

C692875
R1414488
03/07/01
R#560

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Mestrado

**CUIDANDO DA CRIANÇA DESNUTRIDA NO CONTEXTO DE
SOBREVIVÊNCIA E RESISTÊNCIA**

UFC	BIBLIOTECA UNIVERSITÁRIA	
Nº.	R1414488	
	03	107 10001

Maria do Socorro Vieira Lopes

ok

Fortaleza

2001

1588
362.198992
854c
2001

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Mestrado

**CUIDANDO DA CRIANÇA DESNUTRIDA NO CONTEXTO DE
SOBREVIVÊNCIA E RESISTÊNCIA**

Maria do Socorro Vieira Lopes

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:

Profa. Dra. Neiva Francenely Cunha Vieira

Fortaleza

2001

FICHA CATALOGRÁFICA

L854c LOPES, Maria do Socorro Vieira

Cuidando da criança desnutrida no contexto de sobrevivência e resistência / Maria do Socorro Vieira Lopes. - Fortaleza, 2001
112 f.

Orientadora: Profa. Dra. Neiva Francenely Cunha Vieira

Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Ceará.

Curso de Mestrado em Enfermagem

1. Distúrbios da nutrição infantil - 2. Mães Cuidadoras. 3.
Enfermagem. I. Título

CDD 362.198992.

CUIDANDO DA CRIANÇA DESNUTRIDA NO CONTEXTO DE SOBREVIVÊNCIA E RESISTÊNCIA

Dissertação apresentada ao curso de pós graduação em enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem, na área de concentração em saúde comunitária.

Data da Aprovação: 18/04/2001

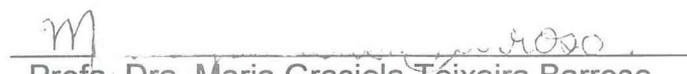
BANCA EXAMINADORA



Profa. PhD. Neiva Francenely Cunha Vieira
(Presidente)



Profa. Dra. Sílvia Maria Nóbrega Therrien
(1º Membro)



Profa. Dra. Maria Grasiela Teixeira Barroso
(2º Membro)



Profª. Dra. Zulene Maria de Vasconcelos Varela
(Membro 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 o apoio financeiro da FUNCAP – Fundo
Cearense de Amparo à Pesquisa.

Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.

Leonardo Boff

Dedicamos este trabalho a todas as mães de filhos desnutridos e em especial, Maria, Roseana, Marta, Fernanda, Diana, Ana, Luiza, Sarah e Madalena, sem vocês não teríamos aprendido e construído novos passos de ser e perceber o mundo.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que me fez despertar na busca de novos conhecimentos e me deu forças para superar as renúncias e iluminou-me em todos os momentos dessa caminhada.

Ao meu marido, Luiz Carlos de Sousa Furtado, pela cumplicidade, carinho, dedicação e ajuda indispensável na trajetória desse trabalho, que custaram dias de renúncia e abnegação nos nossos momentos de lazer e estar juntos.

A minha filha Leuise, pelos momentos de solidão e ausência que foi obrigada a suportar como meio de contribuir para a realização desse estudo.

Aos meus pais Raimundo e Luiza, que me colocaram frente as experiências do mundo e me ensinaram o sentido da vida, do amor, do respeito ao outro.

A todos os meus irmãos, em especial a Vânia pela colaboração nos árduos momentos desse estudo.

A todos os sobrinhos em especial ao Rogério, colaborando no que foi possível.

Ao Sergio Furtado Néó, pela contribuição inestimável na fase final desse estudo.

As minhas cunhadas, em especial a Rosa e Prazeres pelo apoio e colaboração no cuidado de minha filha.

A Sila Tavares, que não mediu esforços para eu continuar aprendendo, e que verdadeiramente tem contribuído para o meu crescimento pessoal e profissional.

A Profa. PhD. Neiva Francenely Cunha Vieira, por sua orientação, dedicação, disponibilidade, sempre presente durante o desenvolver desse estudo, dividindo comigo seus conhecimentos para que este se tornasse realidade.

A Profa. Dra. Maria Grasiela Teixeira Barroso, pela amizade, incentivo ao meu crescimento profissional, e por aceitar o convite para participar da comissão de avaliação.

A Profa. Dra. Zulene Maria de Vasconcelos Varela, pelo aprendizado adquirido.

A Profa. Dra. Silvia Maria Nóbrega Therrien, por aceitar 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 demonstrada.

As amigas Mirna Albuquerque Frota, Ana Karina Bezerra Pinheiro e Lorena Barbosa Ximenes, pela colaboração em todos os momentos necessários.

A todas as colegas do mestrado, em especial a Maria de Fátima Antero Sousa Machado, pela amizade, apoio e por todos os momentos de nosso convívio.

Ao Centro de Nutrição do Conjunto Palmeiras, por direcionar minha prática profissional originando este estudo.

A todas as mães assistidas pelo CNCP, em particular as que aceitaram prontamente colaborar com este estudo.

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

SUMÁRIO

RESUMO

1 INTRODUÇÃO -----	11
1.1 Minha vivência no cuidado à criança desnutrida -----	11
1.2 Contexto e problema – desnutrição infantil-----	12
1.3 OBJETIVOS -----	17
1.3.1 Geral -----	17
1.3.2 Específicos -----	17
2 EXPLORANDO A LITERATURA -----	19
2.1 Estudos realizados na área de nutrição infantil-----	19
2.2 Desnutrição infantil e as determinações sócio-econômico, culturais e familiares que influenciam no cuidado -----	21
3 METODOLOGIA -----	25
3.1 Aspectos teóricos-metodológico -----	25
3.2 O encontro da Enfermagem com a etnografia -----	27
3.3 Os cenários do estudo -----	32
3.4 Os informantes do estudo -----	33
3.5 Coleta de dados: procedimentos -----	34
3.6 Registro e análise dos dados -----	38
3.7 Aspectos éticos da pesquisa -----	39
3.8 Financiamento e recursos disponíveis -----	40
4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS -----	41
4.1 Descrição dos cuidado no contexto institucional -----	41
4.1.a O cuidado profissional na instituição-----	42

4.1.b O cuidado da mãe à criança na instituição-----	52
4.2 Descrição dos modos de cuidar da criança no contexto domiciliar-----	57
4.2.a Mães cuidadoras-----	57
4.2.b Práticas de cuidado domiciliar-----	63
5 REFLEXOES E CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO-----	101
ABSTRACT-----	105
6 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS-----	106
7 ANEXOS-----	113

RESUMO

A desnutrição infantil é considerada um dos mais importantes problemas de saúde coletiva mundial, especialmente nos países em desenvolvimento. É na fase de transição alimentar a partir do 6º mês, que a criança encontra-se mais vulnerável. Nesta fase da vida, os cuidados realizados à criança visam garantir sua sobrevivência, crescimento e desenvolvimento saudável, sendo estes influenciados por diferentes culturas, e, até mesmo entre grupos de uma mesma cultura. Este estudo teve por objetivos: compreender as práticas de cuidados à criança desnutrida providas pela mãe ou por quem cuida da criança no domicílio, no sentido de identificar os fatores que contribuem para a perda de peso; conhecer a percepção da mãe acerca da perda de peso da criança; conhecer os modos de cuidar da criança desnutrida no domicílio e interpretar os determinantes culturais da mãe cuidadora nesse modo de cuidar. Utilizamos a etnoenfermagem, como linha de estudo e a Teoria da Diversidade e Universalidade Cultural do Cuidado (Leininger, 1991), como referencial teórico e metodológico na coleta e análise dos dados. Os instrumentos utilizados na fase de campo foram: observação participante e entrevista aberta. Os cenários foram o Centro de Nutrição do Conjunto Palmeiras, Fortaleza-Ceará-Brasil e os domicílios das crianças desnutridas no período de abril a setembro de 2000. Os informantes foram às mães cuidadoras do filho no domicílio. Os resultados revelam que as práticas de cuidados realizadas pela mãe ao filho desnutrido são influenciadas pelos fatores: econômico, social, educacional, estilo de vida. Cada prática de cuidado realizada por cada mãe, apresenta diversidade de significados, cada mãe tem seu jeito próprio de cuidar, de acordo com os recursos que dispõe. A perda de peso das crianças deu-se, sobretudo por razões macroestruturais como: desemprego falta de acesso a rede de esgoto e água tratada. Deste modo, o foco cultural do cuidado objetiva uma assistência holística, que busque o envolvimento com outros segmentos da sociedade, visto que, estas mães cuidam de seus filhos em um contexto de sobrevivência e resistência, elas não querem que seus filhos percam peso, mas em muitas circunstâncias, sozinhas, não conseguem evitar.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Minha vivência no cuidado à criança desnutrida

Meu interesse no cuidado com crianças desnutridas surgiu em 1989, quando comecei a trabalhar, ainda estudante, no Centro de Nutrição do Conjunto Palmeiras (CNCP), entidade não governamental, que desenvolve ações de promoção, prevenção e recuperação nutricional com grupo materno-infantil da comunidade, que se localiza na periferia da cidade de Fortaleza.

Ao longo dos anos como estudante e hoje como enfermeira, prestando cuidados às crianças desnutridas e em constante contato com as mães, chamou-me a atenção a crescente demanda de mães, que chegam com seus filhos desnutridos em busca de assistência. Muitas vezes, as crianças já se encontram em graves e moderados estados de desnutrição, fazendo-se necessário uma intervenção imediata, necessitando o envolvimento da mãe ou familiar responsável pelo cuidado à criança no seu processo de reabilitação.

Faz parte da filosofia do Centro de Nutrição, no qual desenvolvemos o nosso estudo, o envolvimento da família em todo o processo de recuperação da criança. Esta participação inclui sessões educativas, oficinas, reuniões, plantão no local uma vez por semana, para que seja observada a realização dos cuidados com a criança e também orientada quanto à importância da continuação desses cuidados no domicílio durante os finais de semana, período em que a criança permanece com a família. No entanto, observamos uma descontinuidade no cuidado as crianças, nos finais de semana quando estas se encontram em seus domicílios. Esse fato tem sido evidenciado por uma constante perda de peso das crianças ao retornarem, na segunda-feira, ao Centro de Nutrição do Conjunto Palmeiras (CNPC).

Nossa convivência com os familiares das crianças despertou nos o interesse em realizar um estudo para identificar que práticas, de cuidado nutricional, estão sendo adotadas nos domicílios. A busca de compreender esse cuidado no contexto domiciliar poderá elucidar comportamentos e atitudes da mãe, também redirecionar o cuidado da criança de forma que possa contribuir para a redução do número de crianças desnutridas em graus moderados e graves existentes na comunidade. Nesta perspectiva o cuidado à criança no domicílio é entendido neste estudo como práticas realizadas pela mãe ou pessoa responsável pelo cuidado com a criança, na utilização dos alimentos e dos recursos da área de saúde disponível, visando seu melhor aproveitamento para a sobrevivência, crescimento e desenvolvimento das crianças (Unicef, 1997).

Tendo assim posto o nosso envolvimento pessoal no tema, na sessão seguinte apresentamos o contexto e o problema desse estudo de forma mais detalhada e os objetivos que nortearam o processo de investigação.

1.2 Contexto e problema - desnutrição infantil

De acordo com o Unicef (1997), o cuidado nutricional está relacionado a práticas de cuidado materno-infantil que incluem, desde atenção à mulher na gestação e lactação, até as práticas domésticas de saúde, passando pelo aleitamento materno e complementação alimentar, atenção psicossocial, preparo e higiene alimentar e práticas de higiene.

A desnutrição poderá levar a transtornos para a criança e sua família, os quais poderão se perpetuar por toda sua vida e até a outras gerações. A desnutrição pode comprometer os potenciais humanos de

uma nação, suas possibilidades de desenvolvimento e a performance dos indivíduos e da sociedade como um todo (Brasil, 1999).

A desnutrição infantil é considerada um dos mais importantes problemas de saúde pública mundial, especialmente para os países em desenvolvimento. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que a desnutrição está associada a 29% das mortes de crianças de 0-4 anos nos países em desenvolvimento. Quando se incluem os efeitos potencializadores da desnutrição leve, tais como: anemia ferropriva e diminuição de resposta do organismo a infecções, entre outros, esta percentagem se eleva para 56% (Brasil, 1999).

Com a desnutrição, o organismo da criança desencadeia um processo de adaptação, que se inicia com a diminuição de atividade física, parada do crescimento e falta de ganho de peso e altura. Quando ocorre restrição energética prolongada, o organismo lança mão de vários mecanismos para sobreviver: a musculatura esquelética e a gordura corporal são consumidas às expensas da manutenção da homeostase. Continuando o processo adaptativo existem anormalidades hormonais e bioquímicas com as manifestações clínicas intensificando-se, sendo instalado quadro clínico-laboratorial da desnutrição (Marcondes, 1985).

No Brasil, apesar de ter ocorrido melhora no estado nutricional da população, a desnutrição infantil continua sendo importante problema de saúde pública (Siviero et al., 1997).

A pesquisa nacional sobre demografia e saúde (PNDS, 1996) indica que a trajetória da desnutrição infantil, nos anos 90, manteve uma tendência de declínio em relação a PNSN de 1989. Mesmo assim, ainda é relevante o alto índice de mortalidade infantil associado à desnutrição (Monteiro, 1996).

A pesquisa nacional sobre saúde e nutrição (PNSN, 1989) mostra que as formas crônicas de desnutrição infantil, no Brasil, estão associadas ao nível de renda das famílias, sendo estas as que predominam no país. A desnutrição crônica caracteriza-se pela elevada prevalência de déficits estaturais e ponderais. Por essa razão, o país situa-se entre outros em desenvolvimento, cuja riqueza nacional (PIB per capita) corresponde à metade ou a um terço da riqueza brasileira (Brasil, 1996b).

