança, como a alimentação infantil, subcategoria discutida a seguir.

4.2.2.4 Cuidados com a Alimentação no Primeiro Ano de Vida

A alimentação da criança no primeiro ano de vida está imbricada num sistema complexo, no qual interage uma série de fatores, como valores culturais, religiosos, econômicos, sociais, além das crenças e tabus. Ainda, é um período em que a alimentação passa por uma série de transformações, a constar: a amamentação, o desmame com introdução gradativa de novos alimentos, até constituir um modo específico de alimentar-se.

Para Helman (2009), o alimento desempenha muitos papéis e está profundamente inserido nos aspectos sociais, econômicos e religiosos, trazendo consigo vários significados simbólicos, constituindo ainda um aspecto essencial do modo como a sociedade se organiza e enfrenta o mundo que habita.

A alimentação infantil não deve ser entendida como forma explicativa e singular de cada indivíduo e de cada grupo social; considerando que a mulher- principal responsável pela nutrição da criança- está sujeita a determinadas regras baseadas em saberes diversificados, provenientes da estrutura familiar, cultura, gênero, influências biomédicas, os quais estão intrinsecamente ligados ao modo como elas pensam e ofertam a alimentação para seu filho (STEFANELLO, 2008).

Esta subcategoria, a partir dos relatos das entrevistadas, delinea os cuidados cotidianos relacionados à alimentação infantil, sendo referenciada inicialmente a amamentação, à medida em que relata o período do desmame até chegar a uma variedade maior de alimentos.

Em relação à amamentação, Pedroso e Silva (2005) referem que numerosos fatores individuais, familiares, comunitários, econômicos e culturais influenciam o aleitamento materno e podem determinar sua interrupção. A amamentação não é um fenômeno puramente

biológico, mas um comportamento aprendido e transmitido socialmente, intimamente relacionado a outros aspectos da vida e da sexualidade feminina.

Reafirmando a ideia de que o aleitamento materno é uma prática muito influenciada pela cultura regional/local, o Quadro 3 foi aqui utilizado para mostrar como a amamentação em alguns países é diferenciada e influenciada pelos aspectos citados anteriormente.

Quadro 3. Práticas de amamentação em diferentes países

Países	Prática
Finlândia	Onde não se fabrica qualquer fórmula alimentar infantil, a amamentação é regra.
Colômbia, Tailândia e Nova Guiné	Reverteram o recente declínio na amamentação por meio da promoção vigorosa do aleitamento materno.
Filipinas, México, Vietnã e Nigéria	Alguns deles não dão colostro aos recém-nascidos; nesses grupos as mães só amamentam após perderem colostro e terem leite maduro.
Coréia	Algumas mulheres coreanas retardam a amamentação até 3 dias após o parto; outras começam a amamentar imediatamente e amamentam sempre que a criança chora.
Quênia	As mães alimentam os recém-nascidos prematuros apenas ao seio e começam a amamentar muito mais cedo que na América do Norte. Os quenianos nunca usam tubos de gavagem e alimentam os recém-nascidos prematuros com pequenos copos até que eles estejam aptos a sugar.
Austrália e Nova Zelândia	A amamentação ainda é comum, contudo, à medida que mais mulheres saem de casa para trabalhar nesses países, o índice e a duração da amamentação vêm caindo.
China	Nas primeiras 12 a 24 horas após o nascimento, a mãe e o bebê são separados. A amamentação é estimulada e continuada por 4 a 5 anos.

Fonte: KENNER, 2001.

A amamentação, além de ser um processo influenciado pelos aspectos socioculturais, é fortemente dependente do momento vivenciado pela mulher desde a gravidez, do desejo de ter esse filho, das experiências anteriores com a maternidade e amamentação e, complementado por Rotenberg e De Vargas (2004) que associam a sua bagagem cultural, construída a partir de sua infância até o contato com os serviços de saúde, sinalizando a amamentação em uma dimensão de ritual de socialização.

Neste estudo, durante as visitas, observamos três mães amamentarem seus filhos, com naturalidade, sem demonstrarem dificuldades naquele momento para este ato e expressando carinho com o bebê, o que reafirma a amamentação não somente como uma

forma de alimentar, mas como um momento de interação entre mãe e filho, de formação de vínculos, de troca de carinho, o que deve ser estimulado também pelos profissionais de saúde.

Pelos depoimentos das mães, o leite humano emerge como alimento essencial e proteção da criança, que favorece seu crescimento e o desenvolvimento saudáveis.

Quando logo nos primeiros dias que o leite demora a chegar né, o médico disse que era pra eu ficar ‘dano’ pra ele sugar o peito a aguinha que saísse pra ele já era o suficiente, mas não era pra dar nem água ou não era pra dar o chá (Paula).

O povo dizia ‘tem que tirar a mama’ e eu não tirei nem dele e desse aqui não pretendo tirar tão cedo, porque uma coisa que eu pude observar e que me ajudou muito, foi que meu filho não é uma criança que fica doente e não precisa que eu fique levando para hospital, nunca me deu dor de cabeça pra eu estar no meu trabalho e ter que sair pra ver se estava com diarreia, que tá ficando doente direto, nunca me deu trabalho. Pude observar que a formação do dente dele é perfeita até hoje, tem quatro anos [referindo-se ao filho mais velho], nenhum dente estragou, não tem um dente furado (Rebeca).

Essas mães relatam a importância que dão à amamentação e que a realizavam frequentemente, ainda que fossem estimuladas a desmamar. Embora a amamentação seja considerada um ato natural e instintivo por algumas mães, os determinantes sociais, familiares e culturais aparecem como desafios a serem enfrentados para o sucesso dessa prática (ROCHA et al., 2010).

Neste processo, se destacam as influências do profissional médico e da comunidade, incentivando e desestimulando a amamentação, respectivamente; ao tempo em que não emergiu a interferência da enfermeira nas orientações.

Mesmo reconhecendo o valor da amamentação para o crescimento e desenvolvimento da criança, nenhuma das mães conseguiu manter o Aleitamento Materno Exclusivo (AME) até o sexto mês de vida, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2002b; 2002c).

As falas a seguir demonstram como cada mãe consegue prosseguir com a amamentação.

Ele nasceu ficou amamentando até o mês passado, sete meses... [aparece o som do bebê] (Paula).

Eu tava dando só a mama a ele, quando ele completou nove meses (Fernanda).

Ai eu tento dar mingau porque eu quero da mingau, que eu não tenho aqueles leite assim viu, mas esse pouco que sustenta eles né. Mas só ‘veve’ no peito (Juliana).

Assim em termo de alimentação só amamentando, até os cinco meses né, não deu pra chegar até os seis (Ana).

Invariavelmente, as mulheres referem-se às questões diferenciadas para iniciarem o desmame de forma precoce. Vários autores (ALMEIDA, 1999; ALMEIDA; NOVAK (2004), BOSI; MACHADO, 2005; DEL PRIORE, 2004; FREITAS, 1997) retratam a História da Amamentação no Brasil e a influências sociais e culturais que incidem sobre essa, destacando inclusive as questões que (inter)agem para ocorrência do desmame em diferentes períodos.

Em se tratando de uma comunidade quilombola nesta pesquisa, vale destacar uma prática muito comum no Período Colonial até final do século XIX no Brasil relacionada à amamentação, atrelada à figura da “Ama- de-leite”, a qual era uma escrava que amamentava as crianças brancas, uma vez que a mulher branca não amamentava, imitando um costume europeu. Vários valores e crenças cercavam este costume e acabavam por determinar que a escrava não amamentasse seus filhos, a fim de ter produção lactária exclusiva para a criança branca (ALMEIDA, 1999; BOSI; MACHADO, 2005).

A ama de leite era importante e o aleitamento era visto como valioso, tanto pela Igreja como pelos conceitos médicos vigentes e assim, as mulheres escravas que davam à luz, eram empregadas como fornecedoras de alimento para crianças de outras categorias. Chegavam até mesmo a ser alugadas por bom preço para esta finalidade. Isso evidentemente prejudicava seus próprios filhos que muitas vezes sofriam grandemente com a escassez do leite materno (SCARANO, 2004).

Apesar deste fato histórico, não se observou na comunidade estudada nenhum resquício dessa prática, nem mesmo da amamentação cruzada, onde lactantes fornecem leite para outras crianças que não sejam seus filhos.

Considerando a peculiaridade de uma comunidade quilombola, Rea (2003) na análise entre amamentação e cor da pele, num estudo transversal com 497 mães de menores de um ano, encontrou que as mulheres pretas conseguem melhores índices de aleitamento materno no início da vida do bebê, pois garantem uma média de tempo de amamentação mais pronlogada. A partir de certo período, onde as questões sociais passam a ter maior relevância

na prática de alimentar a criança, principalmente a partir do sexto mês de vida da criança, observou que as mulheres brancas conseguem maior sucesso na lactação, relacionando-se à situação socioeconômica de ambos os grupos.

Observou-se que o desmame precoce é algo comum e que vários determinantes insurgem para ocorrência desse fato. A fala seguinte evidencia a crença do ‘leite fraco’.

Ela não dormia de noite, ‘varava’ o dia pela noite, só queria só mamar, mamar. O meu leite não dava pra ela, **tava fraco**. Ai eu tive que comprar o leite NAN pra dar a ela (Cristina). Grifo desta pesquisadora

A crença do leite fraco surgiu no final do século XIX, como uma alternativa para responder ao fato de algumas mulheres não conseguirem amamentar, delineando um “modelo auxiliar”, pautado na dimensão individual das mulheres para explicar o insucesso no aleitamento materno: a “síndrome do leite fraco” (ALMEIDA, 1999; MARQUES; COTTA; PRIORE, 2011).

A imagem do leite fraco pode estar associada à comparação que geralmente as pessoas fazem deste com o leite de vaca, assim como referido no estudo de Marques, Cotta e Priore (2005) e Vaucher e Durman (2005). Relacionando o leite de vaca com a aparência aguada do leite materno, principalmente do colostro, faz com que a mãe considere seu leite inferior, acreditando que não serve para atender às demandas da criança por diferir do leite popularmente conhecido como leite forte – o leite de vaca. Desta forma, essa crença acaba levando ao desmame precoce, da mesma forma que a ideia do “pouco leite” ou “leite insuficiente”.

Por que o peito não enche muito não (...) Ele toma mingau também (...) cremogema com leite ninho porque **o leite só não sustenta ele não** (...) Ele mama agora e continua chorando, desde pequeno que ele toma mingau [crianças brigam]. Desde que ele veio da maternidade (Maria). Grifo desta pesquisadora

A partir do quinto mês comecei a dá mingau a ela (...) eu percebia que ela não tava alimentando ela por que direito ela chorava muito (Ana).

Ele toma o mingauzinho (...) Arroizina com leite ninho (...) Porque eu acho que **o leite não ta sustentando ele** (Anita). Grifo desta pesquisadora

Essa ideia pode correlacionar-se à insegurança materna de conseguir produzir leite no volume adequado ou ainda apoiada no choro do bebê, que geralmente é associado à fome ou ao fato de o leite não estar sendo adequado às necessidades da criança, como também apontam Gonçalves (2001), Marques, Cotta e Priore (2005) e Vaucher e Durman (2005).

Conforme Almeida (1999), quase todas as mães podem produzir leite em quantidade e qualidade suficientes para o bebê, desde que elas queiram – sejam autoconfiantes em relação à sua capacidade de amamentar – e que posicionem a criança corretamente durante a lactação. Daí a importância dessas mulheres serem devidamente orientadas para esse processo pelos profissionais de saúde, a partir da atenção no pré-natal, parto, puerpério imediato e puericultura, que podem exercer papel importante na promoção, informação e apoio às mães para amamentação.

A pesquisa evidenciou também a crença relacionada ao sabor do leite materno:

O leite pode estar com algum gosto ruim assim, porque diz que o leite é um **sangue branco...** Meu **leite ficou amargo, não tinha gosto nenhum**, quando eu experimentava não tinha gosto nenhum (...) Deve ser por isso ela parou de mamar, mas ela mamava direitinho, depois de seis meses o leite começou a mudar de gosto, mesmo eu tendo a mesma alimentação com ela não dava nada antes... (Bianca). Grifo desta pesquisadora

Nestas condições, a alteração do sabor do leite estimula o desmame precoce. Ainda que Bianca não tenha feito correlação da mudança do sabor do leite materno com algum aspecto, em estudo de Ferreira et al (2010) e Rigo e Neves (2009) encontra-se associação da alteração do sabor do leite materno com a dieta da lactante.

Para Almeida (1999), a mudança do sabor do leite materno é um processo natural que acontece ao longo da lactação, com a tendência na diminuição do teor de lactose e aumento na concentração de cloretos. Assim, o leite passa de levemente adocicado, no primeiro mês, para discretamente salgado. Mas essa alteração serve justamente para “compatibilizar a percepção sensorial do lactente com a introdução de alimentos complementares no devido momento” (ALMEIDA, 1999, p. 86).

A fala de Bianca chama a atenção para a comparação que a mesma faz do leite materno a um sangue branco. São escassos os relatos na literatura que associem o leite materno ao ‘sangue branco’; entretanto, Woortmann (2008) refere que, ao longo de todo o tempo da amamentação, a criança continua a ser percebida como ligada fisiologicamente à

mãe e que, nesse período, a criança continua a se alimentar do sangue materno, tal como em sua vida intra-uterina, pois o leite materno (“sangue branco”) é percebido como o sangue uterino transformado no seio. Outras mães referiram a interferência da alimentação materna com a produção do leite.

A gente que tem de comer, se alimentar direito pra passar pra ele, né? Eu acho assim. Ai a gente faz um mingauzinho de como é? de flor de milho, um mingauzinho... um mingau de aveia, né? E come assim verdura né? um pirão com verdura... eu sei que aí chega o leite, um mingau de café [tanto para chegar o leite, como para alimentar o bebe] (Juliana).

É assim... a farinha... Acho que bota farinha, a manteiga e o café, não é? [fala direcionando-se à sogra, a qual prontamente responde: Eu num gosto assim não... É um mingau de farinha, minha avó ensinou assim... bota a farinha primeiro e deixa o café ferver bem, ai bota a farinha antes de embolar, ai mexe junto com a manteiga... ai derrete a farinha com a manteiga e o café... ai fica tipo aquele mingau normal, tipo de aveia pra tomar pra chegar o leite ... com cuscuz, eu sei assim. Toda vez que eu tomei, meu filho se deu bem, eu achei que resolveu muito viu, entendeu? Ai eu fui parando de tomar esses negócios meu leite ficou mais devagar. É eu comer massa de cuscuz isso aqui meu que chega eu não agüento eu ando segurando com sutia. Eu que paro que eu não gosto de tomar esses negócios... todo dia ta tomando isso é ruim] (Juliana).

Tenho cuidado com minha alimentação, fico atenta para tudo que como. No caso, passei a comer verdura por causa dele porque antes eu não gostava, não como nada de gordura e pimenta por causa da mama, pois eu sei que vai para ele e causa cólica nele. Minha comida é arroz, feijão e salada. (...) Depois que comecei a amamentar, (...) tive que mudar meu hábito de alimentação. (Rebeca).

Durante a gravidez e a amamentação, algumas mães modificam a sua dieta, julgando aumentar a quantidade e qualidade do seu leite de forma a promover um ótimo crescimento e desenvolvimento do seu filho. Geralmente estas alterações dietéticas não são baseadas em evidências científicas, mas em mitos e crenças divulgadas na sociedade e passadas de geração a geração (KULAKAC, 2007; FERREIRA et al, 2010; RIGO, NEVES, 2009).

Da mesma forma que são estimuladas a introduzir e/ou reforçar sua alimentação com fontes saudáveis, as mulheres ainda evitam os alimentos considerados “gordurosos” ou “pesados”, pois estariam sujeitas a aumentar o teor de gordura no leite materno, tornando seu sabor desagradável para o bebê. Esse é um hábito mantido pelas lactantes (RIGO; NEVES, 2009).

A alimentação da mulher geralmente sofre modificações durante a amamentação, pois acredita-se muito na interferência daquela sobre esta última. Os alimentos que a nutriz acredita que aumenta a produção de leite são importantes, pois exercem importância significativa sobre o psicológico da mulher (VAUCHER; DURMAN, 2005).

Neste aspecto, ressaltamos os pressupostos de Leininger a cerca das atitudes influenciadas pelos aspectos culturais e modos de vida, uma vez que as mulheres demonstram crenças relacionadas à sua alimentação como fatores que favorecem a amamentação, na medida em que acreditam que alguns alimentos à base de milho, de café, entre outros, aumentam a produção do leite; ao tempo em que outros mudam o sabor do leite, tornando-o desagradável.

Assim, emerge a necessidade dos profissionais de saúde conhecerem essas crenças, para que elas sejam resgatadas nas orientações de educação em saúde; quando não sejam as motivadoras para que esses momentos de informação aconteçam e se tornem motivadoras para a manutenção do aleitamento.

Além das crenças apontadas como aspectos que propulsionam o desmame, este também emergiu como uma necessidade materna de diminuir as obrigações com a criança.

Aí queria passar a dar o mingau a ele, né, porque a gente quer sair e resolver um problema, ai tem de levar nas costa... aí fica chato (Juliana).

Mamava poucos segundos chorava e novo, ai eu dizia 'Ai meu Deus... eu não to agüentando mais não!' [risos] (Ana).

Diariamente, às vezes eu saio né, aí ele fica com minha mãe, pra não ficar chorando sem peito sem nada, aí da o mingau e ele gosta (Anita).

Essas falas sugerem que o ato de amamentar pode despertar sentimentos de ambiguidade na mulher. Apesar de manter a prática do aleitamento por pressão social ou por acreditar nos benefícios da amamentação, a mãe revela que esta vivencia também é constituída de momentos desagradáveis, que exigem paciência para que ela os supere (CARRASCOZA et al., 2004).

Fujimori et al. (2010) afirmam que é necessário considerar a possibilidade de que a amamentação nem sempre se concretize como uma experiência positiva, sendo muitas vezes um fardo, pela obrigação, pela expectativa da sociedade e pelos múltiplos papeis que a mulher desempenha como mãe e mulher. Osório e Queiroz (2007) mostram que a amamentação pode limitar e interferir significativamente na vida da mulher, levando à manifestação de sintomas

de impaciência, irritação e até mesmo raiva. Nesse contexto, a amamentação pode associar-se a uma situação conflitante, na medida em que coexistem sentimentos ambivalentes e contraditórios.

O aleitamento materno traz benefícios, tanto para o bebê, quanto para nutriz; mas mesmo assim sua prática está muito aquém do que é esperado e recomendado pelas organizações internacionais e nacionais, ou seja, de forma exclusiva até os seis meses e complementar a outros alimentos até os dois anos de idade ou mais (WHO, 2007; BRASIL, 2008).

Talvez essa dificuldade de manter a amamentação por mais tempo e de forma exclusiva, seja por conta de algumas dificuldades vivenciadas pelas mães durante a amamentação.

Ela mamava toda hora (...) Aí minha mama ficou toda ferida, aí eu tava com medo de dar peito, mas o médico falou que tem que dar, que era o modo de dar mama que tinha de ser de outro jeito, ai ele me ensinou do jeito que dá, que era pra botar a mama todo peito na boca dela... Ela mamava doendo mesmo, ela mamava assim mesmo... Só passava leite mesmo [referindo-se ao que passava no seio antes de amamentar] (Cristina).

‘Pra dar mama? Misericórdia!!’ (...) Eu digo: ‘Meu Deus... como é que eu vou fazer pra esse menino mamar?’ Além da dor que eu senti nas primeiras puxadas, né... nunca uma criança tinha mamado. Aí eu ficava perguntando como seria... (Paula).

As fissuras referidas por Cristina são comuns durante a amamentação, assim como se encontra no estudo de Vaucher e Durman (2005), no qual as lactantes apontaram as fissuras como um aspecto que interfere na amamentação, ainda que estas não sejam indicações de interrompê-la. Deste modo, as mulheres acabam resgatando outras práticas para lidar com as fissuras, como a utilização de produtos naturais, como casca de banana, de mamão, banha de porco ou secreção da babosa (*Aloe vera*). Nesse contexto, deve-se orientar a utilização do próprio leite materno como medida terapêutica e, na gestação, o banho de sol nos seios por no mínimo quinze minutos como prevenção (GONÇALVES, 2001; VAUCHER, DURMAN, 2005; BRASIL, 2009).

Foi possível conhecer algumas medidas adotadas pelas mulheres para higienização durante o período da amamentação, seja diretamente nos seios ou de partes do corpo.

Quando eu ia dar mama a ele, eu lavava minhas mãos com sabão e a mama eu só fazia lavar com água e secar (Paula).

Eu passo uma aguinha no peito que às vezes ta suado (Juliana).

Antes de dá mama eu lavo, ele todinho, mas não com sabonete, lavo ele todinho só mesmo com água, eu lavo e dou a ele. E se eu tiver fazendo alguma coisa, eu só dou mama depois que eu tomar banho (Silvia).

No estudo de Gonçalves (2001), as puérperas também relataram medidas de higienização simples com as mamas, utilizando sabão e água. Quanto ao conhecimento das puérperas sobre higiene das mamas, Fonseca et al (2011) encontraram que a maioria das mulheres afirmaram que esta deve ser feita com água antes das mamadas. Algumas disseram ser necessário o uso de água e sabão.

Mesmo que haja uma recomendação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009) de que a higiene das mamas seja feita durante o banho diário da nutriz, não sendo necessária a higienização antes de cada mamada, complementando-se com a lavagem das mãos com água e sabão; na prática consensual, muitas mulheres higienizam as mamas antes das mamadas, principalmente quando associam estarem com o ‘sangue quente’ ou ‘agitadas’.

Às vezes quando tô na rua, quando eu tô suada, eu resfrio o sangue, bebo água pra depois da [a mama] a ele (Maria).

Eu lavo o seio... às vezes quando chego de viagem, descanso um pouquinho pra dar a ele a mama, por que diz que não pode dar, quando chega logo agitada (...) porque é ruim, dá dodói nele, da dor de barriga, ai minha mãe me falou assim, né... (Anita).

O povo tem gente essa superstição se vim cansado... isso ai eu não fazia não, porque o povo mais velho fica falando que já aconteceu isso [risos] (...), mas em termo de lavar, as vezes não tinha paciência, vou ser sincera, não tinha paciência assim não, pra ficar lavando bico de peito (...) Que eu creio que nossas mães não teve essas coisas toda e a gente ta aqui vivo até agora [gargalhadas] entendeu? (Ana).

Porque pra mim, se eu der, sem tomar banho, vai dar dor de barriga nele. Porque tá muito quente, e eu correndo pra lá e pra cá, eu tenho que tomar um banho e beber água, ai dou mama a vontade (Silvia).

As falas reportam à crença de que, se a criança for amamentada e a mãe estiver agitada ou com ‘sangue quente’, isso prejudicará o bebê. Essa associação também foi feita por outras mães (GONÇALVES, 2001) que referiram que a mulher deve estar calma para amamentar, a fim de evitar desconfortos e agitação na criança.

Assim, as mulheres bebem água antes de amamentar ou lavam os seios como forma de ‘resfriar o sangue’ e, por conseguinte, o próprio leite.

Diante de tantos aspectos apontados pelas mulheres relacionados à amamentação, torna-se fundamental para prática dos profissionais de saúde e da sociedade em geral, considerando a importância da nutrição para a saúde da criança, promover, proteger e apoiar a amamentação, através do suporte à lactante e, paralelamente, orientar a introdução de novos alimentos.

Além da amamentação, as mães relataram como realizam a complementação alimentar. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2009) sugere a introdução de outros alimentos na dieta da criança após os seis meses de idade deve

complementar as numerosas qualidades e funções do leite materno, que deve ser mantido preferencialmente até os dois anos de vida ou mais. Além de suprir as necessidades nutricionais, a partir dos seis meses a introdução da alimentação complementar aproxima progressivamente a criança aos hábitos alimentares de quem cuida dela e exige todo um esforço adaptativo a uma nova fase do ciclo de vida, na qual lhe são apresentados novos sabores, cores, aromas, texturas e saberes.

Esse período exige dedicação do cuidador, uma vez que se devem introduzir os alimentos progressivamente, observando a aceitação da criança, assim como as possíveis reações de recusa e até mesmo alérgicas.

Norton e cols (2007) explanam que as mudanças na alimentação da criança devem ser de acordo com as etapas do desenvolvimento, variando as formas de alimentação, digestão e absorção dos alimentos, as quais determinarão o tipo, o volume e a consistência dos alimentos oferecidos à criança.

Por meio da minha prática como enfermeira assistencial e no decorrer da minha atuação nas consultas de puericultura, constatei que as principais dúvidas das mães relacionavam-se à mudança alimentar, do que poderiam introduzir, como, quando e a quantidade.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), a criança após seis meses, tendo sido amamentada, deve receber três refeições ao dia (duas papas de fruta e uma papa

salgada/comida de panela). Após o sétimo mês, respeitando a evolução da criança, deverá ser introduzida a segunda papa salgada/comida de panela (arroz, feijão, carne, legumes e verduras) (ver Quadro 5, em Anexo D).

As mães entrevistadas referem diferentes formas de complementação láctea, como mostram os depoimentos a seguir:

Fazia um mingau... Comprei o leite NAN pra dar a ela... que ela parou de mamar, dava leite NAN depois que comecei a dar o ninho [outro tipo de leite] (Cristina).

Quando com dois meses que eu tava dando mama, mas já tava, não tava sendo suficiente ai eu comecei a dar o leite ninho, com a massa que chama creme de arroz até... Isso com dois até os cinco meses. De cinco meses em diante ficou o leite ninho ainda com outra massa que era cremogema, que ele não queria mais o creme de arroz. (...) Eu já tirei o leite ninho e ele toma mucilon. E ai agora fora isso eu dou o mucilon pela manha. Ai... na maioria das vezes nem sempre na hora da merenda, eu dou vitamina. O leite eu mudei do mucilon pro leite de gado daqui da fazenda e ai ele toma de manha ele toma o mingau dele como café o mingau do mucilon... (Paula).

Rango, só é o que? Toma mingau de ‘farinha de guerra’, até hoje ainda toma, toma mucilon, ai eu variando, e toma iogurte, e mama (Silvia).

Culturalmente, as pessoas adicionam algum tipo de farinha ao leite, associando que o primeiro vai saciar mais a criança. Assim, encontramos o uso da “farinha de guerra” (farinha de mandioca), ‘mucilon’ (que pode ser à base de arroz, milho, aveia e outros cereais) e o ‘cremogema’ (à base de milho ou arroz).

Para Cruz (2010), analisando a alimentação de crianças no primeiro ano de vida, a introdução de leite não humano na dieta baseou-se na elaboração de preparações que melhor conviessem às mães, segundo critérios de baixo custo e de garantia de maior saciedade da criança. Assim, observou que há o fornecimento de misturas lácteas variadas, à base de leite integral adicionado de produtos instantâneos ou de *espessantes* que necessitam de cozimento, sendo preparadas com base nas receitas registradas na cultura popular. Mediante os mesmos critérios, os alimentos não lácteos foram introduzidos.

