

SELMA SUELY DE FREITAS MONTEIRO GIRÃO

**O CUIDADO INFORMAL NA SAÚDE/DOENÇA NO
CONTEXTO DA FAMÍLIA**

- Representações sociais de mães e crianças de uma comunidade -

**Dissertação de Mestrado apresentada ao
Departamento de Enfermagem da
Universidade Federal do Ceará para obtenção
do título de Mestre em Enfermagem em Saúde
Comunitária.**

Orientadora: Dra. Zulene Maria de Vasconcelos Varela

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FORTALEZA - CEARÁ
1996**

FC-00002657-9

SAJ-06

UFC	BIBLIOTECA CENTRAL
Nº. 537756	
17 1 03 197	

537756
17/03/97

Trabalho inserido na linha de pesquisa O Cotidiano de Saúde da Família e Redes Sociais de Apoio, do Departamento de Enfermagem do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

A Prof.^ª Dra. TERESA HAGUETTE (in memoriam) por ter me acolhido carinhosamente como sua orientanda, pelo acompanhamento criterioso durante a fase inicial do projeto de dissertação, pelas lições de vida que com ela aprendi durante tão pouco tempo de convívio e por ter me ensinado mesmo na morte, o valor de participar da vida.

AGRADECIMENTOS

- *A Deus, que me deu forças par superar as barreiras existentes ao longo do caminho.*
- *Ao meu esposo Hélio e meu filho Hugo pela renúncia, quando ausente precisei estar de um convívio que gostamos tanto.*
- *Aos meus familiares pelo estímulo e a certeza de vossas presenças em minha vida.*
- *Às mães e crianças que tornaram possível a realização desse trabalho, aceitando participar da amostra, condição essencial a esse estudo.*
- *À profa. Dra. Zulene Maria de Vasconcelos Varela, pela orientação desse trabalho, pelo aprendizado, experiência e amizade.*
- *À amiga Profa. Lígia Barros Costa que ficou de perto incentivando, acreditando, compartilhando e cuja convivência tem sido uma fonte de infinita aprendizagem.*
- *À Profa. Dra. Maria Grasiela Teixeira Barroso pelo exemplo profissional, carinho e amizade, desde a época da graduação.*
- *À Profa. Dra. Glória Maria da Conceição Mesquita pelo incentivo e valiosa participação como suplente na banca examinadora.*
- *À coordenadora do mestrado Profa. Dra. Raimunda Magalhães pelas palavras de incentivo que contribuíram para a realização desse trabalho.*

- *Ao Prof. Dr. André Haguette que tão gentilmente aceitou o convite para compor a minha banca examinadora.*
- *Às minhas professoras do mestrado pelo saber construído durante nossos encontros.*
- *Às colegas de mestrado, com as quais partilhei as horas mais difíceis e também as mais enriquecedoras.*
- *Aos amigos e amigas de trabalho, pelo incentivo, companheirismo e solidariedade.*
- *Ao Srs. Homero Jucá e Mardonier Camurça, pela disponibilidade e empenho na digitação desse trabalho.*
- *Ao Sr Francisco Dodt pela versão do resumo contido no trabalho.*
- *À FUNCAP pelo apoio financeiro concedido.*

SUMÁRIO

Resumo

Abstract

1 - O Objeto de Estudo	13
2 - O Discurso na Literatura	20
2.1 - O processo saúde/doença	20
2.2 - O cuidado na saúde/doença	24
2.3 - A enfermeira de saúde comunitária e os cuidados primários de saúde no contexto da família	26
2.4 - As representações sociais em saúde/doença	28
3 - O Referencial teórico - metodológico	32
3.1 - Teoria das Relações Sociais de Schutz	32
3.2 - Análise categorial temática segundo Bardin	35
4 - Procedimentos Metodológicos	37
5 - Resultados e Análise do Material do Material Coletado nas Entrevistas	42
5.1. Desvelando o mundo do dia-a-dia	43
5.1.1. O perfil das mães e crianças entrevistadas	43
5.1.2. Condições sócio econômicas e sanitária das famílias	43
5.1.3. Trabalho e renda	44
5.1.4. Lazer	47
5.1.5. Convivência em família e na vida comunitária	48
5.1.6. Religiosidade	50
5.1.7. Vida e Morte	51
5.2. Recebendo o significado de saúde/doença e cuidado.	53
5.2.1. Definindo saúde/doença e cuidado	53
5.2.2. Causalidade da doença	57
5.2.3. Ser saudável/enfermo.	58
5.3. Definindo situação com relação ao cuidado na saúde/doença	60
5.3.1. Pensamento / Decisão e Ação	60
5.3.2. O cuidado consigo e com os filhos.	62

5.3.3. Medidas incluídas no cuidado informal na família	64
5.4. Influências recebidas na orientação para o cuidado na saúde/doença no âmbito da família	65
6 - Considerações Finais	66
7 - Referências bibliográficas	68
Anexos	74

RESUMO

A autora se propõe a desvelar o significado que as mães e crianças atribuem à saúde/doença; conhecer a definição de situação das mesmas com relação ao cuidado para a promoção da saúde, proteção contra doenças e reabilitação de doentes; identificar a influência da mãe na formação das representações sociais da criança sobre saúde/doença e cuidado. O estudo foi realizado a partir de uma abordagem qualitativa, tendo como foco central a fala das mães e crianças que vivenciam a experiência de sentir-se saudável, adoecer e cuidar da saúde/doença no cotidiano de suas vidas. Os depoimentos foram obtidos pela pesquisadora no ambiente da escola e nos domicílios, a partir da observação livre, observação participante e entrevista semi-estruturada, no período de maio de 1994 a maio de 1995. As convergências das falas após analisadas possibilitaram a identificação de algumas unidades significativas que poderão fornecer subsídios para nortear o planejamento das ações de promoção da saúde na Unidades do Cuidado de Enfermagem (UCE) do Centro de Desenvolvimento Familiar (CEDEFAM), vinculado à Pró-Reitoria de Extensão - UFC. Como referencial teórico-metodológico foram utilizadas a fenomenologia das relações sociais de SCHUTZ e a análise categorial temática segundo BARDIN. O estudo consta de quatro momentos: 1 - Desvelando o mundo do dia-a-dia; 2 - Percebendo o significado de saúde/doença e cuidado; 3 - Definindo situação com relação ao cuidado na saúde/doença; 4 - Influências recebidas na orientação para o cuidado na saúde/doença no contexto da família. Os achados mostraram que a percepção da mãe sobre saúde/doença e cuidado emerge a partir da sua visão de mundo e das interações sociais estabelecidas com outros. Enquanto que a da criança depende da percepção de pessoas próximas e significativas, tais como a mãe e a professora, sendo a mãe a principal responsável pela formação de hábitos e valores relacionados ao cuidado na

saúde/doença. A criança recebe as orientações dadas pela mãe, absorve essas informações a nível cognitivo, porém na prática ela seleciona o que deve ser seguido, de acordo com os seus próprios interesses. Evidenciaram também que a definição de situação da mãe, relacionada ao cuidado na saúde/doença, sofre influência e determinação de ordem pessoal, interpessoal e situacional.

ABSTRACT

The author intends to reveal the meaning that mothers and children attribute to health/disease and care; and also to get to know the situation of mothers and children in relation to health promoting care, protection against disease and the recovery of sick people; to identify the mother's influence in the formation of the child's social representation in what concerns health/disease and care. The work was developed starting from a qualitative approach having as its main focus the statements from both mothers and children who lived through and experienced the fact of feeling healthy, getting sick and to provide care for health/diseases in the daily routine of their lives. The statements were collected by the researcher in the school environment and in the households, as follows: free observation, participatory observation, and semi-structured interview, in the period ranging from May 1994 to May 1995. The convergence of the statements, once they had been analysed, led to the identification of some significant units which may provide the basis for health promoting actions at the Nursing Care Unit of the Family Development Center which is connected to the Pro-Rectorate for Extension, of the Federal University of Ceara (UFC). As a theoretical and methodological referential use was made of SHUTZ's Phenomenology of Social Relations and Bardin's Categorical and Thematic Analysis. The study consists of four stages: 1 - Unveiling of the daily world; 2 - Perception of the meaning of health/disease and care; 3 - Defining situation with relation to care in health/disease; 4 - Influences received in the guidance for care in health/disease. Within the family context the findings have shown that the mother's perception concerning health/disease and care originates from the mother's view of the world and of the social interactions established with other people. Whereas the child's perception about these depends on the conception of persons who are close and significant to the child such as the teacher and the

mother. The child receives guidance and stores this information at a cognitive level, however in practice the child selects what must be followed in accordance with the child's own interests. The findings have also underscored that the definition of the situation related to care in health/disease suffers the influence of personal, inter-personal and situational determinants.

O OBJETO DE ESTUDO

O presente estudo se inscreve no campo da antropologia em saúde, pertence à categoria processo saúde/doença e aborda o fenômeno do cuidado informal na saúde/doença no âmbito familiar, sob a ótica de mães e crianças, buscando compreendê-lo e descrevê-lo.

Tem por objetivos perceber o significado que as mães e crianças atribuem à saúde/doença; conhecer a definição de situação com relação ao cuidado para a promoção da saúde, proteção contra doenças e reabilitação de doentes; identificar a influência da mãe na formação das representações sociais da criança sobre saúde/doença e cuidado.

A idéia de realizar esta pesquisa surgiu a partir de preocupações e questionamentos no decorrer de minha prática enquanto acadêmica de enfermagem e posteriormente como enfermeira de saúde comunitária, resultantes principalmente da experiência em atenção primária de saúde, em comunidades da periferia urbana de Fortaleza.

Durante o curso de graduação em enfermagem na Universidade Federal do Ceará, fui monitora da disciplina materno-infantil e nessa época realizei consulta de enfermagem à criança no Ambulatório Integrado de Pediatria da UFC.

Ainda nesse período, estagiei como bolsista da Secretaria de Saúde do Município, lotada no Centro Social Urbano Gov. César Cals e da Pró-Reitoria de Extensão da UFC desenvolvendo atividades no Centro de Desenvolvimento Familiar (CEDEFAM). Participei também do Projeto Rondon em Itaiçaba-CE e Ubaúna-CE e do CRUTAC em Xapuri-Acre.

Recém-formada, cursei a Habilitação em Enfermagem de Saúde Pública e, alguns anos depois, os Cursos de Especialização em Enfermagem

Obstétrica e Obstetrícia Social e o de Enfermagem em Saúde Pública, todos na mesma universidade de origem.

E foi nesse caminhar, através do convívio diário com os clientes, que pude observar alguns comportamentos da clientela na tentativa de solucionar seus problemas de saúde na vida cotidiana e também, tive a oportunidade de ouvir seus depoimentos espontâneos sobre uma série de obstáculos com os quais se deparam no dia-a-dia em busca de assistência à saúde.

Dentre inúmeras situações poderia citar a consulta de enfermagem a um cliente hipertenso, em que o mesmo referia estar fazendo uso da medicação conforme a prescrição médica e a pressão arterial continuava elevada. Ao ser indagado com relação à alimentação, referiu:

“... Eu estou comendo sem sal. A mulher lá em casa faz a comida normal prá toda a família, mais na hora de comer eu coloco água na minha comida até não sentir mais o gosto do sal...”

No ambulatório de pediatria vi crianças chegarem com ficha de ônibus ou botão presos com esparadrapo sobre o umbigo e as mães referindo estarem usando tal procedimento para reduzir hérnia umbilical. E devido ao atrito do botão sobre o local, vi criança com infecção no umbigo e com reação alérgica ao esparadrapo.

Outras vinham com uma bolinha de cera presa no cabelo, ou um dente de alho amarrado em uma fita vermelha, como uma pulseira no braço e a mãe dizendo que isso era para evitar o quebranto.

Na sala de curativo vi clientes chegando com pó de café sobre cortes, referindo ter colocado para estancar o sangramento. E por causa de complicações decorrentes deste procedimento vi um senhor ter que amputar um dedo do pé.

Outros chegavam com folha de pimenta, pião ou carrapateira sobre furúnculos, dizendo que era para retirar o “carnegão”.

- Depoimentos como os que seguem expressam os sentimentos e desgastes por que passam os clientes:

“... A gente vai marcar uma consulta e às vezes só consegue prá um mês depois, quando chegar o dia de se consultar, se não tiver ficado boa, já tem é morrido...”

“... A gente vai no posto prá marcar uma consulta, chega de madrugada, pega uma fila bem grande e às vezes quando chega a vez da gente a ficha já tem se acabado...”

“... Às vezes a pessoa consegue a ficha, espera, espera e o médico não vem...”

“... O doutor Consulta o menino, passa prá comprar o remédio, o remédio é muito caro e o ganho da gente é pouco. Aí cadê dinheiro prá comprar o remédio. Muitas vezes a consulta é mesmo que nada...”

“... Se encaminham a gente prá fazer os exames, às vezes a gente vai só é ser besta, marcam prá não sei quantos dias depois e às vezes ainda não dá certo, os aparelhos estão quebrado, isso quando não perdeu o papel da gente...”