A desnutrição ocorre diversamente em relação às regiões no Brasil. O norte e nordeste possuem as mais elevadas taxas de desnutrição, que são duas vezes superiores às encontradas nas demais regiões do país. Em todas as regiões do Brasil estudadas na pesquisa nacional de alimentação e nutrição (1989), o segmento rural da população mostrava-se mais afetado pela desnutrição do que o segmento urbano. Ainda assim, as crianças que viviam nas áreas urbanas das regiões norte e nordeste encontravam-se expostas às taxas de desnutrição duas vezes superiores às encontradas nas áreas rurais do centro-sul do país (Brasil, 1990).

Nas áreas urbanas, as desigualdades sociais se refletem no aumento do número de favelas, dificultando a cobertura por serviços públicos essenciais, como os de saúde, saneamento e educação, contribuindo para o crescente número de crianças desnutridas, especialmente nas periferias das grandes cidades.

No nordeste, 97,1% dos municípios estão submetidos a risco muito alto de desnutrição infantil (Benício & Monteiro, 1997).

No Ceará, a pesquisa saúde materno-infantil do Ceará (PESMIC) realizada em 1994, mostra que a prevalência da desnutrição aumenta progressivamente entre os 06 e 17 meses, reconhecendo que a forma

mais comum de desnutrição não é a emaciação, com um acentuado grau de magreza, mas a desnutrição crônica, onde a criança tem um corpo relativamente proporcional, mas que não aumenta de estatura, revelando que a forma mais comum de desnutrição é o nanismo nutricional (Ceará, 1995).

A desnutrição infantil é uma doença de origem multicausal, em que as condições de vida representam um fator importante na sua prevenção, pois populações em extremo grau de pobreza têm limitado ou nenhuma condição de adquirir os nutrientes de que o organismo necessita para o seu metabolismo fisiológico. A pobreza é sua causa básica, por dificultar o acesso à alimentação em quantidade e/ou qualidade adequada (Giugliani, 1996; Brasil, 1999).

Apesar de reconhecer a origem multicausal da desnutrição, considerando a qualidade de vida da população, a OMS ainda a conceitua numa visão biomédica como:

A desnutrição é o resultado de uma ingesta insuficiente ou fome, e de doenças (Brasil, 1999, p. 4).

As implicações dessa visão biológica da desnutrição têm, de certa forma, conduzido os programas governamentais a tomar medidas puramente técnicas, com pouco espaço para combater a desnutrição em uma perspectiva social e cultural.

Esperamos que os dados de nosso estudo possam elucidar algumas questões de encaminhamento, que contribua para a redução da desnutrição nesta população em particular.

Portanto, dada à natureza predominante de investigação sobre esta temática, é relevante a necessidade de mais estudos que focalizem a associação entre a desnutrição e cuidados domiciliares na prevenção

e recuperação da desnutrição infantil a partir da visão de quem cuida das crianças.

A importância de investigar as práticas de cuidado nutricional comumente exercidas pela mãe, ou por quem cuida da criança em seu ambiente natural, possibilita o desvelamento de alguns cuidados que necessitem ser reorientados, levando-se em conta o contexto social, econômico e cultural em que esse cuidado à criança está inserido. Outrossim, o enfermeiro, nesta perspectiva, transcende a fronteira do cuidado técnico, para compreender o cuidado sob o olhar de quem cuida no domicílio.

Para este estudo, as práticas de cuidado domiciliar compreendem: a complementação alimentar, preparo e higiene alimentar, as práticas de higiene, atenção psicossocial e afetiva à criança.

Este estudo busca compreender as causas da ruptura no processo de cuidado existente entre a clínica e o domicílio, a fim de identificar as razões da perda de peso da criança aos finais de semana quando esta retorna do CNCP para a casa dos pais.

As formas de prestar cuidados está relacionada à maneira de utilização dos recursos de saúde disponíveis, por quem presta cuidado, o que é construído a partir de seu universo sócio-cultural, daí a importância de a pesquisadora se aproximar das pessoas que cuidam das crianças, a fim de saber como elas pensam e agem frente aos cuidados prestados à criança desnutrida (Uchoa & Vidal, 1994).

Desta forma, respeitar o contexto cultural, onde está inserida a criança desnutrida, fará com que possamos observar as crenças, valores, o modo de vida aprendidos e compartilhados pelas pessoas que direcionam seu pensar, agir, suas ações (Leininger, 1991).

A desnutrição não pode ser combatida apenas através do provimento de cuidados à criança no semi-internato, este cuidado corresponde apenas a uma etapa do processo de recuperação. A família e o domicílio formam o ambiente adequado para o desenvolvimento bio-psico-socio-cultural da criança. Investigar este contexto, responde a uma necessidade social, política e econômica, no sentido de garantir a manutenção de um crescimento e desenvolvimento da criança livre de riscos. Assim, entendemos que o cuidado da criança desnutrida perpassa de maneira peculiar em cada família, na forma como esta vê o mundo, constrói suas crenças, valores, influenciando no modo de entender e cuidar da criança.

A apreensão da compreensão das forças sociais, econômicas e culturais, sobre o modo de cuidar da criança, poderá aperfeiçoar os cuidados à criança desnutrida em seu ambiente familiar, conseqüentemente contribuir no processo de recuperação da criança, redução da desnutrição e da mortalidade infantil. Nesta perspectiva buscar novos horizontes mais humanizados no cuidado.

Diante do exposto apresentamos os objetivos traçados para o desenvolvimento deste estudo.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Geral

- ◆ Compreender as práticas de cuidados à criança desnutrida, provida pela mãe ou por quem cuida da criança nos fins de semana, no sentido de identificar os fatores que contribuem para a perda de peso neste período.

1.3.2 Específicos

- ◆ Conhecer a percepção da mãe acerca da perda de peso da criança desnutrida no domicílio durante o final de semana

- ◆ Conhecer os modos de cuidar da criança desnutrida no domicílio nos fins de semana
- ◆ Interpretar os determinantes culturais da mãe/cuidadora nesse modo de cuidar da criança desnutrida durante o final de semana

A sessão seguinte trata dos achados na literatura acerca da problemática de desnutrição infantil, tomando como elemento de análise uma compreensão sócio-cultural do cuidado prestado à criança desnutrida.

2 EXPLORANDO A LITERATURA

Tradicionalmente a revisão de literatura, no estudo etnográfico, tem conduzido os autores desta área em duas posições: a primeira sugere que o investigador, através de suas questões norteadoras, penetre no campo com limitada revisão de literatura acerca da temática, no sentido de garantir poucas interferências das categorias sugeridas de outros estudos; a segunda posição repousa numa visitação a literatura, mas chamando a atenção do pesquisador para não deixar se conduzir por uma literatura exaustiva acerca da temática. Nesta segunda posição, a literatura do tema ocorrerá de forma mais próxima após a construção das categorias extraídas do processo de estudo em andamento (Hek et al., 1997; Morse & Field, 1998).

Neste estudo, em particular, optamos pela segunda posição. No entanto, estamos conscientes das possíveis limitações que este envolvimento possa trazer ao estudo e, dessa maneira, uma vigilância constante será observada durante o processo de coleta e análise dos dados.

O corpo de conhecimento e a experiência pessoal desta temática serão utilizados de forma crítica como informação de contexto.

2.1 Estudos realizados na área de nutrição infantil

O levantamento feito no banco de dados LILACS apresentou 283 estudos, realizados na área de nutrição no Brasil e em toda a América Latina no período de 1995 a 2000, sendo que estes trabalhos têm se ocupado em analisar a desnutrição dentro do modelo biomédico, apontando os fatores determinantes da desnutrição e avaliação nutricional, morbidade e mortalidade infantil.

Em Cuba, Alberto (1995), estudou as variáveis biológicas, socioeconômicas, ambientais, reprodutivas, aleitamento materno e

cuidado da criança associada ao risco de desnutrição infantil. Vasquez et al. (1995), no México, investigou as disfunções na dinâmica familiar associando-se significativamente com a desnutrição grave em crianças. Este estudo revela a necessidade de mais investigações que avaliem a dinâmica familiar como fator de risco para a desnutrição infantil.

No Brasil, Monteiro et al. (2000), estudou; a prevalência e distribuição social da desnutrição na infância a partir dos índices altura/idade e peso/altura. Pereira (2000), revela que o sistema de vigilância alimentar e nutricional adotado no Brasil, não apresenta capacidade de desenhar um modelo explicativo para os agravos nutricionais por se basear nos índices peso/idade.

Não obstante, podemos afirmar que os estudos na área de nutrição infantil vêm se apresentando dentro do modelo biologicista, como é o caso de Alencar et al. (1999) estudando a antropometria de escolares; Almeida et al. (1999), estudando a prevalência de desnutrição em unidades de saúde. Cury (1999), investigando a evolução nutricional e morbidade em lactentes.

No entanto, dentre as dissertações produzidas por alunos do Mestrado em Enfermagem da UFC no período de 1993 a 1998, das 40 dissertações de mestrado produzidas, um trabalho aborda a temática da desnutrição infantil com mães adolescentes a partir de uma abordagem cultural (UFC, 1999). Este estudo demonstrou a necessidade de olhar a desnutrição no enfoque cultural do cuidado o que implica na adoção de uma compreensão e assistência holística (Frota, 1998). Esta forma de investigar e assistir representa um avanço para a enfermagem e para outras áreas do conhecimento da promoção da saúde, prevenção e recuperação nutricional.

Esta dissertação, assim como Frota (1998), aponta um novo olhar, respeitando os aspectos culturais a partir da visão de mundo de quem cuida do filho, sendo que neste estudo em particular, trata-se da mãe cuidadora do filho desnutrido no seu domicílio.

2.2 Desnutrição infantil e as determinações sócio-econômico, culturais e familiares que influenciam no cuidado.

A desnutrição infantil é mais prevalente em determinados grupos etários. É na fase de transição alimentar, entre os 6 e 24 meses, que corresponde ao período de complementação alimentar, quando ocorre a introdução dos primeiros alimentos e consolidação da alimentação variada, que a criança encontra-se mais vulnerável (Marcondes, 1985; Murahovishi, 1994; Giugliani, 1996; Nóbrega, 1998).

Nesta fase da vida, os cuidados realizados à criança, são influenciados por diferentes culturas e, até mesmo, por grupos dentro de uma mesma cultura (Unicef, 1997).

No Brasil, a causa mais freqüente associada à desnutrição tem sido a falta de acesso a alimentação adequada em quantidade ou qualidade (Giugliani, 1996). No entanto, esta falta de acesso pode ocorrer em decorrência da pobreza, baixa renda familiar, nível educacional dos pais, entre outros fatores (Fernandes et. al., 1996; Nóbrega, 1998).

As deficiências nutricionais provocam alterações morfológicas generalizadas, prejudicando a função dos tecidos e órgãos, fazendo com que se instale as formas clínicas graves de desnutrição denominadas marasmo, kwashiokor e kwashiokor/marasmo. No primeiro, ocorre perda severa de gordura e músculo; no segundo, ocorre edema e lesões cutâneas, é a desnutrição protéica; e o terceiro, é a fase intermediária (Marcondes, 1985; Krause, 1998; Nóbrega, 1998).

Existem diferentes métodos para aferição do estado nutricional mas, sem dúvida, a antropometria é a que, com menos sofisticação e recursos financeiros, consegue estabelecer parâmetros adequados de avaliação nutricional da criança (Brasil, 1999).

Apesar dos índices peso/idade, serem muito difundidos, apresentam algumas limitações como, por exemplo, incapacidade de identificar a desnutrição grave em crianças com kwashiorkor, pois o edema, muitas vezes, compensa, parcialmente, a perda de peso, além de não diferenciar o nanismo nutricional das outras formas graves de desnutrição, já que não utiliza altura. Portanto, recomenda-se o uso simultâneo dos índices altura/idade e peso/altura, pois permitem a caracterização do processo de desnutrição em relação ao tempo de sua instalação (krause, 1998; Giugliani, 1996; Nóbrega, 1998).

Analisar as relações estatura/idade e o peso/estatura, é importante para a determinação do nível de crescimento e do estado nutricional, por serem indicadores primários importantes do crescimento e do estado nutricional das crianças. A introdução da estatura veio aperfeiçoar o sistema de avaliação, permitindo identificar a desnutrição também como um problema crônico. Ao se desnutrir, a criança perde peso, mas não perde estatura. Esta, em virtude da desnutrição, continua aumentando, porém num ritmo bem menor, resultando, após certo tempo, em déficit estatural (krause, 1998; Woisk, 1995; Nóbrega, 1998).

Podemos considerar normais, do ponto de vista nutricional e de acordo com a idade e sexo, as crianças, cujos pesos variam em torno da média, dois desvios padrões, ou aproximadamente 10%. Variações negativas, de 10 a 25%, devem ser consideradas como de desnutrição energético-protéica de primeiro grau (DI) ou desnutrição leve, o que corresponde de 76 a 90% do peso esperado para idade, 25 a 40%

desnutrição de segundo grau (DII) ou desnutrição moderada, ou seja, crianças com o peso entre 61 e 75%, do esperado e mais de 40% desnutrida de terceiro grau (DIII) ou desnutrido grave, ou seja, crianças com peso abaixo de 61% do peso esperado (Woisk, 1995; Giugliani, 1996; Nóbrega, 1998).

A desnutrição infantil tende a ser vista pelos profissionais como um problema médico, no entanto, muitos profissionais de saúde, envolvidos nesta problemática vêm a desnutrição também como um problema social, reconhecendo os fatores sócio-econômicos e culturais como seus fatores predisponentes (Macdonald, 1994).

As crianças desnutridas são criadas dentro de sua cultura, que influencia no tipo de alimentos que comerão, os ideais de comportamento. Assim, a cultura favorece ou reforça os comportamentos considerados adequados para quem cuida de alguém (Whaley & Wong, 1985).