A prática de introduzir os ‘espessantes’ ou ‘engrossantes’ no leite da criança pode estar atrelada à ideia de que o leite deve ser forte. Rotenberg e De Vargas (2004) explicam que, para as mães, os alimentos considerados fortes são aqueles que alimentam, sustentam, que fazem bem à saúde e que fortificam o corpo da criança, reforçando a dimensão de saúde e

doença das práticas alimentares. Pela crença popular, a criança gorda, forte é sinônimo de criança saudável.

Os outros alimentos não lácteos referidos pelas mães variaram entre os líquidos (como sucos, água de coco, água) e os pastosos, como as papas de frutas e verduras.

Ressaltamos que a oferta de novos alimentos (incluindo os líquidos) aconteceu antes das crianças completarem os seis meses, confirmando que nenhuma das crianças ficou em AME. O período de introdução variou desde o nascimento até os quatro meses de vida.

Quanto aos líquidos, além dos leites artificiais referidos anteriormente, encontramos a oferta de água:

Toma um suco (...) agora eu acostumo dar água aí como ele ta suando bastante (Carol).

Aí eu dou uma aguinha, depois dou suco com a água dele (Silvia).

Para Pelegrin (2008) as mães têm a prática de fornecer água às crianças (mesmo as que estão ainda em aleitamento) como um traço cultural, pois eles acreditam que as crianças sentem sede e temem que possam desidratar.

Os sucos foram referidos por todas as mulheres, os quais são variados (de lima, laranja, beterraba, maracujá, maçã, jenipapo), incluindo também a água de coco.

Dava água de coco a ela (Cristina).

Toma suco de cenoura com... com beterraba tem vez que eu boto maracujá, tudo isso (Bianca).

Suco de maracujá, qualquer suco que tiver, até suco de jenipapo, eu faço um 'titico' de nada (Silvia).

Além dos líquidos, as mulheres relataram sobre o fornecimento de alimentos como as papas de frutas e verduras, evidenciando inclusive a frequência desta oferta.

Meio dia ela come verdura (...), ela come bastante verdura, pirão, pirãozinho do caldo da verdura, ou é do caldo da carne que a gente faz só pra ela, sem sal sem nada... aí seis horas ela toma sopa. Todo dia ela toma sopa é... mistura de pão, de bolacha essas coisas assim... mas ela come diretinho (...) Sopa de verdura que ela toma todo dia, as comida dela tudo na hora certa (...) de três em três horas sempre (Bianca).

Meio-dia, eu faço uma verdurinha de batatinha, chuchu, cenoura também não todos os dias porque ele não quer não assim se for pra dar todos os dias... Assim também ele não quer, aí eu bato com um caldinho de feijão, as vezes nos primeiros dias eu tava batendo no liquidificador, só que ele também não tava querendo. Aí eu machuco num pratinho com o caldo de feijão bem machucadinho e dou (Paula).

Ele come banana (...) porque eu faço assim variado, de manhãzinha, quando eu não quero dar mama (...). Quando chega assim, umas dez e pouca, porque não demora assim pra eu dar comida a ele não, duas ou três horas, quatro horas não! Meio dia eu faço uma papinha de quiabo... (Silvia).

As mães relataram uma diversidade na oferta de frutas e verduras, sinalizando que uma das preocupações maternas relaciona-se com a alimentação do filho, a este ‘comer bem’. Geralmente, associam o comer bem quando o filho come uma quantidade considerada por ela satisfatória e aceita uma variedade alimentar.

Ainda, segundo Rotenberg e De Vargas (2004), há uma preocupação das mães com a ingestão de alimentos ricos em ferro e, nessa perspectiva, se insere o destaque dado ao uso do feijão, considerado e aprendido no ritual de socialização como um alimento forte, rico em ferro, bom para o sangue, assim como se destacam para outros alimentos, que são também ricos em ferro, entre eles a carne vermelha, o fígado, os vegetais verdes; pois ter sangue forte significa vida, saúde. Nos relatos, encontramos referência ao feijão, ao quiabo, beterraba e jenipapo, substância comumente utilizados como fontes ricas em ferro.

As pesquisadoras referiram que a frequência da alimentação está em torno de três em três horas e esta oferta sempre vem acompanhada de algum líquido (suco ou água). Os achados desta pesquisa com relação à alimentação no primeiro ano de vida coincidem com o estudo de Rotenberg; De Vargas (2004), ao perceber que a introdução de alimentos complementares ao leite materno até a alimentação cotidiana da família é um processo, refletindo a dimensão temporal e de ritual de socialização das práticas alimentares.

As situações evidenciadas neste estudo com relação à amamentação e introdução de novos alimentos contestam a ideia de que esses problemas já estejam suplantados. Percebi que as mães possuem dúvidas e insegurança com relação à alimentação infantil, o que reforça a necessidade de intensificar a educação em saúde com esse foco. Porém, como refere Zanata (2006), é um trabalho lento, considerando as inúmeras dúvidas que existem com relação à temática, implicando persistência tanto do profissional quanto das mães, as quais também precisam rever uma série de condutas.

Para uma boa orientação, o profissional de saúde deve manter uma postura de apoio à mulher, com interesse por suas dificuldades, fazer perguntas abertas, permitindo que a mãe exponha o que sente e pensa, sem julgamentos; orientar em linguagem simples, gerando confiança e motivação para a mulher; oferecer informação prática adequada e suficiente; mobilizar apoio social e familiar; encorajar o pai a participar ativamente dos cuidados com a criança (PEDROSO; SILVA, 2005).

A alimentação no primeiro ano de vida tem suas especificidades ao compararmos com os anos seguintes; pois conforme a criança cresce, sua alimentação vai progressivamente sofrendo modificações, principalmente em relação à forma de preparação, tipo de alimentos utilizados e consistência da comida, processo que tem relação com o crescimento dentário. Apesar das mães não fazerem essas associações, elas referiram cuidados direcionados para atender a criança durante o período de surgimento dos dentes neste primeiro ano de vida.

4.2.2.5 Cuidados com erupção dentária

A erupção dentária é um processo fisiológico que se inicia no primeiro ano de vida e se completa por volta do terceiro ano, constituindo-se em uma dentição temporária, que gradativamente será substituída pela dentição permanente (DE LAMARE, 2009; KYLE, 2011; MUSSI, 2005).

A percepção do crescimento dentário, suas alterações sistêmicas e/ou locais, assim como o desenvolvimento de cuidados direcionados aos dentes e a condição de saúde-doença bucal é reflexo da renda familiar, renda individual, acesso aos serviços de saúde e redes de comunicação social. Também é observada relação da cárie com fatores como a origem étnica, ocupação da mãe, local de moradia, presença de água encanada, inclusão no sistema educacional e grau instrucional dos pais (NATIONS e cols, 2008; MOREIRA e cols, 2007).

Nesta pesquisa, emergiram as associações feitas pelas mães de manifestações locais e/ou sistêmicas relacionadas à erupção dentária, assim como as ações direcionadas às crianças durante aquelas.

Apesar de diversas alterações locais e sistêmicas serem relatadas como manifestações associadas à erupção dentária, como mostra o Quadro 4, existem diversos relatos de caso na literatura específica, estudos clínicos com delineamento adequado e com

controle de fatores de confusão são escassos e muitos deles realizados há mais de 30 anos (PAULA e SILVA e cols, 2008).

Nesse contexto, esses mesmo autores ressaltam que os profissionais da área da saúde que prestam atendimento a crianças devem ser cautelosos ao associar a erupção dental a sintomas que ocorrem simultaneamente ao período da erupção dos dentes decíduos, ainda que as mães identifiquem essas alterações durante o processo de erupção dental.

Quadro 4. Alterações locais e Sistêmicas relatadas na literatura como associadas ao processo de erupção dental.

Manifestações locais	Manifestações sistêmicas
✓ inflamação gengival	✓ perturbações gastrointestinais (diarréia, vômito, cólica ou constipação)
✓ eritema, edema e prurido gengival	✓ infecções no trato respiratório, tosse, coriza nasal
✓ irritação local traduzida pelo ato de morder e coçar	✓ diminuição da resistência orgânica
✓ hiperemia da mucosa bucal	✓ distúrbios no sono
✓ salivação excessiva (sialorréia)	✓ irritabilidade
✓ cistos de erupção;	✓ febre
✓ úlceras bucais	✓ redução do apetite
✓ eritema da face	✓ urina com odor forte
✓ eczema	✓ infecções auditivas
✓ aumento da frequência de sucção digital	✓ desidratação
✓ bruxismo	✓ dificuldade de movimentação
	✓ tendência a morder objetos
	✓ convulsões

Fonte: PAULA e SILVA e cols, 2008.

Seguem os depoimentos nos quais emergem as alterações orais (locais) na criança associadas à erupção dental pelas mães.

Ele tá babando muito, né... Ele baba muito (Carol).

Começando a babar, parece até que já pareceu o dente dele, a gengiva fica coçando (Anita).

Sentino desde os três mês que ele vem se quexando, chorando, doendo (Juliana).

É quando só, quando você vê que ela já ta coçando, ficando agoniada, ai dá... (Ana).

Assim, as mães relatam a dor e a sialorréia²¹ como alterações comuns neste período. De fato, é comum as crianças sentirem desconforto à medida que os dentes rompem a membrana periodôntica pela inflamação gengival, período no qual as crianças podem aumentar a salivação, morder objetos duros e acentuar a sucção do polegar. A sua duração varia de 2 a 3 dias, podendo chegar a 10 dias, o que depende de muitos fatores, incluindo o padrão de higiene bucal e a saúde geral da criança (KYLE, 2011; PAULA e SILVA e cols, 2008).

A sialorréia é freqüentemente observada durante o período que vai do sexto ao décimo quinto mês de vida, o que possivelmente acontece devido à maturação das glândulas salivares, aumentando a viscosidade da saliva e dificultando a sua deglutição, concomitantemente ao período de erupção dental. Essa salivação é maior durante a erupção dos dentes anteriores que dos posteriores (PAULA e SILVA, 2008).

As mães também associaram algumas manifestações sistêmicas à erupção dental no filho.

A falta de apetite dele, pode ser por causa dos dentes (...) Quando ele tem vezes que faz côco três a quatro vezes ao dia (...) Eu acredito [*enfática*] que seja por causa dos dentes (Paula).

Até hoje eu tô cuidando de dente, quando tá vindo o dente, é febre, eu não durmo, fico acesa porque eu tenho medo de dar convulsão, e toda hora um termômetro (...) eu fico com medo, eu já vi gente dando convulsão e o negócio é feio (Silvia).

O dentinho dele graças a Deus ta nascendo um atrás do outro, ele não tava sentindo nada, mas depois que começou a nascer o dente queiro, começou a se encher de caroço, mas esses caroços é normal (Fernanda).

Porque eu achei ele emagrecendo demais, ele tava enorme ... Chega a vó dele ficava dizendo: ‘Oxe... por que esse menino ta emagrecendo de repente assim?’ (...) Aí quando a pediatra viu, aí disse que já é a moção²² dele que já tá pra rasgar já... (Juliana).

Com relação às manifestações sistêmicas, existem controvérsias na literatura se estas tem relação ou não com a erupção dental. Neste aspecto, Kyle (2011) refere que as crianças podem ainda ficar irritadiças, recusar-se a comer e não dormem bem.

²¹ Sialorréia significa aumento da salivação.

²² Moção: termo empregado para o primeiro dente que rompe a membrana periodôntica.

Febre, vômitos e diarreia geralmente não são considerados sinais de rompimento da dentição para Kyle (2008). Porém, Paula e Silva e cols (2008) já os referem neste período. De qualquer modo, as mães entrevistadas associam essas ocorrências, com exceção do vômito, à erupção dental.

Apesar de duas mães associarem lesões cutâneas com o rompimento dos dentes, Paula e Silva e cols (2008) referem que as alterações na pele não ocorrem devido à erupção dos dentes, mas sim porque a pele dos bebês é muito delicada e sensível e, com o aumento da salivagem, ocorre escoamento da saliva para a face, e a umidade constante favorece o aparecimento de alterações cutâneas.

As falas coletadas evidenciaram também as medidas adotadas pelas mães para amenizar as alterações provocadas na criança, relacionadas à dentição:

O Kalyoman, a gente dava e aí passava a dor... e era um chá de pulga do campo... pra num sentir muita dor. E o girassol, a semente do girassol faz um chazinho pra acalmar, pra num chorar muito porque criança que nasce dente chora muito né, empata a pessoa até dormir (Juliana).

Teve que levar pro médico (...) Aí depois o médico passou a pomada, aí passou (Cristina).

Aí comprei um mordedozinho e ele fica mordendo, mordendo, mordendo e a baba só escorrendo (Anita).

Pulga do campo²³ pros dentes, porque os dente dela nasceu e ela não ta sentindo mais nada, não senti muita coisa do dente (...) tem girassol pros dente também que ela me ensinou a fazer... (Bianca).

O povo falou que era pra usar um bocado de chá, sapê, outra coisa do campo, só que eu fiquei com medo, aí eu disse não vou dar nada. Aos meus meninos eu dava kaliomom, mas disse que quando cresce os dentes fica tudo podre, mas graças a Deus os dentes dos meus ta tudo aí e não tem nenhum podre (...) mas ele, eu fiquei com medo, aí eu não dei nada. Aí foi que me ensinaram um remédio, camomilina C que é bom pros dentes dele e acalma ele, aí eu fui na pediatra (...) aí ela pegou e me passou e (...) eu ainda dou a ele (Silvia).

Observa-se que entre as mães adotam práticas diferentes, como o uso do chá de “pulga do campo” - referido pela maioria das mães-, chá de semente de girassol e sapê.

²³ Várias mães referiram a utilização deste chá, denominado por elas de ‘pulga do campo’. Na literatura, só encontramos purga do campo.

Almeida (2011) sinaliza que algumas plantas medicinais, ainda que usadas corretamente, podem causar graves intoxicações, agudas ou crônicas, citando inclusive que o leite do purgado-campo pode ser venenoso.

À essa medida terapêutica fitoterápica, somam-se outras associadas ao saber científico, como o uso de medicações tópicas –pomadas anestésicas- e sistêmicas, como o Kalyamon²⁴ e Camomilina C²². Ressalta-se que essas medicações, apesar de terem indicações para a erupção dentária, devem ser prescritas pelo médico e devem ser usadas criteriosamente.

Observamos também o uso do mordedor por uma das mães, medida recomendada para aliviar o desconforto característico durante a erupção dentária (KYLE, 2011; MUSSI, 2005).

Recomenda-se ensinar aos pais a aplicação de objetos frios para suavizar a dor na gengiva, oferecendo ao lactente um anel de dentição congelado para morder ou esfregar na gengiva um cubo de gelo envolvido numa fralda. Pode-se também utilizar os anestésicos tópicos e, em alguns casos, os pais podem administrar analgésicos ou anti-inflamatórios, devidamente prescritos pelo médico - ao bebê (KYLE, 2011; PAULA E SILVA, 2008).

Na última citada anteriormente, Silvia chama a atenção a mudança de atitude pela mãe junto aos filhos, as medidas usadas por esta com os filhos mais velhos já são vistas com um certo temor agora, induzindo-a a adotar novas ações. Isso reforça a ideia de que o processo saúde-doença perpassa pela construção histórica e as influências socioculturais e, neste caso, experiências anteriores direcionam novas atitudes nos cuidados de saúde.

Algumas mães descrevem inclusive medidas preventivas para evitar que os filhos apresentem esses desconfortos.

O dente dele está saindo tem sempre que passar um pano no dente, na língua, pois ele está mamando (Rebeca).

Com cinco meses a gente começou a dar chá de pulga do campo a ela porque antes, com seis meses o dente dela saiu. O dente dela saiu aí a gente ficou dando... ela não sentiu nada, não teve febre não teve diarreia, não teve nada do dente assim (Bianca).

²⁴ Kalyamon é uma suspensão oral, que consiste num suplemento vitamínico-mineral que possui uma combinação racional de elementos essenciais à prevenção e combate dos estados de deficiência de cálcio, indicado para crescimento, dentição; e complementação de cálcio. A Camomilina C é uma capsula, administrada à criança diluída, que auxilia para o alívio do desconforto na primeira dentição. O cálcio, o fósforo e o colecalciferol são essenciais para a adequada mineralização óssea dos dentes, ao tempo em que a camomila tem ação sedativa e o alcaçuz poder antiinflamatório suave (Informações disponíveis no site: <http://www.bulas.med.br/bula>. Atualizadas em 2012).

Painho foi e pegou a semente de girassol e fez o coisa (*o chá*), não cuou e deu a ele (...) pra o dente, pra ele não sentir dor nenhuma (Fernanda).

Eu até li no livro dele da vacinação [...] pra limpar com escovinha, alguma coisa... só que eu fui tentar uma vez só, que já tem muitos dias, ele começou a inguiar ... eu também parei. Eles dizem que é pra pegar uma fraldinha molhada e começar a passar... só que eu fui tentar fazer e eu tive medo dele vomitar, ele começou a inguiar²⁵ ai eu parei também não mexi mais (Paula).

As falas demonstram que as mães recorrem aos chás e às medidas de higiene oral para evitar que as crianças apresentem desconfortos no período de surgimentos dos dentes. Diante dessas condutas, ressalta-se que é importante que a higiene oral seja feita mesmo antes da erupção dental, mas não serve como medida preventiva das alterações características.

Com relação à higiene oral, recomenda-se a limpeza da cavidade oral com uma fralda molhada com água até que surjam os primeiros dentes, onde já se inicia a escovação com escova de silicone usando só água (MUSSI, 2005; KYLE, 2011; PAULA E SILVA, 2008).

Essa medida constitui-se uma atenção ao crescimento dentário, um dos aspectos que as mães devem direcionar no cuidado da criança. Ainda, soma-se nessa atenção as estratégias de estimulação psicomotora.

4.2.2.6 Cuidados com Estimulação Psicomotora

O desenvolvimento integral e satisfatório da infância é fundamental ao desenvolvimento humano; pois, segundo Figueira e cols (2005), proporcionar à criança oportunidades para que tenha um desenvolvimento adequado é talvez o de mais importante que se pode oferecer à espécie humana. Um desenvolvimento infantil satisfatório, principalmente nos primeiros anos de vida, contribui para a formação de um sujeito com suas potencialidades desenvolvidas, com maior possibilidade de tornar-se um cidadão mais produtivo; consciente de seus direitos e deveres, apto a enfrentar as adversidades que a vida oferece, reduzindo-se assim as disparidades sociais e econômicas da nossa sociedade.

²⁵ Inguiar, na linguagem popular, refere-se à ânsia de vômito.

Esse desenvolvimento sofre a influência contínua de fatores intrínsecos e extrínsecos que provocam variações de um indivíduo para outro e que tornam único o curso do desenvolvimento de cada criança. Os fatores intrínsecos determinam as características físicas da criança, como por exemplo a cor dos seus olhos e outros atributos geneticamente determinados, ao tempo em que os fatores extrínsecos começam a atuar desde a concepção, estando diretamente relacionados com o ambiente da vida intra-uterina, proporcionado pela mãe e família por meio das suas condições de saúde e nutrição. Após o nascimento, o ambiente em que a criança vive, os cuidados que lhe são dispensados pelos pais, o carinho, estímulos e alimentação passam a fazer parte significativa no processo de maturação que a leva da dependência à independência (BRASIL, 2002).

O espaço familiar constitui-se um importante elemento para estimulação da criança, considerando que este é o primeiro e principal espaço de socialização da criança e há a interação da criança com seus pais, com outras crianças e membros da família. Para Andrade e cols (2005), a família desempenha ainda o papel de mediadora entre a criança e a sociedade, possibilitando sua socialização, elemento essencial para o desenvolvimento cognitivo infantil. Além disso, permite adquirir conhecimentos e habilidades, estabelecendo relações e construindo seu próprio ambiente físico e social.

Ao analisarmos o desenvolvimento infantil, é imprescindível reconhecer a interferência da cultura; pois, como refere Lordelo e cols (2000)

Considera-se o desenvolvimento como determinado pela relação entre o organismo e o ambiente circundante, com destaque para a cultura, com seus valores e crenças. A relação entre os sujeitos e a cultura é de interinfluência, visto que os seus símbolos e significados são internalizados e modificados no contexto. Desse modo, as práticas de cuidado e educação de filhos estão diretamente relacionadas com as crenças e valores construídos por uma cultura que é, também, produto da história dos indivíduos.

Desta forma, as estratégias adotadas pelas famílias para estimulação das crianças relacionam-se com a cultura de cada núcleo familiar e com os tipos de estímulos que os pais ou responsáveis foram submetidos na infância. Assim, esses são alguns dos fatores que interferem no desenvolvimento da psicomotricidade.

No que se refere aos elementos que compõe o desenvolvimento da psicomotricidade, considera-se importante recorrer à Oliveira (2002), uma vez que a autora pontua-os de forma global, a saber: a Coordenação Global, Fina e Óculo-Manual; o Esquema Corporal; a Lateralidade; a Estruturação Espacial; a Orientação Temporal e a Discriminação Visual e

Auditiva, ressaltando que um problema em um destes elementos poderá comprometer a aprendizagem.

Assim, torna-se imperioso a estimulação precoce desses elementos junto à criança, uma vez que os acontecimentos durante os três primeiros anos de vida têm significativa importância no processo de desenvolvimento sensorial, motor, cognitivo, lingüístico, afetivo e social e reflexo na vida humana a curto, médio e longo prazo.

Neste estudo, abordaremos os elementos que surgiram nesta pesquisa e não necessariamente todos os citados anteriormente. Durante o contato com as famílias, houve mais observações do que relatos das maneiras como as mães e outros membros das famílias promovem essa estimulação junto à criança no seu primeiro ano de vida.

Com relação às estimulações, a única referida pelas mães foi a motora.

Às vezes quando eu deixo ela no chão, mas não é muito não. Agora ela começou a andar (Cristina).

Ele começava por aqui, botava em pezinho ele, ele pegava e começava engatinhar, aí meu irmão vinha, botava ele em pezinho (...) Boto num tapete no chão, boto ele, e ele come sozinho (Fernanda).

Meu sogro colocou um portão aqui, a gente coloca um banco aqui [referindo-se ao acesso da porta da casa para uma escada], porque ela sobe essa escada já, ela sobe pela quina, ele fica mexendo nas coisas, a gente tem que tirar as coisas tudo de cima do 'raque', por ela já fica em pé sozinha (Bianca).

A progressão do desenvolvimento vai desde o período em que o bebê está totalmente dependente até o final de seu primeiro ano de vida, quando dá seus primeiros passos, adquirindo mobilidade e habilidades de manipulação que lhe permitem explorar a maior parte do meio ambiente (BRASIL, 2002). Para que a criança atinja esses marcos até completar um ano de vida, é necessário que seja estimulada de forma contínua e progressiva.

Observamos na casa de Paula que o tio do bebê deixava-o no chão, engatinhando e ambos verbalizando vários sons, como se estivesse estabelecendo uma conversa naquele momento. Na casa de Carol, a tia e o pai seguravam a criança de maneira a estimulá-la a sentar.

Geralmente, uma estimulação pode estar associada a outra, como encontramos na casa de Paula e de Fernanda, sendo que nesta última, uma criança mais velha, de pouco mais de dois anos, brincava com a bebê, também como forma de estimular a verbalização, o afetivo

e cognitivo. Ressalta-se que a estimulação deve adequar-se à idade da criança, para que esta acompanhe as atividades esperadas à sua fase.

Na casa de Sílvia, de Rebeca e de Ana, diferentes pessoas conversavam com a criança, ao tempo que a tocavam e acariciavam. Na casa de Maria, além da mãe, outras crianças (irmãos mãos velhos) brincavam com o bebê e Juliana sacudia um chocalho para o filho.

Eu já boto brinquedo pra ‘interter’ (Paula).

Nas casas visitadas no Monte Recôncavo, foram frequentes e variadas as brincadeiras, com pessoas diferentes do contexto social, como pai, irmãos, tias, vizinhas, amigos; mas o que importa é que as brincadeiras aconteçam cotidianamente com as crianças; pois, segundo Queiroz (2006), a importância do brincar para o desenvolvimento infantil reside no fato de esta atividade contribuir para a mudança da relação da criança com os objetos e pode-se considerar que a criança, desde seu nascimento, se integra em um mundo de significados construídos historicamente. É por meio da interação com seus pares que ela se envolve em processos de negociação, dentre os quais, os de significação e ressignificação de si mesma, dos objetos, dos eventos e de situações, construindo e reconstruindo ativamente novos significados.

Observamos que, muitas vezes, essa estimulação acontece por ações do senso comum, não havendo atividades sistemáticas, programadas com objetivos para essas crianças. Assim, torna-se necessário, para um melhor aproveitamento das atividades e, conseqüentemente, maior estímulo para desenvolvimento da criança, que essas famílias saibam exatamente para que serve cada uma dessas práticas realizadas e possam observar progressivamente os avanços que essa criança apresente, assim como os atrasos; pois, segundo Marcon (2004), constitui tarefa dos pais acompanhar e estimular o desenvolvimento neuropsicomotor, promovendo atividades e ensinando brincadeiras próprias para a idade.

O seguimento do desenvolvimento pode (e deve) ser supervisionado por um profissional capacitado, a exemplo da consulta de enfermagem de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil que, por meio da puericultura, configura-se como uma possibilidade de observação contínua da criança e um momento de educação em saúde para pais e famílias.

Analisar o desenvolvimento infantil implica na compreensão das múltiplas vinculações às quais a criança está inserida, num sistema complexo que envolve os aspectos

socioeconômicos e culturais. Esse estudo levanta a necessidade de outras investigações que possam aprofundar como os pais e as famílias percebem a estimulação psicomotora e como as realizam cotidianamente, à luz dos aspectos que englobam a criança, sua família e fatores que interferem no processo do desenvolvimento infantil.

4.2.2.7 Cuidados com o Sono e Repouso

O sono é uma necessidade biológica e vital, essencial ao crescimento, desenvolvimento e saúde da criança. Para Maia e Pinto (2008), os hábitos de sono, bem como os alimentares, criam-se e modificam-se com a idade e os aspectos que os influenciam não são apenas biológicos ou fisiológicos, mas dependem também do padrão socioeconômico e cultural.

Durante a infância, de maneira específica, o sono tem suas particularidades: ao nascer, o recém-nascido é polifásico, ou seja, não conhece a alternância entre dia e noite e seu ciclo de sono dura somente entre cinquenta (50) a sessenta (60) minutos, estando seu ritmo de adormecer e despertar associado à sensação de saciedade ou fome respectivamente. A partir do terceiro ou quarto mês de vida, com a passagem ao ritmo circadiano, tem já grandes períodos de sono noturno contínuo. Embora, entre os oito e nove meses possa ocorrer alguma dificuldade no adormecimento causada pela angústia de separação, a criança com mais de seis meses deverá dormir doze (12) horas de sono consecutivo noturno após um adormecimento sem ajuda e na sua própria cama (MAIA; PINTO, 2008; STEFANE, 2005; BORGES e cols, 2000).

O sono de bebês e de crianças passivo e tranquilo é frequentemente desejável pelos pais; pois, fazer uma criança dormir, enfrentar períodos de vigília durante a noite e a sua própria perda de sono se tornam estressantes para muitos pais (THOMAN, 2012). Nesse contexto, o sono da criança constitui-se em uma das preocupações dos pais, assim como de profissionais e educadores, uma vez que os problemas relacionados ao sono e repouso podem ser temporários ou duradouros e sempre desempenham um papel na dinâmica familiar e no desenvolvimento psicossocial e neurocomportamental da criança.