Acresce a isso minha insatisfação ao perceber o descompasso entre o discurso e a prática dos cuidados primários de saúde e as evidências encontradas

na consulta à literatura sobre problemas que afetam o bom desempenho desse setor.

Um considerável número de trabalhos teóricos tem relevado que no mundo inteiro, principalmente nas áreas rurais e periferias urbanas das grandes cidades, existe um grande interesse por parte das pessoas em buscar cuidados para seus problemas de saúde/doença nas alternativas informal e popular da assistência à saúde. (LOYOLA 1979: 225-229; VASCONCELOS 1989: 117-127 p.). Outros estudos mostram que esse comportamento da população vem sendo influenciado por vários fatores tais como os altos custos da assistência médica privada, os elevados preços dos medicamentos, a precária e desumanizada assistência oferecida pelos serviços públicos de saúde, além da tendência do nosso povo a ter o espírito receptivo ao fabuloso e sobrenatural, o que tem contribuído para a difusão desses tipos de cuidados em nossa sociedade. Existem ainda as pesquisas que falam sobre o uso de algumas práticas populares de cuidado da saúde e dizem que vários desses cuidados se corretamente usados não causam efeitos nocivos ao organismo. Porém, mencionam também a existência de alguns cuidados que têm se mostrado ineficazes ou até mesmo prejudiciais à saúde. (MATOS 1987: 35-67; VASCONCELOS 1989: 29).

Entretanto, há estudos destacando questões que afetam o desempenho do setor saúde, dentre elas as práticas de saúde voltadas para a assistência curativa, guardando relação direta com a patologia. A prevenção primária, por sua vez, está sendo realizada mais a nível de proteção específica através das ações de imunização e dos programas de atenção a grupos de risco. Os serviços destinados à atenção primária de saúde não dão cobertura à toda população, contribuindo assim, para a superlotação dos serviços de atenção secundária e terciária e o aumento de gastos com despesas hospitalares. E que apesar da proposta do SUS de estimular a participação comunitária através da criação dos SILOS, ela em sua grande maioria, ainda se limita à aceitação dos serviços

oferecidos pelas instituições. Enfim, muitos dos programas de educação para a saúde oferecidos à clientela nesses serviços se concentram na transmissão de conhecimentos, confiando em transmiti-los para conseguir modificar o comportamento da clientela. (LUZ 1991: 27-31; ALCÂNTARA 1992:07-39; COSTA 1991:01-28)

Considerando que um dos deveres dos serviços de saúde é proporcionar às famílias as informações elementares de que precisam para cuidar de si mesmas de forma segura e eficaz, entendemos que uma das principais tarefas desses serviços seria a de ajudar as pessoas a aprender a cuidar da sua própria saúde, informando-as sobre saúde e maneiras de conservá-la, de evitar a evolução da doença, ou de enfrentar a morte. (OMS 1991:33)

Assim sendo, para promover a saúde através do incentivo de modos de vida saudáveis e tentar chegar às causas primárias da doença para aplicação de medidas preventivas, é fundamental a participação da comunidade na decisão do tipo de informação e educação de que precisa para a melhoria das suas condições de vida e saúde, já que as opiniões dos profissionais de saúde sobre as necessidades da clientela podem ser contrárias às percepções da própria clientela em virtude das diferenças de seus valores culturais. (HALL 1990:359)

Dentre os fatores culturais relacionados ao modo de vida da clientela, merecem especial atenção para o presente estudo a compreensão e a definição de situação das pessoas sobre como viver e como cuidar umas das outras na saúde/doença, já que toda comunidade tem suas formas de cuidar da saúde e as pessoas em seus próprios lares e na comunidade vêm desenvolvendo esse tipo de atividade. (VASCONCELOS 1989:29,123-127)

Partindo-se dos pressupostos de que existem uma série de comportamentos em relação ao cuidado informal na saúde/doença no contexto familiar e de que esses comportamentos podem ser adequados ou inadequados frente ao cuidado para a promoção da saúde, proteção contra doenças e

reabilitação de doentes. Neste sentido, procurei desenvolver as seguintes questões:

- Qual o verdadeiro significado que as mães e as crianças atribuem à saúde/doença e cuidado na promoção da saúde, proteção contra doenças e reabilitação de doentes?
- Em que se baseiam as mães para cuidar-se e cuidar da família na saúde/doença?
- Como se processa a prestação do cuidado informal na saúde/doença?

As respostas a estas perguntas parecem-me fundamentais para uma compreensão mais profunda dos valores culturais, das necessidades e sabedoria popular em saúde/doença e cuidado. E essa foi a razão básica que me motivou a realizar visitas domiciliares, observações livres e participantes e, assim, conhecer de perto a prática do cuidado desenvolvido pelas mães no âmbito da família.

Escolhi trabalhar com as mães porque, historicamente, tem competido às mulheres - sobretudo às mães - a maior responsabilidade com a educação, formação de hábitos, assistência às crianças e o cuidado caseiro dos doentes. E porque elas detêm o saber popular em saúde originado a partir das necessidades e experiências com a saúde na vida cotidiana. (VASCONCELOS 1989:126)

A escolha das crianças na faixa etária de 8 a 12 anos porque elas possuem maior poder de verbalização possibilitando a captação da influência materna na formação das suas representações sociais com relação à saúde/doença e ao seu cuidado.

Um dos aspectos relevantes deste estudo reside no desvelamento de conhecimentos, juízos de valor e práticas sobre saúde/doença e cuidado no cotidiano familiar.

Um outro aspecto importante é que os resultados da presente pesquisa possibilitarão a estudantes e professores da área de saúde e sobretudo aos

acadêmicos de enfermagem, enfermeiros docentes e assistenciais da área de saúde comunitária, o conhecimento do mundo simbólico da clientela a partir de suas próprias experiências na vida cotidiana, proporcionando uma maior compreensão dos fatores que estimulam ou inibem as condutas preventivas em saúde contribuindo assim, para o planejamento do cuidado de enfermagem de forma eficiente e eficaz.

Suponho que o presente estudo possa ser utilizado como referência para o grupo que compõe a Unidade do Cuidado de Enfermagem do Centro de Desenvolvimento Familiar, vinculado a Pró-Retoria de Extensão da UFC.

2 - O DISCURSO NA LITERATURA

2.1 - O Processo Saúde / Doença

O presente capítulo versa sobre o tema saúde/doença a partir da posição de vários autores. Para melhor abordá-lo subdividiu-se nos seguintes itens: conceituação e fatores determinantes de saúde/doença, comportamento do ser saudável/enfermo e as implicações do processo saúde/doença para a enfermagem.

A referida abordagem reflete a opinião dos autores: ALMEIDA (1987), ALVES (1993), ARREDONDO (1992), CAPRA (1988), CHAVES (1990), ELSEN (1992), FAAN (1992), GELBECKE (1992), LAURELL (1983), LEDY E PEPPER (1989), PATRÍCIO (1992), QUEIROZ (1993), ROUQUAYROL (1993), SASSO (1992) e SEVALHO (1993).

Os subtemas e autores mencionados anteriormente me orientam para uma análise mais abrangente do fenômeno em estudo visto que tratam de novos conceitos relativos à saúde/doença, tais como: ser saudável, experiência da enfermidade, comportamento do enfermo e que me possibilitaram uma melhor compreensão dos mesmos na perspectiva do grupo pesquisado.

Conceituar saúde/doença torna-se tarefa um tanto difícil, em virtude de que os conceitos fazem parte de um mesmo continuum com diferentes níveis de equilíbrio e relações complexas, bem como por estarem intimamente relacionados à subjetividade humana. (LEDDY e PEPPER 1989:183; SASSO 1992:134)

Porém, existem muitos modelos de conceitualização de saúde/doença que vêm sendo usados para nortear as práticas de saúde e sobretudo as práticas e pesquisas de enfermagem ao longo dos tempos. Esses conceitos têm sofrido modificações em decorrência de vários fatores tais como os avanços no

desenvolvimento científico e tecnológico, nos modelos de estrutura da sociedade e nos valores culturais de cada época, estando ainda vinculados a paradigmas de saúde que estão subordinados à ideologia do sistema político-econômico vigente. (FAAN 1992: 39 - 42; PATRÍCIO 1992: 143)

Na América Latina podemos mencionar a existência dos paradigmas humoral, cartesiano, da multicausalidade da doença e da determinação histórico-social da saúde/doença. O paradigma humoral predominou no século V a. C., relacionava a saúde ao equilíbrio dos quatro humores corporais (sangue, bílis, pituita e melancolia) e das quatro qualidades naturais (quente, frio, úmido e seco). Enquanto a doença era o desequilíbrio ou predomínio de algum dos humores sobre os demais (SEVALHO 1993:353).

O Cartesiano estabelece a visão mecanicista da vida, relacionando o funcionamento do corpo ao da máquina enquanto a doença é vista como um mal funcionamento dos mecanismos biológicos, manifestando-se através de sinais e sintomas (CAPRA 1988:116 - 120).

O da multicausalidade da doença atribui a origem da doença à interação dos fatores genéticos, ecológicos e sociais. E confere à saúde individual e coletiva aspectos dinâmicos e assimétricos (PATRÍCIO 1992:144; ARREDONDO 1992:257).

Finalmente, o paradigma da determinação histórico-social do processo saúde/doença propõe que saúde e doença estão relacionadas ao “modo como o homem se apropria da natureza em um dado momento, apropriação que se realiza por meio do processo de trabalho baseado em determinado desenvolvimento das forças produtivas e relações sociais de produção” (LAURELL 1983:150; ARREDONDO 1992:258).

Hoje em dia, o paradigma humoral continua influenciando as crenças sobre saúde, seus agentes e as práticas de cuidado popular na saúde/doença. Enquanto o cartesiano resultou no chamado modelo biomédico que domina as

crenças e atitudes profissionais em relações à saúde/doença e práticas na medicina científica (CAPRA 1988:116; QUEIROZ 1993:275).

À medida que esses paradigmas evoluíram, a visão de saúde/doença foi se ampliando para além do foco pessoal (biológico) passando a incluir as concepções social, política, cultural e ecológica (CHAVES 1990:165).

A concepção social diz que saúde/doença tem origem nas condições de trabalho e de vida do homem e de cada grupo populacional (ARREDONDO 1992:257).

Já a “concepção política baseia-se na avaliação das condições de saúde de uma população que é interpretada pelos indicadores de morbidade” (ALMEIDA 1987:03).

Na concepção antropológica a origem dos fenômenos saúde/doença está relacionada aos aspectos do comportamento e crenças, como história natural do homem no contexto das estruturas sociais” (ALMEIDA 1987:04).

De acordo com a concepção ontológica a saúde é vista como uma dádiva divina e a doença representa maldições ou castigo de Deus (SEVALHO 1993:352).

Para a concepção ecológica, saúde/doença resulta da interação agente-hospedeiro em um contexto tridimensional que descobre tanto as relações de fatores causais entre si, como as relações diretas causa-efeito (ARREDONDO 1992:257).

Segundo a concepção popular, ter saúde é ter disposição para o trabalho, ser alegre e robusto, sentir-se bem, não apresentar queixas. A doença representa o contrário desses parâmetros (ELSEN 1992: 26 - 28).

E já a OMS define saúde como “um completo bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de doença - é um direito humano fundamental. A saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda,

meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde (GELBECKE 1992:07; MS 1987:382).

Ainda segundo a conceitualização de saúde, merecem citação as referências de FAAN (1992:42) com relação aos modelos de conceitos de saúde que estão sendo utilizados na prática, pesquisa e teoria de enfermagem. Ela menciona alguns desses modelos. O primeiro diz que as enfermeiras baseando-se no conhecimento médico associam saúde à ausência de doença. O segundo envolve saúde como homeostase interna. O terceiro vê a saúde como adaptação aos mecanismos reguladores externos. O quarto afirma que saúde se refere à unidade e harmonia entre mente, corpo e alma. O quinto concebe saúde como conscientização, controle pessoal, desenvolvimento do poder pessoal e domínio sobre o corpo. Já o último define saúde como “um estado de bem-estar, culturalmente definido, avaliado e praticado e que reflete a capacidade que os indivíduos (ou grupos) possuem para realizar suas atividades cotidianas, de um forma culturalmente satisfatória”.

O processo saúde/doença está ainda relacionado ao estilo de vida das pessoas que por sua vez, possui determinantes de ordem pessoal, do grupo social a que pertence e de toda uma gama de condições ambientais e de vida em que o ser humano se encontra envolvido no cotidiano.

Como vimos, (LEDDY & PEPPER 1989:189; ROUQUAYROL 1993:167-169 e SASSO 1992:121) enfatizam a existência de determinantes biológicos, psicossociais, culturais, econômicos e ecológicos interagindo no processo saúde/doença e referem que as interrelações desses fatores estimulam ou não o desencadeamento da doença no ser saudável.