É a família o lugar onde se processa toda a formação e estruturação da personalidade do indivíduo, é considerada como grupo social mais importante para evolução equilibrada e satisfatória de seus membros, pois qualquer instabilidade dentro do grupo familiar poderá afetar de forma insatisfatória a conduta normal de seus membros, influenciando de forma significativa no cuidado materno prestado à criança (Whaley & Wong, 1985).

Embora o cuidado se inicie na família, este pode ser realizado ou complementado por outras pessoas, saindo das ramificações familiares (Denardin, 1999).

Vale ressaltar que, quem cuida da criança, irá ser influenciado também pelo seu contexto biológico, psico-social, econômico, resultando em repercussão no crescimento e desenvolvimento das crianças, na

expectativa e na sua qualidade de vida. Desta forma, o cuidado também sofre influência da visão de mundo de quem o presta (Leininger, 1991).

Em se tratando de cuidados prestados à criança desnutrida em seus domicílios, estes parecem demonstrar que a falta de condições materiais, falta de instrução, faz com que as pessoas utilizem alimentos exageradamente diluídos, que provocam diarreia, desnutrição e aumentam a mortalidade infantil (Nóbrega, 1998).

O cuidado à criança vem se deslocando na perspectiva de um cuidado mais humanizado, que a possibilite viver melhor e sobreviver nas constantes mudanças ambientais, situações novas de cuidado dentro do seu contexto social (Leininger, 1978).

Na próxima sessão, descreveremos o referencial teórico metodológico que guiará este estudo, cujo enfoque aponta para uma estreita relação com os aspectos culturais.

3 METODOLOGIA

3.1 Aspectos teóricos-metodológico

A opção por uma metodologia que nos proporcione compreender o dia-a-dia e a visão de mundo dos cuidadores da criança desnutrida quer seja a mãe ou outra pessoa responsável pelo cuidado da criança em seu ambiente cultural, leva-nos à abordagem qualitativa que viabiliza o investigador descrever, registrar, analisar e interpretar na perspectiva daqueles que experimentam e sentem essa realidade. Esse método como Haguette(1997) afirma, dá-nos uma melhor compreensão dos fenômenos sociais.

Essa abordagem obriga uma maior aproximação com os sujeitos pesquisados, como colocam Ludke & André (1986, p.26):

(...) na medida em que o observador acompanha in loco as experiências diárias dos sujeitos, pode tentar apreender a sua visão de mundo, isto é, o significado que eles atribuem à realidade que os cerca e às suas próprias ações.

Dentre os vários caminhos que o método qualitativo incorpora, escolhemos a etnografia, por compreender que as práticas de cuidados à criança desnutrida provida pela mãe ou por outro responsável durante os finais de semana, em seu domicílio, encontram-se enraizados nos valores, crenças e mitos construídos no seu âmbito sócio-cultural. Neste sentido os cuidadores foram os informantes de nosso estudo, cuja visão de mundo acreditamos ter relação com as práticas de cuidado realizada com a criança desnutrida.

Tradicionalmente a etnografia foi utilizada na antropologia, tendo como precursores Franz Boas (1858-1942), e Bronislaw Malinowski (1884-1942). (Laplantine, 1995).

A etnografia enquanto referencial teórico-metodológico, focaliza a cultura de um grupo de pessoas. O etnógrafo entende que um grupo de indivíduos cria sua cultura, que orienta a visão de mundo de seus membros e estrutura suas experiências (Polit & Hungler, 1995; Haguette, 1997).

Neste sentido a etnografia busca compreender a cultura de um povo através dos valores, crenças, normas e modos de vida aprendidos, e compartilhados, que orienta pensamentos, decisões de maneira mais ou menos semelhante de um grupo particular (Leininger, 1991; Laraia, 1995; Andrews & Boyle, 1995; Helman, 1994).

Assim, é objetivo da etnografia descrever uma cultura e tentar entender o estilo de vida de um povo pelo seu ponto de vista, descobrindo a leitura que estes fazem da realidade, captando o sistema complexo de significados que organiza comportamentos e ações (Ezpeleta & Rockwell, 1986; Spradley, 1979).

Este estudo em particular, seguindo este curso teórico metodológico de investigação elegeu a etnoenfermagem e a teoria que emergiu desta linha de estudo como eixo condutor, que busca a compreensão dos padrões culturais das pessoas no processo saúde-doença.

A etnoenfermagem em nosso estudo é de grande valia, pois além da compreensão permite-nos a interpretação e propõe mudanças, a partir do significado cultural atribuído pelas pessoas no seu contexto.

Desta forma este processo sistemático de observação detalhada, descrição, documentação e análise de estilos de vida ou padrões culturais das pessoas, permite-nos entender seu ambiente familiar (Leininger, 1985).

Prosseguimos com a apresentação de nossa linha de estudo a partir da teoria da diversidade e universalidade cultural do cuidado.

3.2 O encontro da Enfermagem com a Etnografia

Desde a década de 1950, Leininger (1991), enfermeira e antropóloga, dedica-se ao estudo do cuidado cultural na enfermagem, por acreditar que o cuidado humano tem influência na cultura dos sujeitos envolvidos: cuidador e pessoa cuidada, por refletir modos de vida no bem estar ou doenças. Com objetivo de estabelecer esse vínculo, Leininger criou a etnoenfermagem como uma linha de estudo, no sentido de estabelecer a relação entre cuidado e cultura.

Assim sendo, estas relações que se criam e recriam, o cuidado também sofre influências culturais, na forma como o cuidador vê o mundo, já que o estado de saúde de um determinado grupo é associado ao seu modo de vida e ao seu universo cultural e social (Uchoa & Vidal, 1994; Unicef, 1997).

Esse aprendizado cultural dá-se de forma dinâmica e interativa onde as relações humanas na realidade sociais, criam e recriam o mundo, tornando as pessoas mais humanizadas (Freire, 1999).

O prefixo etno, de origem grega ethos, diz respeito a pessoas, ou determinada cultura, tendo como foco a visão de mundo, as idéias e práticas de enfermagem. O sufixo focaliza a pesquisa em enfermagem, preocupando-se com o cuidado, que é a essência e razão de ser da enfermagem.

A etnoenfermagem é uma linha de estudo que o pesquisador deve manter a descoberta em aberto, ser um ouvinte ativo e aprender com os informantes no contexto cultural em que o mesmo está sendo conduzido. É importante que o pesquisador permaneça interessado nas

diferenças dos informantes, explorando novas e diferentes idéias sobre o cuidar humano a partir do ponto de vista popular e profissional. É necessário que o pesquisador registre os dados de forma criteriosa, visando preservar as idéias dos informantes (Leininger, 1991).

Esta linha de estudo utiliza várias estratégias, técnicas e tarefas capazes de documentar, descrever, entender e interpretar as experiências; entra na vivência cotidiana das pessoas, obtendo significados específicos, funções e expressões de cuidado para o bem estar, saúde, doença ou para qualquer condição humana (Leininger, 1991).

A etnoenfermagem introduziu processos de investigação como "Observation-Participation-Reflexion" que envolve estágios que orientaram a coleta e análise dos dados. Este procedimento permite ao pesquisador aproximar-se das pessoas, estudar o contexto total e obter dados acurados das pessoas (Leininger, 1991).

Diante dessas proposições optamos por uma abordagem qualitativa, para que assim tivéssemos a oportunidade de aproximarmos das mães/cuidadoras dos filhos desnutridos nos finais de semana, buscando uma compreensão aprofundada dos seus modos de cuidar dos filhos desnutridos para uma possível transformação por meio do cuidado de enfermagem. Esta perspectiva permite-nos uma compreensão maior dos seres humanos por nos deixar próximos das pessoas as quais investigamos, enfatizando as especificidades do fenômeno investigado (Triviños, 1993; Polit & Hungler, 1995; Haguette, 1997).

A partir da etnoenfermagem surge uma proposta teórica mais sistematizada no sentido de orientar a investigação e intervenção de enfermagem; a Teoria da Diversidade e Universalidade Cultural do

Cuidado, que busca um cuidado de enfermagem numa perspectiva de compreensão transcultural.

Leininger (1978, 1991) conceituou e desenvolveu sua teoria dentro do modelo qualitativo de descobertas, das experiências, sentimentos e percepções da pessoa, ser do cuidado, valorizando a interpretação e compreensão dos processos de saúde-doença atribuídos por eles/elas. Trata-se assim, de introduzir uma visão êmica, conseguida através de experiências, preconizando que cuidar sob uma visão êmica é fundamental para a enfermagem.

A teoria do cuidado cultural tem sido utilizada em outros estudos de enfermagem em diferentes contextos; Gualda, (1993), estudou as vivências do parto; Souza, (1997), estudou o cuidado com crianças envenenadas; Frota, (1998), trabalhou com o cuidado à criança desnutrida, a partir da visão de mães adolescentes; Dias, (2001), investigou o cuidado a pessoa com IRC.

A semelhança destes pesquisadores optamos por apresentar os conceitos da teoria adaptados por nos a temática deste estudo, conforme vem a seguir:

Cultura - são os valores, crenças, normas e modos de vida da mãe cuidadora compartilhados, e que influencia nas decisões e ações no cuidado da criança desnutrida.

Cuidado - ação da mãe cuidadora relacionado à assistência à criança desnutrida, cujas experiências e/ou comportamentos habilitam estas mães para melhorar ou aperfeiçoar os modos de cuidar da criança.

Estrutura social e cultural - são fatores dinâmicos em uma cultura como sistema religioso, familiar, econômico, educacional, tecnológico, cultural, delimitados pelo contexto lingüístico, ambiental, que influenciam no modo de cuidar da criança desnutrida.

Visão de mundo - é a maneira pela qual a mãe cuidadora olha e percebe o mundo e nele inserem sua perspectiva de vida.

Diversidade do cuidado cultural - particularidades do cuidado cujos valores, símbolos, refletem um modo de cuidar realizado pela mãe à criança desnutrida.

Universalidade do cuidado cultural - é a uniformidade cultural de cuidados cujo significado, valores e símbolos, envolve o cuidado prestado às crianças desnutridas.

Sistema popular do cuidado - refere-se aos conhecimentos, experiências e crenças, culturalmente aprendidas, que repercutem na decisão da mãe no cuidado da criança desnutrida.

As respostas a esta perspectiva êmica de investigação/intervenção de enfermagem conduzirá ao cuidado cultural de enfermagem através dos procedimentos:

Preservação do cuidado cultural - são os modos culturalmente embasados que ajudam as pessoas a preservar ou manter hábitos favoráveis de cuidado.

Acomodação do cuidado cultural - são as ações que facilitam, habilitam e ajudam as pessoas de uma cultura a adaptarem-se as ações relacionadas ao cuidado com a criança.

Repadronização do cuidado cultural - é a reconstrução do cuidado para ajudar quem cuida das crianças a mudarem seus padrões de saúde, no que se refere ao cuidado com a criança desnutrida.

Assim, Leininger (1991), acredita que sua teoria do cuidado cultural pode compreender e explicar os padrões de cuidados que estão presentes em diversas culturas, possibilitando identificar valores, práticas, que são significativas para o cuidado e à pessoa assistida.

Esse modelo teórico conceitual da teoria da diversidade e universalidade cultural do cuidado foi utilizado para analisar os achados do estudo, contribuindo para gerar conhecimento sobre o modo de cuidar da criança desnutrida dentro da cultura estudada.

O modelo, proposto pela teoria, adotado neste estudo denominado Sunrise, simbolizado pelo “sol nascente”, ofereceu categorias descritivas como fatores interrelacionados, que contribuíram na identificação dos determinantes bio-psico-sociais e culturais de conhecimentos para o planejamento que interferem no processo de assistência da criança desnutrida.

Esse modelo possui quatro dimensões ou níveis, no primeiro, a visão de mundo que trata da dimensão da estrutura social e cultural que revela a natureza, significado e atributos do cuidado na perspectiva das pessoas. O segundo nível oferece conhecimentos sobre as pessoas, famílias, grupos e instituições em vários sistemas de saúde, propiciando significados e expressões culturalmente específicos, em relação ao cuidado e a saúde. O terceiro nível focaliza os sistemas popular e profissional. As informações de cada sistema possibilitam a identificação de semelhanças e diferenças ou diversidade e universalidade cultural do cuidado. O quarto nível é o momento das decisões e ações de cuidado que poderá ser mantido, acomodado ou repadronizado de forma que nos possibilite um cuidado cultural coerente (anexo A).

A sessão a seguir descreve a fase de campo do estudo, os informantes, contexto e os procedimentos adotados na coleta e análise de dados.

3.3 Os cenários do estudo

O contato com os informantes foi iniciado no Centro de Nutrição, localizado na cidade de Fortaleza-Ceará-Brasil. Este Centro situa-se na área geográfica do Conjunto Palmeiras, Bairro Jangurussu distante cerca de 18Km em linha reta, do centro da cidade, cuja população é estimada em 18.861 habitantes, distribuídas por 3.850 domicílios (CEARÁ, 1999).

O Centro foi fundado em 29 de outubro de 1983, é uma entidade civil, sem fins lucrativos, de utilidade pública e não governamental. O aporte político/filosófico da instituição trata os problemas nutricionais, em particular a desnutrição infantil não apenas como um problema médico, mas, sim como um problema social que está associado às condições de vida da população, levando em consideração o desemprego, analfabetismo dos pais, falta de acesso aos serviços de saúde e educação, enfim, a desnutrição é encarada como um problema econômico, político e social (Programa Conviver, 1996).

Desde o início de suas atividades, o Centro passa por dificuldades físicas estruturais, sendo sua construção uma adaptação de uma casa simples da comunidade.

A assistência ao grupo materno infantil acontece desde a promoção da nutrição, prevenção e recuperação da desnutrição, utilizando as dificuldades como um desafio à criatividade para o desenvolvimento de suas atividades.

Os contatos com os informantes ocorreram no Centro de Nutrição do Conjunto Palmeiras (CNCP) e nos domicílios das crianças desnutridas.