A maioria dos estudos sobre o sono da criança o associa à obesidade e aos próprios distúrbios de sono, às alterações comportamentais e mentais, encontrando poucos estudos

(nenhum publicado nacionalmente) que discuta o cotidiano e cuidados dos pais com relação a esse aspecto.

Por outro lado, as mães entrevistadas enfatizam as práticas direcionadas para este aspecto da criança, uma vez que, segundo Thoman (2012), na interação pais-filhos, os padrões de desenvolvimento do sono e os comportamentos psicossociais associados a eles refletem as modificações recíprocas que vão ocorrendo nessa relação, considerando que, por exemplo, uma criança insone pode provocar um estresse significativo na família; se a situação não for resolvida, pode ter efeitos prejudiciais sobre o bem estar físico e emocional da criança.

Para Tenenbojm e cols (2010), os hábitos e rituais para o sono são importantes, mas é preciso considerar as variações culturais. Assim, Jenni e O'Connor (2005) complementam que os determinantes biológicos do sono e as formas em que a cultura e a biologia interagem desempenham um papel importante no estabelecimento de normas e expectativas comportamentais e de desenvolvimento sobre o sono das crianças normais e patológicas. Ambas as influências devem ser levadas em conta na prestação de cuidados de saúde e orientações aos pais. Vale ressaltar que as informações sobre as questões culturais no sono das crianças na literatura científica é escassa, dispersa e bastante restrita.

Nesta pesquisa, percebemos que as questões culturais determinam tanto a percepção de um bom sono, quanto as estratégias adotadas para favorecê-lo, como se vê no relato de uma mãe sobre a condição de sono da filha.

Tem mal durmida (...) Ele [referindo-se ao sobrinho que cuida junto com sua filha] fica virando, bota o pé em cima da criança e quando ele acorda ele vai logo pra cima da criança [risos] atrás de mim, aí eu não boto muito junto não, que ela é muito pequenininha pra ficar com ele (Fernanda).

Essa mãe associa que a criança não dorme porque a mesma se movimenta bastante durante o sono. Outras associam o tempo de sono e o fato de acordar algumas vezes durante a noite a uma condição desfavorável para o descanso da criança e, conseqüentemente, da família.

Assim, observei as ações adotadas pelas mães para estimular um bom sono e repouso a seus filhos.

Se não fizer zuada na casa ele demora mais dormindo. Ela demora mais dormindo quando está de bruços, de lado ele não dorme direito, fica se assustando, acho que ele tem a sensação que vai cair (Rebeca).

Ela fica muito agitada, aí eu acalento, boto pra dormir... ela vai dormir (Maria).

Tem gente que dá remédio, mas eu não dou não, deixo ela dormir normal mesmo, sem dá nada (pausa) Ela dorme pouquinho durante o dia, bota ela pra dormir meia hora ela acorda, de noite que ela dorme mais (Cristina).

Cada mãe usa as táticas que melhor se adaptam ao seu filho, não havendo um consenso com relação aos estímulos positivos para o sono. Pela prática da pesquisadora, indicam-se algumas medidas que favorecem o sono tranquilo da criança, como: estabelecer uma rotina durante o adormecimento; deixar a criança em um ambiente aconchegante com pouca luminosidade; pode-se resgatar a música como medida calmante, evitando barulhos ou ruídos; não habituar a criança a dormir com outras pessoas.

Chama atenção a inferência que Cristina faz ao uso de remédios para estimular o sono nas crianças; porém, não houve relatos e não foi observada essa atitude por nenhuma das entrevistadas. Popularmente, encontra-se o uso frequente de chás, como erva-doce e camomila para acalmar e suscitar o sono.

O que ficou evidente, de maneira geral (com exceção de Paula) seja pelas falas das entrevistadas, seja pelas observações dos quartos e acomodação das crianças para dormir, foi que nenhuma das crianças dorme sozinha no seu berço ou cama, sempre acomodada junto aos pais.

Ele dorme junto comigo, comigo e com o pai dele, a gente não quis comprar berço (...) Durante a noite assim ele acorda duas três vezes pra mamar assim (Anita).

Ele dorme comigo... assim, a noite ele quando vai começar a dormir já é quase nove hora da noite aí quando vai acordar é bem umas dez pra doze e meia, assim ... ele se assusta um pouquinho e vai dormir de novo. Aí quando acorda é só de manhã (Juliana).

Eu coloco pra dormir aqui [numa rede que fica no meio da sala] e passo assim balançando e quando ele dorme eu coloco lá [numa cama de solteiro que fica no quarto do casal] (Paula).

Então pego ele e coloco de braços na cama para dormir, só que de noite não o coloco nesse quarto [no quarto dos dois filhos], pois ventila muito, coloco para dormir com a gente, faço o cantinho dele na minha cama. O quarto do bebê é junto do maiorzinho com a caminha dos dois, mas boto para dormir

comigo porque tenho medo de ele sufocar de noite, às vezes está gripado ou chorar e a gente não ouvir (Rebeca).

Os pais devem entender que um bom sono é uma questão de hábito e devem estabelecer com segurança e tranquilidade as rotinas adequadas, mostrando que a hora do descanso é importante. Esse aspecto interfere diretamente na qualidade de vida da criança e, por isso, os profissionais de saúde devem dar atenção a esse aspecto, sempre questionando aos pais como é o sono e repouso da criança e orientá-los no que for necessário.

A relação do sono com a cultura precisa ser melhor aprofundada, tornando-se uma possibilidade de investigação futura, considerando as limitações nacionais e internacionais que discutem essa interação.

4.2.3 Cuidando das Intercorrências no primeiro ano de vida: das práticas populares à medicalização

Esta categoria desvela-se a partir dos saberes e práticas utilizados pelas mulheres quando do aparecimento de algumas intercorrências com seus filhos no primeiro ano de vida, constituídas pelas seguintes subcategorias: *Cuidando das Intercorrências no primeiro ano de vida: das práticas populares à medicalização* e *As Práticas Religiosas no Cuidado da Criança*.

As intercorrências relacionadas às doenças prevalentes na infância são comuns em crianças menores de cinco anos e, principalmente, no primeiro ano de vida; justamente por conta da sua susceptibilidade anatômica e imunológica.

Na primeira infância, é importante que toda criança seja avaliada no que tange aos indícios das doenças prevalentes da infância, principalmente aquelas que vivem em condições precárias de saúde, uma vez que estas assumem um quadro de maior vulnerabilidade e sensibilidade aos agravos. Deste modo, ressalta-se que a promoção da saúde integral da criança e o desenvolvimento das ações de prevenção de agravos e assistência são objetivos que, para além da redução da mortalidade infantil, apontam para o compromisso de se prover

qualidade de vida para a criança, a fim de que ela possa crescer e desenvolver todo o seu potencial (BRASIL, 2004a).

As falas das entrevistadas valorizaram os sinais e sintomas apresentados eventualmente pelas crianças, os quais eram prontamente assistidos de formas diferenciadas no sistema familiar de cuidados.

Este ambiente, segundo Leininger e Mcfarland (2006) referidos por Linhares (2010) é permeado por relações de sentimentos e cuidados realizados em sua maioria por mulheres, geralmente mães ou avós, que diagnosticam as doenças em primeira instância e tecem a sua prática cuidativa a partir dos valores culturais que construíram e constroem cotidianamente.

Dentre os sinais e sintomas referidos, os associados às infecções respiratórias agudas foram os mais frequentes, justamente por ser uma das doenças prevalentes na infância com maior incidência, inclusive na própria comunidade estudada (MAGALHÃES; CAMARGO; MORAIS, 2012).

Quando ela tá com um gripizinha mesmo, tem que dá um banhozinho de andu, um chazinho (Cristina).

Quando ela tá assim bem gripada eu dou um xarope a ela caseiro, de casca de abacaxi... (Bianca).

Aí ela tá gripadinha, eu fico preocupada, dou chá disso, chá daquilo, tudo que me ensinam eu tô dando (Ana).

Falava para passar um pouquinho de ‘xunga de galinha’²⁶ no peito se ver se está gripado (...) É um negócio da galinha que passa no peito para puxar o catarro (Rebeca).

As falas evidenciam as práticas populares de cuidado como recurso terapêutico e este achado é reforçado pela ideia de Bustamante e Trad (2007), ao referirem que as mães, ao cuidarem dos filhos, buscam solucionar os problemas de saúde das crianças no contexto familiar antes de procurar os serviços formais de saúde.

Esses depoimentos já evidenciam a variedade de práticas populares para o cuidado da criança com problemas respiratórios no contexto domiciliar, a constar: chás e xaropes caseiros, banho terapêutico e emplastos.

²⁶ ‘Xunga de galinha’ é um emplastro caseiro, preparado com a gordura da galinha. Normalmente é utilizado nas situações de secreção pulmonar, acreditando que este fará a remoção destas secreções.

A população, no enfrentamento de seus problemas, utiliza táticas e/ou estratégias num processo de apropriação e construção de saberes. É conhecido o predomínio da medicina alopática no sistema de saúde brasileiro, entretanto, uma significativa modalidade não convencional de tratamento e prevenção de doenças utilizada pela população não tem sido considerada pelos profissionais de saúde. Existem pessoas que, de forma concomitante ou alternada, procuram benzedeadas, usam chás, fazem simpatias, aderem fervorosamente a uma religião - como terapia alternativa -e/ou seguem o tratamento prescrito pelo médico (SOUZA e cols, 2006; CARTANA; HECK, 1997).

Da mesma forma, encontramos a utilização das práticas populares associadas aos recursos alopáticos, como se observa na fala a seguir.

Às vezes botava ela em cima de minha barriga, que disse que é bom, aí eu botava em cima da barriga. Aí parava de chorar. Depois demorava um pouquinho ela chorava de novo (...) Diziam que o problema era gases, dava chá de erva doce, aí com esse chá ela parava um pouquinho, mas depois que eu comprei o remédio, esqueci o nome (...) era bom mesmo, que eu dava a ela e parava [de chorar] (Cristina).

Em estudo realizado por Mandu e Silva (2000) encontrou-se que os saberes e práticas das mulheres entrevistadas indicam que, ao lado de uma visão e prática medicalizada em saúde, mantêm-se fortemente valores tradicionais, como o da medicina caseira, retraduzidos segundo as experiências presentes. Há uma certa imbricação dessas práticas em seu cotidiano, tanto que usam remédios caseiros, em certas situações, de forma complementar à medicina 'oficial'.

Entretanto, os serviços de saúde têm se valido essencialmente da terapia alopática para o tratamento de sua clientela. Essa abordagem, subsidiada pelo paradigma mecanicista, aborda os seres humanos como máquinas constituídas por peças separadas, tratando a doença como um funcionamento inadequado dos mecanismos biológicos e atribuindo aos profissionais de saúde a responsabilidade pela intervenção e conserto do problema no funcionamento de um mecanismo específico (CAPRA, 1998).

Esse modelo acaba por influenciar a medicalização mesmo no espaço domiciliar. Neste presente estudo, as intercorrências de adoecimento ou aparecimento de sintomatologia nas crianças influenciam a medicalização nos domicílios, efetuada pelas mães ou responsáveis, sem que haja necessariamente a prescrição médica anterior, conforme relatam também outros estudos sobre o uso de medicações em crianças nos domicílios (SANTOS; BARRETO; COELHO, 2009; OLIVEIRA et al, 2010; TOURINHO et al, 2008;

BECKHAUSER et al, 2010; LIMA; NUNES; BARROS, 2010; SANTOS, 2008; ALLOTEY; REIDPATH; ELISHA, 2004).

Eu também tinha medo de dar [referindo-se aos chás caseiros] assim, quando dava um remédio indicado pelo médico eu dava e pronto num queria ficar misturando do nada, dando outros remédios... (Paula).

Paula refere a valorização dada ao tratamento prescrito pelo médico, reforçando as atitudes do modelo assistencialista, em que há uma centralização da figura do médico, uso de medicações industrializadas e as restrições para com as práticas populares.

A fala de Rebeca evidencia a preocupação de manter em casa um estoque de medicações variadas, considerando a possibilidade de precisar das mesmas em qualquer situação e não ter como conseguir de forma rápida.

Eu comprei tudo [referindo-se a várias medicações], pois aqui no Monte não acha nada, eu comprei tudo para não precisar ir para Candeias, tem tudo aí, aqui parece uma farmácia. Se acontecer alguma coisa de noite tem tudo aqui (Rebeca).

Ao mesmo tempo em que ela falava sobre as medicações, abriu em sua casa uma caixa com vários remédios, tirando um por um e dizendo para que serviam, em quais situações ela os utilizava.

Segundo Tourinho e cols (2008) e Lima, Nunes e Barros (2010), a prática de armazenar medicações em casa é comum entre a população brasileira. Para Barros (2004), essa prática na população brasileira advém de uma cultura denominada como “cultura da pílula”, que intensifica o fenômeno da medicalização, entendida como a crescente e elevada dependência dos indivíduos e da sociedade para com a oferta de serviços e bens de ordem médico-assistencial e seu consumo cada vez mais intensivo, colocando-se o medicamento como sinônimo de cura e/ou de saúde.

Na comunidade estudada, essa prática pode estar associada à dificuldade que as pessoas têm de acesso aos serviços de saúde numa situação de emergência, implicando no armazenamento de medicamento no domicílio, o que lhes dá uma certa segurança para agir no caso de intercorrências com as crianças. Nesse contexto, as mães tendem a armazenar medicamentos já prescritos para seus filhos em situações anteriores ou usar remédios indicados por pessoas da comunidade.

O estudo de Beckhauser et al (2010), constatou-se que a automedicação (pelas mães) em crianças menores de sete anos tem uma maior prevalência quando comparada com crianças mais velhas. Tal fato pode ser consequência de um acompanhamento médico mais frequente, fazendo com que haja prescrições de medicamentos, se necessário, bem como, quando há o reaparecimento de sintomas, a mãe utilize sobras de tratamento anteriores ou readquira os mesmos com prescrições já existentes.

Este fato, segundo Tourinho et al (2008), pode correlacionar-se à condição fisiológica das crianças; já que, nessa idade, estão mais propensas a desenvolverem pequenos problemas de saúde, em especial, transtornos respiratórios.

Assim, as sintomatologias tornam-se comuns, as quais as mães consideram corriqueiras e repetem o tratamento anterior ou de outra criança que se recuperou bem.

Eu nunca dei chá. Dei remédio de farmácia quando ele ficou doente que só foi uma vez aqui que ele gripou, teve febre (Paula).

Quando a renite ataca, ela fica bem fraquinha. (...) Ela usa Salsep²⁷ e Hixizine Xarope²⁸... o xarope ajuda muito ela, porque o nariz vai entupindo... o Salsep também, vou colocando no nariz dela, que a médica passou... (Bianca).

Essas falas reforçam a automedicação no caso de sintomatologia gripal, mas essa prática também aparece em outras situações comuns na primeira infância, como febre, dermatite de fralda, cólica, entre outras.

Eu tiro a febre né? Tiro! [referindo-se a medir a temperatura corporal] Se der 37 [graus] pra mim já é febre. Aí eu deixo ele à vontade, com roupinha fresca, molho uma fraldinha, deixo bem umidazinha, vou passando, e dou o paracetamol, o tanto do peso dele eu dou de gota. E fico ali acesa... até a febre ir embora. E toda hora, termômetro, toda hora! (Sílvia).

O médico passou paracetamol pra se sentisse febre, passou dipirona... ele tem aqui um remédio de cólica que chama dimeticona quando ele sentiu também uma vez aqui ... foi o remédio que eu dei e ele tomou (Paula).

²⁷ Salsep é uma solução estéril, a base de cloreto de sódio que age fluidificando a secreção da mucosa nasal, facilitando assim sua eliminação (LIBBS, 2012).

²⁸ É um anti-histamínico usado em diversas manifestações alérgicas (TREHASKIN, 2011).

Sílvia e Paula referem situações diferentes, nas quais recorrem ao uso de remédios previamente prescritos e ainda relatam como se faz para calcular a dosagem. O estudo de Beckhauser et al (2010) confirma que os antitérmicos e analgésicos que atuam no sistema nervoso central são os mais utilizados pelas mães, despontando o paracetamol como o mais usado. Esse dado é confirmado pelos estudos de Allotey, Reidpath e Elisha (2004) e de Sukiennik et al (2006). No primeiro, ao investigarem o uso de medicamentos sem prescrição em crianças australianas, verificaram que o paracetamol é a medicação mais utilizada pelos responsáveis na ocorrência da automedicação de seus filhos; ao tempo em que, no segundo, demonstraram ser o paracetamol o antitérmico mais utilizado para o manejo da febre.

As falas a seguir revelam que a procura pelo médico acontece quando se detecta algum sinal de piora ou gravidade do caso, ou quando surge alguma preocupação relacionada à situação.

A única coisa que pode fazer é ficar mantendo na pomada e aí se fosse o caso de piorar, eu vê que não tava só na assadura ou criasse uma ferida mais grave, aí sim, eu levava pro médico; mais ao contrário não precisava eu me preocupar que era porque a criança ficava no chão. Às vezes pegava alguma 'coisinha', ralava mais né... de arrastar a bunda (Paula).

Ele praticamente não sentia dor nenhuma do dente, só febre mesmo, dava o remedinho dele e passava, mas mesmo assim eu ficava preocupada e levava pro médico (Fernanda).

Essa atitude também emergiu no estudo de Hoga (2004) com mulheres de baixa renda, ao destacar que um dos fatores determinantes para a necessidade de assistência médica relaciona-se à gravidade da situação do doente e pela suscetibilidade percebida em relação ao mal que afeta a pessoa.

Em uma comunidade de baixa renda, a procura pela assistência médica, ainda que seja valorizada nos casos de doenças em crianças, é precedida por um conjunto de medidas, seguidas nessa ordem nesta comunidade: Deus em primeiro lugar, ervas e cuidados domiciliares e, posteriormente, remédios de farmácia (HOGA, 2004).

Quando se refere às doenças infantis, Nascimento (1997) pontua que aquelas consideradas 'normais' (comuns para idade) são tratadas em casa e que a busca por assistência médica ocorre quando estão 'mal curadas' ou quando as mães consideram a situação como grave.

Esse fato chama a nossa atenção para as situações em que há um adiamento da assistência de saúde, quando essa já deveria ocorrer antecipadamente, para garantir um restabelecimento da saúde da criança de forma mais rápida e efetiva.

É comum o uso de nebulizadores (inaladores) no espaço domiciliar para sintomas respiratórios na criança, mantendo alguma prescrição anterior, como revela o estudo de Oliveira et al (2005), demonstrando que há um uso excessivo de nebulizadores para as ocorrências respiratórias infantis.

Porém, neste estudo, a única mãe que falou sobre o uso da nebulização em casa foi Maria.

Eu dou 'nebulização' a ela, que ela tá com falta de ar (Maria).

Há uma interface, no cuidado das mães, de práticas populares e saberes formais. Para Elsen (2004), o sistema familiar de saúde está inserido num contexto sociocultural que inclui os sistemas profissional e popular de cuidados, com os quais faz troca, influenciando-os e sendo influenciado por eles.

Assim, é necessário compreender este contexto como resultado de uma construção cultural, ou seja, o modo de olhar e de agir concebido numa intrincada rede de símbolos e significados que, na realidade dos profissionais de saúde, se sustenta na racionalidade biomédica. Esta racionalidade possui determinado modo de se relacionar com seu objeto, traduzindo-se num poder dominante na área da saúde (MONTICELLI; ELSÉN, 2006).

Nesse contexto, cabe aos profissionais de saúde entender como essas práticas de cuidado acontecem cotidianamente no contexto familiar, quais os recursos utilizados pelas mães nas intercorrências dos seus filhos e, a partir daí, traçar um plano de cuidados/orientações que sejam realmente possíveis de serem seguidas.

As falas a seguir demonstram que as mães recorrem às diferentes práticas, associando as práticas populares aos saberes formais em algumas situações.

Só enrolava com um paninho [referindo-se ao 'enfaixamento' do coto umbilical] e botava... o que o médico me ensinava mesmo (Cristina).

Tudo que me ensinaram a fazer [referindo-se aos episódios de cólica do bebê] colocava óleo de amêndoa, enrolava a barriguinha, dava chá de erva-doce, Luftal, até dipirona, dava tudo e não aliviava nada (Rebeca).

É o Kalioman, a gente dava e aí passava a dor [durante erupção dental] ... e era um chá de pulga do campo (Juliana).

Ele estava com gases e com dificuldade de arrotar aí peguei e dei [referindo-se ao chá de erva-doce], mas quando vi alteração nas fezes dele não dei mais, só dei uma vez. Então fui e comprei Luftal, conhecido como Dimeticona e dei uma gotinha, pois não sabia quantas gotinhas dava. (Rebeca).

Além da recorrência a práticas de cura sobrenaturais, como benzimentos, unções; há a problemática de falta de profissionais de saúde, falta de remédios, possibilitando recorrer às práticas e saberes do senso comum (influenciadas pelo conhecimento indígena, africano e europeu) para resolver os problemas cotidianos, através das ervas, rezas, chás, bençãos.

Outro fator que também contribui para a procura por tratamentos e medicações oferecidos nas terapias alternativas seria o alto custo dos medicamentos alopáticos e de tratamentos vinculados à medicina oficial. Sendo assim, nos países em desenvolvimento, este é considerado um aspecto relevante na utilização de práticas não convencionais utilizadas no tratamento de doenças (BARBOSA e cols, 2004).

Às vezes eu faço xarope de folha... Às vezes compro o xarope (Maria).

Maria refere que eventualmente ela própria faz o xarope para seus filhos e, considerando a situação financeira e social desta família, possivelmente um dos motivos que a leva à adoção do xarope caseiro seja o baixo poder aquisitivo, que a impede de adquirir o xarope na farmácia com mais frequência.

Mais uma vez, sinalizo um dos aspectos que Leininger (2001a) aponta como imbricado na leitura do comportamento transcultural que é a condição econômica. Assim, ela acaba por influenciar a adoção de algumas práticas/saberes no cuidado de saúde da população de forma geral.

Nesse contexto, o agir profissional, a despeito de qual sejam suas prioridades, deve primar para que as crenças e valores da população sejam respeitados e considerados como fontes de aprendizado mútuo na vivência e integração do conhecimento profissional e popular, rompendo o modelo tradicional de repasse do saber de forma vertical (BUDÓ; SAUPE, 2005).

Com relação à atitude dos profissionais de saúde para com as práticas de saúde adotadas pela população, pelo relato das entrevistadas, não há um consenso mas, atitudes divergentes.

Uma senhora de idade me ensinou o chá da semente da alfazema. Foi aí que eu passei a dar a ele [referindo-se ao filho] e a partir disso que passei a ver resultado, ela [referindo-se à médica] então disse que eu podia continuar dando que ele é para gases e é calmante também (Rebeca).

No começo eu usava muito chá de erva-doce (...) eu tava usando porque disse que ia melhorar os gases e tal... Aí quando eu levei ele no pediatra, aí ela mandou suspender, eu também não dei mais (Carol).

Assim, ao tempo em que um profissional estimulou a utilização de remédios caseiros (chá de semente de alfazema), o outro proibiu o uso do chá de erva-doce, substância utilizada comumente no controle da flatulência, seja em crianças, como em pessoas em diferentes faixas etárias.

É preciso conhecer a motivação de cada pessoa ou família para adoção de determinadas práticas e, a partir daí, fazer as orientações necessárias, respeitando essas atitudes por uma ótica transcultural. Para Budó e Saupe (2004), deve-se considerar o cotidiano das pessoas, seus modos de vida, as formas de enfrentamento do adoecimento e de comemoração da saúde e da vida é que precisam ser buscadas e incorporadas ao processo de cuidar e educar em saúde.

Para Leininger, a enfermeira deve resgatar medidas para a preservação cultural, negação ou acomodação do cuidado, e às vezes reestruturar o cuidado com base nas crenças e culturas de cada indivíduo. Essa atitude configura-se em um passo importante para a consolidação do cuidado culturalmente congruente à saúde.

Nesse contexto, precisa-se entender, por exemplo, que na comunidade estudada, ainda que haja a medicalização das crianças e a interface da alopatia com as práticas populares, os relatos evidenciam uma prevalência destas, incluindo os chás, remédios caseiros, banhos, as práticas religiosas (benzedeiras e uso do óleo ungido), emplastos e outras crenças.

Um dos aspectos que explicam o uso das práticas populares enquanto recurso terapêutico é o da experiência individual que, ao longo do tempo e através da sociedade, exprime uma cultura, influenciando nas explicações dadas aos acontecimentos e na escolha de

decisões, provocando muitas vezes repercussões sociais, cuja intensidade é proporcional à quantidade de pessoas que faz adesão a tais práticas (BARBOSA et al, 2004).

Embora existam muitas práticas alternativas nos cuidados de saúde, o uso de ervas medicinais é um recurso tradicional nas famílias, e a maioria dos usuários as cultiva nos próprios quintais de sua casa e, como refere Alvim et al (2006), a origem do uso de plantas medicinais como recurso terapêutico não é uma alcunha científica, mas trata-se de um saber e de uma prática historicamente legitimados e difundidos no senso comum.

As justificativas para o uso dos remédios caseiros são as dificuldades de acesso aos serviços formais de saúde e o acesso mais fácil àqueles, uma vez que, para obtê-los, cultivamos ou recorrem a vizinhos, benzedores e raizeiros que, na maioria das vezes, não cobram por eles. A utilização depende de conhecimentos de pessoas experientes da família, da procura de membros da própria comunidade e também do uso de informações obtidas através dos meios de comunicação, que compõem um estoque de conhecimentos nesse campo (MANDU; SILVA, 2000; ISERHARD et al, 2009).

Além dos aspectos já mencionados, Badke et al (2012) e Iserhad et al (2009) referem que muitos fatores atualmente têm contribuído para o aumento da utilização das plantas como recurso medicinal, entre eles, o alto custo dos medicamentos industrializados e a tendência ao uso de produtos de origem natural. Acredita-se que o cuidado realizado por meio das plantas medicinais seja favorável à saúde humana, desde que o usuário tenha conhecimento prévio de sua finalidade, riscos e benefícios.

Nesse contexto, o profissional de saúde, especialmente o enfermeiro, deve considerar tal recurso de origem popular na sua prática de cuidar, viabilizando um cuidado singular, centrado nas crenças, valores e estilo de vida das pessoas cuidadas, resgatando os princípios da diversidade e universalidade do cuidado (LEININGER, 2001b).

Souza et al (2006) refere que o uso de plantas medicinais destaca-se pela influência que exerce no tratamento de problemas de saúde de crianças, ao tempo em que os chás caseiros são oferecidos às crianças desde os primeiros meses de vida, com a intenção de resolver ou amenizar situações de desconforto ou doença. No mesmo caminho, Iserhard et al (2009) ressaltam que, no cuidado com os bebês, há uma predominância do uso dos chás e que esses consistem no primeiro recurso utilizado pelas mães diante de uma situação de cólica ou febre no bebê.

