

C4724,84
R 906662
02/12/98

II

MIRNA ALBUQUERQUE FROTA

**COMO CUIDO
DO MEU FILHO DESNUTRIDO.
ABORDAGEM CULTURAL**

*Dissertação apresentada à Banca Examinadora do
Curso de Mestrado em Enfermagem da
Universidade Federal do Ceará, como requisito
necessário à obtenção do título de Mestre em
Enfermagem, área de concentração - Enfermagem
Comunitária*

ORIENTADORA: Prof^ª Dr^ª Maria Grasiela Teixeira Barroso

TESE
610.7362
F.9610
1998

**FORTALEZA-CEARÁ
1998**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

UFC	BIBLIOTECA UNIVERSITÁRIA
Nº. R 90686 2	
02 / 12 / 98	

F961c – Frota, Mirna Albuquerque

Como cuidado do meu filho desnutrido: abordagem cultural / Mirna Albuquerque Frota. – Fortaleza, 1998.

83 f.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Grasiela Teixeira Barroso

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará. Curso de Mestrado em Enfermagem.

1 – Mãe adolescente. 2. Cultura. 3. Saúde. 4. Enfermagem. I. Título

CDD 610.7362

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
ENFERMAGEM - MESTRADO

COMO CUIDO DO MEU FILHO DESNUTRIDO
ABORDAGEM CULTURAL

BANCA EXAMINADORA

✓ Profa. ~~Dr.~~ Maria Graciela Teixeira Barros
Presidente

Profa. Dra. Matilde M. Miranda Cadete
Examinadora

Profa. ~~Dra.~~ ~~Antônio~~ Maria de Vasconcelos Varela
Examinadora

Profa. Dra. Raimunda Magalhães da Silva
Examinadora Suplente

Trabalho inserido na linha de pesquisa Enfermagem, Educação, Saúde e Sociedade, do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará.

Esta pesquisa contou com apoio financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, Programa de Demanda Social.

Salmo 23

O Senhor é o meu pastor:
Nada me faltará.
Ele me faz repousar em pastos verdejantes.
Leva-me para junto das águas de descanso,
Refrigera-me a alma.
Guia-me pelas veredas da justiça por amor do
seu nome.

Ainda que eu ande
pelo vale da sombra da morte, não
Temerei mal nenhum, porque tu estás comigo:
A tua vara e o teu cajado me consolam.

Prepararas-me uma mesa
na presença dos meus adversários
Unges-me a cabeça com óleos;
o meu cálice transborda.

Bondade e misericórdia certamente me
seguirão todos os dias da minha vida; e
habitarei na casa do SENHOR para todo o
sempre.

Dedicamos este trabalho a todas as mães adolescentes de filhos desnutridos e, em especial, as mães adolescentes, Acácia, Açucena, Dália, Hortênsia, Jasmim, Margarida, Violeta, que compartilharam conosco as experiências de conviver e cuidar do seu filho desnutrido.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que me fez despertar para a busca desse crescimento profissional, me deu forças para superar as renúncias e também iluminou-me nos momentos árdios dessa caminhada.

Quero agradecer, em especial ao meu marido, Osvaldo, que esteve sempre ao meu lado nesta caminhada, acreditando nas minhas possibilidades e apoiando-me nos momentos mais difíceis.

Aos meus pais Edilson e Isa, que me ensinaram a desenvolver minhas potencialidades, acompanhando e incentivando meus passos.

Ao tio Padre João Batista Frota, pela contribuição inestimável na fase final do trabalho.

Aos meus irmãos Mônica e Régis, que participaram direta ou indiretamente, dando-me apoio e carinho.

À Prof^a. Dr^a. Maria Grasiela Teixeira Barroso, por sua orientação, dedicação e disponibilidade, sempre presente durante o desenvolver desse estudo, dividindo comigo seus conhecimentos para que este se tornasse realidade.

À Prof^a. Dr^a. Raimunda Magalhães, coordenadora do Curso de Mestrado em Enfermagem da UFC, pelo incentivo e pela amizade

Às professoras Dr^a. Zulene Maria de Vasconcelos Varela e Dr^a. Matilde M. M. Cadete, por aceitarem o convite para participar da comissão de avaliação.

A todos os docentes e funcionários do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, pela atenção e disponibilidade demonstradas.

A todas as colegas do Mestrado em Enfermagem, pela amizade e apoio presentes em nosso convívio.

Ao IPREDE, por direcionar minha prática profissional e originar os questionamentos deste estudo.

Às mães adolescentes, que aceitaram, prontamente, colaborar com este estudo, descrevendo suas experiências no cuidado ao filho desnutrido.

A todos os que participaram comigo deste caminho tão significativo para a minha realização pessoal e profissional.

RESUMO

A desnutrição é considerada a maior causa da mortalidade infantil. Na grande maioria dos casos, está ligada à difícil condição socioeconômica vivenciada no cotidiano, ao modo de vida, crenças e valores das mães e ao modo de cuidar do filho desnutrido. Este estudo teve por objetivos: descrever o contexto cultural da mãe adolescente e o cuidado do filho desnutrido; contribuir para a qualificação do exercício dos profissionais de saúde em uma abordagem cultural. As informantes foram as mães adolescentes que acompanhavam seus filhos internados no Instituto de Prevenção à Desnutrição e a Excepcionalidade (IPREDE), no período de julho/97 a agosto/98. Baseia-se nos pressupostos da etnoenfermagem segundo a Teoria da Universalidade e Diversidade Cultural do Cuidado (LEININGER, 1991). A coleta de dados fundamentou-se no modelo de *observação – participação – reflexão*. Os dados foram categorizados e analisados, tendo emergido o tema cultural: **Como cuido do meu filho desnutrido**. Os resultados revelam que, em sua maioria, as mães adolescentes mostram-se confusas e ansiosas no cuidado com o filho desnutrido, demonstrando tentativas e formas de cuidar, que vão desde os conhecimentos empíricos à procura dos serviços de saúde. Deste modo, é relevante o foco cultural do cuidado, objetivando uma assistência holística e, conseqüentemente, maior satisfação de segmentos específicos da população tão marcados por problemas socioculturais.

ABSTRACT

The malnutrition is considered the largest cause of the infantile mortality. In the great majority of the cases, it is tied up to the difficult condition socioeconomic living in the daily, to the life way, faiths and the mothers' values and to the way of taking care of the undernourished child. This study had for objectives: to describe the adolescent mother's cultural context and the undernourished child's care; to contribute for the qualification of the health professionals' exercise in a cultural approach. The informers were the adolescent mothers that accompanied its children interned at the Institute of Prevention to the Malnutrition and Excepcionalidad (IPREDE), in the period from july/97 to august/98. Bases on the presuppositions of the etnonursing according to the Theory of Universality and Cultural Diversity of the Care (LEININGER,1991). The collection of data was based in the observation - participation - reflection model. The data were classified and analyzed, having emerged the cultural theme: **How I take care of my undernourished child.** The results reveal that, in its majority, the adolescent mothers are shown confused and anxious in the care with the undernourished child, demonstrating attempts and forms of taking care, that empty space from the empiric knowledge, in search of the services of health. This way, it is important the cultural focus of the care, objectifying a complete attendance and, consequently, larger satisfaction of specific segments of the population so marked by sociocultural problems.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	XII
1.1 Minha experiência no cuidado à criança desnutrida	12
1.2 Contexto cultural da mãe adolescente	18
1.3 Objetivos do estudo	22
2 REVISÃO DE LITERATURA	23
2.1 Adolescência - uma reflexão	23
2.2 Referencial teórico metodológico	25
- Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural	25
- Etnoenfermagem	32
- A Ética e o Cuidado Cultural	33
3 METODOLOGIA	36
4 RESULTADOS E COMENTÁRIOS	40
4.1 Aspectos históricos - culturais do contexto da pesquisa	40
4.2 Acompanhando e observando mães adolescentes no contexto institucional	43
5 ANÁLISE DOS DADOS DE ACORDO COM A TEORIA DA DIVERSIDADE E UNIVERSALIDADE CULTURAL DO CUIDADO	54
5.1 Categorias contidas nos discursos	54
5.2 Tema cultural - Como cuido do meu filho desnutrido	65
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	73
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	78

1 INTRODUÇÃO

1.1 Minha Experiência no Cuidado à Criança Desnutrida

A idéia de pesquisar o cotidiano de mães adolescentes de crianças desnutridas surgiu quando desempenhava minhas atividades como enfermeira do Instituto de Prevenção à Desnutrição e à Excepcionalidade (ÍPREDE), cuidando de crianças desnutridas e, com isso, tive um contato direto com as mães que acompanham seus filhos.

Minha convivência e interesse por mães adolescentes nasceu em 1996, ao realizar o Curso de Especialização em Saúde Pública. Nesse tempo, desenvolvi monografia com mães que acompanhavam suas crianças desnutridas. Naquela oportunidade, tomei consciência de como havia muitas mães adolescentes que demonstravam uma carência de informação quanto ao cuidado do filho. Procuravam sempre conversar sobre o filho; eu também gostava de ouvi-las, pois me interessava por sua experiência com maternidade, sendo ainda cronologicamente, tão novas, já convivendo com problemas, que, se sabe, configuram o quadro da morbimortalidade infantil.

O Brasil, por ser um país em fase de desenvolvimento, caracteriza-se por inúmeros problemas, no que diz respeito à saúde de seu povo. Torna-se cada vez mais inaceitável o descompromisso dos governantes em relação aos cuidados primários de saúde. Observa-se, porém, um investimento significativo em tecnologia hospitalar, enquanto paradoxalmente cresce o índice de mortalidade infantil, constituindo uma das causas a desnutrição, mostrando, assim, um grave problema de saúde pública.

A maior causa da mortalidade infantil no Brasil é a falta de cuidados com o recém-nato até seu primeiro mês de vida. Torna-se de suma importância transmitir à população ações práticas para prevenir doenças de risco, objetivando reduzir a mortalidade infantil. Um momento importante e que deve ser aproveitado para se desenvolver esse trabalho é durante o pré-natal buscando conscientizar as mães da importância da higiene e dos cuidados do recém-nato (Internet. Mortalidade Infantil.1998).

A desnutrição infantil ainda é um problema alarmante de saúde pública em nosso Estado. Dados colhidos no IPREDE revelaram que foram atendidas 10.397 crianças desnutridas no ano de 1996. Este número de crianças desnutridas atendidas somente no IPREDE é assustador. Se fossem calculados os casos de desnutrição nas outras instituições da Capital e de outros municípios do Estado, esse número duplicaria ou iria muito além.

Na realidade de pobreza do nosso País, a fome atinge uma grande parcela do povo brasileiro. Em conseqüência, a desnutrição torna-se a doença de milhões de crianças, comprometendo acentuadamente os menores de cinco anos, por sua vulnerabilidade biológica e dependência socioeconômica.

Ressalta-se, ainda, que a cidade de Fortaleza, com o crescimento do êxodo rural, traz consigo as superlotações nas favelas, aumentando conseqüentemente a criminalidade, a prostituição e a violência, uma subvida conturbada, na qual o dia-a-dia se torna uma verdadeira luta pela sobrevivência. A criança desnutrida nesta ambiência torna-se suscetível a doenças e requer hospitalização mais freqüentemente e por períodos longos, levando a mãe adolescente a viver parte de sua vida dividida entre a casa e os serviços de saúde (FROTA,1996).

O comprometimento que a desnutrição causa pode ser vista por nossos governantes como um problema individual, porém, o fato para o qual se quer chamar atenção aqui é que a desnutrição contribui para a promoção da doença e para distúrbios da capacidade física e mental. Com isso, temos uma menor esperança de vida e um baixo potencial de produção, resultando em um país com uma parte da população subnutrida e com provável redução em sua produção nacional.

A desnutrição infantil torna-se não só um problema restrito às áreas rurais como também atinge as grandes cidades, marcadas pelos elevados níveis de desigualdades sociais, possibilitando, assim, a formação da pobreza. No meio urbano onde se situam os mercados consumidores dos produtos industrializados, a desnutrição infantil aparece como consequência do desmame precoce, influenciada pela ação mercadológica do aleitamento artificial, que invade os lares através da propaganda, conseguindo algumas vezes a inversão de valores culturais relacionados ao aleitamento materno, comprometendo ainda mais o estado nutricional da criança (GOLDENBERG, 1989; VALENTE, 1989).

O problema da desnutrição infantil tende a ser “medicalizado” pelos cuidados de saúde convencionais, considerando o problema da fome relacionados a sintomas e suas manifestações clínicas. É lógico que algumas vezes é importante ver essa relação, mas, o que se quer ressaltar é que não podemos separar as condições de “saúde-doença” da pobreza, focalizando a atenção ao tratamento clínico. Muitos profissionais envolvidos no “tratamento” da desnutrição reconhecem que os aspectos socioeconômicos e culturais da fome são tão importantes quanto as manifestações clínicas (MACDONALD; 1994).

ALVES (1978,p.30) afirma que:

temos uma ideologia de saúde que quase nada sabe sobre saúde, mas que sabe muito sobre lucros. É esta ideologia da saúde que explica a expansão da medicina curativa e do arsenal farmacológico, e o encolhimento da medicina social e preventiva. Na realidade elas são inimigas.

O problema da desnutrição tem sido atribuído também aos fatores socioeconômicos, porém, na presente pesquisa, procuro descrever a cultura de mães adolescentes e o cuidado à criança desnutrida. A mãe é que se mobiliza pelas questões de saúde, desenvolvendo um papel fundamental em relação ao cuidado com o filho. A realidade vivenciada pelas mães que freqüentam o IPREDE aponta que elas procuram fazer uso de plantas no tratamento da desnutrição, estando esse, na maioria das vezes, ligado ao saber empírico e atribuições de valores de cura da mãe.

A desnutrição do filho é também reflexo da saúde da mãe, ou seja, a condição de mães desnutridas reflete na saúde de seus filhos. Mães desnutridas não terão condições de amamentar seus filhos e esses serão também desnutridos.