No CNCP restringe-se ao semi-internato, onde ficam as crianças desnutridas moderadas e graves. Observamos a chegada das crianças

ao Centro, quem os acompanha, como entregam seus filhos, que recomendações fazem a educadora que cuida da criança no semi-internato, o que conversam enquanto esperam seus filhos serem recebidos, interação entre as mães, educadoras, seus filhos e equipe multiprofissional.

Nos domicílios tentamos captar os modos de cuidar da criança desnutrida, observando as seguintes práticas de cuidados: complementação alimentar, preparo e higiene alimentar, práticas de higiene e atenção psicossocial, vale salientar, que elaboramos um roteiro de observações para facilitar o processo de trabalho de campo (anexo B).

Delimitamos nossa área geográfica, as crianças residentes no Conjunto Palmeiras, a fim de viabilizar os contatos pela pesquisadora e para permitir a observação e participação no dia-a-dia dos informantes.

A seguir apresentamos as informantes-chaves de nosso estudo.

3.4 Os informantes do estudo

Os informantes do nosso estudo são as mães ou pessoas responsáveis pelo cuidado à criança desnutrida no domicílio e no semi-internato do Centro de Nutrição, no período de abril a setembro de 2000. Escolhidos por passarem mais tempo cuidando das crianças. As educadoras cuidam da criança no CNCP, e as pessoas responsáveis pelo cuidado à criança no domicílio, por residirem na mesma comunidade, terem filhos desnutridos moderados ou graves em recuperação no CNCP e estes estarem perdendo peso nos finais de semana e encontrar-se na faixa-etária compreendida entre os 6 e 36 meses. Das 30 pessoas responsáveis pelas crianças assistidas em semi-internato do CNCP, 09 atendiam aos pré-requisitos mencionados acima e constituíram os informantes de nosso estudo.

3.5 Coleta de dados: procedimentos

Os dados do estudo foram coletados através dos procedimentos de observação participante e entrevista aberta, tendo a seguinte questão norteadora: **como é o cuidado à criança desnutrida no domicílio?** A partir dessa questão, outras perguntas foram surgindo, visando uma melhor compreensão das práticas investigadas (Anexo C).

A observação participante foi escolhida para permitir compartilhar experiências, atividades e os sentimentos dos sujeitos da pesquisa. Haguette (1997, p.71) define observação participante como:

um processo no qual a presença do observador numa situação social é mantida para fins de investigação científica. O observador está em relação face a face com os observados e, em participação com eles, em seu ambiente natural de vida, coleta dados.

A entrevista aberta, outro instrumento básico para coleta de dados, permitiu uma maior interação e aproximação entre pesquisador e pesquisado. A conversa, no clima aberto possibilitou desvelar comportamentos, crenças, valores, enfim, o universo cultural, permitido pelos informantes na penetração da individualidade das pessoas (Ludke & André, 1986).

A fase de observação foi realizada no semi-internato do CNCP e no domicílio das crianças desnutridas. Foi necessário para atingir os objetivos deste estudo, observar o contexto domiciliar, a fim de obter uma visão ampliada e detalhada das práticas de cuidado, por considerar que aqui ocorrem as situações pertinentes e decisivas no processo de recuperação da criança desnutrida.

Na observação, seguimos as fases de observação, observação e participação, participação e observação e observação reflexiva, proposta pela teoria da Diversidade e Universalidade Cultural do Cuidado e congruente com os princípios de observação participante, conforme Minayo (1994), Morse & Field (1998), este procedimento é realizado através do contato direto entre pesquisadora e informantes para a obtenção de informações sobre sua realidade em seu próprio contexto, onde se observa e distancia-se da participação e também podemos participar se envolvendo por inteiro em todas as dimensões de vida das pessoas a serem observadas.

É oportuno lembrar, que apesar das fases propostas por Leininger em sua teoria, estas ocorreram de forma intercalada observando o cuidado para a natureza dos dados que estavam sendo gerados em cada momento.

A seguir informamos como essas fases foram desenvolvidas.

FASE 1 – Observação - Nesta fase buscou-se coletar dados através das várias formas de relacionamentos, situações, expressões vividas pelos cuidadores no CNCP e domicílio.

Com o olhar atento as situações, realizamos as observações no Centro de Nutrição e nos domicílios, no primeiro, notamos a chegada e saída das crianças, interação entre as mães, identificando o que conversavam e seus comportamentos e atitudes de cuidado com seus filhos quando chegavam e no final da tarde quando recebiam seus filhos da educadora que permanecera com a criança durante o dia no CNCP. Observamos como são cuidadas no Centro, o que comem, como é o banho, relacionamento educadora-criança-mãe e plantonista-equipe multiprofissional.

A partir deste primeiro contato para o estudo, pudemos perceber que já poderíamos chegar aos domicílios para realmente termos uma visão acurada das práticas de cuidado que são realizadas pela pessoa responsável pelo cuidado à criança no domicílio. Assim, após estas observações iniciais, conversamos com as informantes deixando agendadas as primeiras visitas domiciliares.

Vale ressaltar, que só agendamos com dia e hora marcada a primeira visita, ficando as visitas posteriores sem data marcada visando observar a realidade natural das informantes.

Nos domicílios, observamos as práticas de cuidado já mencionadas quando descrevemos os cenários do estudo. Vale salientar que utilizamos um roteiro de observação. Apesar de ter elaborado um roteiro de observação das práticas de cuidado, percebemos que estas aconteciam de forma espontânea e natural, demonstradas por atitudes, situações e pensamentos.

Haja vista a natureza da investigação retornamos aos domicílios de 3 a 5 vezes para podermos observar todas as práticas propostas para este estudo. Permanecemos em cada domicílio no período da manhã de 7 às 11 horas e à tarde de 13 às 17 horas, em dias diferentes, durante os finais de semana e feriados, período em que as crianças encontravam com a família, já que de segunda à sexta-feira estas se encontram em acompanhamento para reabilitação no CNCP.

FASE 2 – Observação e participação - Nesta fase adentramos mais para processos participativos junto as mães, sem descuidar-se do registro das observações.

Nesta fase do estudo havia um ótimo relacionamento entre informantes-pesquisadora, as mães demonstravam confiança, contavam-nos sobre suas necessidades, sentimentos e preocupações

com a perda de peso da criança. Neste momento das observações adquirimos subsídios para a formulação da entrevista, visando abstrair como as mães apreendiam as práticas de cuidado que prestavam a seus filhos. Nesta fase, a aproximação com os cuidadores das crianças facilitou o refinamento das questões para conduzir as entrevistas.

FASE 3 – Participação e observação – A observação perdurou em todos os momentos deste estudo, a participação foi crucial para abstrair dos informantes sua visão e compreensão em relação a cada prática de cuidado que exerciam com seus filhos, tivemos contatos com os vizinhos dos informantes, que por curiosidade queriam saber o que estávamos fazendo nas casas. Estes vizinhos forneceram-nos informações significativas que consideramos conveniente neste estudo.

Nas visitas subseqüentes, as mães já não arrumaram mais a casa como antes. Houve ocasiões em que chegamos a ajudar em determinadas práticas, como, por exemplo, oferecer uma refeição à criança por solicitação da mãe enquanto esta ia a procura de um outro filho na casa vizinha. Esse clima oportunizou a fase para a realização das entrevistas.

Neste momento, a observação sobre os cuidados continuou sendo feita. Aconteceu uma forte interação entre pesquisadoras e pesquisados. Todas as observações foram anotadas no diário de campo.

Após esse período de observação participante, as entrevistas foram conduzidas na fase de campo com o apoio da questão norteadora mencionada no início desta sessão. As entrevistas foram realizadas nos domicílios em horários escolhidos pelos informantes, utilizamos uma fita “cassete” para gravar as entrevistas de cada informante.

As falas foram identificadas e codificadas. A partir daí, organizamos as categorias até o ponto de saturação de idéias, com significados similares e diferentes, e que tiveram sentido especial em relação ao objeto de estudo.

FASE 4 - Observação reflexiva e reconfirmação dos achados com os informantes - A participação fica concluída, embora, tenha sido necessário retornar ao campo muitas vezes, com a finalidade de observar reflexivamente as situações, os modos de cuidar da criança desnutrida no domicílio e os comportamentos já apreendidos pelas mães ou cuidadoras.

Vale salientar que a reflexão perdurou em todos os momentos deste estudo, cada vez que uma observação era registrada no diário de campo, retornávamos para o informante com a finalidade de confirmar, negar ou esclarecer a interpretação realizada.

A fase seguinte, dessa sessão, situa a forma como se deram os registros e a análise dos dados coletados, a partir da teoria da diversidade e universalidade cultural do cuidado.

3.6 Registro e análise dos dados

A trajetória trilhada para encontrar os significados culturais começou com as observações no campo, refletindo continuamente sobre os achados importantes. Cada momento vivenciado levava-nos a uma melhor compreensão do fenômeno estudado, sendo complementado com as entrevistas, as quais, foram solidificadas pelo processo interativo e comunicativo realizado conosco, as mães e outras pessoas que contribuíram para construção desse conhecimento. Ressaltamos, que utilizamos uma questão norteadora, no entanto, em cada situação vivenciada, outras perguntas surgiam de acordo com as

práticas observadas na busca de apreender como as mães entendiam aquela determinada prática que realizavam com seus filhos.

Os dados da observação foram registrados no diário de campo. Cada informante teve suas falas registradas e também observações. Os dados de todos foram transcritos pela pesquisadora do estudo. As reflexões da pesquisadora produzidas nesta fase foram anotadas em separando para assegurar a fidelidade das informações cedidas pelos informantes.

Os dados foram analisados e interpretados à luz da teoria da diversidade e universalidade cultural do cuidado, conforme explicitado anteriormente neste capítulo, utilizando-se as categorias conceituais da mesma.

As falas foram agrupadas, identificando as semelhanças e diferenças, integrando-as com as observações e os significados contextuais e culturais, em seguida construímos, a partir das categorias das falas, os temas culturais.

Destacamos em negrito as categorias e temas culturais, na forma como compreendemos neste estudo.

A seguir, apresentaremos o discernimento ético, que nortearam nosso estudo a partir da resolução 196/96 que trata dos requisitos éticos para pesquisa envolvendo seres humanos.

3.7 Aspectos éticos da pesquisa

Por exigência da Resolução 196/96, que trata de pesquisas que envolvem seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde Brasil, (1996a), este estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, sendo aprovado antes da entrada no campo de investigação.

Após esta etapa, foi solicitada autorização da instituição para realização do estudo.(Anexo D).

Os informantes foram esclarecidos sobre os objetivos e etapas da pesquisa e mostraram interesse em participar espontaneamente, ficando assegurado aos mesmos anonimato diante dos achados, bem como flexibilidade de retirarem-se a qualquer momento da pesquisa. Todos informantes assinaram declaração aceitando participar do estudo (Anexo E).

3.8 Financiamento e recursos disponíveis

A pesquisa foi parcialmente financiada pelo Fundo Cearense de Amparo a Pesquisa (FUNCAP).

O próximo capítulo trata dos resultados deste estudo, levando em conta os capítulos que o precederam, no que diz respeito aos objetivos, referencial teórico metodológico, respeitando os princípios éticos no que se refere a pesquisas envolvendo seres humanos.

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Seguindo o curso teórico-metodológico deste estudo, este capítulo descreve e analisa os dados seguindo as seguintes etapas:

- Descrição do cuidado no contexto institucional.
- Descrição dos modos de cuidar da criança desnutrida no contexto domiciliar.

A primeira etapa está relacionada aos modos de cuidar da criança desnutrida na instituição a partir da participação da mãe cuidadora responsável pela criança, sua interação com a equipe e com seu filho/filha. Em seguida, apresentamos o contexto domiciliar descrevendo os modos de cuidar da criança desnutrida no domicílio, interpretando os determinantes culturais da mãe como cuidadora do filho nesse modo de cuidar, e sua percepção acerca da perda de peso da criança no domicílio durante os finais de semana, identificando os fatores que podem contribuir para a perda de peso das crianças quando se encontram em seus domicílios.

4.1 Descrição do cuidado no contexto institucional

De acordo com a literatura existente, instituições que trabalham com a saúde infantil, quando baseadas em ações comunitárias tem uma resposta favorável em relação ao cuidado à criança (Unicef, 1997). Esta consideração se faz necessário visto que, o local onde desenvolvemos nosso estudo constitui-se de uma instituição não governamental como já descrito no cenário do estudo (p.32).

A descrição do Centro de Nutrição, em particular do semi-internato, faz-se necessário neste estudo por abordarmos as práticas de cuidados a partir da visão de mundo de quem cuida da criança desnutrida no seu ambiente domiciliar, acreditando que a experiência vivenciada pela mãe ou por quem cuida da criança no Centro de

Nutrição, influencia significativamente no cuidado realizado no domicílio, assim, estamos certo ser possível apreender situações significativas em relação ao cuidado com a criança desnutrida.

4.1.a O cuidado profissional¹ na instituição.

O cuidado profissional inicia-se com a chegada da criança ao CNCP às 7 horas, perdurando até sua saída às 17 horas. Focalizamos em nosso estudo a dinâmica interna da instituição nos seguintes contextos: chegada da criança ao Centro, atendimento da equipe multiprofissional e acompanhamento da mãe pelos profissionais.

- A chegada da criança ao Centro

As crianças chegam entre sete horas e sete horas e trinta minutos, com sua mãe ou outro familiar responsável que esperam, no portão, para serem recebidas pela educadora² responsável que cuidará da criança durante todo dia.

Percebemos que o horário de chegada era um momento de integração entre os responsáveis pelas crianças, pois durante a espera conversavam sobre seus filhos, o atendimento, o que estão sentindo com a melhora ou o agravamento da saúde e nutrição da criança. Este momento ficou registrado para nós, quando conseguimos ouvir as seguintes falas:

Meu menino é bem cuidado aqui, ele tem as alimentação na hora certa, remédio e as menina são como mãe, gosta muito dele. (Sarah).