Com relação aos chás, todas as mães entrevistadas referem seu uso desde a primeira semana de vida da criança e repetem essa prática ao longo do cuidado com o filho. Várias

plantas apareceram, destacando-se a erva-doce e, em seguida, a erva cidreira, como apontam as falas a seguir.

Certo mesmo é fazer um chazinho pra acalmar o bichinho né... porque depois do chazinho ele nunca mais chorou (Juliana).

Chá também de erva-doce... eu dava ela (...) Eu dava a ela por causa das gases (Cristina).

Quando ela nasceu logo, era que eu dava um chazinho de erva doce (...) quando eles tá com gases, entendeu? (Ana).

Já dei chá a ele de erva doce, quando nasceu (...) Que até hoje inclusive eu dou a ele (...) Pra dor de barriga, pra gases e ele fica de boa (Silvia).

Nos estudos de Alves e Silva (2003) realizados com crianças da área central e periférica da cidade de São Paulo, foi identificado que, independente das recomendações que o profissional de saúde faça para a criança, algumas ervas (a camomila, a erva-doce e a hortelã) são tradicionalmente usadas, sendo seu conhecimento transmitido de geração para geração.

Este estudo reforça que as práticas populares são resgatadas em diversas sociedades, não se restringindo àquelas localizadas distantes das metrópoles ou em zonas rurais e que as pessoas utilizam diferentes plantas, indicadas para cada caso específico.

No Monte Recôncavo, as mães relatam quando e qual planta utilizar em situações diferentes.

‘Pulga’ do campo, né? Que é pra gripe e pro dente, diz que serve pra gripe também, pra tirar o catarro essas coisas assim, aí to dando... só to dando esse por enquanto (Ana).

E chá ela toma diariamente, toma chá de erva doce, camomila toma bastante, deixa eu ver... pulga do campo também (...) diariamente ela toma chá, mas ... é variado (Bianca).

Eu dou também um chazinho a ele (...) assim um chazinho de vez em quando de erva cidreira (...) Diz que é bom pra ficar assim um pouquinho calmo, pra barriguinha dele (Anita).

A camomila e a erva-doce são utilizadas para alívio da cólica e acalmar as crianças e a purga do campo foi bastante referenciada para sintomatologia causada pela erupção dental.

Buscando o componente ativo dessas plantas, encontra-se que a camomila tem efeito antiinflamatório e calmante, o que é coerente com o relatado pelas mães. Esta erva ainda encontra-se na literatura com funções analgésica, antidepressiva, cicatrizante e diurética (ALVES, SILVA, 2003; ALMEIDA, 2011; RIO DE JANEIRO, 2005).

A erva-doce beneficia o trabalho do estômago, reduzindo a produção de gases e ainda possui propriedades expectorantes, aparece como estimuladora para produção lactária na mulher, ação diurética, laxativa e antiespasmódica (ALVES; SILVA, 2003). A erva-cidreira tem efeitos calmante, diurético, antigripal e expectorante. A purga do campo é utilizada como antiemética, calmante e alívio dos sintomas dentários (ALMEIDA, 2011; RIO DE JANEIRO, 2005).

Atualmente, há uma significativa produção científica elaborada por enfermeiras no sentido de demonstrar a importância e a aplicabilidade das plantas medicinais no cuidado à saúde das pessoas. Urge, no entanto, implantar e implementar essa prática no âmbito do cuidado de enfermagem, quer seja na prevenção de doenças ou na promoção e recuperação da saúde.

Os achados reforçam a importância - e ao mesmo tempo, a necessidade - dos profissionais de saúde, e especialmente os enfermeiros, conhecerem profundamente a fitoterapia como prática complementar no cuidado, para que possam orientar as pessoas sobre a forma adequada do cultivo, conservação e preparo das ervas.

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), o Brasil possui inúmeras vantagens e oportunidades para o desenvolvimento da fitoterapia, pois possui a maior diversidade vegetal do mundo, ampla sociodiversidade, uso de plantas medicinais vinculado ao conhecimento tradicional e tecnologia para validar cientificamente este conhecimento. Assim, o interesse popular e institucional vem crescendo no sentido de fortalecer a fitoterapia no SUS.

De tal modo, os profissionais de saúde que atuam numa comunidade quilombola, particularmente, devem valorizar essas práticas, uma vez que estão arraigadas aos saberes e práticas de cuidados de saúde da população, possibilitando o resgate do cuidado transcultural, como proposto por Leininger.

Para Almeida (2011), os levantamentos etnomédicos demonstram uma forte influência da herança cultural africana na medicina popular do Brasil e a manutenção dessa

herança pode ser mais visível em uma camada negra e/ou mestiça da população, a qual exemplifico com as comunidades remanescentes quilombolas.

Além da fitoterapia, emergiu uma outra prática popular oriunda da herança africana, a exemplo do banho terapêutico de imersão. Este é bem frequente nos Terreiros de Candomblé, resgatados como uma forma de tratamento e/ou purificação da pessoa (NASCIMENTO, 1997; SANTOS, 2005).

O banho de imersão foi relatado na seguinte fala:

Quando ela tá com um gripizinha mesmo, tem que dá um banhozinho de andu (...) Aí bota uns dois carocinhos de milho dentro (...). Diz que é bom também pra gripe não pegar. (...) Cozinha o banho, depois bota pra esfriar, não precisa destemperar a água toda não..., quando esfriar eu dou o banho nela (...) tem que ser de dia, só não pode sair no vento (Cristina).

Apesar de, neste estudo, apenas uma mãe referir a utilização do banho como prática medicinal, essa prática aparece descrita em outros estudos, a exemplo dos banhos de descarrego orientados pelos curandeiros para mau-olhado ou influências negativas (RIO DE JANEIRO, 2005; NASCIMENTO, 1997; SANTOS, 2005), relatando inclusive uma maneira de tomar esse banho: “banho de descarrego aplicado dos ombros para baixo (não pode atingir a cabeça) e com resguardo de vento; compõe-se das plantas: guiné piu-piu, guiné grupitaia e um pedaço de espada de São Jorge, um bocado de fumo torcido e sal grosso”.

No caso das crianças, o banho de descarrego é realizado quando associam a condição desta a um mal-olhado ou manifestação de uma entidade negativa, ou ainda quando esta será ‘iniciada’ nos preparativos para se tornar um filho-de-santo, ritual comum na umbanda.

Outra prática comum referida pelas entrevistadas é a crença do uso de uma linha vermelha ou folha verde na região frontal da cabeça da criança ou uma roupa vermelha quando esta apresenta soluço, acreditando-se que isso fará com que o soluço desapareça.

Vou botar uma linha vermelha [riso discreto] pra parar o soluço (...). Sempre dizem né, que quando tá com soluço assim, pra botar uma linhazinha vermelha. Ai ela, ela tava comigo e tava soluçando eu dei água e não passou... ela pegou uma linha vermelha e colocou (Carol).

Diz que quando tá com soluço né? Aí você vai bota uma fitinha vermelha na testa ou então um pedacinho de folha verde (Ana).

Apesar de não encontrar referência a esta prática na literatura, sabe-se que essa crença é comum no Brasil e, especificamente, na região Nordeste. Durante a entrevista, a filha de Carol estava soluçando e com um pedaço de linha vermelha sobre a região frontal da cabeça.

Na medicina chinesa, esse ponto que fica entre as sobrancelhas, na direção do nariz (o mesmo em que se coloca a linha vermelha), é usado na acupuntura para acalmar uma pessoa. Foi referida também outra prática para o caso de soluço.

Quando ele tava com soluço, eu encapotava ele tudo, porque pra mim ele tava com frio. Aí eu embolava ele todo e colocava aqui assim [colocou os braços no ventre, sinalizando que aconchegava o bebê no colo, sacudindo], e ficava assim com ele... O soluço passava (Sílvia).

Para alguns estudiosos, os bebês soluçam após a amamentação; o soluço aparece imediatamente após o bebê arrotar e não há relação com o frio. Para controlá-lo, recomenda-se colocar o bebê para arrotar pelo menos por duas vezes: durante e após a amamentação, e caso a criança volte a apresentá-lo, deve-se amamentá-la novamente, até que o soluço passe (TERRA, OKASAKI, 2006). Essa ação é feita por Rebeca quando seu filho está soluçando.

Dou mama (...) quando ele pega, dar duas puxadas, aí vai indo... aí o soluço acaba, aí passa. Depois coloco para arrotar (Rebeca).

As condutas diferentes mostram que as mães podem adotar diferentes estratégias para uma única situação, sendo conduzidas pelo que elas acreditam serem mais eficazes ou pelo que viram outras pessoas fazerem ao longo das suas vidas.

Além dessas práticas e saberes, encontrou-se referência ao uso de amuletos.

A figa diz que é pra proteger... (Ana).

O uso de amuleto está muito vinculado ao imaginário popular, para trazer sorte ou proteção. Apesar de ser uma prática comum na Bahia por ser uma herança africana, somente uma mãe citou o uso e foi observado que uma criança usava uma pulseira com a figa.

No estudo de Silva et al (2007), com mulheres da zona sul do Rio de Janeiro, foi referido também o uso da figa na criança para protegê-la do mau olhado, referenciado inclusive que o uso deve acontecer prioritariamente até a criança ser batizada.

As figas de guiné²⁹ são feitas da guiné grupitaia que, segundo crença popular, afasta o mau olhado (RIO DE JANEIRO, 2005).

Ainda que haja essa interface de práticas, uma das entrevistadas revela que existem situações em que a medicina tradicional isoladamente não tem resolutividade, reforçando a importância das práticas populares como estratégias para cuidar da saúde.

Levou no médico e o médico não deu resultado... Aí a minha avó reza (...) Rezou e passou. (...) Aí na hora quando dava o remédio que esperava fazer efeito, que o efeito não fazia, corria pra mulher rezar. (...) Tem certos tipo de coisa que leva no médico, o médico num resolve, um bom rezador resolve (Paula).

Quando o tratamento medicamentoso não faz efeito, ou seja, quando os sintomas não desaparecem, as pessoas ficam inseguras, o que é corroborado pela dificuldade de incorporar o significado dos atos médicos. Desta forma, o desengano com relação às recomendações médicas atua como um estimulador para se recorrer ao sobrenatural.

As práticas de cura das benzedoiras não se constituem em saberes especializados, como no caso do saber científico dos profissionais de saúde; mas, consolidam-se nas comunidades a partir da vivência religiosa, social, cultural, num sistema imbricado de crenças e mitos.

4.2.3.1 As Práticas Religiosas no Cuidado da Criança

A religião, segundo Abbagnano (2007), é a crença na garantia sobrenatural de salvação, e técnicas destinadas a obter e conservar essa garantia. A garantia religiosa é sobrenatural no sentido de situar-se além dos limites abarcados pelos poderes do homem, de agir ou poder agir, onde tais poderes são impotentes e de ter um modo de ação misterioso e imperscrutável. A religião também faz referências às relações inter-humanas, nas quais se insere como sistema de crenças e de instituições, sendo fácil evidenciar a sua utilidade biológica e social, mesmo que não haja acordo entre os filósofos sobre esse aspecto.

²⁹ O Guiné é considerado uma das plantas mais poderosas na umbanda e sua madeira é a favorita para fabricação de figas, talismã usado contra os malefícios (ALMEIDA, 2011).

Para Fleck et al (2003), a religiosidade é a extensão na qual um indivíduo acredita, segue e pratica uma religião. Embora haja uma considerável sobreposição entre as noções de espiritualidade e religiosidade, esta difere da outra pela evidente sugestão de um sistema de adoração e doutrina específica que é partilhada com um grupo. A religiosidade e a espiritualidade sempre foram consideradas importantes aliadas das pessoas que sofrem e/ou estão doentes.

A influência da religião e religiosidade sobre a saúde é um fenômeno resultante de vários fatores. Entre os possíveis modos pelos quais o envolvimento religioso poderia influenciar a saúde estão fatores como: estilo de vida, suporte social, um sistema de crenças, práticas religiosas, formas de expressar estresse, direção e orientação espiritual (MOREIRA-ALMEIDA et al, 2006).

Algumas entrevistadas fizeram menção a Deus ou à religião como uma influência positiva na condição de crescimento e desenvolvimento saudáveis da criança, como mostram as falas seguintes:

Mais graças a DEUS não chegou esse ponto de meus filhos nenhum me dá trabalho quando fica doente não (Juliana).

Quando a gente ta numa religião assim ensina mais a gente ter, é saber como a gente lidar com nossa família entendeu? (Ana).

Graças a Deus ele não teve mais problema (Rebeca).

Essas falas retratam o reflexo positivo da religiosidade sobre a saúde das pessoas, por sistemas de crenças, na medida em que acreditam que a condição de estar saudável é uma bonificação divina e/ou religiosa. Este fato é analisado por Moreira-Almeida et al (2006) e Moreira-Almeida e Stroppa (2008), quando trazem à tona uma variedade de estudos que aponta para o fato de que maiores níveis de envolvimento religioso estão associados positivamente a indicadores de bem-estar psicológico, como satisfação com a vida, felicidade, afeto positivo e moral elevado, melhor saúde física e mental. Exemplificam os autores dizendo que, habitualmente, o impacto positivo do envolvimento religioso na saúde mental é mais intenso entre pessoas sob estresse ou em situações de fragilidade, como idosos, pessoas com deficiências e doenças clínicas.

Bouso et al (2011) reforçam que a religiosidade é parte relevante da vida de muitas famílias e não pode ser negligenciada no contexto da doença, complementando que não se trata de defesa do uso de religiosidade no processo saúde-doença como instrumento ou recurso, mas sim da sua valorização, quando a família possui crenças religiosas e já faz uso desta em sua vida.

Ressalta-se que a religião, na maioria das vezes, é descrita como um conjunto de valores e crenças compartilhados, institucionalizados, os quais implicam envolvimento em um grupo coletivo, uma comunidade, que oferece suporte emocional, social, motivação, recursos de cuidado à saúde.

Ainda, a religiosidade emerge como suporte para as mães cuidarem dos filhos; seja nas situações de adoecimento ou como um entendimento de um bom cuidado com seu filho:

Só tenho fé em Deus... quando fica doente assim que nem só ficou uma vez eu fiquei desesperada (...) mas eu não fui parar pra dizer ao meu marido leva aí num rezador.... não. Eu... se num tiver fé... pra mim é só Deus que cura e pronto (Paula).

Mas pra mim... o certo é a gente crê em Deus e crê que ele que é o dono de tudo, é ele que **sara, cura**, liberta, salva, entendeu? (Ana). (*grifo da autora*)

Porque a gente crê em Deus, né? (Maria).

Eu tô aqui pra, pra, como uma pessoa evangélica eu tô aqui pra ensinar o bem aos meus filhos entendeu? (...) O bom caminho é estar na presença de Deus! (...) Pra eles.. eles verem que eu tenho um bom cuidado com eles (Ana).

Essas falas reforçam, segundo Couto et al (2011), a interface entre a saúde e a religiosidade nos grupos populares, demarcada pelos aspectos rituais dos sistemas de cura das religiões, especialmente o catolicismo, as religiões afro-brasileiras e, mais recentemente, o pentecostalismo, de tal modo que já se reconhece que a cultura religiosa brasileira dispõe de uma pluralidade de cultos que oferecem serviços de cura, cada um deles contando com ricos repertórios de símbolos e imagens que desvelam diferenciadas visões de mundo.

Assim, compreende-se o porquê de Leininger destacar a vertente religiosa como um dos aspectos que influencia as formas de cuidado, na medida em que a pluralidade religiosa integra a doença como parte de um contexto sócio-cultural ampliado e diversificado, com sistemas de cura variados, dentre as quais podemos citar os rituais de curandeirismo no

candomblé, a utilização de água benta no catolicismo e óleo unguido pelos evangélicos, entre outras.

Sobre este aspecto, Couto (2011) sinaliza que o diálogo entre a religiosidade e a Saúde se dá por meio das distintas visões de mundo, as quais oferecem possibilidade não apenas circunscritas ao encontro momentâneo de cura das aflições no campo da saúde, mas conformam novos valores e padrões comportamentais que, de forma duradoura, são incorporados pelos indivíduos, implicando numa ‘domesticação’ do corpo com consequências para a saúde.

Entre as entrevistadas, apenas três eram evangélicas e ficou evidente que foram as únicas a referirem um modo específico de cuidar na situação de doença, como uma atitude prontamente influenciada pela prática religiosa: a utilização do óleo unguido.

Só é ungir que passa... pode ter fé que passa (...) Aí mesmo eu uso...passo em qualquer lugar nele...passo nele. Se tiver tossindo, eu passo nele, dou pra beber. (...) eu uso quando tá sentindo alguma dor, que acalma também (...) Aí na rua quando eles tão correndo, no colégio, em qualquer lugar que eles vai, vai tudo unguido. E o óleo melhora (Maria).

Eu uso é o óleo unguido, que eu pego na igreja, que até o cheiro é agradável [enfática] (...) É o óleo da igreja. (...) Eu...eu creio assim, na criança se estiver com febre, com dor de cabeça, qualquer coisa que tiver, qualquer agoniazinha, já passo um pouquinho na mão... ‘Amém, Jesus! Jesus toma conta, limpa tudo Senhor!’ Se eu for sair, os que for sair, aí eu preciso de pôr, se for pegar carro, esses negócios, boto assim o dedo dentro, passo um pouquinho, tem um dia que, uso na família toda, faço assim: ‘Oh Jesus vai reprimendo todo mal, em nome de Jesus!’ (...) quando eu limpo a casa, aí eu boto um pouquinho na água, passo o pano na casa. Pra Jesus abençoar tudo! (Sílvia).

É... meu negócio é, isso aí (apontando para um frasco de óleo unguido)... Isso eu acho assim que é... sei lá diz que quando tá com soluço né? (Ana).

A prática de unção³⁰ aparece diferentemente em várias religiões, seja no batismo, na unção de objetos e/ou pessoas, de sacerdotes e de profetas. Campelo (2011) refere que, em vários locais das Escrituras Sagradas, encontra-se o ato de ungir e que invariavelmente, este ato, quando se referindo à área espiritual, sempre teve o objetivo de separar e consagrar.

³⁰ Unção aqui entendida, no sentido religioso, como parte de um ritual com o intuito de exercer influência espiritual, por vezes com a finalidade de abençoar ou mesmo curar.

Neste estudo, limita-se a análise da unção com óleo ungido como cuidado de saúde, assim como referido pelas mães, que resgatam esta prática como forma de proteger as crianças de doenças ou como estratégia de cura, evidenciada pelas falas anteriores.

Porém, quando questionadas sobre como esse óleo atua no corpo da criança e de que é feito, as mulheres ficavam reflexivas e respondiam:

Num sei não...só o pastor sabe, num tem cheiro (chamou a filha para me mostrar em sua mão) [*A agente comunitária interfere e fala: é azeite, aquele de galo, de oliva*]. É aquele que tem um galo na frente, mas eles bota algum cheiro dentro (...) eles coloca coisa diferentes (...) o Bispo que unge o óleo e o pastor leva os vasos e traz para gente e dá pra gente (Maria).

Tem gente que não crê: “*Que nada! Você acha que um oleozinho desse?!*” Eu esse oleo aqui, é óleo de galo. Só que eles botam ... uma ensenciuzinha dentro, uma... e dá a Deus. Eu creio e funciona. Tem gente que não crê, mas eu creio! (Sílvia).

Esses depoimentos reportam a ideia da importância da crença na prática religiosa como estratégia de cuidado, uma vez que essas mulheres utilizam e creem no óleo ungido como forma de cuidado.

Para Hoga (2004), a religiosidade ocupa lugar de destaque entre os cuidados de saúde praticados por mulheres de baixa renda e que o sentido atribuído à fé caracteriza-se como algo que promove a saúde, porque ela é vista como capaz de afastar as energias negativas ou prejudiciais à saúde; tornando-se, portanto, essencial para manutenção da vida saudável.

As mulheres ainda revelam como o óleo ungido é preparado, o que está condizente com a preparação descrita na Bíblia, em Êxodo 30, 22-31.

O Senhor Deus disse a Moisés: – Escolha as especiarias mais cheirosas para fazer o azeite sagrado agir, seguindo a arte dos perfumistas. Em três litros e meio de azeite misture o seguinte: seis quilos de mirra líquida, três quilos de canela, três quilos de cana cheirosa e seis quilos de cássia, tudo pesado de acordo com a tabela oficial. Use esse azeite para ungir a (...) Assim você consagrará todas essas coisas, e elas ficarão completamente santas. E qualquer pessoa ou coisa que tocar nelas sofrerá por causa do poder da sua santidade. (...): ‘Esse azeite de ungir deverá ser usado para sempre no meu serviço religioso (Livro de Êxodo 30).

Assim, entre as mulheres entrevistadas apenas o óleo despontou como cuidado de saúde atrelado à religião, restrito às evangélicas; o que chama atenção para o fato de estarmos

em uma comunidade quilombola e, contraditoriamente, nenhuma referência foi feita às religiões de matriz africana³¹.

O abandono das práticas ancestrais, a exemplo do candomblé, pode estar associado aos efeitos da globalização e da influência da cultura de massa, de outras religiões nos modos de vida desta comunidade. Houve inclusive falas que destacam essas práticas numa perspectiva atrelada às crenças religiosas, ou mesmo atrelando-as à situações não vivenciadas no protestantismo:

Não creio em coisa de macumba, desse negócio, não quero macumba graças a meu Deus, mas também não discrimino ninguém, cada um tem sua crença, eu tenho a minha e não quero largar em nome de Jesus (Silvia).

Rapaz isso eu não faço não, negocio de figa, essas coisas assim eu num tenho essas superstições assim não, entendeu? (...) E essas coisas assim eu não creio muito não, entendeu? (Ana).

Além das práticas religiosas já citadas, emergiu a benzedura entre o cuidado às crianças na comunidade quilombola. No Brasil, a prática das benzedadeiras está ligada à tradição católica e surgiu a partir do século XVII. Apesar desta ligação religiosa, as benzedadeiras definem-se como agentes de cura, não como membros de alguma religião, são pessoas que receberam de outrem a tarefa de continuar uma tradição, colaborando com o resgate da saúde das pessoas que as procuram e indicam plantas para efeito de cura ou como amuletos protetores, estando esta forma de uso da flora presente na cultura popular. (MACIEL, GUARIM NETO, 2006; NASCIMENTO, 1997; AGUIAR, 2009).

O ato da benzedura no cuidado à criança desvela-se, nesse contexto cultural, como um aprendizado adquirido por pessoas próximas à puérpera, geralmente familiares. As práticas alternativas de atendimento à saúde ocorrem entre pessoas ligadas umas às outras por laços de parentesco, amizade, ou residência, o que significa que o paciente e a benzedeira compartilham concepções semelhantes sobre saúde e doença (HELMAN, 2009).

A benzedura é uma prática cultural que está presente no cotidiano de muitas pessoas, consiste num ritual em que se utilizam símbolos, palavras e gestos, tendo por finalidade o restabelecimento da saúde.

³¹ As religiões de Matriz Africana são religiões que se originaram em diferentes nações do continente africano e que, no Brasil, foram ressignificadas de acordo com a realidade local, interação com outros grupos e manifestações religiosas, tendo denominações variadas, como: Tambor de mina, candomblé, xambá, umbanda, jurema e batuque. Configuram os terreiros como espaços de acolhimento e saúde (SALVADOR, 2008).

O ato de levar na benzedeira parte da mãe ou familiares, motivados pela percepção de alguma condição de agravo à saúde ou crença de que a criança está de olhado³².

Eu já levei umas quatro vezes [referindo-se à benzedeira]. Quando ela fica de olhado, aí eu levei ela... Tina rezou, aí eu vi a melhora dela, que ela não tava querendo comer. Aí depois que Tina rezou, Tina falou que era olhado mesmo. Tem que rezar três dias. Aí o último dia foi hoje, aí eu peguei e levei ela hoje e só. Já tava melhorzinha. A primeira vez que eu levei ela tava molezinha (Cristina).

Às vezes fica cheio de olhado, é como meu esposo falou, tá pra levar ele também porque tá achando que ele tá cheio de olhado (...) Porque fica se espreguiçando demais, às vezes chora muito, aí fica dizendo que tá cheio de olhado aí (Anita).

A menina aqui em baixo, já rezou umas três vez ele, que ele tava todo molinho, aí eu pedi a ela pra vir rezar... (Fernanda).

Essas falas demonstram a motivação das mães pela procura das benzedeadas, como: o mal estar geral da criança, por vezes associado à condição de estar de ‘olhado’, situação esta também atrelada à inapetência, indisposição e choro sem causa aparente.

Ressalta-se que essas falas são de mulheres que se identificaram como católicas, apesar de não frequentarem nenhuma igreja ou terem essa religiosidade no dia-a-dia. Chama atenção o fato desta prática religiosa ser amplamente difundida entre a população, não somente entre católicos, pois esta experiência religiosa popular, segundo Nascimento (1997), é dominada pelas necessidades do momento, que levam a estabelecer relações capazes de satisfazer necessidades mais concretas e utilitárias do que realmente religiosas: cura, êxito profissional, sentimental, entre outras.

Pode-se ainda perceber que a utilização das benzeduras como práticas de cura perpassa pela compreensão do processo saúde-doença, que nesses casos podem estar atrelados a uma determinação sobrenatural, uma vez que a benzedura é comumente utilizada nos casos de mau olhado. As falas seguintes revelam essa associação pelas mães:

Não sei nem como explicar como que a reza melhora, diz que as folhas cai prum lado cai pro outro quando o menino tá cheio de olhado, aí depois que reza o menino fica mais espertozinho, tem vez que fica todo molezinho... aí isso desperta mais (Anita).

³² Olhado, na concepção popular, significa alguma alteração na saúde causada por influência de maus olhos, olhar de inveja; é uma energia negativa imposta por alguém (NASCIMENTO, 1997; THEOTONIO, 2006).

Qualquer coisinha que a criança ficava chorando já diziam que era olhado. Eu também era contra isso, eu não acredito nesse tipo de coisa. (...) Cheguei a rezar porque ela levou. A minha sogra levou. (...) Aí eu saí com ele e na volta uma mulher olhou e disse: “Ave... mais é tão bonitinho, mais é lindo!”... Ficou elogiando e quando o menino entrou dentro de casa foi chorano disisperado, chorano não parava de jeito nenhum (...) Aí ela disse que era olhado, eu na hora imaginei que realmente fosse, mas depois eu disse: “Isso só deve ter sido uma, uma coincidência e aí ele devia tá desconfortável com alguma coisa, poderia ser uma cólica porque se todo mundo que for olhar e elogia uma criança pegar olhado, oh não ia ter criança viva no mundo mais” (Paula).

Essas mulheres revelam as situações em que identificam o mau olhado, ao tempo em que percebem o resultado positivo da reza/benedura, mesmo na fala de Paula - que traz uma riqueza de detalhes e põe em questionamento a existência até mesmo do olhado -, ela complementa, junto com outras mulheres, sobre a eficácia da benzedura.

Aí eu mandei rezar e ele ficou alegre, que ele sempre bem, aí se não rezar ele só quer ficar no colo, aí eu pego e mando logo rezar ele (...) aí foi que ela rezou e ele ficou bom (Fernanda).

Aí levei três dias pra rezar, assim que rezou ela melhorou (Cristina).