Dentre os fatores biológicos citam a herança genética, o sexo, a idade, a raça e a nutrição. Com relação aos psicossociais mencionam a personalidade e o temperamento, bem como o modo de vida das pessoas. Como componentes dos determinantes culturais encontram-se os preconceitos, hábitos alimentares,

crendices e comportamentos contribuindo para a propagação e manutenção de doenças, ou para a promoção da saúde. Dizem ainda existir uma associação inversa entre condições econômicas e o aparecimento de certas doenças como é o caso da desnutrição e verminoses que apresentam alta incidência nos grupos desfavorecidos economicamente. E por último falam das situações ecológicas desfavoráveis tais como a poluição do ar e dos mananciais de água afetando o estado de saúde das pessoas (ROUQUAYROL 1993:167-168; LEDDY & PEPPER 1989:189).

Mediante o conhecimento dos vários fatores determinantes que prejudicam o bem-estar dos indivíduos é necessário lembrar que a enfermidade está associada à experiência subjetiva de sentir-se doente, que pode ou não estar relacionada à presença de uma disfunção orgânica ou psíquica no organismo. Quando processos patológicos estão presentes no corpo humano, sem produzirem impressões sensíveis de mal-estar físico e/ou psicológico ou seja, sem que a pessoa tenha consciência da existência dos mesmos ela pode ter uma doença e não se sentir mal, pois são as sensações subjetivas produzidas pelos sinais e sintomas apresentados que levam o indivíduo a se considerar doente (LEDDY & PEPPER 1989:218; ALVES 1993:268).

Convém ressaltar ainda que a definição do estado de saúde de uma pessoa é feita inicialmente pela própria pessoa, baseada na interpretação de seus sintomas através das suas concepções sobre saúde/doença. Tais conhecimentos variam entre as pessoas porque eles são originados em situações biográficas determinadas.

2.2 O Cuidado na Saúde/Doença

A história nos mostra que as pessoas em seus próprios lares e na comunidade vêm tradicionalmente desenvolvendo atividades de cuidado de si e dos outros no tocante à saúde/doença (VASCONCELOS 1989:29).

Assim sendo, as palavras cuidar e cuidado são comumente utilizadas no dia-a-dia das pessoas na família e comunidade para designar atos de prevenir agravos à saúde, evitar riscos de acidentes, facilitar o tratamento de doentes, preservar a vida e auxiliar no crescimento dos seres humanos e animais (BOEHS & PATRÍCIO 1990:111).

Essas práticas de cuidado de si e dos outros têm sido ao longo dos tempos um fator imprescindível para a sobrevivência humana. Elas são necessárias para o nascimento, crescimento, desenvolvimento e a perpetuação da espécie humana e para a morte tranqüila (BOEHS & PATRÍCIO 1990:112).

Tais formas de cuidar da saúde/doença estão intimamente relacionadas à visão de mundo das pessoas, aos fatores de estrutura social, aos valores culturais, ao contexto ambiental e às interações sociais. E se enquadram dentro de três sistemas de assistência à saúde existentes em qualquer sociedade, que são o informal, o popular e o profissional (LEDDY & PEPPER 1989:192-198; HELMAN 1994:73-99; VASCONCELOS 1989:117-127).

No sistema informal a família é a principal responsável pela assistência à saúde, cabendo às mulheres a tarefa de reconhecer e definir inicialmente as doenças e de prestar cuidados na grande maioria dos problemas de saúde mais comuns, utilizando os recursos disponíveis a nível de domicílio tais como: ervas medicinais, medicamentos industrializados, certos tipos de alimentação e orações, baseando-se em orientações recebidas de parentes, vizinhos, amigos e em suas próprias experiências (HELMAN 1994:72-74; ROPER et al 1995:03; OMS 1978:52).

Já o sistema popular de saúde é constituído por pessoas que através de suas experiências no cuidado com os outros ou de um “poder de cura adquirido ou nato” se tornaram curandeiros populares. Dentre eles destacam-se as rezadeiras, parteiras, raizeiros, pais de santo e espiritualistas.

Nessa alternativa de assistência à saúde, esses agentes manuseiam símbolos compartilhados por seus clientes e a manipulação ritual de alguns símbolos que possuem significação social tem o poder de curar ou gerar enfermos. “No caso da cura, o ritual concentra uma considerável atenção social no paciente, promovendo um reajuste nos seus papéis de modo a produzir uma melhor adaptação e, conseqüentemente, uma melhora no estado de saúde. Ao mesmo tempo que o ritual promove a cura numa relação simbiótica, a cura se torna uma forte instância na qual a cultura se legitima e se sustenta. O aspecto social da cura depende basicamente da crença do curandeiro em suas técnicas, da crença do paciente no curandeiro e, finalmente, da crença do meio social do paciente no sistema de cura empregado pelo curandeiro (QUEIROZ 1986:315).

Existe ainda uma maior aproximação, afeto, informalidade e um partilhar de visões de mundo entre os curandeiros e seus clientes, além de um atendimento rápido e sem burocracia (HELMAN 1994:75-78; VASCONCELOS 1989:117-122).

No setor profissional de assistência à saúde encontram-se as profissões aprovadas legalmente: médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, odontólogos e farmacêuticos. Esse sistema reflete os valores e ideologias básicas da sociedade e também contribui para formá-los e mantê-los, pois ao lidar com a população reproduz muitos dos preconceitos sociais, além de reduzir a autonomia do paciente, tornando-o dependente da profissão médica. Tem como foco principal o paciente individual e os “fatores de risco” presentes em seu estilo de vida (HELMAN 1994:80-92).

“A maioria dos profissionais de saúde se preocupa em estudar e aperfeiçoar suas práticas mais técnicas. Trata a população de modo autoritário e grosseiro contribuindo, assim, para que as pessoas se sintam desvalorizadas e, portanto, incapazes de tomar a iniciativa de resolver os seus próprios problemas” (ALMEIDA 1986:33).

2.3 - A Enfermeira de Saúde Comunitária e os Cuidados Primários de Saúde no Contexto da Família.

A enfermeira de saúde comunitária tem como cliente o indivíduo, a família e a comunidade dentro do contexto sócio-cultural no qual estão inseridos, cabendo portanto a ela um papel de grande importância na promoção da saúde dessa clientela bem como, no seu desenvolvimento (COSTA et alli 1986:112).

Enquanto membro da equipe de saúde, compete à enfermeira um vasto campo de ação na promoção da saúde, recuperação e reabilitação de doentes e sobre os agressores que afetam as pessoas sob seus cuidados. Ela pode atuar como facilitadora, prestadora de cuidados e educadora (FLESHMAN 1977:8-11).

Em cada um dos três níveis de assistência as enfermeiras estão ativamente comprometidas. No entanto a prevenção primária adquire uma importância especial devido ter como propósito principal ajudar aos seres humanos a desenvolver modos de vida saudáveis para promover a saúde, prevenir as doenças e a invalidez (LEDDY & PEPPER 1989:204).

A prevenção primária compreende os níveis de promoção e proteção da saúde e deve ser proporcionada através de ações ao nível do grupo social (HALL 1990:313-323; COSTA 1986:111).

Sendo a família a principal unidade social em todo o mundo, indiscutível é a influência que ela exerce sobre a saúde de seus membros, pois é no contexto familiar que se transmitem as crenças e os hábitos, assim como as percepções de risco para a saúde que condicionarão as atitudes e condutas de seus membros frente à doença e ao cuidado (COSTA 1986:108; NOGUEIRA 1977:327-329; PADILHA 1992:12).

E é no “ambiente familiar que o indivíduo se vê exposto pela primeira vez ao conceito de doença, aprende a ela se adaptar e é assistido até superá-la” (COSTA 1986:111).

Assim sendo, a família, núcleo primário da sociedade e ambiente natural e privilegiado para o crescimento, educação e socialização das pessoas, se constitui em espaço prioritário para o desenvolvimento do cuidado primário de saúde e linha de frente na série de atividades de educação, diagnóstico, tratamento e reabilitação de seus membros (COSTA et alli 1986:107-114).

Como a enfermeira é o profissional da área de saúde que tem mais acesso aos lares das pessoas em todas as épocas de suas vidas e as vê em todas as fases da saúde e da enfermidade, ela tem a oportunidade de conhecer as inter-relações pessoais no âmbito do grupo familiar e no ambiente biológico e social em que vive e funciona esse grupo, o que a torna hábil em reconhecer e atuar sobre alguns problemas de saúde da família (NOGUEIRA 1977:329-333).

2.4 - As Representações Sociais em Saúde/Doença

O presente subtema aborda a posição de vários autores sobre representação social. Para facilitar a compreensão desse estudo achei de acordo subdividi-lo nos itens: conceituação e metodologia de captação das representações sociais, resultados de trabalhos empíricos sobre representações sociais de saúde/doença e importância das representações sociais para a enfermagem.

Apresentarei o pensamento dos seguintes autores: ARRUDA (1985), ELSÉN (1992), LANE (1991), LOYOLA (1984), QUEIROZ (1993), RABELO (1993), SCHULZE (1991), SPINK (1991), SEVALHO (1993) e SÁ (1991).

O estudo dos autores acima mencionados me fez despertar para a importância do conhecimento das representações sociais da clientela sobre saúde/doença como instrumento valioso para o planejamento do cuidado de enfermagem.

A palavra Representação “vem do Latim *representatione* e significa reprodução daquilo que se pensa”. “Na acepção filosófica é o conteúdo concreto

apreendido pelos sentidos, pela imaginação, pela memória ou pelo pensamento”. (FERREIRA 1986:1489). E “na acepção social significa verbalização das concepções que o indivíduo tem do mundo que o cerca” (LANE 1993: 59).

As “Representações Sociais” têm sido definidas como “uma forma de conhecimento social elaborada e partilhada, tendo uma visão prática e concorrendo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social” (JODELET 1989:36, In: SÁ 1991:32) ou como “conjuntos de conceitos, afirmações e explicações” que devem ser consideradas como verdadeiras “teorias” do senso comum, pelas quais se procede à interpretação e mesmo à construção das realidades sociais” (MOSCOVICI 1976:48, In: SÁ 1991:260).

Através delas pode-se detectar valores, ideologia e contradições que são aspectos fundamentais para a compreensão do comportamento social. Elas se caracterizam como um “comportamento observável e registrável, e como um produto, simultaneamente, individual e social, estabelecendo um forte elo conceitual entre psicologia social e sociologia” (LANE 1991:59; SPINK 1991:90).

Dentre as estratégias metodológicas para a abordagem dos sujeitos sobre representação social encontram-se as entrevistas abertas semi-estruturadas, questionários abertos, desenhos e representações gráficas; assim sendo, para a obtenção de dados são comumente empregadas as técnicas verbais e não-verbais e a observação (LANE 1991:94; SPINK 1991:100).

Vale a pena conhecermos o depoimento de SEVALHO (1993:352) sobre a importância das representações na vida dos atores sociais:

“A história das representações de saúde e doença foi sempre pautada pela inter-relação entre os corpos dos seres humanos e as coisas e dos demais seres que cercam. Elementos naturais e sobrenaturais habitam estas representações desde tempos imemoráveis,

provocando os sentidos e impregnando a cultura e os espíritos, os valores e as crenças dos povos. Sentimentos de culpa, medos, superstições, mistérios, envolvendo o fogo, o ar, a terra, os astros, a organização da natureza, estão indissoluvelmente ligados às expressões de doença, à ocorrência de epidemias, à dor, ao sofrimento, às impressões de desgaste físico e mental, à visão da deterioração dos corpos e à perspectiva da morte”.

Alguns estudos (LOYOLA 1984:93; RABELO 1993:319) têm revelado que as primeiras representações de saúde/doença foram mágicas. Entre os povos primitivos a doença era vista como o resultado de influências e entidades sobrenaturais externas, contra as quais a vítima comum, o ser humano não iniciado, pouco ou quase nada podia fazer. Alguns aspectos de caráter religioso, maldições, castigos divinos, ainda hoje revestem as representações de saúde/doença.

ARRUDA (1985:49-59), estudando a representação social da saúde num bairro de baixa renda de Campina Grande - Paraíba, observou no discurso das informantes que a saúde brota como uma chama de vida, iluminando-a ou permitindo lutar por ela. Evidenciou a importância da saúde (“É a primeira coisa”) e sua preservação (“Eu penso na Assistência médica, filho forte”...). Para elas a saúde vem de Deus, seja sob forma de mistério ou de recompensa e a doença é traduzida por sinais de desagrado e ansiedade. Dizem também existir doenças “não medicinais”, “da alma”, que vêm do pecado. Associam doença mental às doenças “não medicinais”, “mediunidade”. A loucura é designada como proveniente de “um medo”, ou “um susto” que provocaram a “quebra do resguardo”, de uma contrariedade que “esquenta o juízo” e também do “encosto”, “mediunidade”. Como medidas preventivas de saúde mencionam a

distração para arejar a mente, os hábitos corporais (dormir bem, não fumar) e os cuidados com a alimentação (comer bem, não comer o que faz mal).