**RECONHECIMENTO
SATISFAÇÃO DO
CUIDADO**

¹ É o cuidado prestado à criança desnutrida no CNCP pelas educadoras, Enfermeira, Terapeuta Ocupacional e Pediatra.

² É a denominação atribuída pelo CNCP a pessoa que cuida da criança desnutrida durante o período em que ela se encontra no semi-internato desde a recepção até a saída da criança, sendo supervisionada pela a enfermeira, pediatra, nutricionista e terapeuta ocupacional

*Era bom se em casa a gente
Tivesse tudo que tem aqui pra
dá pra ele mais as vêiz a gente
tem e as veiz a gente num
tem.(Luiza).*

CONSCIÊNCIA DA REALIDADE MUNDOS OPOSTOS

*É eu acho que se eu tivesse
o que tem aqui ele tava gordim,
mais ele chega em casa e fica
mago de novo, quando eu
chego as menina diz o que
aconteceu que ele perdeu
peso? A gente num sabe nem
o que dizer toda segunda é a
mesma pergunta.(Ana).*

O reconhecimento e satisfação das mães em relação ao cuidado dos filhos, a consciência das necessidades nutricionais da criança, poderá favorecer uma maior vinculação entre mãe e filho, sensibilizando-a para torná-la provedoras de cuidados à criança. Quando isto ocorre, contribui para uma evolução satisfatória do estado nutricional da criança (Nóbrega, 2000; OMS, 2000).

Diariamente a recepção se dá no portão quando as educadoras ao receberem as crianças perguntam como as crianças passaram a noite, como foi a alimentação, se tiveram alguma intercorrência, se tomaram alguma medicação. Este procedimento de pergunta sobre a criança no portão ao recebê-la, faz parte da rotina do CNCP, é o momento em que

as educadoras procuram informações que possam ajudá-las durante os cuidados que estas irão prestar à criança durante todo o dia.

As mães respondem a todas as perguntas, algumas fazem recomendações do tipo *mostre a médica, peça para consultar, peça a nutricionista para trocar a comida dele*. Outras mães somente respondem as perguntas, embora demonstrem contentamento em sua expressão facial, na forma como respondem, contando como a criança passou a noite em casa. No entanto, as mães se sentem ofendidas quando as educadoras perguntam sobre a higiene da criança, visto que, muitas mães trazem seus filhos sem banhar, com cheiro de xixi”, despenteado, muitas vezes sem roupas. Elas são reativas quando as educadoras perguntam porque a criança está suja, chegando mesmo a sentirem-se ofendidas com a pergunta e negam-se a entrar no Centro para banhar seus filhos. Isto foi evidenciado no seguinte **diálogo**:

Educador: *Ele não tomou banho antes de sair de casa eu gostaria que a senhora entrasse para me ajudar no banho.*

Mãe: *Eu num vou entrar, hoje eu tenho muito o que fazer em casa um monte de roupa pra lavar, aqui quem tem de banhar é vocês.*

**OBRIGAÇÃO
RECUSA
DELEGAÇÃO**

A educadora insiste, mas a mãe vai embora dizendo ter muitos afazeres em casa.

Acreditamos que esta postura de recusa e delegação de tarefas da mãe para a educadora acontece devido a mesma não se sentir co-responsável pelo cuidado à criança quando esta encontra-se no CNCP. Esta atitude provavelmente poderá influenciar negativamente na recuperação da criança, podendo contribuir para sua perda de peso nos finais de semana, visto que, é necessária a continuidade de cuidados quando a criança sai do CNCP e retorna aos seus domicílios.

Percebemos que o horário de chegada é fundamental na busca da compreensão, dos valores, crenças, mitos, já que, as mães estão sozinhas, demonstrando livremente seus pensamentos, atitudes e sentimentos.

Observamos que o momento da **recepção** da criança no portão é marcado por uma troca, as mães entregam seus filhos para serem cuidados por outras pessoas e vão embora, só ficando as plantonistas. Chama-nos a atenção neste momento, a despedida da mãe e do filho, enquanto algumas beijam, abraçam, dizem como a criança passou a noite, se está doente, sorri, brinca com o filho, outras, apenas entregam sem uma palavra, uma observação, reclamam da espera no portão. As crianças estão adaptadas ao ambiente e as educadoras, não choram, sorriem, parecem sempre alegres.

Após a recepção das crianças, as mães retornam aos seus domicílios ou trabalho, ficando no CNCP apenas as mães de “plantão”, que durante todo o dia deverão participar das atividades do Centro e serem orientadas em relação às ações básicas de saúde.

- Atendimento da equipe multiprofissional.

Após o recebimento da criança, todas são pesadas sem roupas, na balança “pesa bebê”, e seus pesos anotados no livro de acompanhamento diário. As educadoras realizam a higiene de todas as

crianças, banho, corte de unhas, vestimentas limpas e cuidados com os cabelos, depois colocam as crianças em suas cadeirinhas, preparando-as para a primeira refeição, oferecem os alimentos a todas, insistindo com aquelas que não aceitam a dieta oferecida, se recusarem novamente, solicitam à lactarista outra refeição em substituição a oferecida, levando em conta o hábito alimentar e aceitação da criança.

As crianças têm uma alimentação prescrita de acordo com o seu estado nutricional e com alguma intercorrência clínica apresentada. Elas têm, enquanto estão no CNCP, cinco refeições assim distribuídas: desjejum oferecido às 7:30h; lanche às 9:30h; almoço às 11:30h; lanche às 14:30h e jantar às 16:30h. As crianças não usam mamadeiras, a não ser os novatos enquanto se faz a adaptação ao uso de colher.

Todos os alimentos são medidos em copo graduado antes e após a administração, para saber a ingestão de cada criança.

Após a alimentação é o horário da estimulação, realizada pela educadora com orientação da terapeuta ocupacional, que inclui atividades para estímulo visual, exploração dos sons, massagem de óleo, entre outros.

Os cuidados de higiene, alimentação e atenção psicossocial são realizados pelas educadoras com o acompanhamento da equipe multiprofissional formada por pediatra, enfermeira, nutricionista e terapeuta ocupacional. A atenção psicossocial é realizada através da estimulação e expressados com massagem corporal, toque, conversa, brincadeiras.

As crianças com estado nutricional mais comprometido ficam no berçário, onde tem capacidade para vinte crianças, os que se encontram em boa fase de recuperação, passando do engatinhar para o andar sem apoio, passam para um local denominado salão. Nestes dois

espaços físicos são realizadas as práticas de estimulação e alimentação, e, existe um berçário específico com berços colocados lado a lado e algumas redes destinadas ao repouso e sono das crianças após o horário de almoço. Neste berçário ficam as balanças e o antropômetro, utilizado para aferição da estatura de todas as crianças mensalmente. Entre o berçário e o salão fica o lactário, de onde sai as alimentações de todas as crianças; as refeições são feitas pela lactarista sob supervisão da nutricionista.

O atendimento médico, de enfermagem, nutrição e terapia ocupacional é realizado em cada setor, não havendo espaço físico reservado exclusivamente para este fim.

Para entrar no berçário ou salão, faz-se necessário o uso de “propés”, para prevenir o ambiente interno das infecções. No berçário onde ficam as crianças, tem três educadoras infantis e no salão duas, estas são responsáveis pela alimentação, higiene e orientação à mãe que estiver de plantão.

Os profissionais envolvidos na dinâmica do CNCP trabalham em conjunto, com os mesmos propósitos, buscando continuidade de cuidados à criança desnutrida, entre suas diversas dimensões, evitando ações fragmentadas. Na visão de Luck (1999, p. 59), esta postura reflete aspectos de interdisciplinaridade como afirma:

A interdisciplinaridade corresponde a necessidade de superar a visão fragmentadora de produção de conhecimento, como também de articular e produzir coerência entre os múltiplos fragmentos que estão postos no acervo do conhecimento da humanidade.

Ao trabalhar de forma interdisciplinar, a equipe do CNCP compartilha do mesmo propósito para aproximar-se das famílias das crianças desnutridas por ele assistidas, como descrevemos a seguir.

Acompanhamento da mãe cuidadora pelos profissionais.

As mães são estimuladas a participar de todo o processo de recuperação da criança, acompanhando sua reabilitação através das sessões de grupo, reuniões, oficinas que também têm o objetivo de ensinar algum ofício ou arte, para auxiliar a renda familiar. Entre as oficinas estão a de confecção de rosas e bonecas, e também a alfabetização das mães não alfabetizadas. Esta atividade é realizada pela terapeuta ocupacional com o apoio dos demais profissionais, que colaboram, neste momento, participando junto do processo de aprendizagem das mães, tentando estimulá-las, conversando e colhendo informações que podem servir de base para as próximas sessões educativas.

Conforme observamos, as sessões de grupo, reuniões e oficinas, ocorrem com a participação da enfermeira.

Neste dia, a sessão educativa, tratava-se dos métodos contraceptivos, a enfermeira começou perguntando, se alguém sabia o que o tema significava, se alguém do grupo conhecia algum método. A princípio, as mães entreolhavam-se, sorriam, mas acabaram falando o que sabiam, todas que estavam no grupo conheciam pelo menos dois métodos como a pílula e a camisinha. A sessão de grupo prosseguiu falando de cada método e no final as mães assistiram uma fita de vídeo sobre o assunto. Durante a apresentação da fita elas permaneceram atentas sem graça, sorrindo quando se mostrava o corpo, mas demonstravam interesse em aprender e faziam perguntas do tipo “como usar o DIU”?, “DIU da câncer”?, entre outras. Ao final da sessão

educativa, a enfermeira perguntou, se tinham sugestões para o assunto do próximo encontro, elas responderam que iriam pensar.

Observamos que as mães ficavam desapontadas quando estas comentavam com as colegas “de que adianta a gente saber tudo isso, se no posto só tem comprimido e às vezes ainda falta?”.

Em nosso entender, as mães participam das sessões de grupo, com interesse, no entanto os serviços de saúde não atendem suas expectativas.

Nas sessões de grupo elas conversavam, caracterizando o diálogo, enquanto conversavam, aprendiam, e em nossa compreensão, também ensinavam, falavam de suas necessidades, e da falta de resposta, quando, por exemplo, procuravam por um método contraceptivo e não encontravam, de certa forma, isso gera reflexão. A reflexão implica em desvelar a realidade (Freire, 1999). No entanto, acreditamos que muito precisa ser feito, para que estas mães se percebam enquanto possíveis transformadoras da realidade em que vivem.

Constam no livro de registro, outros assuntos apresentados nas sessões de grupo, como doenças sexualmente transmissíveis, prevenção do câncer, preparo da alimentação da criança, prevenção de diarreia e verminose, entre outras.

As reuniões acontecem todas as sextas-feiras. Durante a reunião a nutricionista, enfermeira e terapeuta ocupacional fazem a escala das mães que ficarão no plantão durante a semana seguinte, perguntam o que as mães estão achando da recuperação do filho e falam sobre a perda de peso das crianças nos finais de semana. Observamos que as mães falam entre si e com a equipe, dizendo que as crianças perdem peso, porque não têm outro alimento em casa, somente o leite que vai

do CNCP e porque as crianças têm diarreia. A princípio, as mães parecem passivas, ouvindo, falam pouco, depois elas conversam entre si e com os profissionais e dizem *eu sei que ele perde peso em casa, mas é porque eu não tenho nada pra dar pra ele, só o leite que vai daqui.*(Diana, Ana ,Luiza e Sarah).

Nas reuniões os profissionais e as mães conversam sobre os cuidados que a criança tem no CNCP e que devem continuar em casa.

Outras mães falam a mesma coisa na reunião com os profissionais, concordando com a fala anterior, e acrescentam:

Alem de não ter o que comer em casa, ainda fica doente, ai perde peso.(Maria, Roseana e Marta).

Entendemos que as mães participam da reunião, no entanto, acreditamos ser necessário um maior envolvimento na busca de novas estratégias que visem a melhoria na qualidade de vida destas pessoas. Talvez as oficinas realizadas com as mães possam contribuir para isto, visto que, ao observar a realização de uma oficina, percebemos uma discussão sobre a alfabetização das mães, e estas colocavam que gostariam de aprender a ler e escrever para conseguir emprego para sustentar os filhos.

Na oficina, as mães estavam aprendendo a confecção de rosas, pareciam interessadas em aprender, comentavam entre si “vamos vender e ganhar dinheiro”. Esta oficina era coordenada pela terapeuta ocupacional que aproveitava o momento de ensinar a fazer as rosas para iniciar o processo de alfabetização das mães.

A partir do momento em que as mães aprenderam a confecção de rosas, elas passaram a vendê-las, o que poderá melhorar a sua renda.

Nos momentos de participação das mães no CNCP, como reuniões, sessões de grupo, a oficina foi o momento em que

percebemos alegria, satisfação, descontração das mães. Elas sorriam conversavam brincavam e demonstravam muito interesse e vontade de aprender. A partir desta satisfação começou-se a realizar comemoração do dia das mães, festas juninas com quadrilha e o “momento da mãe” onde elas se maquiam, cortam o cabelo, fazem as unhas, brincam, dançam, sorriem e olham-se no espelho.

Acreditamos que este momento favorece a melhora da auto-estima, que poderá se traduzir em um melhor cuidado à criança no domicílio.

Corroborando com este pensamento Nóbrega et al. (2000), relata que a medida que ocorre o envolvimento da mãe, esta sente-se capaz de descobrir as potencialidades de seu filho e quando aumenta sua auto-estima melhora seu envolvimento com o filho o que propicia melhores cuidados.

Um outro momento de participação da mãe ou pessoa responsável pelo cuidado à criança é o plantão, vale salientar que este é uma estratégia utilizada pelo CNCP para que a mãe participe do cuidado à criança. Todas as mães que têm disponibilidade de tempo são convidadas a participarem do plantão, em dia escolhido por elas, conforme a escala feita durante a reunião, não participando apenas as mães que trabalham fora.