Levou pra rezar, bom... num sei por que isso foi a noite ela levou no outro dia ele tinha durmido a noite toda bem e no outro dia rezou e ficou do mesmo jeito. Ficou normal. Só chorou mesmo assim eu acho que pra mim foi uma coincidência... (Paula).

A eficácia dos curadores está relacionada à dimensão cultural e os resultados da cura, favoráveis ou não, também tem uma explicação que remete às expectativas da sociedade. (MARTIN, 2009). O efeito simbólico, segundo Aguiar (2009), tanto para as benzedoras e para quem as procura, é garantia de cura e certeza de restabelecimento físico e espiritual, pois quando alguém se dirige a uma benzedora o faz na certeza de que tudo sairá bem, motivado pela crença de que essa ação culminará com um resultado positivo.

Para Lévi-Strauss (1970), não há razão para duvidar da eficácia de certas práticas mágicas, pois a eficácia da magia implica a crença na magia; crença por parte de quem a pratica (feiticeiro/pastor), por parte do doente (fiel) e por parte do consenso (igreja, comunidade ou grupo cultural).

Foi observado também que uma das entrevistadas põe em questionamento essa prática, mesmo sendo católica.

A gente sempre que tem essa duvida assim: ‘Ah... leva pra rezar!’... mas eu acho que tem nada a ver disso não (Juliana).

Essa atitude associa-se à divulgação do benzimento enquanto procedimento de cuidado à saúde no contexto familiar e sua utilização quando necessária nesse sistema familiar de cuidados.

Enfim, essas falas relacionadas às práticas religiosas no cuidado à criança atestam a pluralidade de ações recrutadas no sistema familiar para cuidar dos membros, confirmando que o sistema de crenças e cuidados de saúde têm sua interface com a religião e que esta interface deve ser entendida, respeitada e valorizada pelos profissionais de saúde.

4.2.3 Suporte Social de Cuidados à Saúde da Criança Quilombola de 0 a 1 Ano

O suporte social está relacionado com os diversos apoios que as pessoas recebem do seu contexto social para suportarem situações diversas, como: *suporte emocional*, que se refere à presença de pessoas disponíveis para escutar, preocupar-se, simpatizar, prover confiança e amor; *suporte instrumental*, referindo-se à ajuda nas tarefas domésticas, apoio econômico, aquisição de medicamentos, entre outros e *suporte de informação*, apoio de profissionais, acesso à mídia, pessoas que informam ou orientam, entre outros (ROSSI, 2005).

Para o apoio social, é fundamental a existência de uma rede social. A rede social se refere à dimensão estrutural ou institucional ligada a um indivíduo, como exemplos têm-se a vizinhança, as organizações religiosas, o sistema de saúde e o escolar; por outro lado, o apoio social encontra-se na dimensão pessoal, sendo constituído por membros dessa rede social, efetivamente importantes para as famílias. Rede social é uma teia de relações que liga os diversos indivíduos que possuem vínculos sociais, propiciando que os recursos de apoio fluam através desses vínculos (PEDRO; ROCHA; NASCIMENTO, 2008).

Neste estudo, considerou-se como suporte social o apoio que as mães possuem para o processo cuidar/cuidado no domicílio, que inclui o sistema oferecido pela família ou outras

peessoas que se dispõem a ajudá-la, e a organização de serviços que proporciona assistência ao indivíduo, englobando o amparo afetivo, social, educativo, espiritual e de saúde.

O suporte social para o cuidado da criança evidenciou-se por duas subcategorias: Contribuição da Família no Cuidado à Criança Quilombola de 0 a 1 ano e Apoio Comunitário no Cuidado à Saúde da Criança Quilombola.

Por meio da formação de uma rede social de parceiros, segundo Campos (2007), é possível desenvolver ações para fortalecer a capacidade das famílias na criação dos filhos, tornando-se importante a implantação de programas especiais para pais, visando aumentar a consciência sobre seus direitos e potencializar seus conhecimentos acerca do desenvolvimento infantil e de técnicas de estimulação e práticas de cuidados com a criança, sobretudo as mais vulneráveis- chamando a atenção para crianças menores de um ano de idade.

No período contemporâneo, ainda é atribuído à mulher o papel de principal cuidadora da criança, mesmo que tenha uma rede de suporte para cuidar dos filhos, o que se evidencia nos depoimentos a seguir:

Fui eu mesmo que cuidei dele, não gosto que ninguém cuide. (...) Como eu cuidei dos meus dois [referindo-se aos dois filhos mais velhos], eu cuidei dele (...) E eu acho assim, que todas as mães tem que cuidar de seus filhos, independente.... tem que cuidar, zelar... (Silvia).

Eu cuido dela direitinho, dos meus dois filhos (...) por que eu cuido dos meus filhos, eu tenho esse orgulho de bater no peito assim e dizer ‘Os meus filhos quem cuida sou eu!’ (Ana).

Essas falas demonstram que, para esta comunidade, ser boa mãe significa não delegar a prática do cuidado para outra pessoa. O cuidar dos filhos lhes propicia empoderamento pessoal, familiar e social, uma vez que cumpre positivamente com o papel social que lhe é imposto.

Mesmo com algumas mudanças ocorridas em relação ao papel da mulher na sociedade, como a profissionalização, maior independência financeira e outras, é ela que ainda carrega a responsabilidade de algumas representações consideradas socialmente corretas, como ser mãe e principal cuidadora direta do seu filho. Entre as mulheres entrevistadas, apenas duas eram empregadas formalmente e as demais exerciam atividades domésticas ou estavam desempregadas. A condição de permanecer em casa foi considerada um elemento favorável para o cuidado direto do filho pelas mães.

Segundo Denardin (2004), no cuidado familiar, a mulher é geradora do cuidado, é ela quem se organiza, faz arranjos internos à família e assume o controle quando algum membro precisa de cuidados, é ela que detém o saber sobre o cuidado, o qual é aprendido no convívio com outra mulher, durante sua vida e transmitido para outras mulheres (filhas ou netas). Através das falas seguintes, pode-se conhecer como as mães tiveram aproximação com o cuidar de crianças.

Eu tomava conta de meu irmão pequeno (Maria).

Eu já tinha cuidado de criança, mas não de um bebê. Já tinha cuidado de criança de seis meses, de um ano, já andando, que sabia andar (Paula).

Geralmente, a mulher tem alguma experiência anterior com o cuidar de crianças pequenas, seja cuidando de seus irmãos menores ou filhos de vizinhas, tarefa para qual são socialmente estimuladas desde a infância ao brincarem com bonecas e simularem serem as ‘mães’ destas. Ainda que haja esse contato prévio, as mães também relatam as dificuldades inerentes ao processo do cuidar/cuidado de crianças.

Pra começar assim... a saber como era que cuida, como ia ser o cuidado, foi muito difícil assim, porque eu não sabia. (Paula)

Foi muito difícil eu me adaptar por que... aí com a força de minha mãe, de meus irmãos, que eu soube cuidar dela. Hoje eu cuido dela... aí dou todo amor que minha mãe sempre me deu, eu aprendi a dar a ela também... mas foi bem difícil no começo, depois fui me adaptando (Bianca).

Essas falas demonstram que, em algumas situações, a mulher reconhece que é difícil a adaptação à maternidade, pois o nascimento de um filho é um evento que modifica a vida do casal e, principalmente, a da mãe.

Uma das principais mudanças nos primeiros meses de vida do bebê refere-se à adaptação da vida ao ritmo do bebê, fazendo com que a mãe perca o seu próprio ritmo diário e não consiga mais fazer coisas que eventualmente fazia antes do nascimento do filho (RAPOPORT; PICCININI, 2006).

Para Dessen e Braz (2000), com a chegada de um novo filho, são exigidas da família novas estratégias para lidar com as tarefas de desenvolvimento, capacidade de adaptação para

receber o novo membro e habilidades para administrar as necessidades emergentes do sistema.

A resposta da mulher a estas mudanças e novas estratégias é influenciada por fatores individuais, sócio-culturais, afetivos (entre a mulher e a criança e destas com os membros da família), econômicas e ambientais. Esta adaptação, geralmente, é mais difícil quando a mãe é adolescente, representada neste estudo pela vivência de Bianca.

No contexto da maternidade, a mãe necessita da contribuição dos familiares para cuidar do filho no intuito de diminuir a fadiga e o estresse decorrentes das vivências de situações diárias (MORAIS et al, 2012), tornando-se fundamental o apoio recebido pelos vínculos familiares, com amigos e vizinhos, o que se intensifica quando a mãe for adolescente.

4.2.4.1 Contribuição da Família no Cuidado à Criança Quilombola de 0 a 1 Ano

Nesta subcategoria, são agrupadas as informações sobre a contribuição da família no cuidado da criança até um ano. Em todas as fases da vida, a família exerce uma influência fundamental no fortalecimento do vínculo afetivo dos seus componentes, assim como oferece subsídios para acompanhar o crescimento e desenvolvimento das crianças.

Assim, um ambiente familiar saudável e harmonioso entre seus membros possibilita a compreensão das dificuldades vivenciadas e o compartilhamento dos cuidados em diversas situações.

A família tem sido identificada, em diferentes épocas, como uma unidade que cuida de seus membros e continua sendo considerada como o principal agente socializador da criança e responsável pelo atendimento de suas necessidades básicas, bem como pela formação dos referenciais de vida (MARCON, 2004).

É importante compreender a saúde a partir das relações entre os membros da família, sua estrutura e sua dinâmica, fatores que podem funcionar como facilitadores ou dificultadores na determinação da saúde de seus membros. Os papéis familiares são constituídos a partir da função de cada membro, de acordo com a posição que ocupa nos subsistemas conjugal, parental, fraterno e filial. Desse modo, a integração familiar possibilita atuação grupal para fins comuns, cujo intuito é promover o desenvolvimento saudável dos membros familiares. Ou seja, quando cada membro conhece e desempenha seu papel

específico, a família torna-se facilitadora de saúde física e emocional de seus membros (MARTINS et al, 2008).

Entre as mulheres entrevistadas, todas referiram a ajuda dos familiares como um aspecto positivo para cuidar da criança no seu primeiro ano de vida. Fato este observado no momento das entrevistas, quando sempre estava presente um membro familiar prestando alguma ajuda.

Neste contexto, pode-se afirmar que geralmente a família emerge como colaboradora no cuidado, principalmente em momentos de crise. Chama a atenção o apoio que a mulher recebe nos primeiros dias após o parto, período no qual encontra-se mais fragilizada e, normalmente, a mãe ou a sogra passam a exercer papéis de apoio e solidariedade:

Fui para a casa de minha mãe passar o resguardo³³ lá (Rebeca).

Eu fiquei um mês na casa de minha mãe quando eu tive logo ele (Anita).

Minha sogra (...) ela mora aqui perto, ela que mim orientava (...) tudo isso minha sogra foi me ensinando e aí fui aprendendo, pois aí tudo ficou mais fácil pra mim (...) me ajudou muito, já que eu nunca tive filho (Rebeca).

Já tem bastante tempo que eu tô aqui na casa da minha sogra, ela também me apoia bastante, minha sogra me ajuda a cuidar dela, me ensina a fazer um chá quando ela ta sentindo alguma coisa (Bianca).

Nos casos de mães adolescentes a necessidade deste apoio, é mais incisivo:

A minha sogra ficava comigo dentro de casa (...) foi ela quem mais me ensinou a colocar fralda direitinho, a vestir direitinho, a ver o que podia e o que não podia (Paula).

Após o nascimento da criança, a família faz ajustes para ajudar a mãe no cuidado da criança durante o período puerperal, durante o qual as puérperas, na maioria das vezes, ficam temporariamente na casa de sua mãe ou sogra. Além da referência pelos depoimentos, durante a entrevista de Bianca e Rebeca, suas sogras estavam presentes e demonstraram intimidade com elas e com as crianças, fazendo interferências ao longo deste contato.

³³ Ação ou efeito de resguardar ou de resguardar-se. Dieta, regime de alimentação, repouso. Na linguagem brasileira, refere-se ao período após o parto, em que a mulher fica acamada ou em repouso.

Além das avós, o pai apareceu como um dos membros da família que mais colaboram no cuidado da criança, situação já referenciada por outros estudos (DESSEN, BRAZ, 2000; CREPALDI et al, 2006; OLIVEIRA, 2007; RAPOPORT; PICCININI, 2006). Esse aspecto ficou bem evidente entre a família de Rebeca, pois foi a única que apontou o marido como principal suporte para cuidar do filho, uma vez que ele está desempregado e tem disponibilidade para cuidar do filho.

No início, o pai que cuidava do umbigo e do banho do bebê. Meu esposo (...) prepara as coisas do banho do filho (...) Eu e o meu esposo quem sempre demos o banho no bebê desde que ele nasceu ... porque aqui em casa tudo é feito em conjunto (...) quando ganhei neném meu marido estava desempregado, aí ele acompanhou o parto, ficou lá vendo tudo e as enfermeiras explicando a ele, aí ele veio e fez tudo em casa, tanto que não precisou vim ninguém cuidar de mim nem do bebê (Rebeca).

Para Dessen e Braz (2000), o pai é um dos membros mais importantes da rede social no que tange ao apoio oferecido à mãe e à família e que sua participação contribui para o apoio emocional da mulher e desenvolvimento do filho. Neste sentido, Rapoport e Piccinini (2006) complementam referindo que o apoio conjugal influencia indiretamente o bem-estar psicológico da mãe/ pai e o comportamento destes, enquanto pais. Além disso, geralmente um cônjuge se estressa menos, emocionalmente, frente a eventos aversivos quando o outro parceiro é compreensivo, lhe dá conselhos e assistência.

No Monte Recôncavo, apenas um pai que estava desempregado foi referenciado pela esposa como colaborador deste cuidado; o que faz reforçar a ideia de que a rede e o apoio social tem relação direta com a condição econômica da família, destacando também que a participação da mãe nos cuidados da criança é geralmente obrigatória, enquanto que a do pai depende das definições culturais e sociais dos papéis do homem e da mulher em cada comunidade e, especificamente, em cada núcleo familiar.

As figuras mais referidas foram as avós (maternas e paternas); que, de fato, podem constituir uma valiosa rede de apoio para seus familiares, oferecendo suporte emocional, financeiro e de ajuda na criação das crianças (OLIVEIRA, 2007). Essa ideia é complementada por Rapoport e Piccinini (2006) quando referem que amigos e parentes podem ajudar ocasionalmente nos cuidados da criança e também podem ter um importante efeito sobre o bem-estar emocional dos pais, afetando assim seu comportamento.

Além das avós, outros parentes foram citados pelas mulheres.

Quando ele era bebezinho, quem cuidava mais dele, quem cuidava praticamente era mainha (...) Aí mainha dava banho nele (...) mainha pegava levava pra cama eu dava peito a ele (...) Agora, ele [referindo-se ao avô materno] dá comida a ele, dá o banho dele, bota pra dormir (Fernanda).

Foi a minha tia foi no caso do banho. Ela dava o banho e limpava o... o coisa dele, o umbiguinho dele. Até quinze dias. De quinze dias em diante, eu já fui tentano fazer. (Paula)

Pelas falas, percebe-se que cada família faz arranjos diferenciados para apoiar a mulher no cuidado dos filhos e diferentes pessoas podem aparecer nessa rede de suporte, que se dá inter e intrageracionalmente, em diferentes etapas da vida de cada ser humano, a depender de cada contexto familiar e das relações estabelecidas entre a mulher, seu marido e os outros membros da família.

Segundo Pedro e Marcon (2007), o cuidado familiar é definido a partir do mundo de significados de cada família e aprendido, construído e desenvolvido ao longo da trajetória de seu processo de viver, o que lhe dá um caráter de especificidade e que pode ser modificado segundo as vivências e interpretações de seus membros.

Este suporte pode também trazer conflitos, na medida em que as opiniões de pessoas de gerações diferentes são diferentes e, por vezes, divergentes.

A minha sogra vestia ele [referindo-se ao bebê] todinho assim... às vezes de tarde... assim no pino do meio-dia, um sol pegano fogo aí ela: 'Ah!! A pelinha dele é muito fininha, vista ele!' (...) Aí ela (a sogra) chegava e vestia e encapotava o menino todo eu ficava morrendo de raiva. Eu digo: 'Meu Deus do céu ainda tão como se fosse criança do outro tempo'. (...) Quando ela saía, o menino chega suave, eu ia tirava de novo. Eu gosto assim porque ela tinha muito cuidado, mas era cuidado demais... num precisava tanto (Paula).

A fala acima demonstra que o excesso de cuidado ou interferências pode ir de encontro à opinião ou prática adotada pela mãe, podendo implicar em dificuldades desta no discernimento da utilização das práticas de cuidar e manutenção da sua autonomia de mãe frente ao seu papel de cuidadora.

Por outro lado, Simioni e Geib (2008) referem que a experiência advinda das gerações anteriores é colocada à disposição dos novos pais com o propósito de ajudar na adaptação da família e de amenizar as inseguranças e fortalecer as competências parentais

nesta fase de transição. Além desse suporte oferecido por membros familiares, evidenciou-se o apoio comunitário como importante baluarte para o cuidado de crianças.

4.2.4.2 Apoio Comunitário no Cuidado à Saúde da Criança Quilombola

A rede social formada por pessoas da comunidade apareceu em praticamente todas as famílias deste estudo, de forma diferenciada, como vizinhas, amigas, rezadeiras e pessoas de referência da comunidade que cuidam da criança.

Essa rede depende das relações que a mulher possui dentro da comunidade, do tipo de relacionamento estabelecido. De acordo com Dessen e Braz (2000), as pessoas que compõem a rede social de apoio e as funções que exercem mudam de acordo com o contexto sociocultural, o tempo histórico e o estágio de desenvolvimento do indivíduo e da família enquanto grupo.

As falas a seguir revelam como esse apoio emerge da comunidade e a forma de suporte que as mães e suas famílias recebem.

Aí eu converso com as meninas aí... que mãe de primeira viagem é assim né... tudo que acontece vai conversar com outras pessoas aí elas dizem que é normal (...) as meninas começaram a me ajudar ficou fácil, ficou mais fácil porque num é fácil cuidar de um bebê nessa fase viu... Aí na questão da... de alimentar tanto eu lia no livrinho dele (...) o que pode, tanto as vizinhas daqui também (Paula).

Quando eu levei ela tava toda molezinha... pra rezar. Aí a mulher [referindo-se à benzedeira] rezou ela, a mulher daí de cima, aí depois que já tá de olhado ela fica toda arriada, ela disse que ela tava de olhado (Cristina).

A gente vai colocar uma pessoa, na verdade aqui já tinha uma pessoa que tomava conta deles. No caso, como eu estou em casa de licença e meu marido está desempregado, aí a gente não está com essa necessidade de estar com uma pessoa aqui, dispensamos a menina que tomava conta deles. Só que quando eu voltar a trabalhar, ela vai voltar de novo para tomar conta deles, que ela é que toma conta dos dois. Aí, ela mais o pai tomam conta. Tia 'Maria' cuida deles (Rebeca).

Pelos relatos, percebemos que não houve um consenso sobre o tipo de ajuda que as famílias recebem, assim como a forma de apoio dos membros da comunidade; pois cada núcleo familiar varia, o que de fato reflete a ideia da Teoria de Leininger (1978; 2001a; 2001b) de que o cuidado, no contexto da sua universalidade e diversidade, está sob influência dos aspectos culturais, modos de vida, condição socioeconômica, fatores religiosos e políticos e fatores sociais e de companheirismo.

A fala de Rebeca, por outro lado, evidencia a ausência desse suporte e a necessidade de remunerar alguém para cuidar dos seus filhos. Esse fato é justificado por Matsukura, Marturano e Oishi (2002), quando apontam a possibilidade de que as mães inseridas no mercado de trabalho tenham condições menos favoráveis tanto de desenvolvimento como de manutenção de sua rede social e, portanto, têm menos tempo para se dedicar às relações pessoais (vizinhos, amigos e outros) e sociais (participação em atividades sociais, grupos, associações, dentre outros).

Houve, ainda que de forma discreta e pontual, a alusão ao livro (informativo) como uma maneira de obter informação acerca do cuidar/cuidado de crianças, sendo que esta fonte, associada à mídia impressa ou digital- jornais, televisão, revistas- poderia ser adotada pela comunidade de maneira geral como recurso de apoio para o cuidado, uma vez que traz informações e orientações para as famílias.

O depoimento a seguir demonstra que a rede de apoio comunitário acontece por meio de ajustes tanto da família quanto de quem a apoia.

Qualquer lugar que eu vá, quem fica é elas [referindo-se às vizinhas] com ele. Aí também na maioria dos dias na parte da manhã, quase todos os dias da semana ela leva ele pra lá e eu fico aqui cuidando das coisas da roupa dele, de casa, comida de tudo (...) elas num podem vim pra cá porque essa mesmo [referindo-se a pessoa que levou a pesquisadora até sua casa] que te trouxe tem dois filhos, estuda de tarde, os filhos também aí na maioria dos dias na parte da manhã, elas levam eles pra lá e aí lá cuidam, dão comida, já vem prontinho, tomado banho (Paula).

Chamou atenção da pesquisadora uma particularidade da comunidade, o fato de várias mães apontarem uma mesma senhora, moradora do Monte Recôncavo, como referência para o cuidado do bebê nos primeiros dias após o nascimento, principalmente para a higienização da criança.

Uma moça que dava banho nele... sempre dava banho nele [referindo-se a Dona Nenem], cuidava dele direitinho, ate quando ele fez dois meses... aí dos três em diante eu comecei a dar banho nele, direitinho, normal. (Juliana).

É porque ela [Dona Nenem] é acostumada a dar banho nos recém nascidos, aqui no Monte, sempre a gente chama ela, o pessoal chama ela pra dar banho, é ela que dá até o umbigo do menino cair, durante os sete dias (...) Dava o banho, secava o umbiguinho dele direitinho, enrolava, aí ia pra casa (risos) no outro dia tornava vir, durante sete dias ela vinha (Anita).

O contato dessa pessoa com cada família variava, mas geralmente ela dava o banho até a queda do coto umbilical, pois até esse momento as mães se sentem temerosas de machucar a criança e possuem menos habilidade para dar banho em seu próprio filho.

Dona Neném, assim como é chamada pelos moradores da comunidade, atende as crianças nos seus primeiros quinze dias de vida, fazendo curativo do coto umbilical e dando banho. Era parteira, assim como sua mãe, e sempre desempenhou essa atividade. Em contato com essa senhora, identifiquei que ela faz essas atividades sem remuneração, voluntariamente, e que desempenha às vezes o cuidado com a puérpera e pessoas doentes desta localidade, tornando-se uma cuidadora em potencial para as pessoas do Monte Recôncavo.

Tanto os relatos sobre essa senhora, quanto o contato direto que obtive com a mesma, reforça a ideia de Oliveira (2007), de que a rede de apoio oferece a experiência do convívio com pessoas com papéis positivos na sociedade, promovendo o afeto, o senso de previsibilidade e estabilidade e o sentido de auto-valia. Ademais, estar inserido em uma rede social previne experiências negativas, como problemas econômicos ou legais, que poderiam aumentar a probabilidade de desordens psicológicas ou físicas.

Ao mesmo tempo em que o apoio de pessoas da comunidade emergiu de forma positiva, as instituições e os profissionais, incluindo os de saúde, foram percebidos de forma muito esmaecida pelas mães entrevistadas, restringindo-se a ser mais uma fonte de informação técnica do que um agente de cuidado, com co-responsabilização e participação nos problemas sociais da família. Evidencia-se, portanto, o distanciamento, especialmente dos serviços e profissionais de saúde do cuidado cotidiano da criança.

Nesse contexto em que a participação das instituições e profissionais de saúde, particularmente da enfermagem, ainda é restrita e por vezes incipiente, reforça-se a necessidade de fortalecer essa participação para agregar o cuidado formal e informal em redes

de apoio social inseridas numa proposta de ajuda mútua, direcionadas especialmente a potencializar o sentimento de competência maternal imprescindível para o crescimento e desenvolvimento saudáveis da criança (SIMIONI; GEIB, 2008).

As mães apontaram a dificuldade de acesso ao atendimento médico local e a busca por esse em outros serviços localizados na cidade de São Francisco do Conde ou cidades circunvizinhas.

Tem vez que nem resolve aqui. Tudo em São Francisco. Às vezes não tem remédio aqui (...) às vezes no momento que a criança cai doente é o momento que já tá fechado o posto daqui, né? Aí tem que levar pra São Francisco do Conde (Juliana).

Não levo, porque na verdade agora tudo que a gente precisa fazer manda a gente ir para São Francisco e também porque eu tenho convênio, aí levo ele logo para o pediatra, que então fica acompanhando ele (Rebeca).

Aqui mesmo eu só dou, eu só faço só levar pra dar vacina. E no caso ela [direcionando-se a agente comunitária de saúde] que vem também aqui na porta, todo mês né acompanhar ele (Carol).

Além dessa dificuldade de acesso ao atendimento médico, não encontramos nenhum relato apontando a enfermeira enquanto uma referência para o cuidado da criança e, pontualmente, houve uma mãe (Carol) que refere a ACS enquanto agente para acompanhamento da criança.

Esse fato sinaliza a necessidade dos profissionais de saúde estabelecerem uma relação estreita com as famílias, tornando-se um elo importante na rede de apoio para a mulher no cuidado cotidiano das crianças, fornecendo-lhe informações, ajudando-a nas estratégias de cuidado e estando disponível para as intercorrências.

Aponta-se, nesse contexto, para a necessidade de desenvolvimento de estudos no âmbito do suporte social, na medida em que este pode contribuir para a compreensão dos processos de saúde/doença, de qualidade de vida e, conseqüentemente, para as propostas de intervenções junto à população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No momento em que me deparo a tecer as considerações finais desta pesquisa, após tantas leituras, reflexões e análises direcionadas ao objeto de investigação, inseridas em um sistema complexo e associadas às experiências vivenciadas em uma comunidade tão peculiar e contextos únicos de cada família visitada, posso dizer que o cuidar/cuidado reveste-se de singularidades em um processo dinâmico, atrelado ao contexto sociocultural e que se concretiza em cada família em sua diversidade e em uma comunidade na universalidade, assim como propõe Leininger.

Estudar o cuidado da criança quilombola no domicílio permitiu conhecer as experiências vivenciadas pelas mães e familiares neste processo, ao tempo em que foi possível identificar e analisar como estas crianças são cuidadas, descrever os aspectos envolvidos nessa dinâmica familiar, os saberes e práticas que direcionam o cuidado, assim como o suporte social que têm para o cuidar/cuidado, ao tempo em que pude apreender particularidades de uma comunidade quilombola.

Inicialmente, chama atenção o distrito fazer parte de um município com uma alta renda per capita e possuir tantas famílias em condições de pobreza. Outro fato que desponta é que Monte Recôncavo, diferentemente de algumas comunidades quilombolas rurais, apresenta sinais de urbanização e perda das tradições afro de maneira geral; ainda que seja uma localidade isolada, de difícil acesso, o que a torna peculiar.

Ressalto que o referencial teórico, como esperado, sustentou o estudo; pois, transitar nos meandros da cultura não é tarefa fácil, considerando a complexidade que envolve analisar valores, saberes e práticas tão arraigadas pelo senso comum, em cada núcleo familiar que por si encerra suas particularidades. Neste sentido, a Teoria de Leininger, por certo, trouxe muita contribuição à compreensão deste estudo e ao alcance dos objetivos em resposta a questão norteadora que subsidiou toda a interpretação dos dados e subsequente análise.