O risco de filhos de mães adolescentes nascerem com problemas é maior do que em mães adultas. Os mais comuns são baixo peso e os problemas respiratórios (Internet. Teenage Pregnancy: facts you should know.1998;p2).

No Brasil, números oficiais do Ministério da Saúde demonstram que a gravidez nas meninas de 10 a 19 anos também vem aumentando a cada ano. Em 1995, o Sistema Único de Saúde registrou 28.282 partos de adolescentes de 10 a 14 anos e 661.330 partos na faixa etária de 15 a 19 anos (ROCHA, 1998; p42).

Recentes estatísticas têm mostrado um contínuo aumento da gravidez na adolescência, no mundo todo. Este aumento é importante, pois tanto mães adolescentes como seus filhos podem vir a apresentar problemas de saúde. Nos Estados Unidos, aproximadamente um milhão de adolescentes engravidam por ano e mais de 530 dão à luz (Internet. Teenage Pregnancy: facts you should know.1998;p1).

No Ceará, segundo dados da Secretaria de Saúde (Sesa), em 1997, 10% da população tiveram filhos quando tinham menos de 18 anos. A Maternidade-Escola Assis Chateaubriand (MEAC) atende 1.200 casos de adolescentes grávidas por ano. As meninas entre 11 e 18 anos representam 15% dos atendimentos dessa maternidade (Diário do Nordeste, 15/02/98).

Estas estatísticas têm preocupado os estudiosos, que conhecem não só as causas deste problema como também suas conseqüências biológicas, psicológicas e sociais, tanto para a mãe como para seu filho.

É importante salientar que a preocupação para essas adolescentes e sua família não finaliza na gravidez, mas continua, quando se tem casos de desnutrição, acarretando consultas freqüentes, medicações e as inevitáveis internações e recidivas.

As adolescentes são, em sua maioria, inexperientes e nem sempre contam com o apoio psicológico do pai da criança ou da família. É comum terem a gravidez tumultuada, dificultando os cuidados com a gestação, com o parto e com o filho.

O cotidiano da mãe adolescente, muitas vezes, é caracterizado por dificuldades, como o preconceito na escola e, conseqüentemente, o abandono dos estudos, assim comprometendo a oportunidade de trabalho e com isso obrigando-a a uma dependência financeira da família e do companheiro.

Durante o acompanhamento de mães adolescentes aos filhos internados, chamava-me a atenção a carga de responsabilidade que estas assumiam em uma fase de transição da infância para a fase adulta, caracterizada por conflitos, mudança no corpo, necessidade de amigos, experiências sexuais, dentre outros. Diante de tantas transformações, a adolescente assume o árduo papel de ser mãe e, neste estudo, mãe de uma criança desnutrida.

Ao realizar um estudo nos prontuários dos filhos desnutridos de mães adolescentes, pude confirmar a relação entre a desnutrição e o baixo ou nenhum poder aquisitivo dessas famílias. Para a mãe adolescente, o fator econômico torna-se mais presente, por não possuir permissão para trabalhar, restando-lhe somente trabalhos que não exigem qualificação e que são considerados como exploração do menor. Frente a essa realidade, a mãe adolescente tende a permanecer em casa ociosa e, na maioria das vezes, assumindo toda a responsabilidade da casa, do cuidado dos irmãos menores e do próprio filho desnutrido.

Abordando essas mães durante as orientações relacionadas ao cuidar do filho, percebi uma forte influência da família em seu comportamento. É válido ressaltar que a maior parte mora com a mãe ou com a sogra, acontecendo também de ser abandonada pelo pai da criança. A mãe adolescente, posta neste contexto social, absorve todos os valores, crenças e o modo de vida caracterizado pela cultura familiar na qual está inserida.

COBB (1998) ressalta que o nosso trabalho como enfermeiros é examinar esses valores, assim como as crenças com a mãe, identificar as práticas que acreditamos nocivas e tentar negociar uma solução mutuamente aceitável.

Durante minha experiência profissional na Instituição, vivenciei momentos em que as mães adolescentes necessitavam tomar decisões sobre assuntos sérios, como, por exemplo, transferência, cirurgias, exames. Muitas vezes, as mães recusavam-se a tomar a decisão, pois não tinham a permissão de sua família, mostrando assim a ausência do poder de resolutividade.

Situações como essas podem ser também oriundas de padrões culturais rígidos e inflexíveis ainda presentes na sociedade. A família então assume a conjunção de problemas vivida pelo adolescente e toma por ela as decisões.

Muitas vezes, ao assisti-las durante os procedimentos de higiene e alimentação da criança, pude detectar o que poderia chamar uma deficiência na interação afetiva mãe-filho, mostrando na realidade uma maneira mecânica de realizar essas atividades. Demonstrando impaciência com a criança, estas mães podem estar refletindo a própria infância onde não obtiveram carinho e dedicação dos pais, reproduzindo, dessa forma, um cuidar inautêntico e coisificado.

Muitas adolescentes despertam, nessa fase da vida, para a maternidade. Acreditam estar assumindo um novo *status* social, tornando-se mulheres.

1.2 Contexto Cultural da Mãe Adolescente

A experiência de conviver com crianças desnutridas deve ser considerada na perspectiva da mãe, segundo sua visão de mundo, sua compreensão do binômio saúde-doença, sua afetividade, além da relação do seu cotidiano e o contexto cultural.

Cultura é um processo acumulativo, resultante de toda a experiência histórica das gerações anteriores (Kroeber, Benedict apud LARAIA: 1995). Assim, a clientela de mães que frequenta o IPREDE com seus filhos desnutridos traz consigo forte influência cultural relacionada ao cuidar.

Na situação do nosso estudo, as mães compartilham do contexto cultural da instituição, porém, com suas tradições, utilizadas e transmitidas de geração a geração. Os clientes, enfermeiras e toda a equipe profissional que atuam direta ou indiretamente em atendimento na instituição, constituem grupos culturais. Assim, há várias perspectivas culturais, dependendo do papel que cada profissional desempenha em serviço.

HELMAN (1994, p.25) afirma que, *uma cultura nunca pode ser analisada num vácuo, mas sim como um componente de um complexo de influências que se refere àquilo em que as pessoas acreditam e ao modo como vivem.*

Culturalmente, em nossa sociedade, é comum a mulher ser definida através da família, ora como filha, ora como esposa, ora como mãe (GARCIA,1992). Percebe-se uma insatisfação das mulheres sobre essas múltiplas responsabilidades, pois as tornam sobrecarregada física e emocionalmente, vulneráveis a momentos de conflitos.

A adolescente que precocemente se tornou mãe antecipa, assim, tarefas que se espera sejam realizadas na vida adulta, como o casamento, a responsabilidade com os filhos, dentre outras. A adolescente, frente a esses novos papéis, tende a procurar o aprendizado do cuidar do filho em seu meio social, através da orientação e participação das amigas, vizinhas e, principalmente, da família.

Segundo ZAGURY (1996, p.94), uma das mais fortes influências do meio, talvez a mais forte de todas, é a ação da família.

Se não houvesse a influência do meio, o ser humano já estaria pronto aos cinco, seis anos, que é quando a estrutura básica da personalidade se consolida. (...) A ação educativa da família exerce um poderoso efeito sobre esse fator genético. A ação positiva do meio pode atenuar as características negativas e desenvolver ou aperfeiçoar as potencialidades e as capacidades já existentes no indivíduo.

As adolescentes, muitas vezes influenciadas pelo meio socio-cultural, vêm-se na necessidade de ter filhos, ou seja, estão voltadas para o casamento, para o futuro companheiro, até por se acharem uma carga de problemas a mais para sua família. MANNERS & KAPLAN (1981,p.125) ressaltam que todo sistema cultural atinge um equilíbrio entre a adaptação de seu ambiente físico e de seu ambiente sociocultural.

Essas adolescentes, envolvidas pelo sistema cultural, acreditam estar ajudando a solucionar o problema, não passando de uma simples e ingênua ilusão de adolescente. Com a vinda da gravidez precoce e com a falta de compromisso do companheiro, o resultado é o que temos em nossas periferias: amontoados de adultos e crianças vivendo sob um mesmo teto, sem a mínima condição estrutural, como saneamento básico, instalações elétricas, entre outros.

É válido ressaltar as influências externas a que os adolescentes estão expostos, como por exemplo, os meios de comunicação de massa. O adolescente absorve sensivelmente todo tipo de informação repassada por

estes, que transmitem uma liberdade sexual sem maiores conseqüências, em que o sexo é visto como algo natural entre os casais.

Existe, na maioria das vezes, um despreparo da adolescente para ser mãe, principalmente com gravidez não desejada, tornando-se um problema a mais, somado aos inúmeros conflitos característicos da adolescência e, conseqüentemente, uma rejeição possível à criança antes mesmo do nascimento.

Na verdade, ainda há em nossa sociedade um preconceito contra a mulher, na maioria das vezes, mascarado por falsas ideologias. Na clientela a ser estudada, esse preconceito aparece de uma forma mais presente, haja vista que possui uma visão de mundo encoberta de valores e crenças, características de suas culturas.

Não podemos deixar de enfatizar o fato de algumas adolescentes esconderem a gravidez, muitas vezes por medo da família e principalmente por imaturidade. A adolescente, por esse motivo, ou por desconhecer a importância, evita o acompanhamento do pré-natal. A nutrição é deficiente durante a gestação, pelas próprias condições socioeconômicas e também por hábitos alimentares irregulares. Tudo isso pode vir a somar-se aos fatores que levam o filho da mãe adolescente já nascer com baixo peso e, conseqüentemente, predisposto à desnutrição, principalmente dentro do contexto cultural no qual se encontra, onde crenças como *mal olhado*, *espinhela caída* e outras estão presentes no imaginário popular.

Diante das evidências citadas, a presente pesquisa mostra-se relevante em primeiro lugar pela necessidade de identificação e reflexão sobre os fatores culturais existentes no cotidiano da clientela estudada; em segundo lugar, pela carência de estudos que interrelacionem a desnutrição do

filho com a gravidez na adolescência. Estes estudos são de suma importância para a saúde pública.

Com base nestas reflexões, contemplei como objeto desse estudo o cuidado cultural do filho desnutrido por mãe adolescente.

O foco da investigação, portanto, é a busca do conhecimento do fenômeno em seu contexto cultural no qual se encontra a mãe adolescente de filho desnutrido.

Os esclarecimentos anteriormente expostos despertaram para os seguintes questionamentos: como a mãe adolescente convive com os problemas do filho desnutrido? Como a família da mãe adolescente participa no cuidado cultural da criança desnutrida? Quais os fatores culturais que influenciam na desnutrição do filho da mãe adolescente?

Esses questionamentos às mães adolescentes, através de suas falas e da observação, serão analisados à luz da teoria transcultural de LEININGER.

1.3 Objetivos do Estudo

Descrever o contexto cultural da mãe adolescente e o cuidado do filho desnutrido.

Contribuir para a qualificação do exercício dos profissionais de saúde em uma abordagem cultural.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Adolescência - uma reflexão

Na busca de compreender a mãe adolescente e o cuidado com o filho, senti necessidade de buscar nos autores estudiosos da adolescência um referencial para as minhas reflexões. Foi possível, assim, enriquecer a revisão de literatura, criando um elo entre a adolescente e ser mãe precocemente.

Conceituar adolescência é tarefa difícil, apesar de o termo ser muito difundido entre profissionais da saúde e entre a sociedade em geral. É de fundamental importância rever alguns conceitos de adolescência, visto que alguns autores divergem com suas definições.

SPENLÉ (1995) considera a adolescência como um estágio característico da espécie humana, mas, mesmo nela, os períodos de suas manifestações, sua duração, inclusive, são muito variados.

A palavra adolescente deriva do latim “adolescere”, cujo significado é crescer, desenvolver-se ou crescer até a maioridade. DOLTO (1990) relata e faz alusão ao adolescente como objeto de questionamentos. A adolescência é uma fase de mutação. O adolescente é objeto de questionamento que, conforme os pais, é carregado de ansiedade ou cheio de indulgência.

É válido ressaltar que a adolescência é vista também como o desenvolvimento sexual e que pode sofrer influências do próprio indivíduo, da família, de amigos e de sua cultura. Para SMITH & FENWIK (1996, p.15), a sexualidade é citada ao se contextualizar adolescência. *A adolescência é o*

período que vai da puberdade, quando começam a aparecer os caracteres sexuais secundários, até os 18 anos, momento da maioridade legal. O termo "adolescente" não é, portanto, um fenômeno de precisão.

Os fatores que caracterizam a adolescência são vários, dentre os quais acentuado desenvolvimento físico, conquista da autonomia, amadurecimento sexual, mobilidade social horizontal e vertical.

GOLDENSTEIN (1995) caracteriza a adolescência como um período crítico no desenvolvimento do ser humano. As impressões criadas nesse período moldam a personalidade e a inteligência da pessoa. Acrescenta que nessa fase são desenvolvidas crenças sobre sobrevivência biológica, ligações sentimentais, papel social, bem-estar, indústria intelectual etc. É válido portanto ressaltar que, sendo a adolescência uma etapa da vida caracterizada por fortes mudanças, algumas variações ocorrem de cultura para cultura, no modo de ser da adolescência e na forma como esta é tratada.

Para DU GAS (1988), os adolescentes procuram fazer experiências com uma auto-imagem, na tentativa de assumir vários papéis numa demonstração de auto - afirmação do eu.

Os aspectos culturais podem surgir como fatores integrantes do problema da desnutrição, pois a mãe adolescente insegura torna-se susceptível a qualquer orientação quanto ao cuidado do seu filho desnutrido.