O plantão consiste no meio utilizado para favorecer a integração da mãe com a equipe do CNCP, objetivando troca de informações e conhecimentos quanto ao tratamento e cuidados com a criança desnutrida (Programa Conviver, 1996). Os benefícios que o CNCP adquire com as mães passam pela aprendizagem, como, por exemplo, quando ocorre troca de receitas de xaropes caseiros, que podem ajudar no tratamento das infecções respiratórias.

A mãe permanece uma vez por semana em qualquer setor do Centro de Nutrição, como berçário, salão, lactário e cozinha, de forma que fique uma mãe em cada setor, onde ela participa do cuidado direto à criança, manipulação e preparo de alimentação e recebe orientação acerca das ações básicas de saúde.

De acordo com o setor que a mãe fique, ela participa das atividades, sendo orientadas pelos profissionais do CNCP. Observamos que para os profissionais esta participação é um momento de troca de informações que as mães aprendem sobre o cuidado à criança desnutrida o que poderá favorecer o cuidado que irá prestar ao filho no domicílio e eles aprendem como as mães cuidam. Para as mães estar no plantão significa “ajudar as meninas no trabalho”.

Acreditamos que esta incongruência de idéias poderá afetar o cuidado à criança desnutrida no domicílio, assim, achamos necessário que exista uma visão compartilhada entre mães e profissionais em relação as suas atividades no CNCP no que diz respeito ao cuidado à criança.

Prosseguiremos, relatando o cuidado prestado pela mãe à criança, enquanto encontra-se no CNCP.

4.1.b O cuidado da mãe à criança na instituição.

O cuidado materno na instituição, também se inicia com a chegada da mãe com seu filho desnutrido no CNCP, até seu retorno para o domicílio. Enfatizamos neste momento o acompanhamento da criança pelo seu responsável na instituição e o seu retorno ao domicílio.

- Acompanhamento da mãe ao filho desnutrido na instituição.

Como relatamos na página 51, no plantão as mães são distribuídas em vários setores, quando ficam no berçário, onde estão

seus filhos, elas banham as crianças, ajudam na alimentação, aprendem a massagem de óleo que é feita pela educadora, no entanto, estes cuidados são realizados com outras crianças, não com seu próprio filho. Na sua visão elas dizem que “*é pra ele não dar trabalho às meninas quando eu não estiver aqui*”.

Esta postura deverá ser discutida entre as mães e a equipe multiprofissional, no sentido de melhorar a interação entre a mãe e o filho, visto que, à medida que esta interação ocorre se fortalece o vínculo entre mãe e filho o que favorece a melhora do estado nutricional da criança (Nóbrega, 1998).

No momento das consultas médicas as educadoras repassam para a pediatra como a criança está, se teve alguma intercorrência, a mãe acompanha de longe só participando da consulta quando solicitada, em sua visão não há necessidade de sua presença, já que as educadoras ficam com a criança durante o dia, isto foi evidenciado quando elas disseram:

Não precisa eu consultar as menina sabe tudo dela, eu já disse pra ela.(Ana, Maria e Fernanda).

Entendemos que esta conduta não está de acordo com o que aponta a literatura, quando afirma a importância da mãe participar das atividades realizadas com seu filho, visto que, ela precisa se sentir capaz e desejar cuidar de seu filho em casa, preparando alimentos apropriados, aprendendo a cuidar da criança quando tem diarreia, febre, infecção respiratória e reconhecendo quando a criança perde peso (OMS, 2000).

Acreditamos que este comportamento indica a necessidade de buscar o contato da mãe com o filho no CNCP, para poder contribuir com a efetividade do cuidado à criança desnutrida no domicílio, o que poderá favorecer o ganho de peso nos finais de semana.

A saída da criança do CNCP – de volta a casa

Ao final da tarde enquanto aguardam seus filhos ficam conversando entre si. Quando recebem seus filhos observam e **inspecionam** os cuidados prestados, se estão banhados, perfumados, roupas limpas, cabelos penteados, procuram marcas, como mordidas de outras crianças, manchas de queda e quando ocorre, por exemplo, da criança ser mordida por outra, elas dizem:

*Em casa pode, a gente tem muito o
qui fazer aí as veiz a gente se
descuida o outro menino morde,
mas aqui não pode é obrigação
delas cuidar bem deles. (Ana, Maria,
Fernanda, Marta, Roseana).*

FALTA/OMISSÃO
JUSTIFICADA
OBRIGAÇÃO

Observa-se que as mães apresentam postura contraditória de cuidado nos dois contextos: instituição e domicílio. Na instituição não admite falhas ou descuido, é obrigação. Percebe-se que as mães compreendem o cuidado prestado ao seu filho no CNCP como uma prestadora de serviços, não se sentindo co-responsáveis por este cuidado.

Esta atitude materna poderá ocasionar ruptura no processo de cuidado à criança quando se encontra no domicílio, o não compartilhar as mesmas responsabilidades instituição/ mãe poderá fazer com que as

crianças percam peso o que agrava o seu estado nutricional (OMS,2000; Unicef,1997).

A figura a seguir retrata o processo de cuidado profissional e materno prestado à criança desnutrida na instituição.

FIG. 1 - APRESENTAÇÃO DO CUIDADO NO CONTEXTO INSTITUCIONAL REALIZADOS PELOS PROFISSIONAIS E PELAS MÃES-CUIDADORAS.



Essa figura sugere a necessidade de orientar os cuidados de enfermagem que favoreça uma maior participação materna e assim aumente a capacidade das mães de cuidarem de seus filhos na instituição, para que possam enfrentar a realidade em que estão inseridos seus filhos, e que se sintam co-responsáveis no processo de recuperação da criança e de transformação social do quadro de desnutrição.

O quadro 1 apresenta os códigos/símbolos que representam a dinâmica institucional em relação ao cuidado à criança desnutrida.

QUADRO 1 - ORGANIZAÇÃO CULTURAL DO CONTEXTO INSTITUCIONAL

Tecnológico	<ul style="list-style-type: none"> - Balança - Antropômetro - Copo graduado
Social e Cultural	<ul style="list-style-type: none"> - Festejo de datas comemorativas
Educacional	<ul style="list-style-type: none"> - Oficinas-confecção de rosa <li style="padding-left: 40px;">-alfabetização - Sessões educativas
Metodológico / filosófico	<ul style="list-style-type: none"> - Reuniões/plantão/envolvimento da família

Podemos perceber que os códigos apresentados retrata os valores culturais presentes no contexto institucional. Embora, haja congruência com o processo de recuperação da criança, acreditamos ser necessário maior envolvimento da família na busca de uma assistência integral a família de forma holística, visando o bem estar do ser humano como **pessoa**.

4.2 Descrição dos modos de cuidar da criança desnutrida no contexto domiciliar.

Os domicílios representam o foco principal de nossa investigação, pois constitui-se como extensão contínua no processo de recuperação da criança, sendo que, pretendemos compreender as práticas de cuidado que são realizadas pela mãe cuidadora no período dos finais de semana, quando a criança encontra-se no domicílio. Julgamos oportuno apresentar um pouco do contexto de vida e social das mães destas crianças desnutridas, que oscilam entre o ganho de peso na semana e perda de peso nos finais de semana, para que possamos compreender melhor esse fenômeno. Tratamos assim, de desvelar a outra face, às vezes oculta da desnutrição infantil e silenciosamente opostas às instituições.

4.2.a Mães cuidadoras

Lembramos que os nomes das mães são fictícios, achamos oportuno iniciar narrando um pouco da história pessoal de cada uma delas, de forma que se possa ampliar a compreensão das dificuldades estruturais que enfrentam em seu dia-a-dia.

MARIA: tem 26 anos, mãe de três filhos, a primeira de sete anos, a segunda de três anos e o terceiro de um ano e seis meses, somente o último é desnutrido, estudou somente até a segunda série do ensino fundamental, solteira, vivia por união consensual com o pai de seu último filho, que no momento abandonou-a. Está sozinha com os três filhos em um único cômodo de tijolo, **sem instalação hidrosanitárias**, com energia elétrica de “gambiarra”, retrata que mesmo assim a conta vem todo mês e que tem dificuldade para pagá-la. A irmã de Maria mora vizinho e a ajuda a cuidar dos filhos, quando ela precisa se ausentar de casa. **Maria não tem uma renda fixa**, o companheiro que a abandonou

não ajuda nas despesas da casa. Para sobreviver faz “gogó” de palha de carnaúba para uma fábrica de aguardente, recebendo o valor unitário de cinco centavos, recebe em torno de quinze reais a cada quinze dias, dependendo da quantidade de “gogó” que consegue fazer, diz que o que ganha não dá nem para ajudar a vizinha, que lhe fornece água, a pagar a conta, o que a deixa bastante preocupada. Em casa têm fogão a gás, um velho guarda-roupa, uma cama e um rádio. Foi bastante **receptiva** quando a procuramos demonstrando interesse em falar sobre o filho. Tem aparência jovial, é vaidosa gosta de roupas curtas e no final do estudo comunicou-nos que estava grávida, dizendo-nos “foi um acidente, eu não queria engravidar”.

ROSEANA: tem 29 anos, seis filhos, quinze, doze, nove, sete, três anos e meio e um ano e dois meses, os três últimos são desnutridos, é solteira tem um companheiro que a abandonou, mas que voltou para ela ao saber que estava grávida novamente, vive com os seis filhos em um único cômodo de “taipa”, sem instalações hidrosanitárias, passa uma “vala” aberta em seu quintal, cozinha em um fogo a lenha feito com dois tijolos dentro da própria casa, tem fogão a gás, mas não tem botijão, tem uma cama, um guarda roupa, uma televisão em preto e branco que está quebrada, um rádio a pilha. Não tem renda, lava roupa na casa de amigos em troca de alimento para os filhos, ou consegue algum alimento com colegas, vizinhos, comadres. Estudou somente a primeira série do ensino fundamental, **só assina o nome**. Sua expressão é triste e cansada, expressa apego aos filhos acariciando-os e beijando-os e diz “como eu queria um futuro bom pra ele”. Houve uma **boa interação** com Roseana que se interessou em participar do estudo e nos lugares mais perigosos fazia questão de acompanhar-nos até a parada do ônibus, e ajudava-nos com os endereços difíceis de encontrar.

MARTA: tem 32 anos, solteira, vive por união consensual com o pai de seus filhos há oito anos, tem sete filhos e está grávida do oitavo, dois filhos um de três anos e oito meses e outro de onze meses são desnutridos, estudou até a segunda série do ensino fundamental, o marido está desempregado e faz biscates para conseguir dinheiro para manter a família. Marta trabalha em uma cooperativa de castanhas no próprio bairro e ganha por produção sendo que por cada quilo de castanha, ganha apenas quarenta centavos. Sua casa é de tijolos tem quatro cômodos e instalações hidrosanitárias, tem um rádio, cama, mesa com cadeiras, liquidificador, porém as **condições de higiene não são boas**. Sempre foi receptiva com nossas visitas, alegre, falava-nos tudo sobre seus filhos e no final do estudo nasceu sua filhinha.

FERNANDA: tem 30 anos, solteira, vive por união consensual com o pai de seus filhos que é doente mental, durante este estudo ele estava saindo de internação em hospital psiquiátrico, está na décima segunda gestação, tem seis filhos vivos, dos quais dois são desnutridos, uma menina de quatro anos e um menino de dez meses. Não trabalha, é **analfabeta**, sobrevive de uma bolsa do projeto criança fora da rua dentro da escola, sua casa é de tijolos com quatro cômodos e instalações hidrosanitárias, tem duas camas, mesa com cadeiras, filtro sem velas, sempre que a visitamos sua casa estava limpa e arrumada. Fernanda tem **aparência triste, sofrida**, sempre fala-nos de seu sofrimento com o marido e a dificuldade de cuidar dos filhos.

DIANA: tem 26 anos, solteira, vive por união consensual com o pai de seus filhos há oito anos, tem três filhos, somente o mais novo, de dois anos e meio é desnutrido, estudou até a quarta série do ensino fundamental, não trabalha, mas o companheiro faz biscates para sustentar a família, sua casa é de tijolos, tem dois cômodos, banheiro

ligado à vala que passa próximo a sua casa, não tem água encanada, energia de “gambiarra”, televisão a cores, mesa com cadeiras, sofá, armário na cozinha, cama, liquidificador, sempre que a visitei a casa estava limpa e arrumada, ela sempre se mostrou **preocupada com a desnutrição do filho** e não entende porque só ele é desnutrido enquanto os outros filhos são nutridos e saudáveis. Sempre nos falava: *eu cuido bem dele, dou banho, comida do jeito que as doctoras ensina, tenho muito cuidado pra ver se ele não perde peso, mas ele sempre perde, eu não queria que ele perdesse peso, pra ver se ele se recupera, eu não sei mais o que fazer com ele.*

ANA: 30 anos, solteira, união consensual com o pai de seus filhos há sete anos, tem oito filhos somente um, de um ano e dois meses é desnutrido, mora em um único compartimento de tijolo, não tem banheiro ligado à rede de esgoto, nem fossa, joga os dejetos para a coleta de lixo público, tem água encanada, fogão a gás, ventilador, televisão a cores, cama, mesa sem cadeiras, o marido está desempregado, ela é analfabeta e a família sustenta-se com uma bolsa do programa criança fora da rua dentro da escola e eventualmente faz faxina ou lava roupas fora.