Além da dificuldade encontrada durante a coleta dos dados, a análise destes revestiu-se de uma complexidade tamanha que implicou novas leituras e desdobramentos para a pesquisadora, uma vez que cada categoria e respectivas subcategorias traziam aspectos até então não explorados no referencial teórico e que mereciam ser aprofundados e discutidos no universo temático do cuidado domiciliar de crianças quilombolas.

No que se refere aos modos de cuidado e práticas adotadas pelas mães no cuidado dos filhos, de acordo com a Teoria Transcultural de Enfermagem, de Madeleine Leininger,

destacam-se alguns aspectos desse cuidado no contexto domiciliar de uma comunidade quilombola.

Na primeira categoria, *Significados do Processo Saúde-Doença da Criança na percepção das Mães*, evidencia-se que o conhecimento a respeito do processo saúde-doença é elaborado com base na cultura e crenças, pelas experiências que o indivíduo adquiriu ao longo de sua vida e, para as mães, a saúde vincula-se à ausência de doenças e esta última é percebida por meio dos sinais e sintomas apresentados pelas crianças.

A segunda categoria, *Cuidados Cotidianos de Saúde com as Crianças Quilombolas de 0 a 1 Ano*, desvela-se pela riqueza de detalhes que o dia-a-dia de uma mãe encerra em si, ao tempo em que a mulher organiza internamente todos os cuidados da criança à sua atividade diária. Assim, foi possível observar a rotina diária do cuidado da criança, descrita pelas mães por meio das práticas que direcionam ao seu filho diariamente, incluindo os cuidados com higiene e proteção, cuidados com o coto umbilical, com a alimentação, com a erupção dentária, com a estimulação psicomotora e cuidados com sono e repouso, à medida em que todas essas ações são permeadas pelos saberes e crenças adquiridos ao longo da vida. Assim, sobressaem os conhecimentos oriundos do senso comum, influenciados pela cultura e pelas práticas intergeracionais.

Entre os cuidados cotidianos, destaca-se a alimentação no primeiro ano de vida, pelas modificações que acontecem nesse período, iniciando-se pela amamentação, desmame e alimentação variada, processo conduzido pelas mães imbuído em crenças, que acabam por estimular o desmame precoce, ao tempo em que a introdução de novos alimentos traz dúvidas e insegurança às mães, despontando como um dos aspectos que entendem como essencial; pois, culturalmente criança saudável é que come bem, come muito.

A influência cultural também é percebida nos *Cuidados nas Intercorrências no Primeiro ano de vida*, situações em que as mulheres recorrem às Práticas Populares e à Medicalização, evidenciando a interface entre o saber formal, evidenciado pela utilização das medicações alopáticas, e as práticas populares de cuidado, como chás, banhos, amuletos e as práticas religiosas, como as rezas e uso do óleo ungido na criança.

Estudar o cuidado da criança no domicílio inevitavelmente possibilita entender o *Suporte Social de Cuidados à Saúde da Criança Quilombola de 0 a 1 Ano*, que neste estudo evidenciou-se pela contribuição da família, essencialmente pelo apoio das avós e do pai, membros que fazem arranjos internos no sentido de colaborar no cuidado da criança; ainda que a mãe seja a principal cuidadora.

Nas famílias deste estudo, foi marcante também o apoio comunitário como suporte no cuidado à criança quilombola, pois as mães possuíam uma rede social que incluía ativamente membros da comunidade e, de maneira específica, uma senhora que tradicionalmente cuidava da mulher no processo parturitivo e da criança até a queda do coto umbilical. Por outro lado, percebeu-se a invisibilidade dos serviços e profissionais de saúde enquanto rede de apoio no cuidado cotidiano das crianças.

Esses resultados permitem **confirmar a tese** de que o cuidado domiciliar de crianças de 0 a 01 ano de idade em comunidades quilombolas é influenciado pela cultura e pelas interações sociais da família entre si e com a comunidade na qual está inserida, incluindo as práticas populares no sistema familiar e as especificidades do contexto sociocultural de um quilombo, processo este que interfere nas condições de saúde dessas crianças.

Ao defender e confirmar essa tese, não encerro, com este estudo, as reflexões conclusivas; mas antes, apreendo haver uma necessidade de prosseguimento, por estar diante de uma temática complexa e dinâmica, como a cultura, o cuidado, a família, a intergeracionalidade, e mais especificamente o cuidar de crianças, seres dependentes da solicitude humana para a continuidade da vida.

E como o caminho não está concluso, esta pesquisa ainda permite, além das reflexões feitas, instigar a possibilidade de novas investigações, num universo ainda com espaços a serem desvelados, com mais profundidade do que até então foi possível, a constar: significados do processo saúde-doença das crianças pela família; o cuidado com o sono e repouso da criança; atenção domiciliar para estimulação psicomotora; as práticas religiosas enquanto modos de cuidar/cuidado, a invisibilidade dos serviços e profissionais de saúde no cuidado domiciliar da criança.

O cuidado revelado se reveste de uma concepção que valoriza as condições de vida das crianças quilombolas e suas famílias. Incorporar o cuidado desenvolvido por essa população em seu cotidiano valorizando o uso de ervas, óleos, crenças, rezas e os saberes insurgidos do senso comum vislumbra ultrapassar os discursos já incorporados pelos profissionais de saúde e pôr em prática as ações educativas de promoção à saúde da população negra e, especificamente, quilombola. As considerações aqui esboçadas configuram-se como preâmbulos de um processo de educação em saúde que tem como eixo central o cuidado na promoção da saúde e suas relações com a cultura do mundo contemporâneo, além de possibilitar reflexões a cerca da atitude de profissionais de saúde, que precisam considerar a história de vida, a realidade sociocultural das mães e das crianças e, portanto, da família para

intervir nesses núcleos familiares e, assim, implementar/implantar o cuidado transcultural tão assertivamente defendido por Leininger.

Nesse contexto, o cuidado junto à população emerge como uma possibilidade de aproximar o cuidado formal com as práticas que emergem da sabedoria popular, nesse caso de mães quilombolas. Isso implica (re)significar a *práxis* de enfermagem e outros profissionais de saúde, projetando-a para uma relação que valorize o outro enquanto sujeito ativo para continuidade do cuidar. Ainda, ressalta-se a necessidade dos profissionais incluírem-se na rede de apoio para cuidado cotidiano, emergindo como importante suporte para as famílias.

Nessa perspectiva, deve-se facilitar o acesso da população aos serviços de saúde, ao tempo em que os profissionais podem oportunizar o contato sempre que as famílias precisarem, a partir de suas dúvidas, inseguranças e necessidade de informação ou orientação. Isso demanda decisão política para a oferta de programas de assistência e de educação em saúde, compromisso social e profissional para informar e orientar as famílias, de modo a torná-las cada vez mais autônomas na proteção das crianças contra doenças e agravos, bem como na estimulação do seu crescimento e desenvolvimento saudáveis.

Deste modo, há necessidade de implementar políticas públicas que subsidiem a atenção integral às crianças, numa perspectiva familiar, no sentido de atender as particularidades raciais e culturais, ou seja, atender integralmente crianças negras de uma comunidade quilombola. Assim, pretende-se retornar à comunidade na qual realizou-se essa pesquisa, assim como em outras comunidades quilombolas, divulgando os dados encontrados e possibilitando, junto aos profissionais de saúde, discussões sobre essas particularidades de cuidados de saúde.

Recomendo incluir nas atividades acadêmicas de graduando da área de saúde discussões sobre o cuidado transcultural da criança no domicílio, proporcionando aos discentes um aprendizado sobre este cuidar na perspectiva da cultura, enfatizando que o saber que aflora do senso comum é que comumente resgata-se no cuidado cotidiano. Ainda, desponta a necessidade de fomentar discussões sobre cuidados de saúde numa perspectiva racial – população negra- e de grupos populacionais específicos, no caso, quilombola.

REFERÊNCIAS

ABBAGNANO, Nicola. **Dicionário de Filosofia**. 5ª ed. Tradução de Ivone Castilho Benedetti. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

ACIOLI, Sonia. Sentidos e Práticas de Saúde em Grupos Populares e a Enfermagem em Saúde Pública. **R Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, 2006 jan/mar; 14(1):21-6. Disponível em <http://www.facenf.uerj.br/v14n1/v14n1a03.pdf>. Acesso em 05 Jun 2009.

AGUIAR, Gilberto Orácio. As benzedeadas do Rio de Contas e os desafios às Ciências Sociais. **Revista Nures**, São Paulo, n.13, p. 1-6, set/dez. 2009. Disponível em <http://revistas.pucsp.br/index.php/nures/article/view/4428/2999>. Acesso em 06 Jan 2013.

AGUIAR, Gilberto Orácio de. Mulheres negras da montanha: as benzedeadas de Rio de Contas, Bahia, na recuperação da saúde. **Ciberteologia - Revista de Teologia e Cultura**. Ano III, n. 21, p. 48-51, [200-]. Disponível em <http://ciberteologia.paulinas.org.br/ciberteologia/wp-content/uploads/2009/06/02MulheresNegras.pdf>. Acesso em 06 Jan 2013.

ALMEIDA, Maria Zélia. **Plantas Mediciniais**. 3 ed. Salvador: EDUFBA, 2011. 221 p.

ALMEIDA, João Aprigio Guerra; NOVAK, Franz Reis. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. **J Pediatr** (Rio J). 2004; 80(5 Supl): S119-S125. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n5s0/v80n5s0a02.pdf>. Acesso 08 Mar 2013.

ALMEIDA, João Aprigio Guerra. **Amamentação: um híbrido natureza-cultura**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

ALLOTEY, Pascale; REIDPATH, Daniel Diamond; ELISHA, Danielle. “Social Medication” and the control of children: a qualitative study of over-the-counter medication among Australian children. **Pediatrics**. 2004; September 1, 114 (n 3), p. e378 -e383. Disponível em <http://pediatrics.aappublications.org/content/114/3/e378.full>. Acesso 28 Abr 2013.

ALVES, Andréa Regiani; SILVA, Maria Julia Paes. O uso da fitoterapia no cuidado de crianças com até cinco anos em área central e periférica da cidade de São Paulo. **Rev Esc Enferm USP**. 2003; 37(4):85-91. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342003000400010&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 20 Fev 2011.

ALVIM, Neide Aparecida Titonelli; FERREIRA, Márcia de Assunção; CABRAL, Ivone Evangelista; ALMEIDA FILHO, Antonio José. O uso de plantas medicinais como recurso terapêutico: das influências da formação profissional às implicações éticas e legais de sua aplicabilidade como extensão da prática de cuidar realizada pela enfermeira. **Rev Latino-am Enfermagem**. 2006 Mai-Jun; 14 (3). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n3/pt_v14n3a03.pdf. Acesso 30 Abr 2013.

ANDRADE, Susanne Anjos; SANTOS, Darci Neves; BASTOS, Ana Cecília; PEDROMÔNICO, Márcia Regina Marcondes; ALMEIDA FILHO, Naomar; BARRETO, Mauricio L. Ambiente familiar e desenvolvimento cognitivo infantil: uma abordagem epidemiológica. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 4, ago. 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000400014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso 25 maio 2013.

ANGELO, Margareth. Cultura e Cuidado da família. In: NAKAMURA, Eunice; MARTIN, Denise; SANTOS, José Francisco Quirino (Organizadores). **Antropologia para Enfermagem**. Barueri, São Paulo: Manole, 2009, pg 82-99.

BADKE, Marcio Rossato; BUDÓ, Maria de Lourdes Denardin; ALVIM, Neide Aparecida Titonelli; ZANETTI, Gilberto Dolejal; HEISLER, Elisa Vanessa. Saberes e práticas populares de cuidado em saúde com o uso de plantas medicinais. **Texto contexto - enferm.** Florianópolis, v.21, n.2, Jun 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000200014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 01 Mai 2013.

BARBOSA, Maria Alves; SIQUEIRA, Karina Machado; BRASIL, Virginia Visconde; BEZERRA, Ana Lúcia Queiroz. Crenças populares e recursos alternativos como práticas de saúde. **R Enferm UERJ** 2004; 12:38-43. Disponível em

<http://www.facenf.uerj.br/v12n1/v12n1a06.pdf>. Acesso em 21 Set 2010.

BARBOSA, Maria Alves; MELO, Márcia Borges de; SILVEIRA JÚNIOR Raul Soares, BRASIL, Virginia Visconde; MARTINS, Cleusa Alves; BEZERRA, Ana Lúcia Queiroz. Saber popular: sua existência no meio universitário. **Rev. bras. enferm.** 2004 Dez; 57(6): 715-719. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672004000600017&lng=pt&nrm=iso. Acesso 28 Abr 2013.

BARBOSA, Maria Aparecida Rodrigues da Silva; TEIXEIRA, Neuma Zamariano Fanaia; PEREIRA, Wilza Rocha. Consulta de enfermagem - um diálogo entre os saberes técnicos e populares em saúde. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 20, n. 2, jun. 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000200018&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 18 dez. 2012.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARROS, Edir Pina de. **Quilombo ou Kilombo?** 2007. Disponível em <http://66.228.120.252/trabalhosacademicos/1293864>. Acesso em 21 Set 2010.

BARROS, José Augusto Cabral. Políticas farmacêuticas: a serviço dos interesses da saúde? Brasília: UNESCO, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 2004. 264 p.

BATISTA, Luís Eduardo. **Homens e mulheres negros: saúde, doença e morte**. Araraquara, 2002. 232p. Tese de Doutorado. Faculdade de Ciências e Letras, Campus de Araraquara da Universidade Estadual Paulista, para obtenção do título de Doutor em Sociologia.

BECKHAUSER, Gabriela Colonetti; SOUZA, Juliana Medeiros; VALGAS, Cleidson Valgas; PIOVEZAN, Anna Paula; GALATO, Dayani Galato. Medication use in Pediatrics: the practice of self-medication in children by their parents. **Rev Paul Pediatr.** 2010; 28(3):262-8. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v28n3/02.pdf>. Acesso em 22 Abr 2013.

BIERNACKI, Patrick; WALDORF, Dan. Snowball sampling-problems and techniques of chain referral sampling. **Sociological Methods and Research**. 1981;10:141-63. Disponível em http://ftp.columbia.edu/itc/hs/pubhealth/p8462/misc/biernacki_lect4.pdf. Acesso em 23 Fev de 2011.

BOEHS, Astrid Eggert. Análise dos conceitos de negociação/acomodação da teoria de M. Leininger. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 1, jan. 2002 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692002000100014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 23 Out. 2009.

BOEHS, Astrid Eggert et al . A interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 2, jun. 2007 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000200014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 24 set. 2011.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Editora Vozes, 11. edição, 2004.

BORGES, Teresa; AZEVEDO, Margarida; FONSECA, Paula; TORRES, Paula; CONSTA, Fernanda Manuela. Hábitos de Sono. **Saúde Infantil**, 2000; 22/1: 61-68, Coimbra. Disponível em <http://www.chc.min-saude.pt/hp/index.htm>. Acesso 08 Mai 2013.

BRAGA, Cristiane Giffoni. Enfermagem transcultural e as crenças, valores e práticas do povo cigano. **Rev.Esc.Enf.USP**, v.31, n.3, p. 498-516, dez. 1997. Disponível em <http://www.ee.usp.br/receusp/upload/pdf/394.pdf>. Acesso em 29 Out 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução n 196/96. Sobre pesquisa envolvendo seres humanos. **Bioética**, v. 4, n. 2 – suplemento- p. 15-25, 1996.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil**. Série Cadernos de Atenção Básica; n. 11. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

_____. Ministério da Saúde. **AIDPI Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância: curso de capacitação: atenção à criança de 1 semana a 2 meses de idade**. Módulo 6 / Ministério da Saúde, Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – 2. ed. rev.,1.^a reimpressão – Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

_____.Ministério da Saúde. **Atenção Humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe canguru: manual do curso**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002c.

_____. Fundação Cultural Palmares. **Sistema de informações de comunidades afro-brasileiras**. Ministério da Cultura: Brasília, SICAB; 2007. Disponível em: <<http://www.palmares.gov.br>>. Acesso em 08 Jun 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf. Acesso em 21 Set 2010.

_____. Fundação Cultural Palmares. **Certidões expedidas por Estado**. Ministério da Cultura: Brasília, 2010. Disponível em: http://www.palmares.gov.br/_temp/sites/000/2/download/dpa/crqs-certificadas.pdf. Acesso em 23 Jul 2010.

_____. Fundação Cultural Palmares. **Diário Oficial publica a certificação de 43 comunidades quilombolas**. Ministério da Cultura: Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.palmares.gov.br/2011/12/diario-oficial-publica-a-certificacao-de-43-comunidades-quilombolas/>. Acesso em 02 Out 2012.

_____. **Diagnóstico sócio-econômico-cultural das comunidades remanescentes de quilombos. Relatório geral**. Brasília: Fundação Cultural Palmares; 2004b.

_____. Ministério da Saúde. **Seminário Nacional de Saúde da População Negra**. Brasília: 2004c.

_____. **Programa Brasil Quilombola**. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. Brasília, 2004d. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/brasilquilombola_2004.pdf. Acesso em 10 Jun 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil: uma análise da situação de saúde no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares (PNMPC)**. Brasília, 2005b. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ResumoExecutivoMedNatPratComp11402052.pdf>. Acesso em 05 Set 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial – SEPPIR. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. 3. ed., 2 reimpressão. Série E. Legislação de Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 96 p.

_____. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_nutricao_aleitamento_alimentacao.pdf. Acesso em 21 Dez 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial – SEPPIR. **Programa Brasil Quilombola: diagnóstico de ações realizadas**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. Disponível em <http://www.seppir.gov.br/destaques/diagnostico-pbq-agosto>. Acesso 12 Mar 2013.

BOEHS, Astrid Eggert; RIBEIRO, Edilza Maria; GRISOTTI, Márcia; SACCOL, Ana Paula; RUMOR, Pamela Camila Fernandes. A percepção dos profissionais de saúde sobre os cuidados das mães de crianças entre 0 a 6 anos usuárias da Estratégia de Saúde da Família. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000300013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 08 nov. 2012.

BOSI, Maria Lucia Magalhães, MACHADO, Márcia Tavares. Amamentação: um resgate histórico. **Cadernos ESP- Escola de Saúde Pública do Ceará**, v. 1, n. 1, Jul/Dez, 2005. Disponível em: <<http://www.esp.ce.gov.br/cadernosesp/index.php/cadernosesp/article/view/4/2>>. Acesso em: 10 Abr. 2013.

BOUSSO, Regina Szylit; POLES, Kátia; SERAFIM, Taís de Souza e MIRANDA, Mariana Gonçalves de. Crenças religiosas, doença e morte: perspectiva da família na experiência de doença. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, abr. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000200014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 13 Nov. 2012.

BUDÓ, Maria de Lourdes Denardin; SAUPE, Rosita. Conhecimentos populares e educação em saúde na formação do enfermeiro. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 57, n. 2, abr. 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672004000200007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso 30 Abr 2013.

BUDÓ, Maria de Lurdes Denardin; SAUPE, Rosita. Modos de Cuidar em comunidades Rurais: a Cultura permeando o Cuidado de Enfermagem. **Texto Contexto Enferm.** 2005, Abr/Jun, 14(2): 177-185. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072005000200004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 29 Out 2009.

BUSTAMANTE, Vania; TRAD, Leny A. Bomfim. Cuidando da saúde de crianças pequenas no contexto familiar: um estudo etnográfico com famílias de camadas populares. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 5, out. 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000500014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 15 Nov. 2009.

CAMPELO, Walter Andrade. Unção com Óleo - Uma Reflexão Bíblica e Histórica. 06 de Abril de 2011. Disponível em http://www.luz.eti.br/es_uncaocomoleo-parte1.html. Acesso 26 Set 2012.

CAMPOS, Edmilson Antunes de. Aspectos socioculturais e as práticas de cuidados em Enfermagem. In: NAKAMURA, Eunice; MARTIN, Denise; SANTOS, José Francisco

Quirino (Organizadores). **Antropologia para Enfermagem**. Barueri, São Paulo: Manole, 2009, pg 59-81.

CAMPOS, Jocicleide Sales. Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente: A Família e o Desenvolvimento Infantil. In: LOPEZ, Fabio Ancona; CAMPOS JUNIOR, Dioclécio. **Tratado de Pediatria**. Sociedade Brasileira de Pediatria. Barueri, São Paulo: Manole, 2007, Capítulo 2.2, p. 161-164.

CAMPOS, Luana Carla Martins; SILVA, Kenia Caroline Vieira Da. A prevenção do mal-dos-sete-dias ou mal-de-umbigo por meio da prática da fomentação: reconhecimento, compreensão e valorização dos saberes tradicionais. **Anais do XXVI Simpósio Nacional de História – ANPUH**. São Paulo, julho 2011. Disponível em: http://www.snh2011.anpuh.org/resources/anais/14/1308191730_ARQUIVO_TextoLuanaCamposeKeniaSilva.pdf. Acesso em 14 Abr 2013.

CAPRA, Fritjof. O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente. 19ª ed. São Paulo: Cultrix; 1998.

CARABOLANTE, Alessandra Carvalho; FERRIANI, Maria das Graças Carvalho. O crescimento e desenvolvimento de crianças na faixa etária de 12 a 48 meses em creche na periferia da cidade de Ribeirão Preto – SP. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 5 n. 1 p. 28 – 34, 2003. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/Revista>. Acesso em 01.10.10.

CARDOSO, Andrey Moreira. A persistência das infecções respiratórias agudas como problema de Saúde Pública. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 26(7):1270-1271, jul, 2010. Editorial. Disponível em <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v26n7/01.pdf>. Acesso em 12 Dez 2012.

CARRASCOZA, Karina Camillo; POSSOBON, Rosana de Fátima, COSTA-JUNIOR, Áderson Luis; MORAES, Antônio Bento Alves. Aleitamento materno em crianças até os seis meses de vida: percepção das mães. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 21 [3]: 1045-1060, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000300015&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 08 Nov 2012.

CARREIRA, Lígia; ALVIM, Neide Aparecida Titonelli. O cuidar ribeirinho: as práticas populares de saúde em famílias da ilha Mutum, Estado do Paraná. **Acta Scientiarum**, Maringá, v. 24, n.3, p. 791-801, 2002. Disponível em <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/viewFile/2548/1679>. Acesso em 13.07.2010

CARTANA, Maria do Horto Fontoura; HECK, Rita Maria. Contribuições da antropologia na enfermagem: refletindo sobre a doença. **Texto & Contexto Enfermagem**. 1997; 6(3): 233-40.

CARVALHO, José Jorge. **Quilombos: símbolos da luta pela terra e pela liberdade**. Revista Cultura Vozes, No. 5, Ano 91, Vol. 91, 149160, 1997.

CARVALHÊDO, D. Souza; LOTUFO, F. Monteiro; BARBOSA, M. A. Rodrigues da Silva; GAÍVA, M. A. Munhoz; LISBOA, S.R. As vivências e os significados do primeiro banho

dado pela puérpera em seu filho recém nascido. **Enfermería Global**. N 19, Junho, 2010. Disponível em http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n19/pt_docencia3.pdf. Acesso em 02 Jan 2013.

CHOR, Dóra, LIMA, Claudia Risco de Araujo Lima. Epidemiologia das Desigualdades Raciais em Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 21(5):1586-1594, set-out, 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n5/33.pdf>. Acesso 02 Out 2012.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN 311/2007 Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. Disponível em http://novo.portalcofen.gov.br/wp-content/uploads/2012/03/resolucao_311_anexo.pdf. Acesso 21 Out 2009.

COLLET, N. **Manual de Enfermagem em Pediatria**. Goiânia: ABC, 2002.

COLLIÈRE, Marie-Françoise. **Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem**. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1999.

_____, Marie-Françoise. **Cuidar... A primeira arte da vida**. 2ª edição. Lisboa: Lusociências, 2003.

COUTO, Márcia Thereza. Religiosidade, reprodução e saúde em famílias urbanas pobres. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 5, n. 8, Feb. 2001. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832001000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 11 Dez 2012.

CREPALDI, Maria Aparecida; ANDREANI, Grace; HAMMES, Patrícia Simone; RISTOF, Clarissa Dionísio; ABREU, Sandra Ribeiro. A Participação do Pai nos cuidados da Criança, segundo a concepção de Mães. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 3, p. 579-587, set./dez. 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n3/v11n3a13.pdf>. Acesso 20 Mai 2013.

CRUZ, Myrian Coelho Cunha. **A alimentação de lactentes, filhos de mulheres/mães/adolescentes, no Primeiro Ano de Vida: a Construção de uma Prática**. Tese de Doutorado. Fundação Osvaldo Cruz/ Instituto Fernandes Figueira. Rio de Janeiro: 2010.

CUMINALE, Natalia. Um lugar ao Sol para a Vitamina D. **Revista Veja**, edição 2.304, ano 46, número 03. Editora Abril: 16 de Janeiro de 2013, p. 66-75.

CUNHA, Estela María García de Pinto; BARISON, Eliana de Melo. Saúde da Criança. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança**. Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009, p 171-194.

CUNHA, Regina Ribeiro; PEREIRA, Luciléia da Silva; GONÇALVES, Ana Sofia Resque; SANTOS, Evanguelia Kotzias Atherino; RANDÚNZ, Vera; HEIDEMANN, Ivonete Teresinha Schülter Buss. Promoção da saúde no contexto paroara: possibilidade de cuidado de enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 18, n. 1, mar. 2009. Disponível

em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000100021&lng=pt&nrm=iso>. Acesso 11 Mar 2012.

DEL PRIORE, Mary (organizadora). **História das Crianças no Brasil**. 4 ed. São Paulo: Contexto, 2004.

DENARDIN, Maria de Lourdes. A família rural e os cuidados em saúde. In: ELSESEN, Ingrid; MARCON, Sonia Silva; SILVA, Mara Regina Santos da. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. 2º edição. Maringá: Editora da Universidade Estadual de Maringá, p. 65-78, 2004.

DESSEN, Maria Auxiliadora; BRAZ, Marcela Pereira. Rede Social de Apoio durante Transições Familiares Decorrentes do Nascimento de Filhos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Set-Dez 2000, Vol. 16 n. 3, pp. 221-231. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v16n3/4809.pdf>. Acesso 04 Mai 2013.

DE LAMARE, Rinaldo. **A vida do bebê**. 42 edição. Rio de Janeiro: Agir, 2009.

ELSESEN, Ingrid. Cuidado Familiar: uma proposta inicial de Sistematização Conceitual. In: ELSESEN, Ingrid; MARCON, Sonia Silva; SILVA, Mara Regina Santos. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. 2º edição. Maringá: Editora da Universidade Estadual de Maringá, 2004, Capítulo 01, p.19-28.

ELSESEN, Ingrid; MARCON, Sonia Silva; SILVA, Mara Regina Santos. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. 2º edição. Maringá: Editora da Universidade Estadual de Maringá, 2004.

ÊXODO 30, 22-31. **Bíblia Sagrada**. Livro do Êxodo, Capítulo 30, versículos 22 à 31.