Na verdade, não só a mãe adolescente, como também todos os membros da família poderão ficar abalados, até porque a própria característica de uma criança desnutrida já é uma afronta. Conforme afirma MURAHOVSKI (1987, 150) *a desnutrição caracteriza-se por edema clínico, lesões de pele e cabelo, esteatose hepática, hipoalbuminemia, tecido celular subcutâneo ainda presente, freqüentemente diarreia* sendo essa a

classificação Kwashiorkor. Vale, ainda, ressaltar a marasmática, que também, segundo MURAHOVSKI (1987, 151) *é caracterizada por desaparecimento de tecido subcutâneo, aspecto faminto, olhar vivo, irrequieto, choro forte, contínuo, fâcies senil. Casos avançados passam a ter anorexia e prostração.*

NOBRÉGA e CAMPOS (1996,p. 41-42) referem que

Estados de grande déficit pondero-estatural, de deficiências nutricionais graves, até mesmo verdadeiro marasmo físico, podem estar ligados a situações de deficiência parental grave, notadamente materna, desencadeando, em meio de dificuldades

O comprometimento que a desnutrição pode causar vai além das características citadas, pois conforme CARDOSO & CARRAZZA (1993), diversos estudos mostram que, quando ocorre desnutrição grave intra-útero, há grande possibilidade de haver lesão grave e permanente do sistema nervoso central. Já a desnutrição grave no período pós-natal pode ocasionar lesões cerebrais permanentes, diretamente proporcionais ao grau da desnutrição.

2.2 Referencial Teórico-Methodológico

Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural

Ao pretender estudar o cuidado cultural do filho desnutrido por mãe adolescente, optei por uma metodologia que proporcionasse compreender o cotidiano e a visão de mundo das mães, ou seja, uma abordagem qualitativa, registrando, analisando e descrevendo essa realidade. Para percorrer nesta abordagem escolhi um método com uma perspectiva etnográfica, buscando

descobrir o ponto de vista do informante, como é percebido e ordenado o seu universo e a relação dentro do contexto pesquisado.

Fundamentei o estudo nas obras de vários autores, como MALINOWSKI(1975), SPRADLEY(1979), LEININGER(1990), HAMMERSLEY & ATKINSON(1995), ANDREWS & BOYLE(1995), MORSE & FIELD(1998), seguidores da etnografia.

A etnografia evoluiu dentro da antropologia, enfatizando seus estudos no padrão cultural de vida de determinados povoados, vilas e aldeias. Acredito ser importante recuperar alguns fundamentos que alicerçam o método etnográfico.

A palavra *ciência*, como quer que esteja definida nos sistemas epistemológicos, começa com o uso da observação do passado para a predição. Assim sendo, o espírito e o desempenho da ciência devem existir no comportamento racional do homem, desde o início de sua carreira de criar, construir e desenvolver a cultura. A antropologia, especialmente em seus aspectos modernos, tem como crédito o fato de que a maioria dos que a ela se dedicam são obrigados ao trabalho de campo etnográfico, ou seja, um tipo empírico de pesquisa (MALINOWSKI, 1975).

Até pouco tempo, as técnicas etnográficas eram mais usadas por antropólogos e sociólogos; já nas últimas décadas, tornam-se presentes na pesquisa educacional e de enfermagem com suas respectivas características.

Uma visão alternativa de natureza própria da pesquisa social foi desenvolvida por etnógrafos e é conhecida como o naturalismo. Propõe que o mundo social deve ser estudado no seu estado natural, sem a interrupção do pesquisador. O objetivo é descrever o que realmente acontece no cenário, como as pessoas vêm suas ações e as dos demais, dentro do contexto.

De acordo com o naturalismo, para entender o comportamento dos informantes, devemos utilizar uma abordagem que nos dê acesso aos significados que atribuem ao que se busca conhecer. É como observadores participantes que podemos aprender a cultura daqueles sobre quem estamos estudando.

Para o naturalismo, o valor da etnografia como um método de pesquisa social é fundamentado na existência de variações em padrões culturais fora e dentro das sociedades e seus significados para entendimento dos processos sociais (HAMMERSLEY & ATKINSON, 1995).

Na etnografia, é de grande importância a relação com os significados das ações e de eventos que ocorrem no cotidiano dos informantes. Os significados são inúmeros e diferenciados, formando um sistema que constitui a cultura de um povo.

A etnografia é, ao mesmo tempo, ciência e arte, buscando descobrir como os informantes conceituam o seu mundo. É muito mais do que descobrir o que as pessoas sabem ou conhecem, a descoberta de como as pessoas têm organizado este conhecimento. Ao iniciar o trabalho de campo, o etnógrafo procura fazer inferências culturais através do que as pessoas dizem que sabem (escutam), do modo de agir (observando o comportamento) e estudando os artefatos usados (SPRADLEY, 1980).

O pesquisador que opta por um estudo etnográfico busca entender a perspectiva cultural de um grupo, portanto, utiliza-se da observação participante, entrevista e diário de campo. É necessário passar bastante tempo em campo para um estudo de cultura e obter uma visão holística do contexto.

Os informantes da pesquisa são selecionados com base no conhecimento que possuem da cultura, assim como a sua disposição em fazer

parte do estudo. É válido ressaltar que a pesquisa etnográfica requer um constante *feedback* de um estágio para outro.

A coleta e análise de dados ocorrem simultaneamente. A maioria dos etnógrafos utiliza citações diretas dos informantes que identificam o conceito ou tema a ser descrito. A análise envolve a leitura de cada entrevista e anotações de campo para abstração do tema, como também examina a relação dos mesmos. O pesquisador busca identificar valores, crenças, regras que governam o comportamento do grupo e examinar a influência na coesão do grupo e suas normas. A investigação etnográfica é considerada concluída desde que o leitor identifique o comportamento-padrão do grupo estudado (MORSE & FIELD,1998).

Essas autoras descrevem que a etnografia foi incorporada às pesquisas de enfermagem através de trabalhos realizados por enfermeiras-antropólogas, como Leininger (1969), Ragucci (1972) e Aamold (1982). Estas pesquisas focalizavam quais eram os efeitos da cultura em relação ao cuidado da saúde. Surge, então, a enfermagem transcultural, com o objetivo de entender e assistir diversos grupos culturais em suas necessidades humanas básicas, envolvendo o cuidado de enfermagem (MORSE & FIELD,1998)

Desde a década de 1950, Leininger que é enfermeira e antropóloga, se dedica ao cuidado cultural da enfermagem. É fundadora do subcampo transcultural da enfermagem. Elaborou a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural, fundamentada na perspectiva antropológica, na qual o homem tenta compreender e respeitar o homem. A teoria transcultural de Madeleine Leininger é o embasamento desse estudo.

A evolução da enfermagem transcultural deu-se através da aplicação conjunta de conceitos de disciplinas como a antropologia, a

sociologia e a biologia, com os conceitos da enfermagem, como por exemplo: cuidado, processo de enfermagem, comunicação interpessoal. A síntese construída fez emergir a enfermagem transcultural em que o enfermeiro pode aperfeiçoar a qualidade do cuidado, focalizando no modo em que a doença e a saúde são expressas por cultura de *per se*, e como esta influencia as expectativas do cliente em relação ao cuidado de enfermagem (ANDREWS & BOYLE, 1995).

A enfermagem transcultural, para LEININGER (1978), é a área da enfermagem que focaliza o estudo comparativo e a análise de variadas culturas e subculturas no que diz respeito ao comportamento relativo ao cuidado em geral, ao cuidado de enfermagem, assim como aos valores, crenças e padrões de comportamento relacionados a saúde e doença. Objetiva generalizar o conhecimento científico e humanístico e utilizá-lo para fornecer uma prática de cuidado de enfermagem a culturas específicas e universais.

Para compreender o foco geral da pesquisa e sua relação com a teoria, apresento os conceitos, elaborados por LEININGER (1978,1991), que são utilizados como guias para ao estudo.

Cuidado- refere a ação e atividade dirigidas à assistência, apoio e facilitação ao indivíduo ou grupo, com evidente necessidade de melhorar a condição de vida dessas mães adolescentes de crianças desnutridas.

Cultura- refere ao aprendizado, divisão e transmissão de valores, crenças, normas e modo de vida de um particular grupo que guia seus pensamentos, decisões e ações relacionados ao cuidado da criança desnutrida pela mãe adolescente.

Cuidado cultural- refere ao aprendizado subjetivo e objetivo, assim como a valores, crenças e modo de vida transmitidos, que assistem,

apoiam e capacitam outros indivíduos ou grupos a manterem o bem-estar, saúde, melhorar as condições humanas ou lidar com a doença, a incapacidade ou a morte.

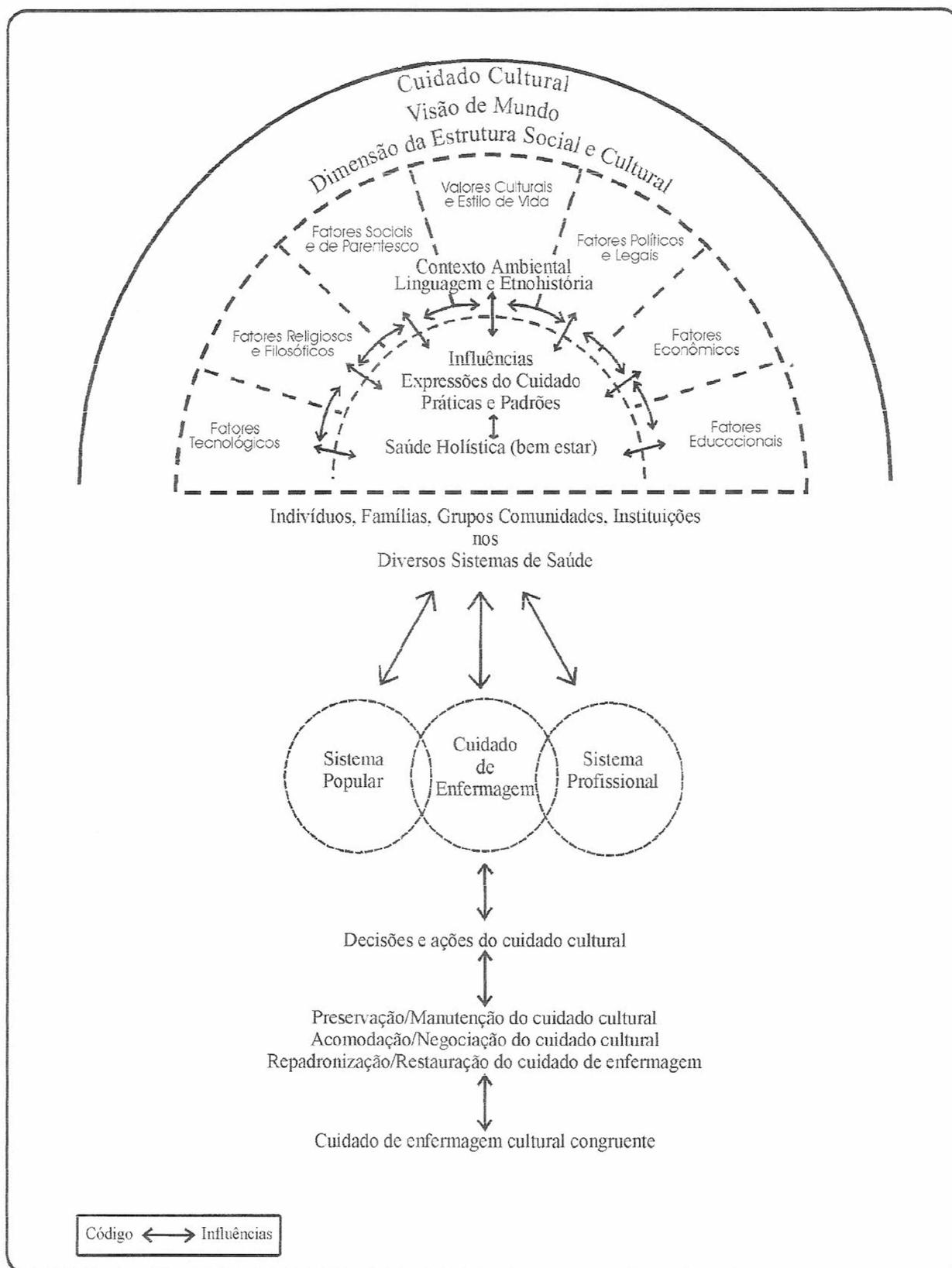
Valores culturais- são forças diretivas que comandam ou dão significado ao pensamento, às decisões e às ações das mães de filhos desnutridos, que se mantêm numa mesma cultura por um certo período.

Valor cultural do cuidado- é o modo de agir ou pensar mais desejável ou preferido, que é mantido por um período e que direciona as ações e decisões relativas ao cuidado.

Diversidade do cuidado cultural- refere-se a variedades e diferentes significados, valores, modos de vida ou símbolos que fazem parte do cuidado que a mãe tem com o filho desnutrido e que estão relacionados com a assistência e apoio.

Estrutura Social – é o processo interdependente de variados elementos estruturais ou organizacionais da sociedade, e o modo como esses elementos interatuam e funcionam. Considera-se incluídos o sistema religioso, familiar, político, econômico, educacional, tecnológico e cultural, delimitados pelo contexto lingüístico e ambiental, que pode vir a interferir no cuidado que a mãe dá ao filho desnutrido.

MODELO SUNRISE DA TEORIA DA DIVERSIDADE E UNIVERSALIDADE CULTURAL DO CUIDADO



Fonte: LININGER 1991

Etnoenfermagem

A etnoenfermagem é um método que utiliza diversas estratégias, técnicas e tarefas capazes de documentar, descrever, entender e interpretar as experiências e o significado das pessoas, assim como outros aspectos relacionados ao atual ou potencial fenômeno de enfermagem. É utilizado para um melhor entendimento do significado das experiências diárias da vida relacionado ao cuidado, saúde, bem-estar em contextos diferentes ou similares (LEININGER; 1978, 1991).

O método requer que o pesquisador participe do cenário natural dos informantes, para estudar o cuidado humano e relacioná-lo ao fenômeno de enfermagem. A etnoenfermagem reflete em observações detalhadas, descrições e experiências de participantes. Os preconceitos, as opiniões e as interpretações do pesquisador devem ser controlados, com o objetivo de que o informante possa apresentar suas idéias, dando ênfase ao contexto cultural, ou seja, à própria situação vivenciada.