A casa é limpa e arrumada, sempre alegre e se mostra muito preocupada com a desnutrição do filho. Revela preocupação porque sabe que a criança perde peso no final de semana. Quando diz: *ele perde muito peso no fim de semana, eu faço tudo, tenho o maior cuidado com ele, eu não queria que ele perdesse peso, se não ele não se recupera.*

LUIZA: mãe de cinco filhos está grávida, dois são desnutridos, um de três anos e o outro de onze meses, tem 26 anos, solteira, vive por união consensual com o pai de seus filhos, moram em um cômodo de tijolo

sem instalações hidrosanitárias, os dejetos são jogados na vala aberta que passa no quintal de sua casa, o companheiro está desempregado, não tem nenhuma renda, **a mãe de Luiza ajuda a sustentar os filhos.** Estudou somente a primeira série do ensino fundamental, é vaidosa, anda sempre arrumada, sua casa é limpa e recebeu-nos muito bem em todos os momentos do estudo demonstrando muito interesse em participar.

SARAH: tem 31 anos, casada, mora em uma casa emprestada de três cômodos de taipa sem instalações hidrosanitárias, consegue água do sistema público com os vizinhos, o marido está desempregado, sai de casa todo dia a procura de emprego, tem cinco filhos, somente um de dois anos e um mês é desnutrido, estudou até a quarta série do ensino fundamental. Mostrou-se preocupada e triste, porque nunca tinha se encontrado, segundo ela nesta situação, sem alimentação, sem água e luz, nunca tinha passado privação por falta de alimentação.

MADALENA: tem 30 anos, solteira, vive em união consensual com o pai de seus filhos que está desempregado. Moram em uma casa de tijolos com dois cômodos sem instalações hidrosanitárias, tem cinco filhos só um é desnutrido, é analfabeta e lava roupas para sustentar a família. Sempre encontrei sua casa limpa e arrumada e não parava de me falar sobre sua preocupação com a saúde de sua filha desnutrida que segundo ela não entende porque a criança não ganha peso se tem *todo cuidado com ela.*

Nos domicílios nos deparamos com uma extrema situação de pobreza, crianças vivendo em condições sub humanas, suas casas são pequenas, com um ou dois cômodos, no máximo quatro. Dos nove domicílios selecionados para o estudo, dois eram de taipa e sete de tijolos. Em uma das casas, quatro crianças viviam com sua mãe em

apenas um cômodo, sem instalações hidrosanitárias, utilizavam água do sistema de abastecimento público das casas vizinhas e os dejetos são jogados a céu aberto. As mães se preocupavam com a conta de água porque achavam necessário contribuir com ajuda financeira para ajudar no pagamento da conta. As outras casas tinham de dois a quatro cômodos, dois tinham água e esgoto do sistema público.

Percebemos que todas as famílias estudadas, não têm uma renda fixa, já que sobrevivem de biscates, atividades eventuais como faxina, ou com bolsa temporária de órgãos governamentais. Estas crianças desnutridas estão inseridas em famílias que se encontram abaixo da chamada “linha de pobreza”, fazem parte das estatísticas brasileira, que mostra uma elevada proporção de famílias vivendo em condições precárias perfazendo um total de 36,8% das famílias do Brasil que sobrevivem com $\frac{1}{2}$ ou $\frac{1}{4}$ do salário mínimo por mês. (Ribeiro et al, 1994).

De acordo com Monteiro (1996), a renda disponível na família influencia no estado nutricional das crianças, porém não só este fator como também, acesso aos serviços de saúde, educação e saneamento, sendo que estes dependem sobremaneira da atuação governamental.

Observamos que as mães cuidadoras do filho desnutrido caracterizam-se por apresentarem uma baixa escolaridade e terem muitos filhos. Esta situação poderá influenciar significativamente nos modos de cuidar deles e de perceber sua perda de peso.

Outros estudos como de Victora et al. (1992); Olinto et al. (1993); Fernandes et al. (1996) apontam para uma estreita relação entre a escolaridade da mãe, número de filhos e sua compreensão acerca da desnutrição e do cuidado que é prestado à criança.

4.2.b Práticas de cuidado domiciliar.

Da mesma forma que o cuidado institucional, procuramos compreender como cada prática de cuidado é realizada nos domicílios e como a mãe compreende cada cuidado junto ao seu filho nas seguintes situações.

Práticas de higiene pessoal e domiciliar

As práticas domésticas de higiene são precárias em decorrência da situação vivenciada por estas pessoas, não têm esgoto ou fossa, jogando os dejetos em vala aberta, não têm água da rede de abastecimento público, mas usam a água tratada que conseguem com vizinhos, a água não é filtrada, é armazenada em pote de barro ou baldes e é oferecida à criança sem ferver, embora tenha percebido a preocupação de algumas mães em comprar água mineral para a criança e/ou pegar no filtro da vizinha, assim como, observei em uma casa a presença de filtro com vela, mas que o filtro sempre estava vazio.

A lavagem das mãos após a troca da fralda ou após as evacuações da criança foi uma prática comum em todos os domicílios, embora, em algumas situações não tenha sido possível o uso do sabão devido às condições da família.

O destino dos dejetos é uma vala aberta, sem tratamento. Esta vala passa na frente ou atrás de algumas casas. Apenas duas casas tinham banheiro ligado a rede de esgoto público. O uso de água sem ser filtrada é muito comum. Embora estas convivam com estas condições sanitárias precárias, elas demonstram que esta prática é importante para a saúde, como evidenciamos nas seguintes falas:

Lavar as mãos é asseio, higiene, evita doenças. (Madalena).

**HIGIENE
PESSOAL**

*Deixar a casa, tudo limpinho, ajuda
pra num adoecer.(Sarah, Luiza, Diana, Ana).*

HIGIENE

*Jogar as fezes na vala é uma nojenteza,
mais a gente vai **fazer o que**
se não tem esgoto, fossa e não
passa carro do lixo.(Roseana).*

*A água não é muito limpa o menino se
enche de verme, mais eu **não tenho**
filtro... as veiz eu pego na minha irmã.(Maria).*

Em cada momento existiu a preocupação das mães, demonstrada por elas enquanto nos encontrávamos no domicílio, em decidir, oferecer e realizar condutas pertinentes em relação à saúde da criança.

Lavar pratos, copos, utensílios, o local onde é preparado o alimento da criança, assim como lavar as mãos durante o preparo da alimentação e quando limpam o cocô do bebê, parecem cuidados importantes para evitar que a criança perca peso, elas percebem estes cuidados como de limpeza, que para elas representam **ausência de sujeira**. No entanto, observamos que o saber acerca da higiene dos utensílios da criança é impedido fortemente pelas condições de vida, desta família em particular. Não existe um local definido e muitas vezes o mesmo local onde se lava roupa, também se lava louças e banham as crianças.

Vejamos o que diz estas falas:

Limpeza é saúde, é higiene, deixar tudo limpo, a casa, os menino, o quintal tudo limpinho pra ele não adoecer, se não ele perde peso e eu num quero que ele perca peso.(Sarah).

LIMPEZA
HIGIENE

Tem de deixar, tudo limpo por causa da sujeira, onde tem sujo tem microbe aí ele pode adoecer.(Marta).

HIGIENE
AMBIENTAL

Percebemos através do relato acerca dos modos de cuidar da saúde, que suas compreensões estão restrita à higiene. Sarah e Marta reúnem a compreensão de todos na seguinte frase:

Saúde é não adoecer e a condição básica para se ter saúde é a higiene.

A situação de saúde-doença a que estão submetidas estas famílias direciona-as para um conjunto de experiências e vivências, cujas necessidades, de sobrevivência, não conseguem ainda atingir outros espaços de lazer, competência para unir-se e impulsionar mudanças mesmo convivendo em situações semelhantes.

Ainda evidenciamos a falta de material de limpeza, filtro, esgoto ou fossa e coleta de lixo, este fato provavelmente poderá elevar as chances para a perda de peso da criança diante das condições

insalubres. As mães têm consciência desta realidade e demonstram isso nas seguintes falas:

*Eu **não tenho filtro** eu queria aquele que bota na torneira, mas eu **não tenho água encanada**, isso é ruim porque ele pode adoecer de diarreia e perder mais peso.(Sarah).*

LIMITAÇÃO DE RECURSOS CONDIÇÕES HIDRO-SANITARIAS PRECÁRIAS

*Eu **coloco as fezes, xixi, tudo na vala**, traz um monte de mosca, mosquito um monte de sujeira que pode dá doença, **é muito triste viver assim**.(Luiza).*

SANEAMENTO BÁSICO PRECÁRIO/INEXISTENTE

***O lixo é jogado na vala, não passa carro aqui**, eu sei que é errado traz sujo que dá doença.(Sarah).*

Apesar das mães acreditarem que limpeza é saúde, elas vivem em um ambiente inóspito, que torna impossível a realização de cuidados de higiene adequados. Percebemos, um conflito: de um lado ela diz que limpeza é saúde, por outro lado ela consegue visualizar condições inadequadas de higiene, em seu cotidiano. Essas mães ainda têm consciência da possibilidade de comprometimento no estado de nutrição dos filhos e que estes fatores podem trazer intercorrência à criança o que comprometerá sua perda de peso.

Viver assim, em situações inadequadas, com condições hidrosanitárias precárias ou inexistente, limitação é a realidade vivenciada pelas pessoas de nosso estudo, revelando resistência e sobrevivência, esta realidade denota as condições de vida da maioria da população brasileira que igualmente sobrevivem em lugares insalubres expostos ao risco de doenças e desnutrição (Nóbrega, 1998).

Pontuamos a seguir o preparo e higiene dos alimentos, buscando a compreensão das práticas de cuidado que possam contribuir para a perda de peso da criança desnutrida nos finais de semana.

Preparo e higiene alimentar.

Observamos que as mães fervem bem os alimentos e oferecem a criança logo após o preparo, sendo as sobras oferecidas a outras crianças, ou jogado fora, embora em duas casas pudemos ver que o leite preparado foi colocado em uma mamadeira e enrolado em uma fralda ainda quente e oferecido para a criança uma hora após seu preparo, o procedimento citado é “para a criança comer ainda quente” . As mães acreditam que o alimento quente não corre risco de contaminação. No entanto, os guias alimentares colocam que esta prática poderá fazer com que haja contaminação do alimento, ocasionando diarreia, o que poderá suscitar com a perda de peso da criança (Monte & Sá, 1999).

Apesar destas mães guardarem o alimento para oferecer posteriormente, todas compreendem que precisam oferecer o alimento logo após o preparo, no entanto, em determinadas situações elas guardam para oferecer depois. Outras adotam procedimento diferente e seguem na oferta após o preparo.

Eu fervo bem muito pra matar os micobre da água e num dar diarréia. (Maria, Ana e Marta).

**FERVURA
PREVENÇÃO**

Eu dou logo o cumer dele, se deixar pra dar depois fica azedo, cai mosca, mosquito, isso pode adoecer a criança de diarréia e infecção no intestino. (Roseana).

**PRECAUÇÃO
PREVENÇÃO**

Pra cumida ficar bem feita eu fervo bem, é uma coisa mais segura porque não faz mal, num da diarréia. (Fernanda).

**FERVURA
SEGURANÇA**

As veiz eu guardo o cumer dele na fralda, assim enroladim, fica bem quentim, num faiz mau, eu faço isso porque se ele acordar fica zangado e não come mais. (Luiza).

**REINTERPRETAÇÃO
DO CUIDADO**

Às vezes eu guardo, mais eu tenho medo, eu dou com medo de dá infecção no intestino, mas eu só guardo quando eu to sem gás. (Diana).

VIVENDO O RISCO

*Muitas vezes eu dou a comida depois, corta o coração porque eu sei que pode azedar e dá infecção, mas às vezes **num tem lenha pra fazer fogo**, aí pra ele não chorar com fome eu dou.*(Roseana).

VIVENDO O RISCO

Embora conscientes dos riscos que o procedimento de guardar o alimento enrolado na fralda pode trazer, as mães justificam-se diante das situações domiciliares a que são expostas. Na realidade, ela re-cria ou re-interpreta o cuidado como alternativa de minimizar a atenção que a fome pode provocar na criança, por exemplo, ficar zangada.

Outro aspecto que observamos em todos os domicílios, foi o hábito de alimentar os filhos sentados no chão. Tal postura talvez também contribua para a perda de peso, dado às condições de higiene e insalubridade presente nos domicílios.

No ambiente existe uma série de microorganismos que poderá contaminar o alimento, favorecendo o surgimento de diarreia, as mães percebem esse risco quando manifestam em suas falas o medo desta doença.

*Eu fervo bem a comida dele pra matar os germes, se tem uma coisa que me assusta é **diarreia e vômito**, mata muito menino.*(Luiza).

MEDO DA DIARRÉIA

Eu tenho muito medo dele morrer de diarreia eu não queria que ele fosse desnutrido, nem perdesse mais peso, se não fica mais desnutrido e se der comida mal feita sem ferver pode adoecer.(Madalena).

MEDO

Ao observar a grande freqüência com que as mães falam em diarreias, e por percebermos o pavor que elas demonstram quando seus filhos têm esta doença, levou-nos a investigar sua freqüência nos finais de semana. De fato existem alguns registros nos prontuários de episódios de diarreia nas segundas-feiras.

Entendemos que esta ocorrência pode indicar que fatores domiciliares (preparo do alimento, condições de moradia, higiene domiciliar, pessoal e alimentar), têm contribuído para o quadro diarréico e como conseqüência perda de peso das crianças durante os finais de semana.

Os alimentos preparados e oferecidos à criança sem uma armazenagem adequada, ou seja, abaixo de 10° C ou acima de 60° C, poderão está contaminados por agentes patogênicos. O consumo destes alimentos é uma das principais causas de diarreia e desnutrição em criança (WHO,1993).

A falta de locais que possibilitem o preparo e preservação dos alimentos, associado às condições ambientais, predispõe freqüentes episódios diarréicos em crianças, especialmente nas desnutridas, que apresentam baixas defesas imunológicas, o que favorece ataques de diarreia repetidas vezes. A diarreia atua como fator agravante da

desnutrição, contribuindo para a perda de peso das crianças, o que potencializa a desnutrição (Fagundes Neto, 1998).