SCHULZE (1991:272-274) em seu estudo sobre as representações sociais de pacientes portadores de câncer destaca que os entrevistados representam a saúde nas dimensões de poder e felicidade e a doença como estando associada ao relaxamento nos cuidados com a saúde, ao estilo de vida contemporânea (alimentação inadequada, fumo, álcool, trabalho excessivo e estressante) e à vontade de Deus.

QUEIROZ (1993:29-38) ao desenvolver uma pesquisa sobre estratégias de consumo em saúde entre famílias trabalhadoras constatou que, para a grande maioria da população pesquisada, estar doente não significa um evento biológico, projetando-se no efeito mais dramático que produz, ou seja, a incapacidade para trabalhar e a conseqüente ameaça à subsistência familiar.

ELSEN (1992:21-34) em seu trabalho intitulado: Buscando uma compreensão do conceito “criança saudável” concluiu que tanto a criança como a família determinam critérios para representar o significado de “estar saudável”; dentre eles cita a coloração rosada da pele, a freqüência adequada nas eliminações intestinais, comer em quantidade suficiente, ter sono tranquilo, estar com disposição para brincar e ajudar nas atividades domésticas, não se queixar de nada, estar sempre alegre e feliz, ter bom relacionamento com a família e amigos e se desenvolver bem na escola.

O estudo das representações sociais sobre saúde/doença e cuidados oriundos das experiências cotidianas das pessoas é de grande importância para a enfermagem comunitária porque possibilita o conhecimento do mundo simbólico dos clientes, contribuindo para minimizar o choque de valores culturais entre enfermeira e clientela, proporcionando assim relações interpessoais favoráveis a um bom desempenho das atividades de educação para saúde e a repadronização cultural do cuidado de enfermagem.

3 - REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

3.1 - Teoria das Relações Sociais de Schutz

Como embasamento teórico deste estudo, selecionei a Fenomenologia das Relações Sociais de Shutz, que tem como foco as experiências vividas pelo homem no mundo do dia-a-dia, procurando descobrir os significados que ele atribui a essas vivências, oferecendo, assim, suporte para a compreensão das relações do indivíduo com o seu meio social (MINAYO 1992:164; MARTINS 1990:139-142).

Abordarei o cuidado informal na saúde/doença no contexto familiar sob a ótica de mães e crianças baseada na Fenomenologia das Relações Sociais de SCHUTZ (1979), acrescida do conceito de *definição de situação* de THOMAS (In: HAGUETTE, T. 1992:25)

SCHUTZ construiu a Fenomenologia das Relações Sociais através do confronto das Bases Fenomenológicas de HUSSERL e Sociológicas de WEBER (SCHUTZ 1979:07-13).

A fenomenologia de Husserl propõe uma volta ao mundo da experiência. Nega a existência do sujeito e do mundo como sendo puros e independentes um do outro. Diz que o homem é um ser consciente e que a consciência é intencional, sendo esta intencionalidade um comportamento dirigido a alguma coisa no mundo. Nega tanto a pura subjetividade como a pura objetividade (MARTINS et alli 1990:140-144; FORGHIERI (org) 1984:15).

E Weber estabelece as bases teórico-metodológicas da ciência compreensiva. Para ele, sociologia significa uma ciência que se preocupa em compreender interpretativamente a ação social e assim chegar à explicação causal de seu curso e de seus efeitos (MINAYO 1992:50). Estabelece como pressupostos básicos que “a sociedade é fruto de uma interrelação de atores

sociais, onde as ações de uns são reciprocamente orientadas em direção às ações dos outros” e que as “realidades sociais são construídas nos significados e através deles e só podem ser identificadas na linguagem significativa da interação social. Por isso, a linguagem, as práticas, as coisas e os acontecimentos são inseparáveis” (MINAYO 1992:51).

Da Fenomenologia de Husserl, Schutz se apropriou dos conceitos de *consciência, experiência, mundo vivido*, colocação entre parênteses (*Epoché*), *fenômeno* e *intencionalidade* e rejeitou a idéia de fusão da objetividade e da subjetividade no ego transcendental (HAGUETTE, T. 1994:02).

E, da Sociologia de Weber, ele aceitou os três conceitos principais: *relevância de valor*, “*verstehen*” (*compreensão*) e *tipo ideal* e fez restrições aos conceitos de subjetividade, significado e ação por julgá-los imprecisos e não muito claros (HAGUETTE, T. 1994:03).

Schutz utiliza a expressão “senso comum” para se referir às representações sociais e, em sua teoria, busca compreender o mundo do dia-a-dia, onde o homem vive com suas “angustias e preocupações em intersubjetividade com seus semelhantes (companheiros, predecessores, sucessores e contemporâneos)”. Para ele esse mundo é constituído de significados estabelecidos pelas ações humanas a partir de suas experiências pessoais e dos conhecimentos recebidos das outras pessoas, que servem como esquema de referência e são capazes de serem apreendidos e explicados (MINAYO 1992: 56-58, 164; CAPALBO 1979: 53-74).

Como instrumentos interpretativos da realidade empírica utilizarei os conceitos de *mundo vivido*, *compreensão*, *significado subjetivo* e *intersubjetividade* segundo Schutz (1979) e de *definição de situação* de Thomas (In: HAGUETTE, T. 1992: 25-29).

Para Schutz (1979:314) “mundo da vida é a esfera total das experiências de um indivíduo, a qual é delimitada pelos objetos, pessoas e

eventos encontrados na busca dos objetivos pragmáticos do viver. É um mundo em que a pessoa está totalmente alerta e que se afirma como a principal realidade da vida dela”.

Na presente pesquisa esse conceito está interrelacionado à maneira como as mães e crianças vêem o mundo de suas vidas na comunidade e quais os juízos de valor que elas têm com relação a esse mundo e suas vidas.

De acordo com Schutz (1979:311), “compreensão significa compreender o significado de alguma coisa. A compreensão é a base de toda a intersubjetividade interativa. É a forma de experiência do conhecimento do senso comum dos negócios humanos”.

E “significado subjetivo é aquele que uma pessoa atribui às suas próprias experiências e ações” (SCHUTZ 1979:316).

Nesse estudo esses conceitos estão relacionados à concepção das mães e crianças sobre saúde/doença e cuidado, à explicação que elas dão para o aparecimento das doenças e para o comportamento do ser saudável e enfermo, baseadas nas suas experiências cotidianas.

Ainda segundo Schutz (1979:313) “intersubjetividade é uma categoria que, em geral, se refere (especialmente em termos cognitivos) ao que é comum a vários indivíduos. As experiências imediatas de outros surgem num “ambiente de comunicação comum”, um ambiente situacional que duas ou mais pessoas compartilham, podendo comunicar-se uma com a outra e permitindo a compreensão e consentimento mútuos”.

Nessa pesquisa esse conceito se evidenciará na observação de como a criança recebe as orientações da mãe sobre o cuidado na saúde/doença e como ela interpreta essas informações recebidas e as aplica na vida diária.

Para Thomas (In: HAGUETTE, T. 1992: 25-29) “definição de situação é quando uma pessoa age e atribui significados de relevância à sua ação, de acordo com sua história de vida, seu estoque de conhecimentos dados

pela experiência de interação com os que o cercam. A ação é construída através da interpretação da situação, consistindo a vida grupal de unidades de ação desenvolvendo ações para enfrentar situações nas quais estão inseridas”.

Na prática esse conceito estará relacionado à forma como as mães e crianças dizem e fazem sobre o cuidado na saúde/doença, em que se baseia e como se processa a prestação desse cuidado, decisões tomadas quando ocorre algum caso de doença na família, medidas incluídas no cuidado caseiro e atitudes frente ao cuidado.

Os conceitos apresentados anteriormente já indicam a natureza da pesquisa. E me propus a captar e compreender o fenômeno do cuidado informal na saúde/doença no contexto familiar sob a ótica das mães e crianças que o experienciam, optando por uma abordagem qualitativa, porque possibilita a obtenção de dados descritivos ricos em detalhes e um entendimento mais aprofundado do fenômeno em estudo devido permitir o acesso à subjetividade dos informantes (HAGUETTE, T. 1992:63; MONTEIRO 1991:28-29; LEFÈVRE 1991: 32; TRIVINOS 1987: 116-133).

3.2. - Análise Categorical Temática Segundo Bardin

Com o intuito de nortear a análise dos depoimentos obtidos nas entrevistas, optei pela técnica de análise categorial temática segundo Laurence Bardin.

A análise categorial temática pertence ao campo da análise de conteúdo; por meio dela se analisam os significados que compõem a comunicação. É geralmente utilizada quando se deseja estudar motivações de opiniões, de atitudes, de valores, de crenças e de tendências. Envolve as etapas de leitura flutuante, codificação e categorização. Na leitura flutuante o pesquisador estabelece contato com os documentos a analisar e passa a ter um

maior conhecimento do texto, deixando-se invadir por impressões nele contidas. A codificação é o processo de organização dos dados brutos em dados organizados através da escolha das unidades de registro. E a categorização consiste na investigação e agrupamento dos dados por meio dos núcleos de sentido que eles têm em comum com os outros (BARDIN 1977: 95-150).

4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Esse estudo teve início em maio de 1994, quando primeiramente delimito o problema a ser estudado, estabeleci os objetivos e selecionei os subtemas para a revisão de literatura. Em seguida veio a fase da consulta à literatura, escolha do local para a realização da pesquisa, seleção da amostra, elaboração dos roteiros de entrevista e observação, pré-teste dos instrumentos e coleta de dados.

Escolhi como locais para desenvolver esse estudo a Escola de 1º Grau José Bonifácio e a Comunidade Planalto do Pici, devido as proximidades com o Centro de Desenvolvimento Familiar - CEDEFAM, local onde são desenvolvidos os estágios da área de saúde pública do curso de enfermagem da UFC.

Inicialmente me dirigi à escola para conversar com a diretora, fazer minha apresentação pessoal, expor meus objetivos e solicitar autorização para realizar parte da pesquisa nessa instituição. Vale salientar que fui muito bem recebida pelas pessoas da escola, que a autorização me foi concedida e que fui convidada para participar das reuniões de pais e mestres que iriam acontecer na semana subsequente.

Compareci às reuniões de pais e mestres, onde me foi concedida a palavra e assim realizei o mesmo procedimento que tive para com a direção da escola. Visando não criar expectativas no grupo, tive o cuidado de informar aos pais que iria trabalhar somente com as famílias residentes na Comunidade Planalto do Pici e que nem todas as casas receberiam a minha visita, mas somente aquelas nas quais as crianças fossem sorteadas para entrevistas comigo. Disse ainda que isso era em virtude do grande número de famílias e somente uma pesquisadora.

Sendo uma pesquisa de abordagem qualitativa, tive que atentar para uma série de questões éticas decorrentes da interação da pesquisadora com os sujeitos pesquisados. E na tentativa de contornar alguns desses problemas ético-legais, pedi o consentimento às informantes para a realização da pesquisa e garanti a elas o sigilo das informações.

De uma maneira geral, as pessoas me pareceram aceitar a idéia, pois ninguém se colocou contra; não pude observar gestos ou comportamentos negativos e, após a reunião do período da tarde, seis mães me procuraram pedindo que eu fosse visitá-las. Anotei o nome e o endereço delas e o nome e a série de seus filhos e as coloquei no grupo para o pré-teste dos instrumentos de coleta de dados.

Na outra semana iniciei o trabalho de consulta às pastas escolares contidas nos arquivos da secretaria da escola. Ao todo foram consultadas 753 pastas escolares de alunos da 1ª a 4ª séries, para saber quais deles residiam na comunidade e tinham idade entre 8 a 12 anos.

Com as fichas que preenchiam esses critérios, elaborei uma lista contendo o nome do aluno, série, idade, nome da mãe e endereço (com referência). E no final encontrei um total de 230 alunos que, juntamente com as mães, compuseram a população desse estudo.

Para a seleção da amostra probabilística do tipo aleatória simples, procedi a numeração de cada aluno componente da população-alvo de maneira seqüencial começando por 001 até 230. Coloquei os números de uma urna e realizei o sorteio manual. Para cada criança sorteada implicava conseqüentemente que a sua mãe também faria parte da amostra, que foi composta por 10% da população, perfazendo um total de 23 crianças e suas respectivas mães.

Para coleta do material escolhi as técnicas de entrevistas semi-estruturada, observação participante e observação livre. A entrevista porque

possibilita que o informante expresse naturalmente seu pensamento e suas experiências com relação ao objeto de estudo e permite a captação imediata e corrente da informação desejada (TRIVINOS 1987: 145-152). E a observação porque torna possível um contato pessoal e estreito com o fenômeno pesquisado, é útil para descobrir aspectos novos do problema em estudo e permite a coleta de dados em situações nas quais são impossíveis outras formas de comunicação (BECKER 1993: 47,119 ; HAGUETTE, T. 1992: 66-78).