FERREIRA, Haroldo da Silva et al . Nutrição e saúde das crianças das comunidades remanescentes dos quilombos no Estado de Alagoas, Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 30, n. 1, July 2011 . Disponível em <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892011000700008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 04 Oct. 2012.

FERREIRA, Raquel; NEVES, Rute; VIRELLA, Daniel, FERREIRA, Gonçalo Cordeiro. Amamentação e dieta materna. Influência de mitos e preconceitos. **Acta Pediatr Port** 2010;41(3):105-110. Disponível em http://repositorio.chlc.min-saude.pt/bitstream/10400.17/466/1/Acta%20Pediatr%20Port%202010_41_105.pdf. Acesso em 14 Abr 2013.

FLECK, Marcelo Pio da Almeida; BORGES, Zulmira Newlands; BOLOGNESI, Gustavo; ROCHA, Neusa Sica. Development of WHOQOL spirituality, religiousness and personal beliefs module. **Rev Saúde Pública**. 2003; 37(4):446-55. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n4/16779.pdf>. Acesso 10 dez 2012.

FIGUEIRAS, Amira Consuela; SOUZA, Isabel Cristina Neves; REIS, Viviana Graziela; BEGUIGUI, Yehuda (Organizadoras). **Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI**. Organização Pan-Americana da Saúde. Washington, D.C.: OPAS, 2005.

FONSECA, Claudia. Quando cada caso NÃO é um caso: pesquisa etnográfica e educação. **Revista Brasileira de Educação**. Jan/Fev/Mar/Abr, n 10, p 58-78, 1999.

FONSECA, Mariana de Oliveira; PARREIRA, Bibiane Dias Miranda; MACHADO, Douglas Coelho; MACHADO, Ana Rita Marinho. Aleitamento Materno: Conhecimento de mães admitidas no Alojamento Conjunto de um Hospital Universitário. **Cienc Cuid Saude**, 2011, Jan/Mar; 10(1):141-149. Disponível em <http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/11009/pdf>. Acesso em 12 Abr 2013.

FREITAS, Marcos Cezar. **História Social da Infância no Brasil**. São Paulo: Cortez Editora, 1997, Capítulo 2, p. 17-50.

FUJIMORI, Elizabeth; NAKAMURA, Eunice; GOMES, Marcela Melatti; JESUS, Luciana Albuquerque; REZENDE, Magda Andrade. Aspectos relacionados ao estabelecimento e a manutenção do aleitamento materno exclusivo na perspectiva de mulheres atendidas em uma unidade básica de saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 14, n. 33, p. 315-327, 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n33/a07v14n33.pdf>. Acesso em 12 Abr 2013.

GEORGE, Julia B. Madeleine M. Leininger. In: GEORGE, Julia B. **Teorias de Enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. Tradução de Ana Maria Vasconcellos Thorell. 4ª Ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

GONÇALVES, Annelise de Carvalho. **Crenças e práticas da nutriz e seus familiares no aleitamento materno** [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2001.

GUERRERO, Ana Felisa Hurtado et al . Mortalidade infantil em remanescentes de quilombos do Município de Santarém - Pará, Brasil. **Saude soc.**, São Paulo, v. 16, n. 2, ago. 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902007000200010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso 04 Out 2011.

GUALDA, Dulce Maria Rosa; BERGAMASCO, Roselena Bazilli. **Enfermagem, Cultura e o Processo Saúde-Doença**. São Paulo: Ícone Editora, 2004.

_____. Processo Saúde- Doença: Evolução de um Conceito. In: GUALDA, Dulce Maria Rosa; BERGAMASCO, Roselena Bazilli. **Enfermagem, Cultura e o Processo Saúde-Doença**. São Paulo: Ícone Editora, 2004, Capítulo 01, pg. 25-37.

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na Sociologia**. Petrópolis: Vozes, 1987.

HELMAN, Cecil G. **Cultura, Saúde e Doença**. Tradução de Ane Rose Bolner. 5ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

HOCKENBERRY, Marilyn J. **Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica**. Tradução de Danielle Corbett. 7 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

HOGA, Luiza Akiko Komura. O Cuidado com a Saúde no Contexto Domiciliar: as práticas de mulheres de uma comunidade de baixa renda. In: GUALDA, Dulce Maria Rosa; BERGAMASCO, Roselena Bazilli. **Enfermagem, Cultura e o Processo Saúde-Doença**. São Paulo: Ícone Editora, 2004, Capítulo 12, pg. 205-220.

IBGE. Brasil, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Produto Interno Bruto dos Municípios**. 2008. Disponível em http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/pibmunicipios/2004_2008/tabelas_pdf/tab03.pdf. Acesso em 17 fev 2011.

_____. Brasil, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Primeiros Dados do Censo 2010**. Disponível em http://www.ibge.gov.br/censo2010/primeiros_dados_divulgados/index.php?uf=29. Acesso em 15 Fev 2011.

INSTITUTO DE FILOSOFIA E LINGUAGEM. Dicionário de Filosofia Moral e Política. Disponível em <http://www.ifl.pt/main/Publicacoes/Online/DictionaryofMoralandPoliticalPhilosophy/tabid/72/Default.aspx>. Acesso em 20 set. 2010, 2002.

ISERHARD, Ana Rosa Müller; BUDÓ, Maria de Lourdes Denardin; NEVES, Eliane Tatsch; BADKE, Marcio Rossato. Práticas culturais de cuidados de mulheres mães de recém-nascidos de risco do sul do Brasil. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, mar. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452009000100016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 21 dez. 2012.

JENNI, Oskar G.; O'CONNOR, Bonnie B. Children's Sleep: an Interplay between Culture and Biology. **Pediatrics** Vol. 115 No. Supplement 1, January, 2005, pp. 204 -216. Disponível em http://pediatrics.aappublications.org/content/115/Supplement_1/204.full. Acesso 24 Mai 2013.

KAKEHASHI, Tereza Yoshiko; PINHEIRO, Eliana Moreira. A Observação em Pesquisa Qualitativa. In: MATHEUS, Maria Clara Cassuli; FUSTINONI, Suzete Maria. **Pesquisa Qualitativa em Enfermagem**. São Paulo: Livraria Médica Paulista Editora, 1ª Edição, p. 105-110, 2006.

KENNER, C. **Enfermagem neonatal**. 2 ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2001.

KREUTZ, Irene; GAIVA, Maria Aparecida Munhoz; AZEVEDO, Rosemeiry Capriata de Souza. Determinantes sócio-culturais e históricos das práticas populares de prevenção e cura de doenças de um grupo cultural. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 1, mar. 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000100011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 15 Nov. 2009.

KULAKAC, Ozen; ONCEL, Selma; MEYDANLIOGLU, Ayse; MUSLU, Leyla. The opinions of employed mothers about their own nutrition during lactation: a questionnaire survey. **Int J Nurs Stud** 2007; 44:589-600. Disponível em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748906000770>. Acesso 10 Mar 2013.

KYLE, Terri. **Enfermagem Pediátrica**. Tradução Carlos Henrique Cosendey, Ivan Lourenço Gomes. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

LEININGER, M. M. **Transcultural nursing: concepts, theories and practices**. 2 ed. New York: McGraw-Hill, College Custom Series, 1978. 684 p.

_____. Ethnography and ethnonursing: models and modes of qualitative data analysis. In: LEININGER, M. M. (Ed.) **Qualitative research methods in nursing**. Detroit: Grune & Stratton, 1998. cap. 3, p. 33-71.

_____. Towards Conceptualization of Transcultural Health Care Systems: Concepts and a Model. In: _____ (Ed.) **Culture care diversity and universality: a theory of nursing**. New York: National League for Nursing Press, 2001a, p. 53-74.

_____. (Ed.) **Culture care diversity and universality: a theory of nursing**. New York: National League for Nursing Press, 2001b. 432 p.

_____. Culture care theory: a major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. **Journal of Transcultural Nursing**. United States, v. 13, n. 3, p. 189-192, 2002. Disponível em: <<http://tcn.sagepub.com/cgi/reprint/13/3/189>>. Acesso em: 27 out. 2011.

LEITE, Miriam L. Moreira. A Infância no Século XIX segundo memoriais e livros de viagem. In: FREITAS, Marcos Cezar. **História Social da Infância no Brasil**. São Paulo: Cortez Editora, 1997, Capítulo 2, p. 17-50.

LEVI-STRAUSS, C. **Antropologia Estrutural**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1970.

LIBBS. LIBBS Farmacêutica LTDA. **Bulário de Medicamentos**. Salsep (Bula). Atualizado em 2012. Disponível em <http://www.bulas.med.br/bula/51063/salsep.htm>. Acesso em 04 Mai 2013.

LIMA, Geandra Batista; NUNES, Lívio César Cunha; BARROS, José Augusto Cabral. Uso de medicamentos armazenados em domicílio em uma população atendida pelo Programa Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15 (Supl. 3): 3517-3522, 2010. Disponível em <http://www.scielo.org/pdf/csc/v15s3/v15s3a26.pdf>. Acesso 22 Abr 2013.

LINHARES, Eliane Fonseca. **Influência intergeracional familiar no cuidado do coto umbilical do recém-nascido e interfaces com os cuidados profissionais**. 2010.

[Dissertação]. Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB, Jequié/BA, 2010. 185p.

LINHARES, Eliane Fonseca; DA SILVA, Luiza Wilma Santana. O cuidado do coto umbilical do recém-nascido sob a ótica dos seus cuidadores: saberes culturais. **Rev. Eletrônica Gestão e Saúde**. Universidade de Brasília: 3(3), mai. 2012. 969-985. Disponível em: <<http://www.gestoesaude.unb.br/index.php/gestoesaude/article/view/198>>. Acesso em 20 Dez. 2012.

LOPES, Fernanda. Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: Tópicos em saúde da população negra no Brasil. In: Brasil. Fundação Nacional de Saúde. **Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade** / Fundação Nacional de Saúde. - Brasília: Funasa, 2005, p.09-45.

LOPEZ, Fabio Ancona; CAMPOS JUNIOR, Dioclécio. **Tratado de Pediatria**. Sociedade Brasileira de Pediatria. Barueri, São Paulo: Manole, 2007.

LORDELO, Eulina da Rocha; FONSECA, Ana Lúcia; ARAUJO, Mariana Lamêgo V.B. de. Responsividade do ambiente de desenvolvimento: crenças e práticas como sistema cultural de criação de filhos. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 13, n. 1, 2000. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722000000100009&lng=pt&nrm=iso>. Acessos 25 maio 2013.

LUZ, Anna Maria Hecker; BERNI, Neiva Iolanda de Oliveira; SELLI, Lucilda. Mitos e tabus da maternidade: um enfoque sobre o processo saúde-doença. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 60, n. 1, fev. 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 24 jan. 2011.

MACARINI, Samira Mafioletti; MARTINS, Gabriela Dal Forno; SACHETTI, Virgínia Azevedo Reis; VIEIRA, Mauro Luís. Etnoteorias parentais: um estudo com mães residentes no interior e na capital de Santa Catarina. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 23, n. 1, abr. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722010000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 01 Nov. 2010.

MACIEL, Márcia Regina Antunes; GUARIM NETO, Germano. Um olhar sobre as benzedeadas de Juruena (Mato Grosso, Brasil) e as plantas usadas para benzer e curar. **Bol. Mus. Para. Emílio Goeldi. Ciênc. hum.** 2006, vol.1, n.3, pp. 61-77. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-81222006000300003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso 06 Jan 2013.

MADEIRA, Isabel Rey; SILVA, Rosa Resegue Ferreira. Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento. In: LOPEZ, Fabio Ancona; CAMPOS JUNIOR, Dioclécio (Organizadores). **Tratado de Pediatria**. Sociedade Brasileira de Pediatria. Barueri, São Paulo: Manole, 2007, Seção 23, Pediatria Ambulatorial, Capítulo 02, pg. 1781-1787.

MAGALHÃES, Juliana Filgueiras; CAMARGO, Climene Laura; MORAIS, Aisiane Cedraz. **Incidência de Doenças Prevalentes na Infância em Monte Recôncavo**. Relatório final do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica. Salvador: UFBA, 2012.

MAIA, Íris; PINTO, Fátima. Hábito de Sono. NASCER E CRESCER. Revista do Hospital de Crianças Maria Pia. Ano 2008, vol XVII, n.º 1. Disponível em <http://repositorio.chporto.pt/handle/10400.16/1132>. Acesso em 08 Mai 2013.

MANDU, Edir Nei Teixeira; SILVA, Graciete Borges da. Recursos e estratégias em saúde: saberes e práticas de mulheres dos segmentos populares. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 4, ago. 2000. Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692000000400003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 24 jan. 2010.

MARCON, Sonia Silva; ELSEEN, Ingrid. A Enfermagem com um novo olhar... A necessidade de enxergar a família. **Fam. Saúde Desenv.**, Curitiba, v.1, n.1/2, p.21-26, jan./dez. 1999.

Disponível em

<http://www.fef.br/admin/arquivos/21/A%20ENFERMAGEM%20COM%20UM%20NOVO%20OLHAR...%20A%20NECESSIDADE%20DE.pdf>. Acesso em 11 Nov. 2011.

MARCON, Sonia Silva. Criando os filhos e construindo maneiras de cuidar. In: ELSEEN, Ingrid; MARCON, Sonia Silva; SILVA, Mara Regina Santos da. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. 2º edição. Maringá: Editora da Universidade Estadual de Maringá, 2004, p. 43-63.

MARCONDES, Eduardo. **Pediatria básica**. 8ª. ed. São Paulo: Sarvier;1991.

MARQUES, Emanuele Souza, COTTA, Rosângela Minardi Mitre; PRIORE, Silvia Eloiza. Mitos e crenças sobre o aleitamento materno. **Ciênc. saúde coletiva**, Maio 2011, vol.16, no.5, p.2461-2468. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n5/a15v16n5.pdf>. Acesso 13 Mar 2013.

MARTIN, Denise. Natureza e Cultura: Ferramentas Teóricas para a Prática da Enfermagem. In: NAKAMURA, Eunice; MARTIN, Denise; SANTOS, José Francisco Quirino (Organizadores). **Antropologia para Enfermagem**. Barueri, São Paulo: Manole, 2009, pg 03-14.

MARTIN, Viviane Barrére; ANGELO, Margareth. A organização familiar para o cuidado dos filhos: percepção das mães em uma comunidade de baixa renda. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 4, out. 1999. Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691999000400012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 23 fev. 2011.

MARTINS, Cleusa Alves; SIQUEIRA, Karina Machado; TYRRELL, Maria Antonieta Rubio; BARBOSA, Maria Alves; CARVALHO, Sílvia Maria Soares; SANTOS, Luzinéia Vieira dos. Dinâmica familiar em situação de nascimento e puerpério. **Rev. Eletr. Enf.** 2008;10(4):1015-1025. Disponível em

http://repositorio.bc.ufg.br/bitstream/123456789/69/1/dina_familiar_v10n4a13.pdf. Acesso em 17 Dez 2012.

MARTINS, Tarcísio José. **Quilombo do Campo Grande - A História de Minas que se Devolve ao povo**. Contagem-MG: Editora Santa Clara, 2008.

MATSUKURA, Thelma S.; MARTURANO, Edna M.; OISHI, Jorge. O questionário de suporte social (SSQ): estudos da adaptação para o português. **Rev Latinoam Enfermagem**. 2002;10(5): 675-81. Disponível em

<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/viewFile/1704/1749>. Acesso 08 Mai 2013.

MATTOS, Carmen Lúcia Guimarães. **A abordagem etnográfica na investigação científica**. Disponível em

<http://www.ines.org.br/paginas/revista/A%20bordag%20 etnogr para%20Monica.htm>. Acesso em 11.05.09.

MELO, Enirtes Caetano Prates; CUNHA, Fatima Teresinha Scarparo. **Fundamentos de Saúde**. 2 ed. 11ª reimpressão. Rio de Janeiro: SENAC, 2004. 108 p.

MEIHY, José Carlos Sebe Bom. **Manual de história oral**. São Paulo: Loyola, 2005.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. Atenção à Saúde da Criança. Maria Regina Viana et al. Belo Horizonte: SAS/DNAS, 2004. 224p. Disponível em <http://www.saude.mg.gov.br/publicacoes/linha-guia/linhasguia/Atencao%20a%20Saude%20da%20Crianca.pdf>. Acesso em 01.10.10

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 13. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 1999.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2006.

MONTICELLI, Marisa et al . Aplicações da Teoria Transcultural na prática da enfermagem a partir de dissertações de mestrado. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 2, jun. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 11 mar. 2012.

MONTICELLI, Marisa; ELSÉN, Ingrid. A cultura como obstáculo: percepções da enfermagem no cuidado às famílias em alojamento conjunto. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 1, mar. 2006 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000100003&lng=pt&nrm=iso> Acesso 12 Set 2012.

MORAES, Roque. Análise de conteúdo. **Revista Educação**, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999. Disponível em <http://cliente.argo.com.br/~mgos/analise de conteudo moraes.html>. Acesso em 26 Set. 2012.

MORAIS, Aisiane Cedraz. **O cuidado à criança prematura no domicílio**. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Salvador: UFBA, 2008.

MORAIS, Aisiane Cedraz; QUIRINO, Marinalva Dias. Prática de Imunização da Criança Prematura. **Cienc Cuid Saude** 2010 Abr/Jun; 9(2):350-357. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/8599/6086>. Acesso em 13 Abr 2013.

MORAIS, Aisiane Cedraz; QUIRINO, Marinalva Dias; ALMEIDA, Mariza Silva. O cuidado da criança prematura no domicílio. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 22, n. 1, fev. 2009 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 20 Nov 2012.

MORAIS, Aisiane Cedraz; QUIRINO, Marinalva Dias; LAURA, Climene Laura. Suporte social para cuidar da criança prematura após a alta hospitalar. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet].

2012 jul/sep;14(3):654-62. Disponível em
<http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n3/v14n3a23.htm>. Acesso em 20 Nov. 2012.

MOREIRA, Thiago Pelúcio; NATIONS, Marilyn Kay e ALVES, Maria do Socorro Costa Feitosa. Dentes da desigualdade: marcas bucais da experiência vivida na pobreza pela comunidade do Dendê, Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2007, vol.23, n.6, pp. 1383-1392 . Disponível em
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2007000600013&lng=pt&nrm=iso. Acesso 16 Dez 2012.

MOREIRA-ALMEIDA, Alexander; LOTUFO NETO, Francisco; KOENIG, Harold G. Religiousness and mental health: a review. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 28, n. 3, set. 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462006000300018&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 11 dez. 2012.

MOREIRA-ALMEIDA, Alexander; STROPPA, André. Religiosidade e Saúde. In: SALGADO, Mauro Ivan, Freire, Gilson (organizadores). **Saúde e Espiritualidade: uma nova visão da medicina**. Belo Horizonte: Inede, 2008. Capítulo 20, pg. 427-443.

MOURA, Maria Aparecida Vasconcelos; CHAMILCO, Rosilda Alves da Silva Isla; SILVA, Leila Rangel da. A teoria transcultural e sua aplicação em algumas pesquisas de enfermagem: uma reflexão. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, dez. 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452005000300012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 12 mar 2012.

MUSSI, Fernanda Carneiro. Cuidados com os Dentes. In: SCHMITZ, Edilza Maria (Coordenadora). **A enfermagem em Pediatria e Puericultura**. São Paulo: Editora Atheneu, 2005, p. 65-85.

NASCIMENTO, Maria Angela Alves do. **As Práticas Populares de Cura no povoado da Matinha dos Pretos- BA: eliminar, reduzir ou convalidar?** Tese de Doutorado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto: USP, 1997.

NATIONS, Marilyn K; CALVASINA, Paola Gondim; MARTIN, Michele N.; DIAS, Hilma Fontenele. Cultural significance of primary teeth for caregivers in Northeast Brazil. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2008, vol.24, n.4, pp. 800-808. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000400010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso 15 Nov 2009.

NORTON, Rocksane de Carvalho; WEFFORT, Virginia Resende Silva; DANTAS FILHO, Severino; FISBERG, Mauro. Alimentação do Lactente à Adolescência. In: LOPEZ, Fabio Ancona; CAMPOS JUNIOR, Dioclécio. **Tratado de Pediatria**. Sociedade Brasileira de Pediatria. Barueri, São Paulo: Manole, 2007, Capítulo 2, p. 1473-1484.

OLIVEIRA, Aline Teles Soares Alencar; MOREIRA, Camila Teixeira; MACHADO, Caroline Antero; VASCONCELOS NETO, José Ananias; MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa. Crendices e práticas populares: influência na assistência de enfermagem prestada à criança no programa de saúde da família. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, 19 (1): 11-18, 2006. Disponível em

<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/html/408/40819104/40819104.html>. Acesso em 23 Set 2010.

OLIVEIRA, Edilson Almeida; BERTOLDI, Andréa Dâmaso; DOMINGUES, Marlos Rodrigues; SANTOS, Iná Silva; BARROS, Aluísio J. D. Uso de medicamentos do nascimento aos dois anos: Coorte de Nascimentos de Pelotas, RS, 2004. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 4, ago. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000400002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 22 Abr. 2013.

OLIVEIRA, Fátima. **Saúde da População Negra: Brasil ano 2001**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.

OLIVEIRA, G.C. **Psicomotricidade: Educação e Reeducação num enfoque psicopedagógico**. 7º Ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

OLIVEIRA, Georgeta; NETO, Teresa; DIAS, Carmelinda; OLIVEIRA, Carmen; AGUIAR, Ana Paula; RODRIGUES, Cidrais; SANTOS, Lopes; MELO, Alda. Uso e Abuso dos Nebulizadores em Casa. **Acta Pediatr Port**. 2005, vol 36, n 6, p.290-296. Disponível em http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/44/20130212111852_artigo_original_290.pdf. Acesso em 28 Abr 2013.

OLIVEIRA, Maíra Ribeiro. **Nascimento de filhos: rede social de apoio e envolvimento de pais e avós**. Dissertação (mestrado). Instituto de Psicologia/Universidade de Brasília. Brasília: 2007, 147 p.

OSÓRIO, Cácia Mônica; QUEIROZ, Ana Beatriz Azevedo. Representações sociais de mulheres sobre a amamentação: teste de associação livre de ideias acerca da interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v. 11, n. 2, p. 261-267, 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n2/v11n2a12.pdf>. Acesso em 10 Mar 2013.

PASSOS, Flávio José dos. **Quilombolas e a reflexão sobre ações afirmativas na UESB**. In: **Ações afirmativas na UESB**. Jequié, 2007. Disponível em www.mocambos.net/textos/Quilombolas.pdf/at_download/file Acesso em 12 Set. 2010.

PAULA E SILVA, Francisco Wanderley Garcia; SANTOS, Bianca Mota; STUANI, Adriana Sasso; MELLARA, Talitha de Siqueira; QUEIROZ, Alexandra Mussolino. Erupção Dental: Sintomatologia e Tratamento. **Pediatria (São Paulo)** 2008; 30(4): 243-248. Disponível em <http://www.pediatriasaopaulo.usp.br/upload/pdf/1271.pdf>. Acesso em 12 Dez 2012.

PAULILO, Maria Angela Silveira. A pesquisa qualitativa e a história de vida. **Serviço Social em Revista**. Londrina, v. 2, n.1, Jul/Dez 1999. Disponível em http://www.ssrevista.uel.br/c_v2n1_pesquisa.htm. Acesso em 02 Nov 2010.

PEDRO, Karina Santo; MARCON, Sonia silva. Perfil e vivência dos cuidadores informais de doentes crônicos assistidos pelo NEPAAF - Núcleo de estudos, pesquisa, assistência e apoio à família. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Vol 6, No 0. Paraná: Universidade Estadual de Maringá, 2007. Disponível em

<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/vie%20w/653/153>. Acesso 10 Mai 2013.

PEDRO, Iara Cristina da Silva; ROCHA, Semiramis Melani Melo; NASCIMENTO, Lucila Castanheira. Apoio e rede social em enfermagem familiar: revendo conceitos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 2, Apr. 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000200024&lng=en&nrm=iso>. Acesso 08 Mai 2013.

PEDROSO, Glauro Cesar; SILVA, Edina Mariko Koga. Aleitamento Materno. In: MORAIS, Mauro Batista; CAMPOS, Sandra de Oliveira; SILVESTRINI, Wagner Sérgio. **Pediatria. Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar**. UNIFESP/Escola Paulista de Medicina. Barueri, SP: Manole, 2005.

PELEGRIN, Rosiléia Carolina Prearo. **O cuidado com Alimentação de Crianças menores de um ano na perspectiva materna**. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. São Paulo: USP, 2008, 167 p.

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Atlas Racial Brasileiro**. Brasília, DF, 2005.

PUCCINI, Rosana Fiorini; STRUFALDI, Maria Wany Louzada. Crescimento. In: MORAIS, Mauro Batista; CAMPOS, Sandra de Oliveira; SILVESTRINI, Wagner Sérgio (Organizadores). **Pediatria. Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar**. UNIFESP/ Escola Paulista de Medicina. Barueri, São Paulo: Manole, 2005, Capítulo 05, pg. 27-34.

QUEIROZ, Norma Lucia Neris de; MACIEL, Diva Albuquerque; BRANCO, Angela Uchôa. Brincadeira e desenvolvimento infantil: um olhar sociocultural construtivista. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 34, ago. 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2006000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso 25 maio 2013.

REA, Marina Ferreira. Amamentação e Cor da Pele. **BIS - Boletim do Instituto de Saúde**. Raça, Etnia e Saúde. São Paulo, n. 31 – Dezembro, 2003, p. 15. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/grupo-tecnico-de-aco-es-estrategicas-gtae/saude-da-populacao-negra/livros-e-revistas/bis_raca_etnia_e_saude_n_31.pdf. Acesso em 12 Abr 2013.

RAPAPORT, Andrea; PICCININI, Cesar Augusto. Apoio Social e Experiência da Maternidade. **Rev Bras Crescimento Desenvol Hum**. 2006;16(1):85-96. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822006000100009&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em 04 Mai 2013.

REIMAO, Rubens et al. Sleep characteristics in children in the isolated rural African-Brazilian descendant community of Furnas do Dionísio, State of Mato Grosso do Sul, Brazil. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo, v. 57, n. 3, set. 1999. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X1999000400003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 04 out. 2011.

RESEGUE, Rosa; COLLUCCI, Anete. Desenvolvimento. In: MORAIS, Mauro Batista; CAMPOS, Sandra de Oliveira; SILVESTRINI, Wagner Sérgio (Organizadores). **Pediatria**. Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar. UNIFESP/ Escola Paulista de Medicina. Barueri, São Paulo: Manole, 2005, Capítulo 06, pg. 35-40.

REMOR, Camila Bitencourt; PEDRO, Vanessa Longuá; OJEDA, Beatriz Sebben and GERHARDT, Luiza Maria. Percepções e conhecimentos das mães em relação às práticas de higiene de seus filhos. **Esc. Anna Nery** [online]. 2009, vol.13, n.4, pp. 786-792 . Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452009000400014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 06 Dez 2012.

RIGO, Karina; NEVES, Camila Souza. Alimentação da Puérpera: Crenças, Mitos e Verdades. **Seminário Científico do Curso de Nutrição [on line]**, n 01, 2009. Disponível em <http://www.uniamerica.br/site/revista/index.php/secnutri/article/view/84>. Acesso em 12 Abr 2013.