Foi utilizado o prefixo *etno*, uma palavra de origem grega *ethos*, que se refere a pessoas, ou uma determinada cultura, tendo como foco a visão de mundo, as idéias e as práticas relacionadas à enfermagem. O sufixo focaliza a pesquisa no fenômeno enfermagem, preocupando-se primeiramente com o aspecto do cuidado, bem-estar e saúde em diferentes contextos culturais. A etnoenfermagem descobre o interesse central da enfermagem com o cuidado humano, sendo este de grande importância. Portanto, é necessário conhecer seus significados, expressões, funções e estruturas.

O cuidado, na maioria das vezes, é difícil de ser identificado por encontrar-se envolvido em uma visão de mundo, dentro da própria estrutura social, e de valores de uma cultura particular. O marco teórico também serve

como um importante guia na busca de fatores culturais holísticos e particulares sobre o cuidado. É válido ressaltar que o método se caracteriza por dar importância à seqüência de eventos ocorridos, ou à etnohistória de como o cuidado em cada modo de vida se desenvolveu no decorrer dos tempos.

A etnoenfermagem desenvolveu modelos como o *Stranger-Friend* e o *Observation-Participation-Reflection*. Esses modelos ajudaram a entrada do pesquisador em campo e a permanência com as pessoas, buscando estudar seu modo de vida em relação ao cuidado de enfermagem de uma maneira sistemática e reflexiva. O primeiro modelo citado foi desenvolvido e tem sido usado desde 1959, com o objetivo de que o pesquisador passe de estranho para amigo do informante, a fim de ajudar a garantir um estudo preciso, significativo e acreditável. O segundo foi desenvolvido a partir de 1960 e tem sido adaptado e usado nas últimas três décadas. Este modelo ajuda o pesquisador a aproximar-se dos informantes, estudar seus contextos e obter dados acurados (LEININGER,1990).

O método da etnoenfermagem tornou-se de grande relevância por fazer uma ligação entre a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural e o método de pesquisa em enfermagem. O cuidado também é enfatizado, buscando maior conhecimento epistêmico no cuidado transcultural de enfermagem.

A Ética e o Cuidado Cultural

O conceito de cuidado vem sendo encontrado cada vez mais em literaturas de enfermagem. LEININGER (1990), por exemplo, parte do princípio de que o cuidado é a essência da enfermagem. Então, busco neste capítulo uma relação entre o rigor ético e o cuidado cultural.

A tecnologia da saúde, cresce rapidamente e, a cada minuto, surge com novos equipamentos. Daí, estimula a luta dos profissionais por tornarem-se aptos a acompanhar o dominante sistema de valores da cura que também é importante na eficiência relacionados ao processo saúde-doença, visto por uma óptica capitalista que associa tecnologia, cura e lucro.

Nossa sociedade vem crescendo multiculturalmente, informantes esperam que seus valores éticos e suas crenças sejam respeitadas por profissionais de saúde, que devem buscar conhecimento sobre diferentes culturas, envolvendo aspectos éticos do cuidado humano e ter consciência de como cada cultura alcança sua decisão moral e ética (LEININGER, 1990).

Na enfermagem, é necessário, portanto, identificar, descrever e pesquisar fatores humanísticos e científicos, essenciais como efeito positivo na mudança do cuidado em saúde, ou seja, a ciência do cuidado combinando com humanidade.

É fundamental que a enfermagem realize o cuidado, buscando o melhor para seu cliente. Para isso, é necessário que os profissionais possuam um conhecimento cultural baseado na moral e na ética do cuidado.

O rigor ético está presente na pesquisa etnográfica em que se trabalha a cultura do cuidado, através do dia-a-dia dos informantes.

A cultura do mundo continua mudando e interagindo com outras; conseqüentemente a dimensão moral e ética do comportamento humano demonstra uma tendência a mostrar-se ainda aparente, haja vista que já podemos observar alguns sinais de conflito relacionado a valores, crenças e modos de vida (LEININGER, 1990).

A ética é de suma importância para a pesquisa, desde a entrada em campo até a apresentação dos resultados.

O pesquisador é educado sobre orientações éticas, durante todo o exame de custo e benefício de seu projeto de pesquisa, exercitando o julgamento em cada situação e aceitando com responsabilidade sua escolha. Durante o desenvolvimento da investigação, surgem questões: o consentimento do informante e a privacidade. O consentimento do informante envolve quatro aspectos básicos: competência, voluntarismo, informações completas e compreensão. Quanto maior o risco dos participantes da pesquisa maior é a responsabilidade de se obter o consentimento. Quanto à privacidade há três critérios para o pesquisador decidir qual a privacidade da informação dada: a sensibilidade da informação, o cenário observado e a extensão da disseminação da informação. As duas maneiras de proteger a privacidade dos informantes e que, na maioria das vezes, são utilizados nas pesquisas, são: manter o anonimato e guardar os dados confidencialmente (NACHMIAS,1996) (POLIT E HUNGLER,1995).

3 METODOLOGIA

O presente estudo utilizará como método de pesquisa a etnoenfermagem.

A proposta da etnoenfermagem é descobrir a natureza, a essência, os significados e as características de entender um fenômeno estudado; então, torna-se fundamental o uso de critérios qualitativos.

A etnoenfermagem com suas características nos possibilitou estudar a teoria do cuidado cultural do filho desnutrido por mães adolescentes.

Contexto do Estudo

A área delimitada para a pesquisa é o Instituto de Prevenção à Desnutrição e a Excepcionalidade (IPREDE), localizado na rua Professor Carlos Lobo nº 15, Cidade dos Funcionários, Fortaleza - Ceará - Brasil.

Informantes do Estudo

As informantes foram as mães adolescentes que acompanharam seus filhos desnutridos internados no IPREDE, no período de julho de 1997 a agosto de 1998.

Os critérios para seleção dos informantes dependeram de:

- morar na cidade de Fortaleza, para facilitar o acesso da pesquisadora;
- aceitação em participar do estudo, de forma espontânea;
- idade dos informantes / 10 aos 19 anos, segundo a OMS.

Inicialmente, foi comunicado à direção do IPREDE sobre a pesquisa, que com esta concordou e liberou o afastamento da pesquisadora.

Orientei as informantes para que os princípios éticos fossem assegurados com a garantia do sigilo e do anonimato; expus os objetivos e propostas da pesquisa e em todas as entrevistas solicitei a permissão das gravações, assim como foram respeitadas as disponibilidades de tempo das informantes.

Durante o trabalho de campo, foram respeitadas as inúmeras crenças, mitos e valores descritos pelas informantes quanto ao cuidar do filho desnutrido, pois aconteceu muitas vezes de estas hesitarem em dividir seus valores éticos por medo de serem estes interpretados erroneamente. É válido ressaltar que valores morais e éticos são culturalmente constituídos e expressos dentro do significado do contexto de vida.

Confiança e credibilidade estiveram presentes entre informantes-pesquisadora, levando muitas vezes as mães adolescentes a procurarem ajuda, ou dividirem confidências com a pesquisadora, comprovando assim uma interação e um crescimento mútuo que o trabalho de campo me proporcionou e que foi eticamente analisado

Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada seguindo o modelo de LEININGER (1991; 93), com algumas adaptações a nossa realidade. São as fases de coleta descritas por essa autora: **observação, observação com participação, participação com observação e reflexão.**

QUADRO I. MODELO – O.P.R. (Observação - Participação - Reflexão).

ETNOENFERMAGEM DE LEININGER				
Fases	1	2	3	4
	Observação primária e escuta (sem participação ativa)	Observação primária com participação limitada	Participação primária com observação contínua	Reflexão primária e reconfirmação dos achados com informantes

FONTE: LEININGER, M. M., 1991: 83.

O modelo Observação - Participação - Reflexão (O-P-R) foi desenvolvido no começo dos anos 60 e tem sido usado por três décadas. O modelo foi derivado de uma tradicional abordagem de observação-participante utilizada em antropologia, mas foi modificado de várias maneiras, inclusive o acréscimo da reflexão para enquadrar-se às propostas filosóficas e aos objetivos do método etnoenfermagem.

1ª Fase - Observação primária e escuta - Iniciei-se esta fase com a observação e a escuta.

LEININGER (1991, 94) ressalta ser esta a fase de maior dificuldade para muitas enfermeiras, porque encontram dificuldade de ficar no papel de observar antes de tornarem-se participantes.

2ª Fase - Observação primária com participação limitada - Nesta fase, comecei a buscar uma aproximação maior com as mães, quando foi possível participar no cuidar do filho desnutrido. Foi possível nesta fase obter subsídios para elaborar a entrevista etnográfica e ao mesmo tempo comecei a selecionar as informantes do estudo.

3ª Fase - Participação primária com observação contínua – Tive uma participação maior do que na observação; continuei fazendo anotações no diário de campo, documentando e descrevendo as informações das entrevistas.

4ª Fase - Reflexão primária e reconfirmação dos achados com os informantes - Essa fase tem sido adicionada para fornecer a importância e essencial confirmação dos dados colhidos no diário de campo.

A reflexão, segundo LEININGER (1991), é um momento de checar e confirmar os achados e está presente em todas as fases da pesquisa.

Análise dos Dados

A análise dos dados fundamentou-se em LEININGER (1991).

I - Descrição e documentação a partir das falas das informantes. Incluiu: gravação dos dados das entrevistas, integrando as observações e identificando os significados contextuais e culturais.

II - Identificação e categorização das falas dos informantes.

III - Os dados, depois de categorizados, foram aglomerados para descobrir a saturação de idéias e os significados similares ou diferentes, para posteriormente, abstrair os temas culturais.

IV - Este momento teve um significado importante na análise. É o momento da síntese e interpretação dos dados. Requer síntese do pensamento, análise da configuração, interpretação dos achados e formulação criativa dos dados das etapas anteriores. A tarefa do pesquisador é abstrair e apresentar os maiores temas, achados da pesquisa, recomendações e, algumas vezes, formulações teóricas.

4 RESULTADOS E COMENTÁRIOS

4.1 Aspectos Histórico-Culturais do Contexto da Pesquisa

O contexto onde se encontra o cenário cultural do estudo é a cidade de Fortaleza, um município de clima quente, caracterizado por possuir inúmeras praias bonitas. Por essa razão, Fortaleza tornou-se uma atração turística. Na região Nordeste do País, Fortaleza carrega todos os problemas da seca, da miséria de um povo caracterizada pela desigualdade socioeconômica e cultural.

O açoreano Pero Coelho de Souza foi o primeiro bandeirante a ocupar as terras cearenses, onde, em 1603, fundou, às margens do rio Siriá, o forte de São Tiago e o povoado de Nova Lisboa, que não prosperou em razão da seca de 1606. Em 1612, Martins Soares Moreno, um dos membros da expedição de Pero Coelho, voltou ao Ceará e construiu no mesmo local o Forte de São Sebastião. Apesar de Soares Moreno ser considerado o conquistador do Ceará, foi o holandês Mathias Beck que, após a expulsão dos espanhóis pelos portugueses (1654), fundou o Forte Schoonenborch, ao lado do que é hoje o Passeio Público. Neste mesmo ano, Schoonenborch foi denominado Forte de Nossa Senhora da Assunção e, em 1712, passou a Vila de Nossa Senhora de Assunção. Do pequeno povoado que surgiu em torno do Forte, originou-se a cidade de Fortaleza de Nova Bragança ou, simplesmente, Fortaleza. Esta denominação se deu por força de Carta Régia, em 1725, quando se criou o Município de Fortaleza. Sua população tem origens na miscigenação de índios e portugueses (Fortaleza – 27 graus, 1996).

A cidade de Fortaleza, com o crescimento do êxodo rural, traz consigo as superlotações nas favelas, aumentando com isso a criminalidade, a prostituição de adolescentes, a violência, e conseqüentemente, acarretando uma subvida conturbada, que começa até mesmo antes do nascer, quando encontramos crianças em favelas que já nascem desnutridas e com suas mães em busca de tratamento.

O IPREDE-Instituto de Prevenção à Desnutrição e à Excepcionalidade, constituído em 16 de junho de 1986, é uma sociedade civil, sem fins lucrativos, de caráter filantrópico e não governamental. A política que permeia o trabalho da instituição analisa a fome e a desnutrição, não apenas como problema mundial da superpopulação, baixa produtividade de alimentos ou má distribuição de renda, mas acredita numa conjunção mais complexa de problemas de solução muito mais difícil, ou seja, pertence ao âmbito econômico, social e político.

O IPREDE é localizado em um bairro residencial, em frente a uma grande e arborizada praça, que todos conhecem como, “praça do Iprede”. Na praça, podemos encontrar uma quadra de esportes, um quiosque que vende lanches. É muito comum encontrar moradores do bairro pelas manhãs e fim de tarde fazendo caminhadas.

A praça é considerada parte do IPREDE, e por isso vi a importância de descrevê-la. É nela onde ocorrem eventos sociais (festas juninas, bingos) envolvendo a comunidade do bairro, com o objetivo de arrecadar doações para o IPREDE. Ocorrem também confraternizações entre os profissionais, além de diariamente servir de lazer para as crianças que, acompanhadas de suas mães e de auxiliares de enfermagem, vão tomar banho de sol.

A praça também significa um refúgio para as mães, principalmente as adolescentes, que, quando querem sair um pouco do ambiente fechado do internamento, vão para lá e conversando entre elas esquecem do tempo. É também ponto de encontro entre as famílias e companheiros, podendo ser utilizada para realizar encontros grupais de caráter educativo .

O IPREDE se divide em três setores: o ambulatório, o treinamento e o internamento. O setor de internamento, onde foi desenvolvida a pesquisa, possui cinquenta leitos distribuídos em quatro enfermarias. Possui uma sala onde se divide o atendimento da nutricionista, da assistente social e da responsável pela documentação do SUS (Sistema Único de Saúde). Ao lado desta sala, encontram-se o vestiário e o banheiro das auxiliares de enfermagem. Mais adiante, estão o vestiário e o banheiro das mães acompanhantes. O atendimento médico e de enfermagem é feito em uma ala antes de se entrar nas enfermarias. Ainda complementando o espaço físico do setor, temos o posto de enfermagem acoplado a uma minúscula copa. Em outra e pequena sala encontramos materiais de curativos e o atendimento de fisioterapia.