Com o intuito de orientar as entrevistas, elaborei dois roteiros constituídos por dados de identificação e por tópicos relacionados à concepção das mães e crianças sobre saúde/doença, causalidade das doenças, comportamento do ser saudável/enfermo e definição de situação com relação ao cuidado na saúde/doença. Um deles a ser aplicado na entrevista com as crianças na escola e o outro por ocasião da entrevista com suas respectivas mães nos domicílios, durante a visita domiciliar. (ANEXOS I e II).

Para nortear o conteúdo das observações realizadas na escola e nos domicílios construí um roteiro contendo alguns aspectos relevantes para o meu objeto de estudo, tais como: aparência física dos sujeitos (higiene corporal e das roupas de uso); higiene do ambiente, existência de fatores agravantes à saúde e riscos de acidentes; descrições das atividades (comportamento das pessoas observadas relacionadas à promoção da saúde e prevenção de doenças, bem como sobre o discurso e a prática com relação à saúde/doença e cuidado (TRIVINOS 1987: 154-158).

Os roteiros a serem utilizados nas entrevistas e observações, após elaborados, foram analisados e revisados pela pesquisadora em função da pertinência ou não das perguntas, de acordo com as categorias teóricas e os objetivos pré-estabelecidos. E quanto à sua forma de apresentação. Dessa análise resultaram modificações de alguns itens e os instrumentos foram

reelaborados e submetidos ao pré-teste com 10 crianças e 10 mães que faziam parte do universo da pesquisa e que por esse motivo foram excluídas da amostra.

Após o pré-teste, os itens sobre os quais não se obteve um bom nível de compreensão por parte das entrevistadas foram modificados e novamente submetidos a um outro pré-teste com um outro grupo de mães e crianças. Dessa vez concluí que estava adequado para ser aplicado e não mais sofreu mudanças.

Procurei manter o anonimato das respondentes por meio do uso de números nos relatos. Para as crianças entrevistadas usei a legenda C₁, C₂, C₃ e assim sucessivamente até o final da amostra, o que correspondia a M₁, M₂, M₃..., para as respectivas mães.

Do roteiro aplicado na entrevista com as mães, selecionei alguns tópicos para nortear a entrevista com as crianças e assim validar ou não a fala das mães.

Nos primeiros dias da minha presença na escola, percebi nas crianças uma reação de certa agitação e curiosidade e, daí em diante, pude observar que minha permanência parecia não afetá-las mais. Apesar de me sentir bem nos domicílios, percebi no início que a minha presença de certa forma incomodava às mães que se mostravam preocupadas em saber se conseguiriam responder corretamente às perguntas da entrevista.

No que se refere às anotações de campo, procurei descrever de forma cursiva as situações encontradas na escola e nos domicílios, focalizando principalmente as falas, atividades desenvolvidas e as reações das mães e crianças (TRIVINOS 1987: 154-157).

Com relação à análise do material coletado, optei pelo tipo categorial-temático, por considerá-lo uma das técnicas mais adequada para o estudo a que estou me propondo, pois consiste em descobrir os “núcleos de sentido” que compõem a comunicação e cuja convergência das categorias empíricas identificadas podem significar alguma coisa para alcançar a estrutura do

fenômeno em estudo. E seguirei por fundamentação as etapas utilizadas por BARDIN (1988:95-150), quais sejam:

- Leitura atenta dos depoimentos transcritos buscando a compreensão da linguagem dos sujeitos;
- Identificação das unidades de significação (categorias empíricas) a partir da leitura completa dos depoimentos;
- Releitura cuidadosa dos depoimentos para extração e registro de trechos das falas tendo por referência as categorias empíricas identificadas;
- Construção de quadros representativos das convergências presentes nos depoimentos dos sujeitos.

5. RESULTADOS E ANÁLISE DO MATERIAL COLETADO NAS ENTREVISTAS

Os achados foram organizados em quatro etapas: 1 - Desvelando o mundo do dia-a-dia; 2 - Percebendo o significado de saúde/doença e cuidado; 3 - Definindo situação com relação ao cuidado na saúde/doença; 4 - Influências recebidas na orientação para o cuidado na saúde/doença no âmbito familiar.

A análise dos depoimentos das mães e crianças entrevistadas foi feita com base nas categorias teóricas emanadas da teoria que norteia o presente trabalho e em categorias empíricas sugeridas pela leitura desses depoimentos.

Após leitura cuidadosa dos depoimentos obtidos nas entrevistas com as mães e crianças, verifiquei que a leitura de um depoimento X sugeria um tema relevante, como contribuição para o entendimento do fenômeno em estudo e na leitura de outros depoimentos o mesmo tema era encontrado, existindo, portanto, convergência entre o conteúdo de suas falas. E assim, no sentido do trabalho, foram ressaltados os seguintes eixos temáticos:

- **Desvelando o mundo do dia-a-dia**
 - O perfil das mães e crianças entrevistadas.
 - Condições sócio-econômicas e sanitárias das famílias.
 - Trabalho e renda.
 - Lazer.
 - Convivência em família e na vida comunitária.
 - Religiosidade.
 - Vida e Morte.
- **Percebendo o significado de saúde/doença e cuidado.**
 - Definição de saúde/doença e cuidado.
 - Causalidade da doença

- Ser saudável/enfermo.
- Definindo situação com relação ao cuidado na saúde/doença.
 - Pensamento/decisão/ação.
 - O cuidado consigo e com os filhos.
 - Medidas incluídas no cuidado informal na família.
- Influências recebidas na orientação para o cuidado na saúde/doença no âmbito familiar.

5.1. Desvelando o mundo do dia-a-dia

5.1.1. O perfil das mães e crianças entrevistadas.

A amostra reuniu mulheres na faixa etária de 20 a 38 anos, que conseguiram cursar o 1º grau incompleto. A grande maioria é procedente do interior, professa a religião católica, é casada e tem como ocupação as prendas domésticas exercidas no próprio lar. E crianças, com idade entre 8 a 12 anos, cursando da 1ª a 4ª série, possuindo bom poder de verbalização e insuficiente capacidade de escrita.

5.1.2. Condições sócio-econômicas e sanitárias das famílias.

Grande parte reside em casa própria, com piso de cimento, paredes rebocadas, num total de cômodos variando de 3 a 5 compartimentos. Quase todas as casas possuem fossa, água tratada, adequado destino do lixo e metade dessas residências não tem rede de esgoto.

A renda das famílias oscila entre 1 a 3 salários mínimos, sendo o homem o principal responsável pelo sustento da família. Moram em média 5 a 7

peças por domicílio. É comum os filhos constituírem família e ficarem morando na casa dos pais. Em poucas famílias os filhos e as mulheres contribuem para as despesas de casa.

5.1.3. Trabalho e renda

No que se refere a trabalho e renda, observou-se que o trabalho é considerado a atividade diária principal do homem. É o meio pelo qual ele obtém uma renda para poder suprir suas necessidades de vida e de seus dependentes. O nível dessa remuneração é um fator muito importante, porque influencia muitos aspectos da vida dos membros da família.

A grande maioria das mulheres entrevistadas fica o dia todo em casa, desempenhando as tarefas domésticas de cuidado da casa e das crianças, enquanto os maridos trabalham fora em atividades remuneradas.

Para elas, o trabalho doméstico além de rotineiro, repetitivo e não valorizado pelos outros, é um cotidiano pesado, que ao final da tarde deixa a mulher cansada.

As tarefas domésticas e de cuidado das crianças, que cabem principalmente à mulher executar, preenchem praticamente o dia todo daquelas que não trabalham fora e às vezes se estende pela noite, quando existe problema de doença na família.

Os depoimentos de M₁, M₃, M₆, M₇, M₈, M₉, M₁₁, M₁₂ e M₁₆ podem confirmar isso:

“... O homem trabalha de segurança em um clube e é ele quem mantém a casa de tudo...” (M₇)

“... O Zé trabalha com esse negócio de construção, e é ele quem compra tudo prá dentro de casa...” (M₁)

“... Ele trabalha em fiação, é arreador, acha que vai sair porque trabalha demais e o ganho é pouco, a quinzena veia não dá prá nada e é com essa mixaria que ele sustenta a casa...”
(M₆)

“... O homem está trabalhando e graças a Deus o dinheiro que ele ganha dá prá comprar a alimentação dos meninos e prá mim, isso é a coisa mais maravilhosa que tem, é ver amanhecer o dia e ter alimento prá dar a eles...” (M₇)

“... Se preocupa em levar para o hospital. Se preocupa em comprar o remédio, porque é tudo muito caro e o ganho da gente é pouco...” (M₆, M₉, M₁₁, M₁₆)

“... A pessoa às vezes precisa de um remédio e se vê sem ter nem o dinheiro prá comprar. Os remédios estão tudo caro. Aí eu fico doidinha...” (M₃, M₁₂)

“... Eu sou uma pessoa que tem muito trabalho. Tenho esses 4 meninos. A oficina (metalúrgica) do meu marido é aqui em baixo, é direto gente trabalhando aí. E então, a minha vida é dupla, porque eu tomo conta da casa, dos quatro meninos, lavo roupa, cozinho e ainda cuido das coisas da oficina quando ele sai para entregar as encomendas. Tem um telefone comunitário aqui próximo e eu passo o dia todinho correndo daqui prá lá atendendo as ligações da oficina (solicitações de serviços). É fazendo uma merenda para os trabalhadores. Aí eu não tenho

tempo prá nada. Quando chega a noite eu já estou tão cansada que o meu destino é tomar um banho e me deitar...” (M₈)

“... Se tiver algum ao menos tossindo ou com febre, perco a noite de sono. Eu largo tudo só prá cuidar do menino...” (M₁)

Com relação à categoria empírica trabalho a fala das crianças converge com discurso das mães no aspecto referente as obrigações da mulher enquanto mãe e dona de casa. Para as crianças as atividades consideradas serviços domésticos (limpeza, arrumação da casa, alimentação e cuidado com os irmãos pequenos) são essencialmente atribuídas à mãe e meninas.

Os depoimentos das meninas C₁, C₃ e C₁₆ podem constatar isso.

“... Quando à minha mãe vai trabalhar eu acordo, vou no banheiro, escovo os dentes, vou merendar, lavo as louças quando estão sujas e varro a casa...” (C₁)

“... Eu acordo cedo porque o meu irmão estuda pela manhã, aí lá em casa não tem água encanada e tem que pegar água no vizinho. Eu escovo os dentes. Penteio o cabelo. Aí eu vou lavar as louças...” (C₃)

“... Acordo, escovo os dentes, merendo e vou fazer as coisas, varrer a casa, limpar a estante, arrumar a cama, enquanto minha mãe faz o almoço...” (C₁₆)

5.1.4. Lazer

O lazer é uma necessidade humana fundamental em qualquer época da vida. É um dos meios mais eficazes para se relaxar as tensões do dia-a-dia e renovar as energias do corpo e portanto é imprescindível à manutenção da saúde.

Através das atividades de lazer o homem poderá estabelecer relações com o meio e com o mundo, favorecendo o inter-relacionamento das pessoas e contribuindo assim, para uma vida melhor.

A leitura dos depoimentos mostrou que a maioria das mães entrevistadas dedica-se ao trabalho doméstico e ao cuidado das crianças, que a despeito do desgaste físico e mental a eles inerentes, pouco lhe sobra tempo disponível para o lazer.

Dentre as atividades de lazer por elas mencionadas encontram-se a visita à parentes e amigos que se realiza geralmente aos finais de semana. Para elas, visitar e serem visitadas é muito importante porque mantém a família mais unida e os amigos mais próximos. Em seguida aparecem ver televisão e ouvir música como opções de lazer no âmbito, do domicílio e, mesmo assim, elas ainda privilegiam os maridos e os filhos, sobrando para as mesmas quase que exclusivamente a conversa com as vizinhas, às vezes, no período da noite, após terem cumprido todas as chamadas obrigações de mãe e de dona de casa.

Como mostra os seguintes depoimentos:

“... O meu passeio é só na casa da minha mãe e das minhas irmãs, lá alguma vez dia de domingo...” (M₁, M₂, M₃, M₅, M₆, M₉, M₁₀)

“... A minha diversão é conversar um pouco com a vizinha depois que eu termino toda a luta de casa...” (M₃, M₄, M₇, M₈, M₁₀, M₁₂)

“... Eu gosto muito de assistir televisão. De preferência as novelas e o fantástico...” (M₁, M₂, M₈, M₁₆)

“... Às vezes, muito difícil, às vezes eu me sento lá fora, aí chega duas vizinhas que tem ao lado e conversam comigo...” (M₈, M₁₂)

“... Domingo à tarde quando dá, eu assisto o programa do Silvio Santos, eu gosto, ele é animado...” (M₄, M₁₁, M₁₅)

“... A gente que é pobre, não tem outra distração, porque tudo hoje em dia se gasta dinheiro, aí a gente tem mesmo é que assistir televisão. Eu acho bom, porque os meninos ficam dentro de casa assistindo filme, novela, jogo e evita deles está na rua, se misturando com os outros e aprendendo o que não presta (cheirando cola, passando a mão no que é alheio), porque é só que a gente vê hoje em dia. Eu às vezes assisto as novelas do canal 10, mas eu não sou muito fanática não, tem dia que eu assisto...” (M₁, M₂, M₅, M₈, M₉, M₁₃, M₁₇)

5.1.5. Convivência em Família e na Vida Comunitária

A análise das entrevistas mostrou o cotidiano das mulheres repleto de relações com grupos sociais primários, tais como parentes, amigos e vizinhos. Muitos dos problemas do dia-a-dia são enfrentados com a ajuda dessas pessoas, o que favorece a existência de um significativo canal informal de comunicação

como componente básico do relacionamento social, que serve algumas vezes de apoio para a sobrevivência e participação na sociedade.