RIO DE JANEIRO. **Medicina Popular**. Instituto Estadual do Patrimônio Cultural. Projeto de Digitalização do Acervo da Divisão de Folclore desenvolvido pelo Departamento de Apoio a Projetos de Preservação Cultural. Rio de Janeiro, 2005.

ROEHRS, Hellen; LENARDT, Maria Helena; MAFTUM, Mariluci Alves. Práticas culturais familiares e o uso de drogas psicoativas pelos adolescentes: reflexão teórica. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, June 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452008000200024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 01 Out. 2010.

ROCHA, Najara Barbosa; GARBIN, Artênio José Ispere; GARBIN, Cléa Adas Saliba e MOIMAZ, Suzely Adas Saliba. O ato de amamentar: um estudo qualitativo. **Physis** [online]. 2010, vol.20, n.4, pp. 1293-1305. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000400012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 16 Jan 2013.

ROSSI, Vilma Elenice Contatto. **Suporte Social familiar no cuidado de pessoas adultas com diabetes mellitus tipo 2** [Tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo/USP; 2005. 146 p. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/83/83131/tde-21092005-094720/pt-br.php>. Acesso em 20 Nov. 2012.

ROTENBERG, Sheila; DE VARGAS, Sonia. Práticas alimentares e o cuidado da saúde: da alimentação da criança à alimentação da família. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 4, n. 1, mar. 2004 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292004000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acessos 12 Abr. 2012.

SALVADOR. Prefeitura Municipal de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. Assessoria de Promoção da Equidade Racial em Saúde. **Religiões de Matriz Africana e Saúde**. Cartilha Quilombola nº 2. Salvador, 2008.

SANTOS, Claudia. **A história de vida de gestantes de alto risco na perspectiva da teoria transcultural de enfermagem de Madeleine Leininger**. Tese (Doutorado) – UFRJ/ Escola de Enfermagem Anna Nery. Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2003, 157 p.

SANTOS, Denilson Lessa. **NAS ENCRUZILHADAS DA CURA: Crenças, saberes e diferentes práticas curativas Santo Antônio de Jesus – Recôncavo Sul – Bahia (1940-1980)**. Dissertação (mestrado)- UFBA/ Faculdade de Filosofia de Ciências Humanas da UFBA. Salvador: UFBA, 2005, 231 p.

SANTOS, Alexandra; DOULA, Sheila Maria. **Políticas públicas e quilombolas: questões para debate e desafios à prática extensionista**. Revista Extensão Rural, DEAER/PGEExR – CCR – UFSM, Ano XV, nº 16, Jul – Dez de 2008.

SANTOS, Djanilson Barbosa; BARRETO, Mauricio Lima; COELHO, Helena Lutescia Luna. Utilização de medicamentos e fatores associados entre crianças residentes em áreas pobres. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 5, out. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000500005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 24 Abr. 2013.

_____. Estudos de Utilização de Medicamentos em Crianças na Cidade de Salvador: Análise de Fatores Determinantes. Tese de Doutorado. Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Salvador: UFBA, 2008. Disponível em http://www.bibliotecadigital.ufba.br/tde_arquivos/8/TDE-2008-12-11T073228Z-860/Publico/Djanilson%20B%20Santos.pdf. Acesso 22 Abr 2013.

SÃO FRANCISCO DO CONDE. **Diagnóstico municipal**. Prefeitura Municipal de São Francisco do Conde, 2008.

SÃO FRANCISCO DO CONDE. Secretaria de Assistência a Saúde. Sistema de Informação de Atenção Básica. **Série Histórica das Informações de Saúde de 2010**. Prefeitura Municipal de São Francisco do Conde, 2010a.

SÃO FRANCISCO DO CONDE. Secretaria de Assistência a Saúde. Sistema de Informação de Atenção Básica. **Consolidado das Famílias Cadastradas no Ano de 2010**. Prefeitura Municipal de São Francisco do Conde, 2010b.

SCARANO, Julita. Criança esquecida de Minas Gerais. DEL PRIORE, Mary (organizadora). **História das Crianças no Brasil**. 4 ed. São Paulo: Contexto, 2004, p. 107-136.

SCHAURICH, Diego; COELHO, Débora Fernandes; MOTTA, Maria da Graça Corso. A cronicidade no processo saúde-doença: repensando a epidemia da AIDS após os anti-retrovirais. **R Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, 2006 jul/set; 14(3):455-62. Disponível em <http://www.facenf.uerj.br/v14n3/v14n3a19.pdf>. Acesso 02 Nov 2012.

SCHMITZ, Edilza Maria (Coordenadora). **A enfermagem em Pediatria e Puericultura**. São Paulo: Editora Atheneu, 2005.

SILVA, Iolanda Flores. Exposição ao Sol na Primeira Infância. In: SCHMITZ, Edilza Maria (Coordenadora). **A enfermagem em Pediatria e Puericultura**. São Paulo: Editora Atheneu, 2005, p. 109-115.

SILVA, Jovânia Marques de Oliveira. **Significado da gravidez para adolescente quilombola: um olhar etnográfico da enfermagem.** Tese de Doutorado. Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Salvador: EE/UFBA, 2012.

SILVA, José Antonio Novaes da. Condições sanitárias e de saúde em Caiana dos Crioulos, uma comunidade Quilombola do Estado da Paraíba. **Saude soc.**, São Paulo, v. 16, n. 2, ago. 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902007000200011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 04 out. 2011.

SILVA, Valdir Pierote; BARROS, Denise Dias. Método história oral de vida: contribuições para a pesquisa qualitativa em terapia ocupacional. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 21, n. 1, p. 68-73, jan./abr. 2010. Disponível em <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/rto/v21n1/10.pdf>. Acesso em 20 Out 2011.

SILVA, Denise Oliveira; GUERRERO, Ana Felisa Hurtado; GUERRERO, Camilo Hurtado e TOLEDO, Luciano Medeiros de. A rede de causalidade da insegurança alimentar e nutricional de comunidades quilombolas com a construção da rodovia BR-163, Pará, Brasil. **Rev. Nutr.** [online]. 2008, vol.21, suppl., p. 83s-87s. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732008000700008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 06 jun. 2009.

SILVA, PL; SANTOS, Denise Castilho Cabrera; GONCALVES, VMG. Influência de práticas maternas no desenvolvimento motor de lactentes do 6º ao 12º meses de vida. **Rev. bras. fisioter.**, São Carlos, v. 10, n. 2, 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552006000200014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 01 Out. 2010.

SILVA, Leila Rangel; CHRISTOFFEL, Marialda Moreira; CASTRO, S. Jerônimo; RIBEIRO, F. Prática do cuidado prestado pelas mulheres aos filhos no domicílio. **Enfermería Global**. nº 10, Mayo, 2007. Disponível em: revistas.um.es/eglobal/article/download/207/244. Acesso 08 Mai 2013.

SILVA, Maíra Domingues Bernardes; SILVA, Leila Rangel; SANTOS, Inês Maria Meneses dos. O cuidado materno no manejo da asma infantil contribuição da enfermagem transcultural. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, dez. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452009000400012&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 01 Out. 2010.

SILVA, YF. Família e redes sociais: o uso das práticas populares no processo saúde e doença. In: SILVA, YF; FROENÇO, MC. Saúde e doença: uma abordagem cultural da enfermagem. Florianópolis: PapaLivro; 1996. p.75-93.

SIMIONI, Angelita dos Santos; GEIB, Lorena Teresinha Consalter. Percepção materna quanto ao apoio social recebido no cuidado às crianças prematuras no domicílio. **Rev Bras Enferm**, Brasília 2008 set-out; 61(5): 645-51. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000500003. Acesso 02 Mai 2013.

SOUSA, Leilane Barbosa; BARROSO, Maria Grasiela Teixeira. Pesquisa etnográfica: evolução e contribuição para a enfermagem. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, mar. 2008. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452008000100023&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 01 nov. 2010.

SOUZA, Marcus Antônio; MELO, Márcia Borges; SILVEIRA JÚNIOR, Raul Soares; BARBOSA, Maria Alves; SIQUEIRA, Karina Machado; MARTINS, Cleusa Alves; SOUZA, Márcia Maria; BRASIL, Virginia Visconde. Práticas populares adotadas nos cuidados em saúde da criança. **R Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, 2006 out/dez; 14(4): 512-7. Disponível em <http://www.facenf.uerj.br/v14n4/v14n4a04.pdf>. Acesso em 01 Out 2010.

SOUZA, Mariana Fernandes. Abordagens do Cuidado na Enfermagem. **Acta Paul. Enferm**; v 13 (Número Especial, Parte I): 98-106, 2000. Disponível em <http://www.unifesp.br/denf/acta/sum.php?volume=13&numero=esp1>. Acesso em 29 Out 2010.

SPINDOLA, Thelma; SANTOS, Rosângela da Silva. Trabalhando com a história de vida: percalços de uma pesquisa(dora?). **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 37, n. 2, jun. 2003. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342003000200014&lng=pt&nrm=iso. Acesso 12 Mar 2013.

STEFANE, Joelle Marie Jacqueline. Sono na Infância. In: SCHMITZ, Edilza Maria (Coordenadora). **A enfermagem em Pediatria e Puericultura**. São Paulo: Editora Atheneu, 2005, p. 103-108.

STEFANELLO, Juliana. **Representação social de mulheres/mães sobre as práticas alimentares de crianças menores de um ano**. 2008. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-25032008-165955/>. Acesso em 03 Dez 2012.

SUKIENNIK, Ricardo; HALPERN, Ricardo; MANICA, João Luiz Langer; PLENTZ, Fernanda Duarte; BERGAMIN, Graziela; LOSS, Letícia; AYRESS, Márcio Vinicius; DALPHIANE, Kátia Pereira. Antitérmicos na emergência pediátrica: estamos usando a dosagem adequada? **Pediatria (São Paulo)**. 2006; 28: 175-183. Disponível em <http://pediatriasaopaulo.usp.br/upload/pdf/1176.pdf>. Acesso 28 Abr 2013.

TENENBOJM, Eduardina; ROSSINI, Sueli; ESTIVILL, Eduard; SEGARRA, Francisco; REIMÃO, Rubens. Causas de insônia nos primeiros anos de vida e repercussão nas mães: atualização. **Rev. paul. pediatr.**, São Paulo, v. 28, n. 2, jun. 2010. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822010000200015&lng=pt&nrm=iso. Acesso 25 maio 2013.

TERRA, Dayse Lúcia Henrique; OKASAKI, Egle de Lourdes Fontes Jardim. Compreensão de puérperas primíparas sobre os cuidados domiciliares com o recém-nascido. **Rev Enferm UNISA** 2006; 7: 15-20. Disponível em <http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2006-03.pdf>. Acesso em 26 Dez 2012.

THEOTONIO, Andrea Carla Rodrigues. **Práticas de rezas: oralidade e cultura no cotidiano das Rezadeiras**. Monografia. Curso de especialização História do Cotidiano, UEPB – CAMPUS III, Guarabira, 2006. Disponível em http://www.anpuhpb.org/anais_xiii_eeph/textos/ST%2011%20-%20Andrea%20Carla%20Rodrigues%20Theotonio%20TC.PDF. Acesso 12 Dez 2012.

THOMAN, Evelyn B. O sono e seu impacto sobre o desenvolvimento psicossocial da criança. **Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância**. Disponível em <http://www.encyclopedia-crianca.com/Pages/PDF/ThomanPRTxp1.pdf>. Acesso 08 Mai 2013.

TREHASKIN. Igefarma Laboratórios S.A. **Bulário de Medicamentos**. Hixizine Xarope (bula). Atualizado em 2011. Disponível em <http://www.bulas.med.br/bula/63762/hixizine+xarope.htm>. Acesso 04 Mai 2013.

TOMA, Tereza Setsuko. Método Mãe Canguru: o papel dos serviços de saúde e das redes familiares no sucesso do programa. **Caderno de Saúde Pública**, 19 (Sup. 2). Rio de Janeiro, 233-242, 2003.

TOMELERI, Keli Regiane; MARCON, Sonia Silva. Práticas populares de mães adolescentes no cuidado aos filhos. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 22, n. 3, jun. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000300006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 18 dez. 2012.

TOURINHO, Francis S. V.; BUCARETCHI, Fábio; STEPHAN, Celso; CORDEIRO, Ricardo. Home medicine chests and their relationship with self-medication in children and adolescents. **J. Pediatr.** (Rio J.), Porto Alegre, v. 84, n. 5, Oct. 2008, 416-422. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572008000600007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 24 Apr. 2013.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

TURATO, Egberto Ribeiro. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, jun. 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000300025&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 10 set. 2011.

UNICEF. United Nations Children's Fund. **Situação Mundial da Infância 2012: Crianças em um Mundo Urbano**. New York, USA, 2012. Disponível em http://www.unicef.pt/18/Relatorio_SituacaoInfancia2012.pdf. Acesso em 28 Mar 2013.

VASCONCELOS, Eliane Nóbrega; SILVEIRA, Maria de Fátima Araújo da; EULALIO, Maria do Carmo; MEDEIROS, Paula Frassinetti Vasconcelos. A normatização do cuidar da criança menor de um ano: estudo dos significados atribuídos pelos profissionais do Programa Saúde da Família (PSF). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, ago. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000400028&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 01 nov. 2010.

VAUCHER, Ana Luisa Issler; DURMAN, Solânia. Amamentação: crenças e mitos. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 07, n. 02, p. 207 - 214, 2005. Disponível em <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>. Acesso 13 Mar 2013.

VIEIRA, Lúcio José; OLIVEIRA, Maria Helena Pessini de; LEFEVRE, Fernando. O uso da expressão "mal-de-sete-dias" por mães de crianças que morreram de tétano neonatal em Minas Gerais (1997-2002). **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 1, mar. 2006. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000100006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 05 dez. 2012.

VOLOCHKO, Anna; BATISTA, Luis Eduardo. **Saúde nos Quilombos**. São Paulo: Instituto de Saúde – SESSP, São Paulo: GTAE – SESSP, 2009. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/temas-saude-coletiva/pdfs/temas09.pdf>. Acesso em 20 Mar 2012.

ZANATTA, Elisangela Argenta; MOTTA, Maria das Graças Corso. Saberes e práticas de mães no cuidado à criança de zero a seis meses. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS) 2007 dez; 28(4): 556-63. Disponível em <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/3152/1725>. Acesso em 15 Nov 2009.

ZANATTA, Elisangela Argenta. **Saberes e práticas das mães no cuidado à criança de zero a seis meses de vida**. Dissertação de Mestrado em Enfermagem. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2006. 163 f.

WAIMAN, Maria Angélica Pagliarini; ROCHA, Aline Franco; PÁSCHOA, Ana Rita Zambon de; RADOVANOVIC, Cremilde Aparecida Trindade. Experiencing problems of the health in family: the implementation of the theoretical-methodological proposal of care. **Online Brazilian Journal of Nursing**, North America, 6, jan. 2007. Disponível em <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/648/151>. Acesso em 15 Nov 2009.

WALDOW, Vera Regina. **Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2006.

WINNICOTT, Donald W. **Os bebês e suas mães**, 3º edição. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

WOORTMANN, Klaas. Quente, frio e reimoso: alimentos, corpo humano e pessoas. **Caderno Espaço Feminino**, v.19, n.01, Jan./Jul. 2008. Disponível em <http://www.seer.ufu.br/index.php/neguem/article/view/2102>. Acesso 18 Abr 2013.

APENDICES



APÊNDICE A- ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Roteiro da Observação

A observação participante utilizada nesta pesquisa com o intuito de observar os cuidados de saúde à criança de 0 a 1 ano no domicílio, atentar-se-á para os seguintes aspectos:

- Espaço domiciliar;
- Práticas culturais, religiosas no núcleo familiar
- Relação do cuidador com a criança;
- Cuidados prestados durante a visita do pesquisador;
- Participação da família como auxiliadora do cuidador;
- Práticas populares de cuidados à criança.
- Interferências de pessoas da comunidade neste cuidado (benzedeiros, curador, mãe-de-santo ou profissionais de saúde).



APÊNDICE B

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA ESCOLA DE ENFERMAGEM PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ROTEIRO DE DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS E ENTREVISTA

ROTEIRO DE DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

Entrevistada _____

Idade _____

Religião _____ Estado Civil _____

Cor _____

Escolaridade _____ Naturalidade _____

Profissão _____ Ocupação _____

Renda Familiar _____ Número de filhos _____

Idade do filho mais novo _____

Número de moradores no domicílio _____

Com quem mora _____

Questões norteadoras:

Fale como a senhora cuida do(a) seu (sua) filho(a) no dia-a-dia desde que nasceu.

Como a senhora cuida do(a) seu (sua) filho(a) para que não fique doente?

Como a senhora faz para manter a saúde do(a) seu (sua) filho(a)?



APÊNDICE C-ORIENTAÇÃO AOS COLABORADORES

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ORIENTAÇÃO AOS COLABORADORES

TÍTULO DO PROJETO: “ O CUIDADO ÀS CRIANÇAS QUILOMBOLAS DE 0 A 1 ANO NO DOMICÍLIO: PERSPECTIVA DA TEORIA TRANSCULTURAL DE ENFERMAGEM”

Você está sendo convidada a participar de uma pesquisa cujo objeto de estudo é “Cuidado de crianças de 0 a 1 ano em comunidades quilombolas num perspectiva da Teoria Transcultural de Enfermagem”. O Objetivo geral do estudo é Analisar o cuidado domiciliar prestado à criança de 0 a 1 ano na comunidade quilombola do Monte Recôncavo em São Francisco do Conde-BA na perspectiva da Teoria Transcultural do Cuidado de Leininger, tendo como objetivos específicos Descrever os cuidados domiciliares prestados à criança de 0 a 1 ano na comunidade quilombola; Apreender o significado de saúde e doença para cuidadores de crianças de 0 a 1 ano em comunidade quilombola; Identificar as práticas populares presentes no cuidado domiciliar de crianças de 0 a 1 ano; e Analisar a rede de suporte social das famílias para cuidar de crianças pequenas no domicílio. Trata-se de um projeto de pesquisa desenvolvido no Programa de Doutorado da Escola de Enfermagem Universidade Federal da Bahia pela Doutoranda Aisiane Cedraz Morais, tendo como orientadora Doutora Climene Laura de Camargo.

A coleta de dados se dará através de uma entrevista gravada e observação direta, auxiliada por uma questão norteadora e outras questões poderão ser feitas para melhor entendimento de respostas anteriores. Ainda, serão colhidos alguns dados sócio-demográficos para conhecer cada pessoa entrevistada.

Os resultados dessa pesquisa serão divulgados através da tese, artigos enviados para periódicos e eventos científicos, nos quais garantiremos o anonimato com uso de pseudônimos. Informamos que para garantir sua privacidade, a entrevista será realizada no local da sua casa que achar mais apropriado, e esta será guardada por nós pesquisadoras durante cinco anos e solicito autorização para decidir sobre o destino delas depois deste tempo. Serão mantidos o respeito e o anonimato da sua identidade, não havendo qualquer associação entre os dados obtidos e o seu nome. Os benefícios desta pesquisa estão na

possibilidade de reconhecer como as crianças são cuidadas cotidianamente e como os profissionais de saúde podem interferir e aprender com este processo. Este estudo norteará a prática de profissionais que atuam nestas comunidades quilombolas e servirá como apoio para (re)estruturação de ações dos órgãos públicos que atuam naquelas e para a própria população sobre como utilizar as práticas populares de saúde no cuidado às crianças sempre de maneira positiva.

Esta pesquisa poderá causar riscos de constrangimentos durante a entrevista por abordar o cuidado desenvolvido com a criança desde o seu nascimento. Assim, você tem total liberdade para não participar ou deixar de responder as perguntas que lhe causem algum desconforto, ou mesmo pode desistir de participar da pesquisa em qualquer fase desta, sem penalização alguma e sem nenhum prejuízo, mesmo tendo acordado anteriormente. Nós pesquisadoras esclarecemos que não haverá ônus para os participantes da pesquisa e nos responsabilizamos por qualquer tipo de dano previsto ou não, neste termo de consentimento, prestando-lhe assistência integral, e/ou indenização caso seja necessário.

Caso concorde em participar convidado você a assinar esse termo, sendo que uma cópia ficará em suas mãos e outra com a pesquisadora. Estaremos à sua disposição para esclarecer qualquer tipo de dúvida sobre a pesquisa a qualquer momento que deseje. Este projeto e Termo de consentimento Livre e Esclarecido serão apreciados pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da UFBA, caso sinta alguma dúvida sobre o mesmo poderá entrar em contato com o CEP pelo telefone 3283.7615. End.: Rua Augusto Viana, S/NBairro Canela CEP.: 40 110 060 – Salvador-Ba.

São Francisco do Conde, ____/____/2011.

Aisiane Cedraz Morais
Pesquisador Responsável/EEUFBA

Climene Laura de Camargo
Orientadora

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Sinto-me suficientemente esclarecido(a) com as orientações fornecidas pela doutoranda Aisiane Cedraz Moraes. Entendi que serei entrevistada e a entrevista será gravada, e observada dentro do meu contexto familiar, que poderei me recusar a participar a qualquer momento da pesquisa. Não terei despesas com o projeto. Terei minha identidade e da minha família preservadas. Existe a possibilidade (risco) de constrangimento com as perguntas; mas, caso me sinta constrangida poderei interromper a entrevista sem ônus para mim. Ainda, poderei receber informações a qualquer tempo que achar necessário. Compreendi que os resultados desta pesquisa poderão ser divulgados em tese, congressos e em revistas científicas.

Ficou claro para mim que este projeto passou por um Comitê de Ética em Pesquisa. Diante destas considerações registro o meu de acordo.

Colaborador

ANEXOS

ANEXO A
LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA DE SÃO FRANCISCO DO CONDE



Fonte: <http://peroladoreconcavo.blogspot.com.br/2012/06/nossa-historia-comeca-com-invasao-do.html>. Acesso em 20 Out 2010.

ANEXO B
CERTIDÃO DE AUTO-RECONHECIMENTO DO DISTRITO DE MONTE
RECÔNCAVO COMO COMUNIDADE REMANESCENTE DE QUILOMBO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA CULTURA
FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES
Criada pela Lei n. 7.668 de 22 de agosto de 1988

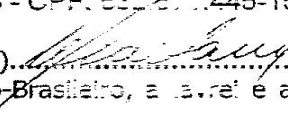
Diretoria de Proteção ao Patrimônio Afro-Brasileiro

CERTIDÃO DE AUTO-RECONHECIMENTO

O Presidente da **Fundação Cultural Palmares**, no uso de suas atribuições legais conferidas pelo art. 1º da Lei n. 7.668 de 22 de Agosto de 1988, art. 2º, §§ 1º e 2º, art. 3º, § 4º do Decreto n. 4.887 de 20 de novembro de 2003, que regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos de que trata o art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias e artigo 216, I a V, §§ 1º e 5º da Constituição Federal de 1988, **CERTIFICA** que a **Comunidade do Monte Recôncavo**, localizada no município de São Francisco do Conde, Estado da Bahia, registrada no Livro de Cadastro Geral n. 09, Registro n. 908, fl. 22, nos termos do Decreto supramencionado e da Portaria Interna da FCP n. 06, de 01 de março de 2004, publicada no Diário Oficial da União n. 43, de 04 de março de 2004, Seção 1, f. 07, **É REMANESCENTE DAS COMUNIDADES DOS QUILOMBOS.**

Declarante(s):

FELIX RAMOS - CPF: 092.054.625-00
 CLAUDIMIRO RAMOS - CPF: 088.354.895-04
 JANDIRA RAMOS ALVES - CPF: 137.298.885-87
 GRIGORIO CELESTINO - CPF: 079.362.145-34
 MARIA AUGUSTA MARTINS DOS SANTOS - CPF: 892.871.445-15


Eu, Miriam Caetana de Souza Ferreira (Ass.) , Diretora-Substituta da Diretoria de Proteção do Patrimônio Afro-Brasileiro, a lavrei e a extraí. Brasília/DF, 27 de fevereiro de 2007.

O referido é verdade e dou fé


Maria Bernadete Lopes da Silva
Presidenta-Substituta

SBN Quadra 02 – Ed. Central Brasília – CEP: 70040-904 – Brasília – DF - Brasil
 Fone: (0 XX 61) 3424-0106(0 XX 61) 3424-0137 – Fax: (0 XX 61) 3326-0242
 E-mail: chefiadegabinete@palmares.gov.br http://www.palmares.gov.br

"A Felicidade do negro é uma felicidade guerreira" (Wally Salomão)

Comarca de São Francisco do Conde - BA Certifico que a presente cópia está de acordo com a original que me foi apresentada Dou fé Mataripe.  Maura Calmon Costa - Tabeliã

ANEXO C
PARECER DE APROVAÇÃO DO CEP/EEUFBA DA PESQUISA

“FATORES DE VULNERABILIDADE NA SAÚDE DAS CRIANÇAS E
ADOLESCENTES DE SÃO FRANCISCO DO CONDE”



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CONEP

COMUNICADO

De posse do Parecer consubstanciado emitido por este Plenário em 22.4.2010, e após análise da documentação apresentada pelos pesquisadores no atendimento às recomendações emitidas sobre o Protocolo 04.2010, Folha de Rosto 316.608 o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia tem o prazer de comunicar que o seu projeto de Pesquisa - abaixo nominado, apreciado na Reunião Extraordinária realizada em 13.5.2010, na sala deste CEP, situado no 4º andar da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia foi considerado **APROVADO** pelo Plenário.

Título do Projeto: "Fatores de vulnerabilidade na saúde das crianças e adolescentes de São Francisco do Conde".

Pesquisadoras Responsáveis: Dra Clímene Laura de Camargo

Demais pesquisadores: Normélia Maria Freire Diniz, Aisiane Cedraz Moraes, Nadirlene Pereira Gomes, Jovânia M. de Oliveira, Andrea Broch Siqueira L. Lessa, Eloina Santana Alves, Telma Maria Oliveira.

OBSERVAÇÃO: As autoras devem apresentar Os relatórios parciais a cada 6 (seis) meses e o Relatório Final após a conclusão da pesquisa à Coordenação do CEP em atendimento ao disposto na Resolução 196/96.

Salvador, 30 de maio de 2010.

Perci Santa Rosa

ANEXO D

Quadro 5. Esquema alimentar para crianças menores de dois anos que estão em Aleitamento Materno

De 6 a 7 meses	De 8 a 12 meses	A partir de 12 meses
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aleitamento materno sob livre demanda ▪ 1 papa de frutas no meio da manhã ▪ 1 papa salgada no final da manhã ▪ 1 papa de frutas no meio da tarde 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aleitamento materno sob livre demanda ▪ 1 papa de frutas no meio da manhã ▪ 1 papa salgada no final da manhã ▪ 1 papa de frutas no meio da tarde ▪ 1 papa salgada no final da tarde 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aleitamento materno sob livre demanda ▪ 1 refeição pela manhã (mingau ou leite batido com fruta) ▪ 1 fruta ▪ 1 refeição básica da família no final da manhã ▪ 1 fruta ▪ 1 refeição básica da família no final da tarde

Fonte: BRASIL, 2009.