Para chegar ao setor de internamento, passa-se pela recepção do IPREDE e logo o choro das crianças nos mostra o restante do caminho. Ao entrar no internamento, todos devem fazer uso de “propés”(proteção para prevenir infecções no ambiente interno). Calçados os propés, as enfermarias ficam à esquerda, os berços colocados lado a lado, entre eles algumas cadeiras para as mães; cada enfermaria possui um pequeno banheiro, onde são banhadas as crianças. Próximo ao banheiro, fica um móvel onde são guardadas fraldas, produtos de higiene etc. Serve também de apoio para colocar a criança na troca de fraldas. Cada enfermaria tem uma enorme janela, de onde pode ser visto quem chega ou sai da instituição, mesmo com algumas

plantas na frente. As enfermarias são separadas por uma parede de aproximadamente 1 metro; assim sendo, é possível de uma enfermaria se observar a outra.

Em cada enfermaria, encontra-se uma auxiliar de enfermagem responsável pela alimentação e higiene de cada criança que esteja sem o acompanhamento da mãe; elas também observam e orientam as mães que estão acompanhando os filhos.

As mães acompanhantes diariamente são convidadas a participar de uma sessão de relaxamento na “sala azul”. A sala tem as paredes pintadas de azul, vários colchonetes espalhados no chão, é bem ventilada, ampla, tem um aparelho de som, onde são colocadas fitas de relaxamento. Toda quinta-feira as mães são convidadas a participar de uma aula na Farmácia Viva, quando são discutidos temas sobre plantas medicinais, preparação de chás, tinturas, plantas venenosas, sintomatologia e tratamento, tipos de doenças tratadas com plantas medicinais, dentre outros. É feita, também, uma apresentação do horto de plantas medicinais para as mães.

4.2 Acompanhando e Observando Mães Adolescentes no

Contexto Institucional

1ª Fase do Modelo O.P.R. - Observação primária e escuta

Na busca de maior interação com as mães e, conseqüentemente, a sua confiança, acompanhei várias atividades (relaxamento, aula na farmácia-viva, pintura) realizadas durante a semana para as mães que acompanhavam seu filho desnutrido.

Algumas mães adolescentes, quando chegavam à “sala azul”, ficavam inibidas; outras, pelo contrário, aproveitavam para conversar. Nas sessões de relaxamento, as mães se deitavam nos colchonetes, algumas preferiram se deitar no chão, fechavam os olhos e ouviam as músicas orquestradas e de melodia tranqüila; ao mesmo tempo, a instrutora dizia para respirarem profundamente e que procurassem ouvir o barulho das árvores, dos ventos, depois conversaram sobre como cada uma se sentiu. Uma mãe adolescente, nesse momento, relatou: *eu gostei, por que as vez eu tô em casa preocupada, agoniada, aí eu tomo um valium, quase todo dia, agora eu vou tentar fazer isso.* Levantaram-se e, de mãos dadas, rezaram. Então, a instrutora pediu que dissessem o nome para o grupo e, para encerrar, um abraço, quando foram percebidos os sorrisos das mães e a interação de todas.

Retornavam ao internamento, onde estavam os filhos aos cuidados das auxiliares de enfermagem. O choro forte das crianças, as mães andando de um lado para outro, pegando o filho e colocando debaixo da torneira por alguns segundos, o que elas acreditam ser o banho do filho, e logo, estão todos prontos; então, é só esperar.

É a alimentação, que vem trazida pela lactarista, em um carro de ferro cujo barulho, de longe, é possível ouvir. Começa, então, a missão de alimentar os filhos. Em silêncio, iam colocando as colheres cheias na boca do filho, olhavam a barriga e, de acordo com o tamanho, continuavam ou paravam, logo depois limpavam a boca do filho (que nesse momento já tinha sopa no nariz, ouvido, mãos, em toda parte) e os colocavam no berço para dormir.

As mães acompanham o ritmo uma das outras em dar a alimentação ao filho, como se estivessem competindo, como se o fato de o filho comer muito ou não fosse decisivo em suas vidas. Na verdade, para a cultura da mãe,

ver o filho aceitar o alimento significa a volta para casa, ou seja, a alta que elas tanto esperam que o filho receba, e assim retornar ao cotidiano de vida que, mesmo com todas as dificuldades enfrentadas, caracteriza seu mundo.

Era um feriado, quando cheguei ao IPREDE. Estava um silêncio tão grande que pensei não houvesse crianças ali, mas, no cenário encontrado, havia muita criança dormindo no silêncio da tarde, algumas mães sentadas ao lado de berço de seus filhos e, na expressão do rosto e do olhar, mostravam cansaço, ansiedade, tristeza. Continuaram sentadas como estavam, algumas com as pernas em cima da cadeira. Procurei outras mães e fiquei sabendo que estavam na praça em frente ao IPREDE. Encontrei três mães adolescentes conversando e rindo. Estas entraram logo que souberam que a alimentação do filho havia chegado. Quando nos encontramos, elas sorriram e relataram que os filhos estavam dormindo, por isso foram para a praça. Uma mãe adolescente falou que seu filho que dormia estava quente, coloquei o termômetro e a criança estava com febre.

Pude observar que as mães adolescentes pouco ficavam nas enfermarias ao lado do berço da criança, estavam ao telefone público, o preferido delas, que havia na calçada da Instituição, ou faziam questão de acompanhar crianças que estavam sem as mães e que necessitavam sair para exames, ou estavam andando em outros setores, ou na praça em frente ao IPREDE. Quando apareciam, olhavam o filho e saíam, andavam em grupo, principalmente quando faziam amizade umas com as outras, o que não era muito difícil. É válido ressaltar a solidariedade e confiança que havia entre elas, acontecendo de a mãe ficar cuidando da criança enquanto a colega ia em casa ver as tarefas domésticas, companheiro e outros filhos.

Acompanhei as mães à farmácia-viva, onde iria haver uma aula sobre como fazer chás, xaropes com plantas, raízes, cascas. Ao serem

questionadas durante a aula, sobre quem sabia fazer chá, uma mãe adolescente disse: *eu num sei por que quando os menino adoecer é meu pai que faz os chá pra eles*. Outra afirmou: *a mãe que me ensinou fazer chá de cebola que é bom pra dor de barriga*.

Durante a aula, uma mãe se isolou do grupo e sentou-se em uma cadeira, com as pernas em cima; percebia-se o desinteresse desta mãe, pois desde o começo, ela não se envolveu com as explicações e conversas sobre chás e xaropes, parecia que estava somente de corpo presente. Quando foi chamada a se aproximar, ela veio, mas disse: *eu não tenho coragem de tomar isso não*.

A mãe se referia ao xarope que era feito durante a aula na farmácia-viva.

A aula continuou e as mães procuravam dividir suas experiências que eram ouvidas com atenção; então uma das mães, segurando um galhinho de hortelã, disse: *eu sou burra, num sei ler, num sei escrever, mas dessas coisa de planta eu sei*.

No final, enquanto as outras mães trocavam idéias com a responsável pela aula, as mães adolescentes estavam encostadas, debruçadas nos cantos, enfim inquietas.

Durante a aula, de um modo geral, as mães comentavam entre si sobre como estaria o filho naquele momento: acordado, dormindo, ou chorando; as mães adolescentes não demonstraram preocupação com seus filhos que haviam ficado no internamento dentro dos berços.

Aos poucos, foi surgindo a necessidade de dar início à observação com participação. A interação com as mães já estava presente e com isso sentia ansiedade de passar para a segunda fase da minha coleta de dados.

2ª Fase - Observação com participação limitada

Durante o trabalho de campo realizado, estavam em uma das visitas duas mães adolescentes conversando e o assunto era sobre “bicho quebrado”. Uma das mães dizia que o filho da outra tinha o “bicho quebrado” e logicamente que a mãe da criança discordava fortemente. Desconhecendo o tal mito, perguntei o significado e a resposta que ouvi foi: *é quando a criança tem a barriga grande, mas os braços e as pernas são finas.*

Ao conversar com algumas mães que estavam próximas ao berço dos filhos, uma mãe soprava desesperadamente o rosto do filho que tossia muito, a mãe olhou pra mim e relatou: *eu assopro por que é bom pra engasgo.* A outra mãe ao lado balançava a cabeça, concordando fielmente. Enquanto isso, a criança não parava de tossir.

Foi situada no contexto institucional que pude observar mães adolescentes impacientes com o filho, e até grosseiras, mudando de tom ao serem notadas. Percebi que muitas vezes a avó era quem estava acompanhando a criança em vez de ser a mãe adolescente. Uma vez, uma avó disse: *ela não toma de conta direito do menino nem liga, por isso eu tô com ele.*

Durante o decorrer do trabalho de campo, houve um ótimo relacionamento entre pesquisador-informante. Havia confiança e acontecia de a mãe pedir que desse uma olhada na filha enquanto ela ia ao telefone. Perguntavam-me o que iam fazer na farmácia-viva, dividiam ansiedades quanto à alta do filho e confienciavam os sofrimentos das dificuldades do cotidiano. Nessa oportunidade, foi possível selecionar as informantes do estudo.

Informantes do Estudo

Às informantes selecionadas para a pesquisa foram dados nomes de res, por estarem na fase em que estão desabrochando para a vida adulta: Ácia, Açucena, Dália, Hortênsia, Jasmim, Margarida, Violeta. Possuem características próprias da adolescência, gostam de vestir roupas curtas, não evitam muito o uso da farda do IPREDE, usam cabelos longos e passam o tempo amarrando-os, usam maquiagem, gostam de estar em grupo e fazem amizade facilmente com outras mães, trocam número de telefone (isso é algo que elas adoram); mesmo com a dificuldade financeira, é comum encontrarmos mães com cartões telefônicos, e sempre que procuramos, lá estão rindo e conversando no inseparável telefone.

Características das informantes

- ACÁCIA- adolescente de 19 anos, engravidou pela primeira vez aos 16 anos, tem dois filhos e cuida também do filho do companheiro que mora com eles e que ela diz considerado um filho, pois é ela quem cuida e faz tudo. Estudou até a 3ª série. Ela é unida consensualmente com Antônio, um jovem de 29 anos, trabalha como carregador de mudança. Segundo a informante, eles moram em uma casa com um compartimento em uma favela de Fortaleza. A irmã de Acácia mora bem próximo e as duas têm um bom relacionamento. Foi bastante receptiva quando procurei conversar com ela sobre a filha desnutrida, demonstrando satisfação em falar sobre a filha e por dividir suas ansiedades e problemas daquele momento.

- AÇUCENA- adolescente de 19 anos, um total de quatro filhos. Estudou até a 3ª série. Primeira gravidez aos 15 anos, teve conflito com os pais e fugiu de casa com o atual companheiro, Osmar, que tem 25 anos, trabalha como pedreiro. Contou que fez tentativa de aborto quando ficou

grávida pela terceira vez, tomando remédios naturais (cabacinha,quina-quina) e Citotec que as colegas ensinaram. Disse que ficou com medo de morrer e resolveu parar. Não tem um bom relacionamento com o companheiro por ele possuir outra mulher e também por deixar faltar a comida dos filhos, gastando com jogo e bebida. Simpática e extrovertida, houve uma interação fácil com Açucena.

- DÁLIA- informante com 18 anos, tem dois filhos. É semi-alfabetizada (lê e escreve). Quando decidiu viver junto com o pai das crianças, tinha 13 anos, engravidou pela primeira vez aos 14 anos, mas abortou, segundo ela, porque não sabia da gravidez e brincando com o irmão levou uma pancada na barriga. A segunda gravidez foi aos 15 anos. Atualmente, mora com os pais, pois o pai das crianças foi embora para o interior do Estado, quando ela estava com oito meses de grávida. A mãe disse que o irmão do pai das crianças gosta dela, mas ela não quer. A informante mostrava-se insegura e inexperiente ao cuidar do filho. Quem decidia tudo era a mãe ou suas irmãs mais velhas. Adolescente meiga e simples.

- HORTÊNSIA- adolescente de 19 anos, estudou até a 4ª série. A família mora no interior, ela veio para estudar e trabalhar em Fortaleza, morava com a irmã. Na escola, começou a namorar e engravidou aos 17 anos pela primeira vez, tendo dois filhos do atual companheiro, com quem mora. Ele tem 23 anos e trabalha vendendo “galeto”. A informante relatou que gosta de usar roupa curta e de fumar e que por isso ele briga muito com ela, mas que o relacionamento é bom.

- JASMIM- mãe de 17 anos, semi-alfabetizada. Conheceu o companheiro quando tinha 12 anos. Namoraram e logo depois passaram a morar juntos; a primeira gravidez foi aos 15 anos. Quando o filho tinha 7 meses e ainda mamava, deu esse filho para uma tia, pois brigaram e o companheiro abandonou-a. Passou a ter sua vida independente. Posteriormente, voltaram a viver juntos e tiveram essa filha que está internada no IPREDE. A mãe disse que hoje o relacionamento entre os dois é bom. Ele trabalha como pedreiro, tem 19 anos. No prontuário, havia história de uso de drogas (maconha) pelo casal. Porém, segundo a mãe, pararam.

- MARGARIDA- informante com 18 anos, natural de Curitiba, 1^o grau completo, conheceu o companheiro no colégio onde estudava. Há três meses chegou a Fortaleza com o companheiro, mora com a sogra, o sogro e vários irmãos e irmãs do marido com suas famílias, aproximadamente 20 pessoas. O companheiro tem 24 anos e trabalha como vendedor de salgados e bolos. A adolescente disse que gosta de morar com a família do marido, mas que todos pegam suas coisas. Então, ela prefere ir para um lugar só deles.

- VIOLETA- a adolescente de 19 anos estudou até a 3^a série. Começou a namorar e iniciou a relação sexual com o atual companheiro quando tinha 12 anos e engravidou pela primeira vez aos 14 anos. Hoje, tem três filhos e está no terceiro mês de gravidez do quarto. Disse não viver bem com o companheiro, porque ele tem outra mulher, bebe muito e bate nela; não está bebendo agora, pois está desempregado.