“... a convivência é boa... a família é grande mais é unida... todos estão à disposição quando eu preciso... graças a Deus, eu vivo bem com os meus irmãos e com o meu esposo...”
(M₁,M₂, M₅,M₆, M₇, M₈, M₉, M₁₀, M₁₂, M₁₃, M₁₇)

“... Quando eu preciso levar esse meu mais novo para o médico, a minha sogra toma de conta dos outros dois...” (M₄)

“... Às vezes, eu preciso sair prá resolver alguma coisa fora de casa, aí eu peço a minha vizinha prá dar uma olhadinha nos meninos enquanto eu volto...” (M₁₂)

“... a vizinha aí da frente é mesmo que ser uma mãe para mim, é que eu não tenho família aqui, minha família é toda no interior. Ela é uma pessoa de idade, já tem mais experiência e qualquer coisa de doença, eu corro e peço ajuda a ela...” (M₇)

“... sempre que eu preciso de ajuda, a pessoa a quem eu procuro é uma colega, porque é a única pessoa que me socorre quando eu preciso...” (M₆)

“... Quando eu tenho muita roupa prá lavar, eu chamo a minha sobrinha prá me ajudar. Aí a gente vai lavando a roupa e conversando, quando dá se fé já tem lavado tudo...” (M₉)

Dos modelos de participação institucional das mães entrevistadas, ressaltaram-se como mais significativas as reuniões de grupo e as festividades promovidas pela Igreja.

Segundo elas, essas reuniões contribuem para o conhecimento de outras pessoas e em alguns casos são vistas como um divertimento. Para essas mulheres, cujas vidas cotidianas se encontram preenchidas essencialmente pelas tarefas domésticas, o momento propício de se reunir, de conversar com os outros, torna-se uma forma de participação significativa.

“... eu compro os bingos da igreja e vou à missa quando dá certo...” (M₁, M₇, M₁₀, M₁₅, M₁₇)

“... aqui na luta que eu estou levando, vivo presa dentro de casa. Amanheço e anoiteço aqui dentro de casa, não saio prá canto nenhum, a não ser prá tirar um terço às terças-feiras à noite, na capela...” (M₂, M₈, M₁₁)

“... eu participo do grupo de renovação carismática, acho bom porque eu conheço outras pessoas, às vezes tem palestra na comunidade, às vezes a gente sai nas casas ou nos hospitais para evangelizar as pessoas, eu acho bom, porque sai da rotina...” (M₄, M₁₂, M₁₃)

5.1.6. Religiosidade

A religião tem um papel importante no cuidado da saúde/doença, porque as crenças religiosas de uma pessoa podem influenciar as suas atitudes em relação à saúde e aos cuidados de saúde e seus hábitos sobre assuntos da vida e da morte em quase todas as sociedades existentes, independentemente de os seus membros praticarem ativamente a religião (ROPER 1995:56).

Como expressado nos depoimentos a seguir:

“... Quando eu tenho a minha saúde é Deus que me dá...”
(M₃)

“... Peço a Deus prá me dar saúde, prá ele me curar...”
(M₃, M₄, M₆, M₈)

“... Existe todo tipo de doença. A doença material (do corpo, por ex. uma ferida) e a doença espiritual (na alma, quando a pessoa tá fraca do espírito e acredita em feitiçaria)...”
(M₃, M₆, M₈)

“... Promessa é uma coisa que o pessoal diz que hoje em dia não existe, mas aí é onde é que tá, a pessoa que não acredita nunca acontece. Eu tenho muita fé em Deus e em São Francisco e tudo que eu peço a eles, que eu peço com vontade eu consigo...” (M₄, M₈, M₁₁)

5.1.7. Vida e Morte

As mães entrevistadas atribuíram conteúdo emocional positivo quando se referiram ao sentido da vida e negativo ao descrever a morte.

Para elas, a vida significa uma coisa muito importante, primeiro, porque é o contrário da morte e ninguém quer morrer deixando inacabados os seus projetos de vida, mesmo apesar de todas as dificuldades que se enfrenta no dia-a-dia para continuar vivendo. E depois, porque de acordo com elas, quando se tem saúde, alimentação e paz de espírito a vida se torna ainda melhor.

Os depoimentos que seguem podem confirmar isso:

“... Viver significa prá mim, uma coisa muito importante porque ninguém quer morrer...”(M₉)

“... A vida é maravilhosa, apesar das dificuldades que a gente passa. A gente tando com saúde, a vida é ótima...” (M₅, M₉)

“... É boa, mais ao mesmo tempo é difícil. Eu peço a Deus prá viver mais, porque eu sinto assim, que se eu me apagar o negócio aqui em casa parece que vira...” (M₁₁)

“... A vida é muito importante. Viver é muito bom...” (M₆, M₃, M₄, M₈).

Ao falar em morte, observei que a maioria das mães entrevistadas ficou com a voz trêmula. Houve momentos de silêncio. Pude observar lágrimas nos olhos de várias delas. Outras disseram que preferiam não falar sobre esse assunto para não sofrer novamente.

As mães percebem a morte como uma experiência dolorosa que encontra conforto nas crenças religiosas. Essas crenças manifestam-se por meio da verbalização de submissão a uma vontade de Deus, perante à qual cabe apenas a aceitação.

O medo que elas referem com relação à morte está vinculado à idéia de perda. E a tristeza relacionada à morte de uma pessoa querida. A crença na existência de uma vida melhor após a morte é que conforta a família no sentido de compreender melhor a perda de um ente querido.

“... A morte é uma experiência ruim demais. Quando é pessoa longe a gente esquece logo. A perda é muito triste”...

“... Significa muita dor. Perdi minha mãe quando eu tinha 13 anos, me lembro como se fosse hoje. Prefiro nem falar sobre isso, porque me dá vontade de chorar”...

“... Prá mim é uma grande perda e o meu consolo é que eles que morreram possam ter uma vida melhor do que a que já tiveram aqui”...

“... É uma tristeza. É difícil a gente se acostumar com a morte, mais é uma coisa que tem que ser”...

5.2. - Percebendo o significado de saúde/doença e cuidado

5.2.1. Definindo saúde/doença e cuidado

Na fala das mães entrevistadas pude notar a concepção de saúde enquanto bem-estar físico, mental e social. E o sentir-se saudável pela ausência de sinais e/ou sintomas de doença.

Como mostra os seguintes depoimentos:

“... É está bem... tendo saúde, dinheiro e primeiramente Deus...” (M₂)

“... Estando com saúde tem tudo... a saúde é riqueza e tranquilidade...” (M₁)

“... Saúde é amanhecer o dia sem uma gripe, sem dor de cabeça, sem dor no corpo, sem dor de cólica...” (M₄).

“... Prá mim é não ter doença...” (M₉)

O conceito de saúde/doença apresenta-se associado ao trabalho, destacando-se a noção de corpo como instrumento de trabalho. Como se pode constatar através das seguintes falas:

“... está com saúde, eu acho que é está com disposição para trabalhar. Alegria prá viver e trabalhar...” (M₃, M₅).

“... É poder lavar roupa prá dar de comer a família todinha...” (M₉)

“... A gente estando doente, vê as coisas prá fazer e não pode, tem que pedir aos outros prá fazer, fica mole, fraca e não tem ânimo prá nada...” (M₁, M₂, M₅, M₇, M₈, M₁₃, M₁₆).

Verifiquei ainda que a noção de saúde/doença está relacionada à concepção de equilíbrio do homem consigo mesmo (através das crenças em susto, vontade insatisfeita); com o seu meio natural (dentro da lógica do “quente e frio”) e social (crenças em “mau-olhado”, feitiço ou inveja) e com os agentes sobrenaturais (crenças em espíritos do mal).

Como expressado nos seguintes depoimentos:

“... os dois mais novos tiveram vento caído, devido a um susto muito grande que eles tiveram por causa de uma bomba rasga lata que soltaram quase na porta daqui de casa, os meninos passaram muitos dias com a moleira funda, as fezes

esverdeadas e só se assustando, mas eu levei prá rezar e eles ficaram bom logo...” (M₂).

“... Quando eu terminei o resguardo, no outro dia eu tive uma raiva de tarde e adoeci da pressão. Eu nem sabia que eu estava com pressão alta. Eu tive a raiva de tarde e de noite eu fui me deitar e me acordei cansada com aquela coisa ruim né, provocando aquela salmoura de sangue sabe. Ai eu pensei que ia morrer...” (M₉)

“... Ele trabalha de vigia mas não consegue emprego. Está com mais de 2 anos que o pobre está parado, chega ele só falta é ficar doido...” (M₉)

“... O que eles têm com frequência é gripe. Basta haver mudança no clima, quando começa a chover eles gripam. Toda vida foi assim. Também quando a quintura do sol aumenta aí é que eles gripam mais depressa...”

“... Aqui e acolá eles estão gripados, ontem mesmo o meu mais novo tomou aquele banho de chuva e hoje amanheceu gripado. Ele não pode tomar banho de chuva...” (M₇)

“... Eles tiveram quebrante quando eram pequenos e quem botava era o pai, porque ele ficava admirando muito os filhos...” (M₁)

“... Essa minha mais nova, estava boazinha aí passou uma mulher lá em casa aí a menina ficou só chorando como se tivesse com dor no corpo todo, foi um quebrante que a mulher botou, aí eu levei na Irmã Regina (ela é espírita) só faz é rezar. Quando ela começou a rezar a Irmã Regina ficou toda se esticando, aí a dor que a menina estava sentindo passou prá ela e a menina ficou boa...” (M₆)

“... Um filho meu teve quebrante ficou com bastante diarreia, provocando, emagreceu derrepente e o corpo ficou todo dolorido. Foi a minha vizinha quem botou o quebrante, bastava ela ver ele, ficava logo assim. Tratei com reza...” (M₂, M₅)

“... Essa minha menina às vezes tem também uma coisa diferente. Ela vai dormir e acorda chorando dizendo que está sonhando com uma coisa preta, aí ela diz mãe me reza, me reza. Eu começo a rezar com ela, aí ela se acalma e fica boa. Eu acho que só pode é ser alguma coisa botada nela. Onde eu ando o pessoal se admira dela acha ela grande e muito sabida para a idade dela...” (M₆)

Já a percepção de cuidado está associada a tomar de conta para evitar que adoença.

Conforme os depoimentos que se seguem:

“... Eu filtro a água, matenho a casa sempre limpa, cozinho bem os alimentos. As doenas estão no meio do mundo mais a gente tem muitas formas de evitar...”

“ Taí, eles hoje estão no meio da rua, porque eu estava lavando roupa, mas eu coto eles sempre dentro de casa, é banho de instante em instante por causa da quintura que está grande. É um suco. Eu faço tudo prá ver se eles não adoecem, mais você sabe que quanto mais a gente tem cuidado...” (M₈)

5.2.2.Causalidade da doença

As mães entrevistadas percebem a doença como uma experiência que traz consigo a necessidade de explicação e de atribuição a uma causa.

Os relatos abaixo confirmam esse aspecto:

“... O meu menino teve começo de pneumonia logo quando nasceu, eu acho que foi porque eu fumava muito e só vivia gripada e devido eu cuidar da criança eu transmiti...” (M₇)

“... A menina teve diarreia, mas foi devido a dentição...” (M₇)

“... Eu acho que a febre e o problema de garganta é porque eles brincam muito aí no campo jogando bola e tem uma poeira danada...” (M₁₁)

“... O respingo, às vezes quando chove à noite. A casa daqui não é forrada e neblina muito. Esse dois pequeninhos ficam logo roucos quando eles pegam respingo...” (M₁₁)

“... Devido ele está fraco deu pneumonia. O quebrante foi devido a admiração do pai. A rubéola, a catapora e a caxumba

ele pegou foi dos outros mesmo. Aparecia um vizinho doente quando dava fé lá estava outro também...” (M₁)

“... Eles pega essas gripe, pneumonia e doença da garganta é de brincar na poeira quente, tomar banho na água quente e também devido ao fastio porque ficam fracos, sem querer comer nada...” (M₃)

“... A diarreia eu acho que é devido as alimentação mal feita ou ao quebrante. O quebrante é uma doença espiritual, é quando a criança tá fraca do espírito e a mãe acredita em feitiçaria, mal olhado, aí a criança pega...” (M₄)

“... Quando esse mais velho tinha 2 meses, só mamava, eu tinha o maior cuidado, não andava com ele descoberto de noite, porque pneumonia dá quando anda sem blusinha no vento frio. O cansaço foi consequência da pneumonia. Agora basta andar descalço, sem blusa ou no sol quente já fica cansado. (M₈)

5.2.3. Ser saudável e enfermo

Segundo as mães e as crianças entrevistadas o ser saudável é aquele que tem alegria para viver, disposição para trabalhar e liberdade para fazer as coisas que gosta.