3ª Fase - Participação primária com observação contínua

Participando e observando as mães no horário da alimentação, ajudando a dar o mingau ou a sopa das crianças (que por um motivo ou outro as mães não estavam acompanhando), esse momento tornou-se de grande importância, pois foi possível observar a interação mãe-filho durante a refeição, algumas impacientes, outras tristes porque o filho não aceitava o alimento. Havia mãe também desfilando satisfeita com o prato na mão, comentando que o filho tinha se alimentado bastante.

O cuidar do filho é descrito por uma mãe adolescente como *dar trabalho ou não e tem gente que reclama e só tem um eu tenho quatro (Açucena)*. Revela que o companheiro não assume as responsabilidades da alimentação das crianças e que ela encontra apoio e ajuda com as pessoas da família.

A mãe acredita ser a solução da desnutrição do filho as vitaminas ou alimentos como “Danone” e outros que os meios de comunicação, com investimentos altíssimos de propagandas, invadem os lares, seja qual for o nível socioeconômico, incentivando o uso de seus produtos. Uma lavagem cerebral tão eficiente que a mãe que vai catar lixo no aterro do Jangurussu, onde é depositado todo o lixo de nossa cidade, não tem dúvida alguma que ao dar o alimento catado no lixo está fazendo o melhor para o filho. *Na rampa do Jangurussu eu pegava “Danone” e dava pra ela. Minha vizinha me deu infectrim que era bom pra ela. (Acácia)* Outra relação que as mães fazem ao cuidar da recuperação dos filhos é ao uso de vitaminas, *bom pra ela é complexo B gotas. (Acácia, Jasmim, Margarida)* que, mesmo sem a mínima condição financeira, fazem o

possível para adquirir, comprando medicações caras e arriscando serem falsificadas como é o que se tem escutado de denúncias; as mães também adquirem medicações com as vizinhas, pois sempre há uma “super-entendida” que consulta, dá o diagnóstico e a medicação.

4ª Fase - Reflexão primária e reconfirmação dos achados com informantes

O cuidado, que é a essência da enfermagem, através da assistência e apoio ao cliente, na visão de mundo das mães, surge com valores culturais, tornando válida uma reflexão.

A difícil realidade econômica interfere no cuidar do filho. Segundo as mães, a falta de alimento leva o filho à desnutrição; para outras mães, a desnutrição é vista como sinônimo de diarreia, *é algo comum que toda criança tem, é dos dentes que estão nascendo. (Jasmim, Hortênsia).* Ainda na visão da mãe, a desnutrição da filha existe desde o nascimento, acreditando ser uma normalidade o baixo peso da criança, ou seja, uma conformação que se caracteriza com relatos. . . *é melhor levar essa bichinha pra consulta, pode ela morrer (Acácia, Dália).*

O significado do cuidado para a mãe relaciona-se com a influência da própria cultura. As mães observadas retratam o cuidar como o fato de deixar o filho sair para brincar, quando relatam que os pais cuidam dos filhos melhor do que elas, *pois eles não deixam as crianças saírem e elas deixam (Violeta).*

Percebe-se a necessidade de conscientização para o cuidar, pois o retrato da realidade que podemos ver são mães passivas aceitando o que é dito para o melhor cuidado do filho, porém, fazendo exatamente o que acreditam ser o melhor e que muitas vezes não coincide com o que ouviram. Com isso, é crucial a necessidade de um trabalho de educação transformadora para o cuidar, através de orientações que contextualizem o dia-a-dia de cada mãe.

ANÁLISE DOS ACHADOS DE ACORDO COM A TEORIA DA DIVERSIDADE E UNIVERSALIDADE DO CULTURAL DO CUIDADO.

5.1 Categorias Contidas nos Discursos

Na busca de apreender o contexto cultural das informantes deparei-me com uma realidade: de que o cuidado com o filho desnutrido surge acompanhado de variados questionamentos os quais relaciona à cura.

As falas foram categorizadas e descobri a saturação de idéias com significados similares e diferentes. A visão de mundo e a linguagem das informantes em seu contexto cultural fizeram emergir as seguintes categorias:

- 1. Como cuido do meu filho**
- 2. O que é melhor para meu filho**
- 3. No que mais acredito**
- 4. Fico doidinha quando ele adoecer**
- 5. Eu dei um monte de remédio**

1 Como cuido do meu filho

A nossa sociedade exige (e podemos até considerar uma questão cultural) que a mulher assuma toda responsabilidade do lar, do cuidado com os filhos e da assistência em relação ao processo saúde-doença da família.

s, percebo que a mãe, ao fazer a relação do cuidar, centraliza-se na alimentação e no banho do filho.

Pode existir um questionamento na primeira fala da informante, pois se ela cuida do filho como relata, como a criança está apresentando perda de peso, afinal, aparentemente, na concepção da mãe tudo parece certo. É importante ressaltar que, muitas vezes, as mães não possuem conhecimento quanto ao preparo da alimentação. Nem sempre seguem uma rotina como a relatada, pois na realidade há uma verdadeira incerteza quanto a ter ou não o alimento para o filho. Outro ponto é que, segundo o relato da mãe, a criança passa um intervalo de sete horas sem alimentar-se, enquanto que, na instituição, a rotina é a alimentação de três em três horas. O exemplo dessa realidade é demonstrado nas falas:

De manhã quando ele acorda eu dou banho, faço o leite, depois eu pego e boto ele pra dormir, porque ele se acorda quatro horas da manhã, aí quando é onze horas ele se acorda, porque ele dorme é muito lá em casa, passa quase o dia todo é dormindo, ele se acorda eu já tenho que dar o leite, porque se não tiver fica chorando, só para quando tem a mamadeira na boca (Dália).

Comida na hora certa eu não posso dar, porque num tenho condição, a gente faz das tripas coração, se eu puder eu faço até mais um pouquinho, mas também depende do que posso fazer (Violeta).

A verdade é que eu não tenho leite, ela passa o dia todo na mama, dou caldo de feijão com arroz quando tem, eu dou a

mama, mas não tem hora certa, eu dou quando ela tá com fome, eu ficava era tonta, uma vez eu cai eu tava muito fraca (Acácia).

A gente dava comida a ele, mas nem sempre eu tinha o leite dele, aí ficava tudo atrapalhado. Jem vez de manhã que eu fico no meio da rua perturbada sem saber como é que compro comida pra eles, eu já estou pensando ele sair daqui bem gordinho, aí chegar em casa não tiver a alimentação direito, ele vai ficar do mesmo jeito (Acucena).

É freqüente a instabilidade econômica no dia-a-dia dessas famílias. Na grande maioria dos casos, o companheiro estava desempregado ou subempregado, não possuindo estabilidade profissional; realizava trabalhos avulsos e não dispunha de uma renda familiar suficiente para manter as despesas mínimas da família. A mãe, então, relaciona o cuidar do filho desnutrido com as dificuldades econômicas enfrentadas no contexto em que vivem, ao mesmo tempo em que demonstram ansiedade e preocupação quanto ao retorno do filho às condições precárias vivenciadas por essa clientela.

Ainda nesta categoria, quero ressaltar o modo como as mães percebem o filho. Nas falas, as informantes revelam características da desnutrição, como desaparecimento de tecido subcutâneo, aspecto faminto, prostração, anorexia.

Ave Maria, quando ela veio pra cá a gente contava as costelas, bem magrinha, as pernas bem fininha, só tinha cabeça (Acácia).

Fla tem que tomar muita vitamina pra febre, tomar injeção de for preciso, tomar soro, é fazer exame, um bucado de coisa(Gasmim).

Fu acho que é tomar os remédios certos que passarem(Margarida).

Fu acho que é dar comida na hora certa, é higiene pessoal que ela nunca tem(Violeta, Acucena).

Fla fique aqui até ficar bom mesmo, porque a mãe fica dizendo que você tem que querer o melhor por seu filho(Dália).

A mãe faz uma alusão da desnutrição do filho ao sofrimento que passou durante a gestação. A gravidez na adolescência em si já é considerada difícil, por inúmeros problemas morais, psicológicos, econômicos e, sobretudo, sociais. A mãe em seu cotidiano enfrenta as dificuldades, mas tem consciência da possibilidade de comprometimento no estado de saúde do filho após nascimento. Quando as informantes procuraram relembrar como começou a desnutrição no filho, elas se deparam com os conflitos ocorridos e expressam.

Acho que se tem raiva atrapalha muito na gestação, eu brigava muito com meu marido, ele me batia, ele bebe muito(Violeta).

Fu passava muita fome desse menino, eu levava o tempo em tá chorando, a mulher grávida não deve passar por isso(Acucena).

Fu levava muito susto, porque minha mãe bebe, eu dormia no chão frio (Margarida).

Quando eu tava com oito meses o pai dele me deixou, aí eu queria dar, porque também eu não ia ficar sozinha com um menino pra criar (Dália).

Percebi, mediante os discursos, que as mães têm noção do cuidado preventivo que deve existir no ambiente familiar; elas almejam sempre a colaboração, a participação e a harmonia com seus companheiros durante a gestação. Com isso, o nascimento saudável do filho.

3 No que eu mais acredito

O significado do cuidado que a mãe tem para com o filho encontra-se encoberto de valores e crenças de sua própria cultura. Na tentativa de melhor atender à necessidade do filho, ela procura fazer inicialmente aquilo no que mais acredita. As informantes assim expressaram em seus depoimentos:

Fu procuro dar chá, aí eu vejo que ele não melhora, aí eu levo no rezador (Margarida).

Mandava o pai rezar, o pai dizia que era quebranto de uma mulher. Os outros diz que quem bota quebranto se ficar com raiva aí num bota mais, ela ficou uns tempinhos com raiva de mim, nunca mais ele pegou quebranto dela, só se for de outra pessoa. Fu fazia banho com salsa, mastruz, mangirioba, um bucado de coisa (Dália).

A mãe mandava eu batizar pra ele não morrer pagã. Jodo mundo que chegava lá em casa dizia esse menino não vai se criar(Acucena).

Na minha compreensão, este depoimento esclarece por que a mãe nem sempre procura o cuidado do filho, levando-o logo após os primeiros sinais e sintomas ao atendimento por profissionais de saúde. Na cultura da mãe, inúmeras crenças existem e estão interligadas a diversas ações do cuidar.

Por que tem criança que tem que passar por esse problema mesmo, negócio de diarreia, nascimento de dente também dar muita diarreia e ela tá com problema de nascimento de dente. Num sei se é por causa dos dente dela que tá nascendo(Hortênsia, Jasmim).

Quando ele era novinho eu dava a mamadeira cheinha de mingau, ai eu acho que quebrou o bucho dele, eu já dei remédio pra verme, eu acho que não é verme é bucho quebrado mesmo. Fu tinha medo de dar banana, por que tem semente. Fla é louca por café, mas eu dou bem pouquinho, que o povo mais velho, diz que é bom pros dentes. Dou pão a ela, tem gente que molha no café, eu nunca dei porque eu tenho medo de dar diarreia(Acácia).

A mãe, na procura de uma justificativa para a desnutrição do filho, conforta-se em revelar que ele já nasceu desnutrido, como se para isso não houvesse solução: é como estas procurassem defender-se de uma possível culpa. As falas das informantes revelam angústia e aceitação.

Fla nasceu desnutrida, ela nasceu com 2.020Kg eu acho desnutrida(Violeta).

Quando ela nasceu, ela era bem pouquinha, acho que é por isso que ela é bem pouquinha assim, ai ela começou a adoecer, foi adoecendo, ai ficou assim(Hortênsia).

Na verdade, o que temos são mães desnutridas, que foram gestantes desnutridas e agora vivem cuidando do filho desnutrido. É um círculo vicioso que, infelizmente, pode deixar seqüelas irreversíveis para mãe-filho, que passam grande parte de suas vidas em filas de consultas e internamentos; enfim, uma verdadeira luta pela sobrevivência.

Fla tava com crise de verme, ai eu dei chá de alho, ela tava melhor, ai começou a provocar(Jasmim).

Fu comecei a dar soro caseiro a ela, fazia chá de hortelã e do olho da goiabeira que minha sogra ensinou(Margarida).

Num sei se é porque ela toma injeção demais(Hortênsia).

A utilização de plantas como recurso de cura é bastante significativa na população, e na maioria das culturas conhecidas, as mães informam suas experiências com chás e ao mesmo tempo desconhecem a necessidade do tratamento, quando apontam o fato de a criança estar tomando injeção com alguma relação com a doença.

4 Fico doidinha quando ele adocece

A adolescente, imatura, ainda tem que assumir um filho. Sendo saudável, já é uma árdua missão, de modo que a batalha se torna mais difícil na realidade desse estudo, que envolve filhos com problemas de desnutrição e vivendo em verdadeiro estado de miséria.

A mãe passa a enfrentar conflitos além daqueles próprios da adolescência, revelados nas falas:

As vezes eu me acordo tarde por isso que foi baixando de peso, desde novinha quando ela nasceu. Fu faço mingau pra ela, eu dou, ai eu boto no isopor, ai dou de novo quando ela tá com fome, eu não sei dá todo hora. Um dia eu vim consultar ela aqui, era pra mim ficar, ai eu peguei fugi, fui embora(Acácia).

A mãe é que leva ele pro médico, eu não gosto de levar porque eu fico nervosa, dá vontade de chorar. A minha outra menina também é desnutrida, eu já trouxe ela aqui umas três vezes só que eu tinha preguiça de vim aqui todo mês. Fu fiquei doidinha quando ele tava doente(Dália).

Quando ele se acordava a noite chorando, não era toda vida que eu dava comida a ele porque tinha vez que eu estava muito cansada. O negócio é que cuidar de menino eu não tempo(Acucena).

Num sei se era porque eu passeava com ela a tarde, eu ia nas casas das colegas, pra não ficar só em casa direto(Hortênsia).

Fu fico com medo porque ele fica muito cansado, eu já vi lá num hospital mesmo três crianças morrer. Fssas tosse dele, eu fico com medo dele perder o fôlego e não voltar(Margarida).

Ao interagir com as mães, foi possível descobrir o que elas sabem ou conhecem sobre os problemas da desnutrição, que fazem parte do dia-a-dia e que tanto comprometem seu filho, como também toda a família. A forma simples como algumas mães descrevem a desnutrição é confrontada com aquelas que entendem o risco que seus filhos estavam passando por serem crianças desnutridas. Este estudo, com perspectiva de descrever o contexto cultural da mãe adolescente e interferências que podem surgir na relação do cuidado filho desnutrido, mostra a relevância de se compreender a desnutrição na percepção da mãe.

F só a diarreia dele, esse fastio e o vômito, só isso(Dália).

Pode ser também que ela esteja com essa doença por causa que o mingau pode dar alguma coisa no intestino, ela tá tão amarelinha deve ser por causa disso(Jasmim).

F só assim, de repente começou a diarreia dela. Num sei se foi alguma comida que eu dei, eu não prestei atenção. Fla ficou doente, com diarreia, febre, cansaço, ai ela não estava comendo, ela perdeu peso(Hortênsia).

Fu sei que se for muito forte a pessoa morre(Violeta).

A única coisa que eu sei é que ela mata(Margarida).

Nesse estudo, constatei a insegurança da mãe quanto ao cuidar do filho desnutrido e à falta de conhecimento em relação à desnutrição, o que leva a mãe a ir ao encontro da cultura popular, buscando tratamentos os mais diversos possíveis, seguindo orientações que vão passando de geração a geração, provenientes de um conhecimento empírico.

5 Eu dei um monte de remédio

Como concretizar o cuidado foi demonstrado pela mãe através da administração de medicamentos, na maioria das vezes, por conta própria. A cultura da mãe demonstra que o significado da cura do filho está nas vitaminas, nos antibióticos. Caracteriza-se nas falas que seguem:

Fu dei infectrim, só que era comprimido, eu botei de molho na água e dei, foi a mulher, minha vizinha que me deu(Acacia).

Uma vez eu dei sulfato ferroso, foi uma mulher que disse que era pra ele criar sangue, aí o menino passou mau, eu acho que é por que eu botei pingo demais, ele ficou mais doente ainda(Açucena).

Fã em casa só o que tem é remédio, mas nenhum serviu pra ele(Dália).

Fu levei ela pro posto, a médica não passou remédio, aí eu comprei uma pomada, foi um rapaz que mandou, eu dei um monte de remédio. Fu dei uma vitamina todinha, mas ela não melhorou(Jasmim).

A minha mãe que mandou eu dar infectrim, aí eu disse: não vou dar, vou levar pro médico primeiro (Hortênsia).

A situação inversa também foi notada, como no depoimento de outra informante que não seguiu o conselho da mãe em dar medicação à filha, sem antes procurar os serviços de saúde.

As categorias emergiram através de expressões diretas e indiretas de cada mãe, de acordo com a visão de mundo relacionada ao cuidado com o filho desnutrido. Na busca de compreender os significados culturais, após interação com informantes, foi possível apreender o tema oriundo das categorias analisadas.

O tema predominante em todas as categorias e que foi caracterizado pela preocupação da mãe no cuidado ao filho tornou-se, no presente estudo, o tema cultural – **como cuidado do meu filho**.

5.2 Tema Cultural – Como cuidado do meu filho

Para fundamentar os achados do estudo, partindo da análise do tema cultural que emergiu das falas e expressões de cada informante, objetivando descrever o contexto cultural da adolescente e o cuidado à criança desnutrida, optei por analisá-los utilizando a Teoria da Diversidade e Universalidade Cultural do Cuidado. Ela é representada por Leininger (1991), no Modelo Sunrise, através de uma descrição de cada componente que embasa a teoria.

Utilizando o Modelo Sunrise, foi possível observar as diversas influências para descrever e explicar o cuidado com a saúde e o bem-estar das informantes do estudo. Iniciei focalizando, no modelo, a visão de mundo e as

características da estrutura social e cultural. Depois, gradualmente, explorei os sistemas, assim como as ações e decisões de enfermagem.

O processo de descoberta continuou até que todos os fatores descritos no modelo fossem estudados. Obtive, então, uma compreensão referente a cada fator. São seis os fatores descritos no modelo: social, educacional, religioso e filosófico, tecnológico, econômico, legal e político.

Os fatores se interrelacionam, caracterizando a dinâmica do sistema, comprometendo ainda mais o processo de cuidado saúde-doença.

O **fator social e de parentesco** foi encontrado na participação dos vizinhos, da família, das comadres que influenciam diretamente a mãe no cuidado que ela tem com o filho. *A mulher foi pesar ela, aí disse: mulher porque tu não leva essa bichinha pra consulta. (Jasmim)*
A mãe que tava dizendo que eu levasse ele pra consulta que o bichinho tava desnutrido (Dália). Que o pessoal dizia: mulher essa tua bichinha tá tão magrinha, acho que tu for para o QPR.F.D.F ela fica (Acácia).

É no meio social em que a mãe vive em comunidade e é onde ela mais encontra ajuda e apoio. É impressionante a solidariedade existente entre as mães. Elas compartilham as dificuldades do dia-a-dia, dividem experiência, trocam idéias. Esses fatores contribuíram também na forma de acompanhar as crianças no internamento quando as mães precisavam se ausentar e então outras mães se prontificavam a cuidar do filho da amiga. Esta amizade nasce do convívio durante o acompanhamento dos filhos na instituição. É dessas conversas informais que elas tiram os maiores ensinamentos quanto ao cuidar do filho, caracterizando, assim, sua cultura.

A cultura das informantes foi caracterizada pela própria fase da adolescência, em que as adolescentes gostam de andar em grupos, de amizades, conversam bastante, revelam sonhos, dentre outros. Percebe-se que a adolescente passa seus dias entre o cuidar do filho, do companheiro e nas conversas com as vizinhas etc. O abandono da escola e a falta de perspectiva de emprego causam uma verdadeira síndrome de acomodação que elas nem parecem perceber, mas que pode infelizmente acarretar prejuízos irreversíveis.

O cotidiano muda. Algumas mães adolescentes deixam o emprego para acompanhar a criança; o pai chega atrasado ao trabalho porque foi visitar a criança na Instituição, prejudicando-se muitas vezes. A avó passa a sustentar mais um, pois acontece de serem abandonados pelo pai da criança. Os irmãos da criança desnutrida passam a ficar sozinhos ou nos vizinhos, que também participam, ajudando na medida do possível na solução dos problemas vivenciados pela família, envolvendo, assim, não só a família, como também a comunidade.

A realidade das informantes revela que o **fator educacional** foi visto como um ponto crucial que interfere no cuidado das mães com os filhos desnutridos. Se elas possuísem maior escolaridade, teriam mais facilidade em proporcionar aos filhos as condições básicas para saúde. As informantes não entendem a importância de hábitos como o uso de água tratada, noções de higiene, pois o que se vê é a mãe saber que tudo isso é importante, pois ela escuta em algumas consultas do filho. É necessário, portanto, um trabalho educativo, buscando a participação da mãe em ações práticas ligadas ao cuidar. *Fu cuidava dele, mas num era higiene que nem tem aqui, o meu quintal é cheio de água, os pessoal diz que as doença passava pra ele (Acucena).*

A miséria e a ignorância acentuadas fazem com que elas não percebam a causa da mortalidade infantil que seria atenuada se a política governamental investisse nessas causas. Um conhecimento básico de prevenção de doenças deveria ser ensinado nas escolas desde os primeiros anos letivos e durante toda vida.

O **fator religioso e filosófico** foi percebido também no tema cultural **como cuidado do meu filho**. É marcante a presença de crenças, como o quebranto e o mau olhado, sendo a procura das rezadeiras o primeiro cuidado que a mãe faz ao observar que a criança está perdendo peso. *Fu procuro dar chá, aí eu vejo que não melhora, aí eu levo no rezador para rezar, se ele num melhorar eu levo pro hospital (Margarida).*

As mães têm o conhecimento de que os profissionais de saúde não acreditam em suas crenças. Alguns nem mesmo respeitam; então, elas, ao notar que seus valores são ignorados, não revelam que este foi o primeiro cuidado antes de procurar os serviços de saúde.

É válido ressaltar que a religiosidade também faz parte da realidade das famílias, quando em suas falas revelam a fé em Nossa Senhora, no Deus Todo Poderoso e em santos milagrosos.

As informantes do estudo, como toda adolescente, gostam de acompanhar o modismo e a tecnologia, que caracterizamos aqui como os veículos de comunicação (aparelhos de som, de televisão, *walkman* e outros) que também fazem parte do contexto cultural em que estão inseridas.

Esse **fator tecnológico** está presente em nossos lares e, ao contrário do que pensamos, ele está em toda parte, em favelas, em barracos construídos com plásticos e papelão. É exatamente nesta tecnologia onde se encontra uma

gama de influência que qualquer um, desde que ligue o botão, está sujeito a absorver. A partir deste momento, e com a influência do meio cultural, é que se inicia o contato com a violência, os vícios, o uso indevido da sexualidade, entre outros. Esta percepção é parcial, pois muitos fatores externos não são controlados.

As mães revelaram uma relação do cuidar com o estado de pobreza em que vivem, levando em conta a falta de higiene e a falta de alimento, sendo o **fator econômico** considerado crucial. *Fu nem quero que ela tenha alta que lá em casa num tem nada pra ela, eu já tento adquirir pros que tem lá (Violeta). A alimentação direita que ele não tinha e falta de higiene (Açucena).*

Outro ponto que dificulta ainda mais o fator econômico desta clientela são as barreiras que essas mães encontram para trabalhar, pois não têm com quem deixar os filhos; mesmo morando com sogras ou com suas próprias mães, essas já saem para trabalhar. Então, para a mãe adolescente que também não possui muita experiência profissional, restam as tarefas domésticas. Acontece também dos companheiros não permitirem que elas trabalhem, por ciúmes, desconfianças, machismo, que infelizmente ainda existem em nossa sociedade. Preferem, algumas vezes, passar fome, a dizer que é o homem o único responsável pelo sustento da família.

Quando a mãe tem companheiro, este possui subemprego ou mesmo é desempregado, acarretando grandes problemas no cotidiano das informantes, que se reflete diretamente no cuidado com o filho. A falta de comida em casa leva a mãe a preferir que a filha permaneça internada. O significado cultural da alta da filha é representado para a mãe como “uma boca a mais” para ela ir à luta em busca de alimento.

Outra causa comum, ligada à falta de emprego para as mães, é que, em razão das freqüentes internações a que o filho está sujeito, até porque é uma criança susceptível a infecções, então a mãe, que é a responsável no cuidar do filho, vê-se diante da necessidade de acompanhá-lo e com isso tem que se ausentar do emprego. É comum as mães deixarem de trabalhar para acompanhar o filho na instituição. *Depois que eu e ele começamos a trabalhar ela só ficava deitada direto, foi o jeito eu deixar de trabalhar pra cuidar dela (Jasmim).*

Envolvendo o **fator legal e político**, podemos nos deparar com serviços de saúde que infelizmente ficam a desejar; o cliente espera em filas enormes ou chega de madrugada para conseguir uma ficha de atendimento. A realidade dos serviços públicos de saúde é precária e já se tornou uma rotina na vida da clientela pobre. Quando se consegue fichas para a consulta, essas, na sua maioria, são consideradas consultas-relâmpago, de tão rápidas que são. *Fu levo pra aquele posto no Castelão, mas aquele posto está a maior "frescura", no dia que eu fui com essa menina cansada eu quase não conseguia uma ficha, precisou eu fazer a maior zoada aí a mulher me deu uma ficha, porque tem que chegar lá cinco horas e ainda não tem ficha (Acácia).*

Através de campanhas políticas, o povo oprimido, neste estudo caracterizado como mães adolescentes de crianças desnutridas, acredita ilusoriamente em melhores condições de vida. A enfermagem desenvolve uma assistência direta com um povo sofrido, carregado por influências, oriundas principalmente dos poderosos veículos de comunicação. Estes deveriam (podem e devem) realizar práticas educativas, visando a contribuir

para a formação de indivíduos críticos e conscientes de suas possibilidades de atuação no contexto político e social.

O valor cultural está presente em todos os fatores citados, formando um elo com o cuidado. O conhecimento empírico do cuidado é universal em todos os contextos culturais. Se pararmos um pouco para pensar em como a mãe adolescente vê o cuidado, nos encontraremos em meio a inúmeras crenças, valores e mitos que não demonstram tanta diferença daqueles presentes no nosso dia-a-dia, ou seja, o cuidado está diretamente ligado à cultura de um povo. É essa a importância para a enfermagem, ou seja, procurar sempre conhecer um pouco da cultura do cliente, buscando com isso crescimento profissional em relação ao cuidado cultural e não ficando o conhecimento centrado somente no cuidar científico.

O cuidar referido pela experiência da mãe adolescente envolve o carisma e o amor que ela tem pelo filho, não medindo esforços para estar ao lado do filho durante o internamento. Acontece, às vezes, de a mãe não deixar internar o filho que realmente necessita ser internado por não poder acompanhá-lo, pois tem de cuidar dos outros filhos, companheiro e casa.

A proteção da mãe tem o significado cultural, como o cuidado que ela tem com o filho. Isto, muitas vezes, é visto por nós profissionais da saúde como algo maléfico. Se buscarmos, porém, entender o valor cultural e o estilo de vida da mãe, poderemos detectar que ela só acredita no cuidar se estiver ao lado do filho. Existe ainda uma aversão da mãe em relação a internar o filho que pode estar ligada a traumas anteriores, conversas de vizinhos ou por achar que será obrigada a acompanhar o filho sem poder ausentar-se, já que há instituições que realmente possuem essa norma. Essas relações são confirmadas. *Trouxe pra cá porque eu vim com uma vizinha minha,*

se eu levasse pro posto eu tava pensando elas vão é judiar do bichinho, deixar ele numa cama de hospital (Acucena). Sentia febre, enjoada, aí no dia que eu vim consultar ela aqui, era pra mim ficar eu peguei fugi, fui embora, eu pensava que aqui era ruim, que não podia sair, que eu tinha que ficar toda vida aqui com ela até ela ficar boa (Acácia). Fu nem queria ficar com ele aqui, porque eu não conheço ninguém, aí a minha irmã tava com o menino dela doente, aí ela ficou também (Dália).