Como se pode constatar através das seguintes falas:

“... Prá mim é ter disposição para trabalhar... É quando eu me acho muito feliz... Prá mim é ter alegria para viver e trabalhar... É ter resistência física... Eu acho que é conseguir se

alimentar bem e estar sem nenhuma doença...” (M₁, M₂, M₃, M₄, M₆, M₈, M₉, M₁₃, M₁₆)

“... É ser alegre, poder comer, brincar e ir prá escola... É a família está bem... Meu pai estar trabalhando... É poder passear e conversar com as amigas... É não ter preguiça... É não estar dando trabalho para os meus pais... É eu me sentir feliz por dentro como se eu tivesse nascido agora...” (C₁, C₂, C₃, C₄, C₅, C₆, C₉, C₁₁, C₁₂, C₁₃, C₁₆ e C₁₇)

E o ser enfermo é o que não tem ânimo prá nada. Vive doente e nem sempre pode fazer as coisas que gosta. Como expressado nos seguintes depoimentos:

“... Estando doente não tem vontade de fazer nada... vê as coisas prá fazer e não pode... fica mole, fraca e não pode comar... Eu acho que é a pessoa se sentir mau...” (M₁, M₂, M₃, M₄, M₅, M₆, M₇, M₈, M₁₂, M₁₄, M₁₅, M₁₇)

“... quando eu estou doente me sinto como um cara que estivesse morto, não posso comer direito e nem ir prá o meio da rua fazer danação... não sinto vontade de andar, de brincar, só fico deitada... me sinto uma pessoa muito triste, só, abandonada... deixo a família preocupada... minha mãe diz que eu fico chata e incompreensiva...” (C₁, C₂, C₃, C₄, C₅, C₆, C₇, C₈, C₁₀, C₁₂, C₁₃, C₁₅, C₁₆, C₁₇)

5.3. Definindo situação com relação ao cuidado para com a saúde/doença

5.3.1. Pensamento, decisão, ação.

A análise dos depoimentos mostrou-me que aos olhos das mães o estar vivenciando a situação de ter um filho doente em casa e cuidar dele no contexto da família se mostra:

- Como uma experiência que envolve uma preocupação com o medo da internação, das complicações, da falta de recursos para a aquisição de medicamentos, da precariedade da assistência prestada nos serviços públicos e com o medo da morte.

Os relatos abaixo confirmam esses aspectos:

“... fico preocupada em ter que se internar, morrer e os outros me culpar...” (M₂, M₁₁)

“... A gente fica aflita porque não sabe nem o que dê e também pelo problema do atendimento precário...” (M₄)

“... se sente febre eu tenho medo logo de dar aquelas coisas (epilepsia)...” (M₇)

“... se preocupa em ser uma doença grave...” (M₃)

“... se preocupa em comprar o remédio, porque é tudo muito caro, e o ganho da gente é pouco” (M₆, M₉)

“... primeiro de tudo, só o que vem na minha cabeça é que vai morrer...” (M₈)

- Como uma experiência que exige dela uma tomada de decisão e ação relacionada ao percurso geral do cuidado em busca da solução para os problemas de saúde.

“...Quando adoece um, adeus tempo bom... perco a noite de sono... Largo tudo só para cuidar do menino”...(M₁, M₂, M₃, M₄, M₅, M₆, M₇, M₈, M₉, M₁₇)

“... O que eu puder fazer antes de levar para o médico, eu faço...Se tiver remédio em casa para febre ou tosse, eu dou logo”... caso não melhore eu procuro os postos de saúde... quando eu vejo que a doença é comum eu mesma cuido”... (M₁, M₈, M₁₁, M₁₅)

“... Dependendo da doença, quando eu não quero levar para o médico, procuro uma vizinha ou alguma pessoa mais idosa prá me ajudar. Corro e pergunto a ela se o problema está sério, procuro saber se sabe um remédio bom prá eu dar... Faço logo uma promessa para São Francisco... Peço a Deus prá me ajudar”... (M₂, M₃, M₄, M₇, M₈)

“... Quando eu vejo que é doença que não posso tratar em casa, levo logo para o médico”... (M₅, M₈, M₁₁, M₆).

Os depoimentos das crianças validam as falas das mães. Vejamos a seguir:

“... Minha mãe me dá chá. Leva na rezadeira primeiro e se não melhorar leva ao médico”... (C₈)

“... A mãe me dá chá de camomila, capim santo e erva doce. Depois de um dia se eu não ficar boa, me leva para o médico. Me leva para a rezadeira em caso de vento caído (quando eu levo uma queda ou tomo um susto)”...(C11)

“... Minha mãe vai direto comprar o remédio na farmácia. Se eu não ficar boa, ela leva para o posto de saúde”... (C15)

5.3.2. O cuidado consigo e com os filhos

No que se refere ao cuidado informal na saúde/doença no contexto da família, visando a promoção da saúde, proteção contra doenças e reabilitação de doentes, tanto no cuidado consigo, como no cuidado com os filhos, mães enfatizaram o que deve ser evitado para não adoecer e pouco falaram sobre o que fazem para promover a saúde.

Como mostra os seguintes depoimentos:

“... não tomo remédio nenhum... detesto sujeira... evito comer tarde... não durmo tarde de mais... não como comida gordurosa e nem coisa muito ácida... não fumo e nem tomo bebida alcoólica... (M₁, M₂, M₄, M₆, M₇, M₉, M₁₃).

“... o que mais eu falo prá eles é prá não ficar a vontade quando o tempo está frio, porque pode pegar resfriado (M₁, M₉, M₁₂, M₁₇, M₃).

“... Deles, eu evito eles andar muito na temperatura quente, tomar coisa muito gelada e andar descalço na terra quente, para não pegar infamação na garganta. (M₄, M₅, M₆, M₂, M₁₃, M₁₀).

“... eu contenho eles sempre dentro de casa, é banho de instante em instante por causa da quintura que está grande. É um suco. Eu faço tudo prá ver se eles não adoecem”... (M₈, M₆).

“... Eu digo a eles que não andem de pé no chão, não pisem em lixo ou lama de pés descalços prá não pegar doença. Passo o ferro nas roupas para tirar os micróbios. (M₁, M₁₁, M₁₅).

Já as crianças mencionaram conteúdos positivos e negativos referentes ao cuidado na saúde/doença.

Vejamos alguns trechos de suas falas:

“... eu tomo banho todos os dias... visto roupa limpa... corto as unhas... escovo os dentes... como na hora certa... como bem (arroz, feijão, ovos, galinha e frutas)... depois do almoço durmo um pedaço... lavo as mãos antes das refeições e quando saio do banheiro... faço exercícios... tomo água filtrada...” (C₁, C₂, C₃, C₄, C₅, C₇, C₈, C₉, C₁₀, C₁₁, C₁₂, C₁₃, C₁₄, C₁₅, C₁₆, C₁₇)

“... Evito comer bobagem (salgadinho, doce, chocolate)... não gosto de brincar com terra... evito brincadeira que não é para brincar (jô a trepa)... não ando no sol quente e nem na neblina... não como coisa quente... não ando de pés descalços... não pego sujeita... não ando altas horas da noite na rua... evito tomar água gelada demais... não fico catando lixo... não como com as mãos sujas... não teimo com a minha mãe... não brinco nas pistas...” (C₁, C₃, C₄, C₆, C₇, C₈, C₉, C₁₁, C₁₂, C₁₃, C₁₅, C₁₆)

5.3.3. Medidas Incluídas no Cuidado Informal na Família

As mães entrevistadas utilizam a automedicação caseira e farmacêutica como recurso para a prática do cuidado informal dos problemas de saúde apresentados pelos membros da família, a nível e domicílio. Elas baseiam-se em tradições familiares de cuidado, orientações de vizinhos e nas experiências acumuladas com os serviços de saúde e agentes informais existentes na comunidade.

“... Se eu tiver algum xarope que foi passado pelo médico e elas apresentar tosse, aí eu dou sem medo...” (M₅, M₆, C₁)

“... Dos remédios de farmácia eu costumo dar melhorau para febre... Eritromicina para problemas de garganta, infectrim para pneumonia, não peço nem consulta médica, olho na bula e do jeito que ensina eu dou, é sempre isso que eles (médicos) costumam passar...” (M₁, M₅)

“... Por conta própria eu dou eritromicina e sulfa em casos de garganta e diarreia... Dou também o Infectrim devido ao costume de ver os médicos passar aí eu ia aprendendo. (M₁₁)

“... Quando os meus meninos estão doentes, eu corro e pergunto a minha vizinha o que é que eu dou, porque ela é uma pessoa de idade, já tem mais experiência né. Aí ela me diz que eu dê dipirona ou tylenol, no caso de algum deles tá com febre, aí eu pego né, procuro uma farmácia, compro o remédio e dou...” (M₇)

Os depoimentos das crianças podem confirmar isso:

“... Dependendo dos sintomas que eu tiver, se ela já souber o remédio que precisa ela já dá o remédio... para gripe dá o lamedô que minha avó faz... Dor de cabeça dá comprimido... se eu estiver com febre ela vai na farmácia e compra o remédio...” (C₉, C₃, C₁, C₁₅)

“... A minha mãe dá logo remédio... Para febre dá dipirona e para gripe dá lamedô de eucalipto... leva ao médico só quando estou me sentido muito mal. Ela já sabe o remédio porque quando os meus irmãos estão doentes é quase sempre a mesma doença...” (C₁, C₁₂, C₄, C₁₁)

5.4. Influências recebidas na orientação para o cuidado na saúde/doença no âmbito familiar

Quanto às influências recebidas na orientação para o cuidado da saúde/doença no âmbito familiar, tanto as mães como as crianças entrevistadas ressaltaram em suas falas a figura materna, como elemento significativo no processo de aquisição de conhecimentos, hábitos e valores relacionados à saúde/doença e cuidado.

Vejamos nos depoimentos que se seguem:

“... aprendi com minha mãe, porque tudo o que ela me ensinava ou fazia comigo quando eu estava doente eu faço com os meus filhos...” (M₁, M₉, M₁₃, M₁₄, M₁₅)

“... Acho que foi com a minha mãe, quando ela era viva, ela fazia assim...” (M₂, M₁₁, M₁₂, M₁₇)

“... aprendi com a minha mãe...” (C₈, C₉, C₁₁, C₁₂, C₁₃, C₁₄, C₁₅, C₁₆, C₁₇)

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pelos dados empíricos levantados, verificou-se que a mulher é o elemento chave nas decisões sobre o cuidado na saúde/doença no âmbito familiar, cabendo portanto à ela o provimento dos cuidados requeridos para a manutenção, recuperação e preservação da saúde dos membros da família.

Observou-se que a percepção da mãe sobre saúde/doença e cuidado emerge a partir da sua visão de mundo e das interações estabelecidas com os outros. Enquanto que a da criança depende da percepção de pessoas próximas e significativas, tais como a mãe e a professora, sendo a mãe a principal responsável pela formação de hábitos e valores relacionados ao cuidado na saúde/doença.

Constatou-se que a criança recebe as orientações dadas pela mãe com relação ao cuidado na saúde/doença, absorve essas informações a nível cognitivo, porém na prática ela seleciona as orientações a serem seguidas, de acordo com os seus próprios interesses, pois foi comum em suas falas ouvir as crianças dizerem que devem “evitar andar descalço na terra quente, evitar a poeira, para não pegar gripe ou dor de garganta”, no entanto, em observação participante no horário do recreio pude ver essas mesmas crianças jogando bola, no período da tarde, no sol quente, de pés descalços, em baixo de uma nuvem de poeira.

Comprovou-se que a definição de situação das mães com relação ao cuidado informal na saúde/doença no contexto da família se manifesta em três etapas: pensamento, decisão e ação, que sofrem influências de determinantes pessoais, interpessoais e situacionais, pois são elas quem compreendem e dão um nome aos sintomas, consideram que estes não são graves e decidem tratar-se por si mesmas, utilizando métodos que incluem os remédios caseiros e a automedicação farmacêutica, baseadas em tradições familiares de cuidado,

orientações de vizinhos e nas experiências acumuladas com agentes informais existentes na comunidade e com o serviços de saúde.