A adolescente tem o seu modo de vida, com muitas amizades, liberdade, sonhos. Quando se vê mãe e, na maioria das vezes, morando com a família, que assume grande parte da responsabilidade, então, se torna difícil para ela aceitar a mudança que tanto interfere no cotidiano a que estava acostumada.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao utilizar uma abordagem etnográfica, voltada para a enfermagem, foram possíveis maior aproximação com as mães e o conhecimento de seus valores, crenças e mitos, assim como a visão de mundo de cada informante. A presença de crenças e mitos familiares é realmente um elo entre a mãe e o cuidado do filho, característica existente na cultura brasileira. A mãe, na luta constante contra a doença do filho, procura tanto o posto de saúde como também leva o filho à rezadeira. Foi possível identificar valores e crenças no modo de cuidar, no conhecimento da doença e em resoluções do cuidado cultural.

Atualmente, se observa uma nítida modificação na estrutura da família, onde adolescentes iniciam vida sexual precocemente; a gravidez não tarda a acontecer e a conseqüência é a formação de famílias motivada pelo nascimento da criança. Essas famílias, na maioria das vezes, vivem com dificuldades econômicas, somando assim mais um motivo para os conflitos já presentes. A mãe adolescente vivencia em seu cotidiano uma verdadeira dependência econômica do companheiro ou dos pais. Enquanto isso, assume o papel de ser mãe, que é uma jornada pesada, porém, tão pouco reconhecida por nossa sociedade.

Com base nos depoimentos das informantes, apreendi que o cuidado cultural do filho desnutrido apresenta uma diversidade de significados para as mães adolescentes, fazendo com que cada mãe os vivencie, de acordo com sua cultura. Cada mãe revela um modo de cuidar de acordo com seus recursos, enfrentando dificuldades, como a de adquirir o alimento, que é incerto no dia-a-dia dessas famílias. Quando a mãe se depara

com a realidade do filho desnutrido, ela sofre e sente medo de que ele morra, de que lhe culpem.

O ambiente familiar onde a criança desnutrida está situada propicia, infelizmente, o comprometimento do estado de saúde, conseqüentemente, o cuidado que a mãe tem para com o filho.

Nossa sociedade mostra-se alheia aos problemas socioeconomicos e culturais. É necessário, portanto, um comprometimento de todos, políticos, profissionais, famílias, igreja, em conhecer essa realidade, para que surjam questionamentos e assim uma análise quanto à responsabilidade de cada segmento social. Através dessa reflexão, percebe-se a contribuição desse estudo para desenvolver uma consciência crítica dos responsáveis pela valorização da vida de todo cidadão.

Destas reflexões, posso afirmar que, apesar da rejeição inicial, é a família quem dá apoio à mãe adolescente. A família está diretamente ligada à criança desnutrida, participando e compartilhando dos sofrimentos, das doenças e da dor. Vê-se, assim, a importância de estudos envolvendo a estrutura familiar, onde se encontra a criança desnutrida.

Percebi a necessidade de ações educativas pelos serviços de saúde, abordando o problema da automedicação, enfocando as situações de risco, principalmente com crianças de baixo peso.

Ao desenvolver um trabalho com ações educativas, é importante que as mães participem discutindo seu modo de pensar e sua visão de mundo, através de sugestões manifestadas, implícita ou explicitamente.

A participação de todos os profissionais da saúde pode contribuir para a reversão da desnutrição e suas conseqüências, através de programas

preventivos no atendimento às famílias com filhos desnutridos. Um programa sistemático visando à prevenção ou controle de fatores de risco pode, com o decorrer dos anos, evidenciar a redução da mortalidade infantil.

Percebe-se a necessidade de conscientização para cuidar, pois o retrato da realidade que podemos ver são mães passivas, aceitando o que é dito para o melhor cuidado do filho, porém, fazendo exatamente o que acreditam ser o melhor e que muitas vezes não coincide com o que ouviram. Com isso, é crucial a necessidade de um trabalho de educação transformadora para o cuidar, através de orientações que contextualizem o dia-a-dia de cada mãe. É importante a assistência integral à mãe adolescente, envolvendo cuidado com o filho durante os três primeiros anos de vida nas consultas de enfermagem, com orientações sobre desnutrição, profilaxias das doenças infecciosas e transmissíveis, pois tudo o que acontece nos primeiros anos se refletirá, diretamente, no estado geral da criança.

É importante que a enfermeira conheça a cultura da família sob cuidados, e, acima de tudo, faça uma reflexão relacionando-a com sua cultura, evitando com isso conflitos culturais entre profissionais e clientes. É relevante também perceber a influência que as mães recebem do meio sociocultural que vivenciam quanto aos problemas da desnutrição. Com a insegurança e inexperiência do cuidar, a mãe fica susceptível a toda e qualquer orientação ou conselho de vizinhos, iniciando muitas vezes a auto-medicação que poderá vir a comprometer, ainda mais, a criança que já se encontra debilitada.

A mãe adolescente demonstra um mundo de incertezas, quando fala do cuidar do filho. Essa insegurança característica da própria adolescente também faz parte do cuidar, momento em que entram em cena todos aqueles que estão mais próximos. Na maioria das vezes, são a mãe, a sogra ou vizinhos, como as adolescentes mesmo expressam, *os mais velhos*. Com isso,

o cuidar do filho nada é mais do que um aprendizado de crenças, valores, ensinamentos que passam de geração para geração, caracterizando o que conhecemos como o cuidado cultural.

A mãe adolescente segue o que é dito, procurando mostrar sua responsabilidade e cuidado com o filho, evitando o sentimento de culpa ou, mesmo, que alguém venha a acusá-la pelo comprometimento do estado de desnutrição do filho. É um verdadeiro dilema vivido pela mãe adolescente que almeja a melhora de seu filho.

Surge a esperança em tratamentos medicamentosos, pois algumas mães revelam que perderam a confiança nos “chás” porque usaram e eles não serviram. Por isso, passaram a tentar os remédios. O que se vê como relevante preocupação é que este cuidado cultural do filho desnutrido por mãe adolescente revelou que a prática da auto-medicação pode vir a comprometer cada vez mais a criança.

O presente estudo chama a atenção para a necessidade de uma reflexão quanto ao cuidado cultural por parte dos profissionais de saúde, buscando com isso uma visão crítica sobre as questões das práticas de saúde realizadas em nosso País, despertando, assim, possibilidades de mudanças, proporcionando um atendimento centrado em cuidados primários de saúde.

Ao desenvolver este estudo, percebi o quanto era abrangente, pois, ao tentar descrever o contexto cultural da mãe adolescente e o cuidado ao filho desnutrido, observei que a mesma está envolvida por inúmeros fatores em que a cultura é presença constante como elemento influenciador. A aproximação com as mães foi de fundamental importância para mim, porquanto me propiciaram rica experiência que contribuiu para um crescimento pessoal e profissional. É essencial que novos estudos envolvendo

a cultura de famílias sejam realizados. A enfermeira está diretamente ligada a essa clientela, não devendo, portanto, desperdiçar essa oportunidade de crescer como profissional, bastando para isso o desafio do **cuidar cultural**.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES,R.A. Religião e enfermidade In: MORAIS, J.F.R (Organizador)
Construção social da enfermidade. São Paulo: Cortez & Moraes, 1978.
199p.

< ANDREWS, Margaret M. BOYLE, Joyceen S. **Transcultural concepts in nursing care.** 2: ed. Philadelphia: J. B. Lippincott Company, 1995. 478p.

Aumenta Taxa de Fecundidade entre adolescentes. In: Jornal Diário do Nordeste. Fortaleza,15 Fev.1998.Cad.1,C 4-5

CARDOSO, A.L. , CARAZZA, F.R. Desnutrição Primária. In: **Pediatria moderna**, V.29, n.1,p.,Fev. 1993.

CEARÁ, Instituto de Prevenção à Desnutrição e a Excepcionalidade. **SAME**, 1996.

X COBB, A. K. Aspectos Transculturais na construção do conhecimento em Enfermagem. In: GARCIA,T. R. , PAGLIUCA, L. M. F. **A Construção do conhecimento em enfermagem:** coletânea de trabalhos- Fortaleza, RENE,1998.169p.

DOLTO, Françoise. **A Causa dos adolescentes.** Tradução por Juliete Leite. 2ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990. 289p. Tradução de: La causa des adolescents.

DU GAS, B. W. **Enfermagem prática**. 4 ed. Rio de Janeiro: Cortez, 1994. 579p.

FERWICK, Elizabeth, SMITH, Pony. **Adolescência: Guia de sobrevivência para pais adolescentes**. Tradução por Maria Cláudia de Campos C. Fittipaldi e Maria Victoria S. de Carvalho. São Paulo: Ática, 1996. 286p. Tradução de: Adolescence.

FORTALEZA 27 / coordenação geral Luiz Carlos Betty; pesquisa e redação Thaís Costa (coordenação); versão em inglês Kevin Mundy; fotos Tempo d'Imagem; prefácio Geraldo da Silva Nobre. Fortaleza: BBG Comunicação, 1996. 108p.

FROTA, M.A. **Desnutrição como fator que interfere no desenvolvimento organizacional da cultura familiar**. Fortaleza: UFC 1997. 30p. (Monografia de especialização).

GARCIA, Telma Ribeiro. Maternidade na adolescência: escolha ou fatalidade? **Rev. Bras. de Enfermagem**, Brasília: v.9,n.1,p.44-53, jan./mar. 1992.

GOLDENBERG, Paulete. **Repensando a desnutrição como questão social**. 2 ed. São Paulo: Cortez/ Universidade Estadual de Campinas, 1989. 159p.

GOLDENSTEIN, Eduardo. **Adolescência: A idade da razão e da contestação**. São Paulo: Gente, 1995. 100p.

HAMMERSLEY, Martyn, ATKINSON, Paul. **Etnografia** - métodos de investigación. Barcelona: PAIDÓS, 1994. 285p.

HAMMERSLEY, Martyn., Atkinson, Paul. **Ethnografy**: principles in practice. 2ed. London and New York: Routledge, 1995. 323p.

HELMAN, Cecil G. **Cultura, saúde e doença** - Tradução por Eliane Mussimich. 2ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.309p. Tradução de: Culture, health and illness.

LARAIA, Roque B. **Cultura - Um conceito antropológico**. 10ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1995.116p.

LEININGER, M. MADELEINE. **Ethical and moral dimensions of care**, Detroit: Wayne State University Press, 1990. 115p.

_____, Madeleine M, **Trascultural nursing**: concepts, theories, and practices. USA.: John Wiley and Sons, 1978.532p.

_____. **Cultura care diversity and universality**: A theory of nursing. New York: National League for Nursing press., 1991. 432p.

MACDONALD, John J. **Primary health care**: medicine in its place. Earthscan Publications, London, 1994.196p.

MALINOWSKI, B. **Uma teoria científica da cultura**. 3ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1975.206p.

MANNERS, Robert A, KAPLAN, D. **Teoria da cultura**. Tradução por Zilda Kacelnik, 2ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.305p.Tradução de: Culture theory.

X MORSE, Janice M., FIELD, Peggy A. **Nursing research**. The application of qualitative approaches. 2ed. United Kingdom: Stanley Thornes,1998.208p.

MURAHOVSKI, J. **Pediatria, diagnóstico e tratamento**. 4ed. São Paulo: Savier, 1987.

NACHMIAS, C. Frankfort., NACHMIAS, David. **Research methods in the social sciences**. 5 ed, New York: St Martin's Press,1996. 600p.

NOBREGA, Fernando J., CAMPOS, Alba L. R. **Distúrbios nutricionais e fraco vínculo mãe/filho**. Rio de Janeiro: Revinter, 1996.

Pesquisa Via Internet. **Mortalidade Infantil**. p.1-5. 1998.

Pesquisa Via Internet. **Teenage Pregnancy: facts you should know**. p.1-4.1998.

X POLIT, Denise F., HUNGLER, Bernadete P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem** - 3ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 391p.

ROCHA, A. **Caderno do Terceiro Mundo**. n. 205,p.40-43, Jan.1998.

SPENLÉ, Anne Marie R. **O adolescente e seu mundo**. 2ed. São Paulo: Duas Cidades, 1995.

SPRADLEY, James P. **The Participant observation**. Flórida: Hott, Rinehart and Winston, 1980.195p.

SPRADLEY, James T. **The Ethnographic interview**. Flórida: Harcourt BraceJovanovich, 1979.247p.

VALENTE, Flávio, L.S. **Fome e desnutrição - determinantes sociais**. 2ed. São Paulo: Cortez, 1989.107p.

ZAGURY, T. **O Adolescente por ele mesmo**. 7ed. Rio de Janeiro: Record, 1996. 277p.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

MILES, Matthew B. & HUBERMAN, A Michael. **Qualitative data analysis: an expanded sourcebook**, 2ed. Sage Publications, 1994. 338p.

ECO, Umberto. **Como se faz uma tese**. Tradução por: Gilson César Cardoso de Souza, 12 ed, São Paulo: Perspectiva, 1995.170p.

LUDKE, M., ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagem qualitativas- temas básicos de educação**. São Paulo: EPU, 1986. 99p.

HANSON, S. M. H., BOYD, S. T. **Family health care nursing: theory, practice, and research**, Philadelphia: F.A Davis Company, 1996. 421p.

COULON, A **Etnometodologia e educação**. Tradução por Guilherme, J. F. T. Petrópolis , RJ: Vozes, 1995. 205p. Tradução de: Ethnométhodologie et éducation

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Mini Dicionário da Língua Portuguesa**. 2ª ed., Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1989. 536p.

VELHO, G. **A Utopia urbana um estudo de antropologia social**. 4ªed. Rio de Janeiro: Zahar,1972.114p.