Concluiu-se que as falas das mães convergem para um aspecto básico: a ênfase dada às ações voltadas para a doença, pois ensinam aos filhos o que deve ser evitado para não adoecer e não para permanecerem saudáveis.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALCÂNTARA, Lúcio. *Gestão de saúde pública: Alguns desafios propostos pelo SUS*. Fortaleza, Multigraf Editora, 1992, p. 44.
- ALMEIDA, V. L. & NÓBREGA, S. M. *Em defesa da saúde - processo saúde-doença*. *Jornal o Povo*, Fortaleza, 1987. 2 - 7.
- ALVES, P. C. *A experiência da enfermidade: considerações teóricas*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 9(3):263-271, jul./set., 1993.
- ARRUDA, A. M. S. *A representação social da saúde num bairro de baixa renda de Campina Grande, PB*. Rev. de Psicologia, Fortaleza, 3(1): 49-61, 1985.
- ARREDONDO, A. *Análisis y Reflexión sobre modelos teóricos del proceso salud-enfermedad*. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, 8(3): 254-261, jul./set., 1992.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa, Edições 70, 1977. 93 - 126, 153.
- BECKER, H. S. *Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais*. São Paulo, HUCITEC, 1993. 47 - 64.
- BOEHS, A. E; & PATRÍCIO, Z. M. *O que é este "cuidar/cuidado"? - uma abordagem inicial*. Rev. Esc. Enf. USP, São Paulo, 24(1):111-116, abr., 1990.

- CAPALBO, C. *Metodologia das ciências sociais: a fenomenologia de Alfred Shutz*. Rio de Janeiro, Antares, 1979, p. 102.
- CAPRA, F. *O ponto de mutação: a ciência e a sociedade e a cultura emergente*. São Paulo, Cultrix, 1988, p. 116-155.
- CHAVES, E. C. et alli. *A questão da determinação do processo saúde/doença*. Rev. Esc. Enf. USP, São Paulo, 24:163-167, abr. 1990.
- COSTA, Z. S. et ali. *A participação do enfermeiro de saúde pública na saúde familiar*. Rev. Bras. Enf., Brasília, 39(2/3):107-118, abr./set., 1986.
- ELSEN, I. *Buscando uma compreensão do conceito "criança saudável"*; Rev. Texto e Contexto-Enf., Florianópolis, 1(2): 20-35, jul./dez, 1992.
- FAAN, M. A. I. *Ser e tornar-se saudável: o âmago do conhecimento de enfermagem*. Rev. Texto e Contexto-Enf., Florianópolis, 1(2)? Jul./dez., 1992.
- FERREIRA, A. B. H. *Novo dicionário da língua portuguesa*. Rio de Janeiro, Nova Fronteira S.A., 2ª ed., 1986. pág. 1489.
- FLESHMAN, R. & ARCHER, S. E. *Enfermeria de Salud Comunitaria*. OMS/OPS. 1977. 1ª edición en español.
- FORGHIERI, Y. C. (org.). *Fenomenologia e Psicologia*. São Paulo. Cortez: Autores Associados, 1984.

- GELBECKE, F. L. *Processo saúde doença: à procura da essência*. Rev. Texto e Contexto Enf., Florianópolis, 1(2): 4-19, jul./dez., 1992.
- HAGUETTE, T. M. F. *Metodologias qualitativas na sociologia*. 3^a. ed. Vozes, Petrópolis, 1992.
- HALL, J. E. *Enfermeira en salud comunitaria: un enfoque de sistemas*. OPS, 1990.
- HELMAN, C. G. *Cultura, saúde e doença*. Trad. MUSSMICH, 2^a. ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 1994. 333p. (70-99).
- JODELET, D. *Les representations sociales*. Paris, PUF, 1989.
- JOUCHELOVITCH, S. & GUARESCHI, P. (orgs.). *Textos em representações sociais*. Petrópolis, 1994. 27 - 89.
- LANE, S. T. M. *Usos e abusos do conceito de representação social*. In: SPINK, M. J. (org.). *O Conhecimento no cotidiano*. São Paulo, Brasiliense, 1993.
- LAURELL, A. C. *A saúde-doença como processo social*. *Medicina e Sociedade*. São Paulo, Ed. Global, 1983. 134-158.
- LEFÈVRE, F. *O medicamento como mercadoria simbólica*. São Paulo, Cortez, 1991. 159 p.

- LEDDY & PEPPER. *Bases conceptuales de la enfermería profesional*. OPS, 1989.
- LOYOLA, M. A. *Medicina popular*. In: Guimarães, R. G. Saúde e medicina no Brasil: Contribuições para um debate, Rio de Janeiro, Graal, 1979 (225-229).
- LUZ, 1991 27 - 31.
- MARTINS, J.; BOEMER, M. 7 Ferraz, C. *A Fenomenologia como alternativa metodológica para pesquisa - algumas considerações*. Rev. Esc. Enf. USP, São Paulo, 24(1): 139-147, abr. 1990.
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo HUCITEC, 1992.
- _____ (1993). *O quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade?* Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, 9(3): 239-262, jul./set., 1993.
- MONTEIRO, R. G. *A pesquisa qualitativa como opção metodológica*. Proposições N.º. 5 agosto, 1991.
- MOSCOVICI, S. *Representação social da psicanálise*. Rio de Janeiro, ZAHAR, 1978.
- MATOS, F. M. D. *As plantas que curam também podem matar*. Fortaleza, Edições UFC, 1987. 73 p. pág. 35-67.
- NOGUEIRA, Maria Jacira de C. *A assistência de enfermagem à família*. Enf. Novas dimensões. 3(6): 327-329, 1977.

OMS. De Alma Ata al ano 2000: Reflexões a medio camino. Ginebra, 1991.

_____. Cuidados primários de saúde. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978.

_____. Enfermeira y salud de la comunidad. Ginebra, 1974. (Série de Informes Técnicos, 558).

PADILHA, M. I. C. S. *A família em questão: uma abordagem histórico - contextual*. Acta Paul. Enf., São Paulo, v. 5, n. ¼, p. 8-13, jan./dez. 1992. Pág. 12.

PATRÍCIO, M. Z. et al. *Repensando paradigmas de saúde - ensinando e aprendendo terapêuticas alternativas para ser saudável*. Texto e contexto - Enf. 1(2): 142-151, jul./dez. 1992.

QUEIROZ, M. S. *Representações sobre saúde e doença - agentes de cura e pacientes no contexto do SUS*. Campinas - SP, UNICAMP, 1991.

_____. (1993). Estratégias de consumo em saúde entre famílias trabalhadoras. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 9(3): 272-282, jul./set., 1993.

RABELO, M. C. Religião e cura: algumas reflexões sobre a experiência religiosa das classes populares urbanas. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, 9(3)316-325, jul./set., 1993.

ROPER, N. et al. *Modelo de Enfermagem*. Portugal, Mc Graw - Hill, 1995. 132-361, 416-438.

- ROUQUAYROL, M. Z. Epidemiologia, história natural e prevenção de doenças. Epidemiologia e saúde, 4^a. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1993, 540 p.
- SÁ, C. P. Representações sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: SPINK M. J. (org.). O Conhecimento no cotidiano, São Paulo. Brasiliense, 1993.
- SASSO, G. T. M. Dal; *Compreendendo o ser saudável através do processo saúde-doença*. Rev. Texto e Contexto - Enf. 1 (2): 120-138, jul./dez., 1992.
- SEVALHO, G. *Uma abordagem histórica da representações sociais de saúde e doença*. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, 9(3): 349-363, jul./set., 1993.
- SCHUTZ, A. *Fenomenologia e relações socais*. Rio de Janeiro, ZAHAR, 1979. 316 p.
- SCHULZE, C. M. N. *As representações sociais de pacientes portadores de câncer*. In: SPINK, M. J. (org.). O Conhecimento no cotidiano. São Paulo, Brasiliense, 1993.
- SPINK, M. J. P. *O Estudo empírico das representações sociais*, In: SPINK, M. J. (org.) O Conhecimento no cotidiano. São Paulo, Brasiliense, 1993.
- TRIVINOS, A. N. S. *Introdução à pesquisa em Ciências Sociais - a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo, Atlas, 1987. 116 - 172.
- VASCONCELOS, E. M. Educação popular nos serviços de saúde. São Paulo, HUCITEC, 1989. 139 p.

**ROTEIRO PARA NORTEAR AS OBSERVAÇÕES
NA ESCOLA E DOMICÍLIOS**

OBSERVAÇÃO Nº: _____ LOCAL: _____

DATA: _____ HORA: _____ RUBRICA: _____

1. APARÊNCIA FÍSICA DOS SUJEITOS:

1.1 Higiene corporal: _____

1.2 Higiene das roupas de uso: _____

2. DESCRIÇÃO DE LOCAIS:

2.1 Higiene do ambiente: _____

2.2 Fatores agravantes à saúde: _____

2.3 Riscos de acidentes no local: _____

3. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES:

3.1 Comportamento das pessoas com relação à promoção da saúde: _____

3.2 Comportamento das pessoas com relação à proteção contra doenças: _____

3.3 Discurso e prática com relação à saúde/doença e cuidado: _____

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM AS CRIANÇAS

REGISTRO: _____

TEMA DA PESQUISA: _____

PESQUISADORA: _____

1 - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

- NOME DA CRIANÇA:
- IDADE:
- SÉRIE:
- NOME DA MÃE:
- ENDEREÇO:

2 - DADOS SOBRE SAÚDE/DOENÇA E CUIDADO:

- Para você o que significa estar com saúde?
- Como você cuida da sua saúde?
- O que faz com que você adoença?
- Como você se sente quando está doente?
- Como a sua mãe cuida de você quando você está doente?

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

REGISTRO: _____

TEMA DA PESQUISA: _____

PESQUISADORA: _____

INFORMANTE: _____

I. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA INFORMANTE:

- Idade: 20 ---- 25 anos ()
 - 25 ---- 30 anos ()
 - 30 ---- 35 anos ()
 - ≥ 35 anos ()
- Estado Civil: Solteira ()
 - Casada ()
 - Amasiada ()
 - Viúva ()
 - Divorciada ()
 - Outra ()
- Ocupação: Prendas do lar ()
 - Doméstica ()
 - Faxineira ()
 - Lavadeira ()
 - Costureira ()
 - Outra ()

- Procedência: Capital ()
Interior ()
Outro Estado ()
Outra ()
- Religião: Católica ()
Espírita ()
Protestante ()
Outra ()
- Escolaridade: Analfabeta ()
1º Grau completo ()
1º Grau incompleto ()
2º Grau completo ()
2º Grau incompleto ()

2. DADOS FAMILIARES

- Nº de moradores no domicílio: 2 ----- 4 ()
5 ----- 7 ()
8 ----- 10 ()
Mais de 10 ()
- Nº de filhos: 2 ----- 4 ()
5 ----- 7 ()
Mais de 7 ()
- Agregados: Sim ()
Não ()
Quantos? _____
Parentesco: _____

- Composição familiar por Idade/Sexo:

SEXO	Masculino	Feminino
IDADE		
< 1 ano		
1 ----- 4 anos		
5 ----- 14 anos		
15 ----- 25 anos		
26 ----- 35 anos		
36 ----- 45 anos		
> 45 anos		
TOTAL		

- Renda Familiar: < 1 SM ()
1 A 2 SM ()
+ 2 A 3 SM ()
> 3 SM ()

- Filhos contribuem para despesas de casa?

Sim ()

Não ()

De que forma? _____

- O homem contribui para despesas de casa?

Sim ()

Não ()

De que forma? _____

- Agregados contribuem para despesas de casa?

Sim ()

Não ()

De que forma? _____

3. CONDIÇÕES DE MORADIA:

- Casa: Própria () Cedida ()

Alugada () Invadida ()

- Piso: Cimento () Chão Batido ()

Cerâmica () Outros ()

- Parede: Rebocada Sim () Não ()

Taipa () Madeira ()

Tijolo () Palha ()

- N° de cômodos: 1 a 2 cômodos ()

3 a 4 cômodos ()

Mais de 4 cômodos ()

- Instalação Sanitárias:

Esgoto () Fossa () Céu Aberto ()

- Destino do Lixo:

Coleta pública () Queimado ()

Enterrado () Exposto ()

- Abastecimento de água:

Filtrada () Fervida () Sem Tratamento ()

4. ASPECTOS RELACIONADOS À SAÚDE/DOENÇA E AO CUIDADO:

- 1) Para a senhora, o que significa estar com saúde?
- 2) O que a senhora faz para manter sua saúde?
- 3) E a saúde dos seus filhos?
- 4) como a senhora aprendeu essas formas de cuidar da saúde?
- 5) Quais as doenças que a senhora já teve?
- 6) E os seus filhos?
- 7) *O que provocou o aparecimento de cada uma dessas doenças?*
- 8) O que significa para a senhora estar doente?
- 9) E ter algum dos seus filhos doentes em casa?
- 10) A quem a senhora recorre em caso de doença na família?
- 11) Que tipo de remédio caseiros a senhora toma quando está doente?
- 12) E quais os remédios caseiros que costuma dar aos seus filhos?
- 13) Que remédio da farmácia a senhora costuma tomar por conta própria?
- 14) Para a senhora, o que significa viver a vida?
- 15) Como a senhora vive a sua vida na sua família?
- 16) E na comunidade?
- 17) A senhora participa de algum grupo na sua comunidade? Qual?
- 18) Quais as suas crenças com relação à religião?
- 19) E com relação à morte?