Outro aspecto encontrado refere-se a erros na diluição do leite, nas nove mães do estudo. Algumas (cinco mães) super diluíam o leite, colocando mais água do que leite para sobrar para outros filhos, outras diluíam erroneamente, sem uma proporção adequada entre leite e água, por desconhecerem a diluição correta.

Em relação à limpeza dos utensílios, observações e relatos indicam que são lavados com água e sabão, quando não tem sabão em casa, a mãe da criança pede ao vizinho. Uma prática comum é a mãe ferver a água e colocá-la quente dentro do depósito com os utensílios da criança, é o que chama de *escaldar as coisas pra matar os microbe*, fato observado em sete dos nove domicílios visitados.

Todas as mães demonstraram a compreensão de que a lavagem das mãos antes do preparo dos alimentos é necessária, mesmo que, às vezes elas não tenham o sabão e realizem só com água.

*As veiz a gente lava as coisa dele
mais ainda fica alguma coisa, um resto,
ai eu escaldo pra matar os verme e os
micobre.(Ana).*

PRECAUÇÃO

PREVENÇÃO

*Eu lavo as mão pra não levar sujeira
da mão pru cumer do menino mais
as veiz eu esqueço.(Sarah).*

*Eu só num lavo as mãos com sabão
quando num tem, aí eu peço na
Vizinha.(Maria, Diana).*

Ainda no cenário do cuidado doméstico as mães reconhecem os procedimentos de higienização pessoal e dos utensílios como necessários na preparação dos alimentos da criança, no entanto, diante de suas condições sociais e econômicas, elas nem sempre seguem, ou adotam os procedimentos recomendados. Assim se revela em suas falas a distância entre a intenção e o gesto, a qual denuncia as suas dificuldades.

O preparo, cozimento, armazenamento e higiene dos alimentos são práticas de cuidados que podem afetar a nutrição das crianças, visto que, a contaminação pode levar a infecções como a diarreia, o que favorece e agrava a desnutrição infantil (Whaley & Wong, 1985; Marcondes, 1985; Nóbrega, 1998)

Colocadas às condições ambientais que possam interferir no cuidado à criança desnutrida providos por sua mãe cuidadora no domicílio, a sessão a seguir trata da complementação alimentar.

Complementação alimentar.

Em relação à complementação alimentar, pudemos observar que, das nove crianças desnutridas entre seis meses e trinta e seis meses, cinco tomam somente leite ou mingau, embora disponham de outros alimentos no domicílio. As mães como Maria, Fernanda, Luiza, Sarah e Madalena, acham que a criança desnutrida só precisa tomar leite, mesmo quando dispõem de outros alimentos a oferecer para a criança. Elas entendem que não dispendo destes alimentos todos os dias,

somente quando realizam alguma tarefa ou conseguem com amigos, parentes, vizinhos, nas creches, a oferta esporádica de outros alimentos pode fazer mal, a criança adoecer e piorar da desnutrição. Ou ainda por acreditarem que alguns alimentos podem provocar doenças, para Maria, alimentos como banana, feijão, arroz, podem dar diarréia, por isso oferece somente leite ao filho. Conforme expressam em suas falas:

*Eu não tenho confiança na outra Alimentação eu só dou o leite, eu **só dou leite com medo dele ficar doente** com outras comidas.*(Sarah, Fernanda, Luiza).

**DESINFORMAÇÃO
OUTRA COMIDA
FAZ MAL**

*Eu só dou leite porque num tenho **outra coisa**, mais o leite é forte, se ele tumar seis vezes como eu dou ele ingorda é só butar óleo.*(Maria, Madalena).

FOME

*Eu **tenho medo** de dar outras coisa pra ele, mais pesada, **dou só o leite porque acho que é um alimento mais forte** pra ele.*(Fernanda).

COMIDA PESADA

Eu só dou leite porque as outras comida faz mal dá diarréia nele é comida pesada.(Maria).

**COMIDA DE CRIANÇA/LEITE
COMIDA DE GENTE GRANDE/DIARRÉIA**

De acordo com Woisk (1995) crianças que se alimentam somente de leite após o sexto mês de vida, sem uma variação, não conseguem atingir as necessidades calóricas necessárias ao seu crescimento e desenvolvimento, o que acarretará em desnutrição, ou se é desnutrida poderá manter-se sem um ganho de peso favorável o que levará a agravamento do seu estado nutricional. Em nosso estudo, encontramos crianças alimentadas somente com o leite, ou porque as mães acreditam que o leite é o alimento ideal, ou por falta de outros alimentos.

Embora, mães como Roseana, Marta, Diana e Ana ofereçam tudo o que têm em casa, o que chamamos de alimentação da família, oferecem às crianças os alimentos disponíveis como arroz, frutas, caldo de feijão, ovo. As mães demonstram medo de oferecer o feijão aos filhos dando-lhes somente o caldo, estas mesmas mães, relatam que embora ofereçam o que dispõem à criança, elas têm restrições ao feijão, dizem ter oferecido a outros filhos e eles *ficaram com diarreia*.

Ela come tudo, só tenho cuidado com feijão, que ela dar diarreia, mais ela tem de comer tudo, se a gente der só leite ela fica fraca, num anda, aduece, cai.(Roseana, Ana).

**FEIJÃO DÁ
DIARRÉIA**

Ela come tudo que eu tenho, se não num pega peso, num ingorda e num se recupera da desnutrição.(Marta, Diana).

**ENGORDAR À
CRIANÇA**

*Eu dou tudo pra ele arroz, feijão amassado, ovo, leite, banana, tudo que eu tiver, porque é mais forte tem mais vitamina, ferro pra ele corar e cálcio, **cum sete mês ele precisa comer tudo pra se acostumar com o que a gente come.**(Ana).*

**ALIMENTAÇÃO
DISPONÍVEL**

*Ele come tudo se não, não cresce, fica pequeno, **a criança tem que se acostumar com o que tem em casa.**(Diana).*

**ALIMENTO
DISPONÍVEL.**

*Ele tem de comer **comida sadia**, que é comida forte, como sopinha, comida que **tem vitamina.**(Fernanda)*

**COMIDA
FORTE**

*Eu dou **comida forte** pra ele, o danone **tem vitamina eu vi na televisão.** (Fernanda).*

**COMIDA
FORTE**

Em todas as visitas realizadas a estas mães sempre encontramos algum alimento dos descritos acima (arroz, ovo, banana). Na casa de Ana e Luiza encontramos também feijão. De acordo com elas, não é sempre que dispõem destes alimentos, depende do recurso, ou da ajuda de outros que colaborem na sua aquisição. Embora tenha sido encontrado estes alimentos nos domicílios, considerando o tamanho da família, estes eram insuficientes para todos que estavam em casa.

Somente na casa de Roseana, em dois momentos não encontramos nenhum alimento disponível, ela estava aguardando a visita de sua comadre com ajuda em alimento para oferecer a seus filhos. Mesmo algumas mães tenham relatado o uso do “danone”, em nenhum momento das visitas observamos este alimento nos domicílios investigados.

Uma dieta variada em crianças a partir de seis meses, visa a garantia de um bom crescimento e desenvolvimento, propiciando um consumo adequado em quantidade e qualidade, desta forma crianças em condições de manterem-se com uma variação alimentar, crescem e desenvolvem-se. A alimentação é apenas um dos fatores de recuperação, outros como escolaridade materna e acesso aos serviços de saúde influenciam na recuperação de uma criança desnutrida. (Krause, 1998; Macêdo et al., 1999; Nóbrega, 1998; Facchini, 1992).

Compreendemos que as mães querem que seus filhos alimentem-se de comida forte. Apreendemos o conceito cultural que elas têm do que seja alimento forte. Podemos perceber que existe um significado comum, embora, apontem caminhos diferentes, para umas é só o leite e para outras são alimentos como arroz, feijão, banana. Assim, elas formularam o seguinte conceito:

Comida forte é comida que faz a criança ganhar peso.

Mesmo diante da escassez de oferta dos alimentos, algumas mães selecionam tipos de alimento para o filho baseado em suas crenças e atributos de bons ou ruins, forte ou fraco. Essa opção também depende do conhecimento do valor nutritivo do alimento e dos horários que podem fazer bem ou mal, sendo influenciadas por suas vivências anteriores, quando Fernanda diz que “só dá banana até as nove horas” se justifica dizendo “que no dia que deu banana de tarde o

menino vomitou só a banana” para ela faz mal. Os depoimentos a seguir expressam as evidências destas atitudes maternas:

A banana é forte ele ingorda, mais eu só dou até as nove hora. (Fernanda).

**ALIMENTO PARA
ENGORDAR**

*Eu só **dou o caldo de feijão**, ele é forte, **o povo diz que a vitamina ta no caldo**, o feijão é pesado, dá diarréia. (Luiza).*

**COMIDA
FORTE/BOM
COMIDA
PESADA/RUIM**

***Comida pesada** é comida que **só gente grande come**, não pode dar para criança pequena porque se não adocece de diarréia, barriga fofa. (Maria, Luiza, Marta).*

**COMIDA DE
GENTE GRANDE**

As formas alternativas de superar o medo do alimento “pesado” criam mecanismos para adaptar o alimento, e a quantidade ingerida, à idade da criança, amassando, passando no liquidificador da vizinha, como mostram as seguintes falas:

*Eu tenho medo de dá comida pesada e dá diarréia, aí **eu passava no liquidificador o feijão** e dava sem medo. (Fernanda).*

COMIDA PESADA

*Quando eu passo no liquidificador
Eu dou o feijão, quando eu não
passo eu dou só o caldo.*(Luiza).

**ADAPTAÇÃO/
ACOMODAÇÃO**

*Eu amasso cum gafo batata, feijão,
arroz e dou pra ele.*(Ana).

**ADAPTAÇÃO/
ACOMODAÇÃO**

Seus mecanismos de adaptação dos alimentos para serem oferecidos aos filhos são pertinentes com o que diz a literatura. Visto que é necessária a administração de alimentos amassados, triturados de consistência semi-sólida, para que a criança adapte-se a dieta da família (Monte & Sá, 1999; Krause, 1998).

Todas as mães do estudo oferecem a alimentação das crianças com uma freqüência que varia de cinco a seis vezes por dia. Observamos que a própria mãe oferece a alimentação da criança, sendo que algumas não têm um horário definido para oferecê-los, ofertando quando a criança chora com fome. Também fazem uma relação entre comida forte e a freqüência de alimento ingerido pela criança, como veremos na seguinte fala:

*Não adianta a comida ser forte se
ele num **cumer várias veiz**, aí eu
dou cinco veiz pra ele pegar peso,
se num comer vai baixando, se
num der ela fica **cada veiz mais**
desnutrida.(Marta, Sarah).*

**COMIDA FORTE
NÚMERO DE OFERTA
RELACIONADO COM
GANHO DE PESO**

A regularidade nos horários das refeições está pertinente com o recomendado na literatura, pois a frequência deve ser preservada e respeitada, o que favorece o apetite da criança (Nóbrega, 1998).

Outros guias alimentares ainda recomendam que a alimentação da criança, na faixa-etária de 6 a 36 meses, seja a partir do que a família dispõe, oferecendo com frequência a quantidade suficientes na forma semi-sólida entre cinco e seis vezes ao dia, encorajando a crianças a alimentar-se ajudando-a e estimulando-a até que não queira mais (Monte & Sá, 1999).

Outra preocupação evidenciada nas mães refere-se ao desperdício, que elas procuram evitar, quando oferecem e alimentam a criança. É o que mostram as seguintes falas:

Eu dando a comida dela ela enche a barriga, não derrama, num estraga. (Roseana).

**PREOCUPAÇÃO
COM O
DESPERDÍCIO**

Se eu deixar ele comer só ele derrama tudinho e num vai cumer, eu tenho de dá na boca aí eu tenho certeza que ele cumeu. (Maria).

**PREOCUPAÇÃO
COM O
DESPERDÍCIO**

Só eu sei dá a cumida a ele e as menina da creche também, eu gosto de dá, eu sei que ele cumeu tudo, se eu num der ele num come. (Marta).

MÃE- PROVIDORA

*Ele come melhor comigo, num
derrama eu tenho certeza que
ele cumeu.*(Ana).

MÃE-PROVEDORA

O oferecimento das refeições da criança por suas mães é importante, no entanto, entre 12 e 24 meses a criança já manifesta vontade de comer sozinha, este desejo deve ser reforçado pelas mães, favorecendo sua independência e habilidades para alimentar-se, contanto que exista a observação no sentido de assegurar uma quantidade e qualidade adequada, e também não ter horários rígidos (Macedo et al, 1999).

A preocupação das mães para que seus filhos possam comer uma quantidade que acham suficiente para não perder peso, faz com que utilizem todos os recursos para que aceitem a alimentação, inclusive usam artifícios lúdicos como as brincadeiras, essenciais na administração da alimentação das crianças, como vemos nas seguintes falas:

*Pra ela puder comer eu brinco
de aviãozinho, dá mais vontade
dela comer.*(Roseana).

ENTRETENIMENTO

*Eu brinco de aviãozinho, vou
Conversando com ela pra ver
se ela come e num sobra
nada.*(Luiza).

INTERAÇÃO

A interação entre a mãe e a criança na hora da alimentação é essencial para facilitar a ingestão de quantidades adequadas, no

entanto, brincadeiras e distrações são estratégias que não contribuem para uma correta e efetiva oferta de alimentos (Monte & Sá, 1999; Macedo et al., 1999).

Ao adentrarmos no contexto domiciliar com ênfase no cuidado da criança, pudemos observar que as práticas de manipulação dos alimentos, preparação e oferta, são marcadamente influenciadas pelas circunstâncias sociais e econômicas das mães. Entendemos que às condições sócio-econômicas por sua vez têm um papel importante no modo de interpretação sobre como ela constrói um conhecimento acerca dos alimentos para os filhos.

Percebemos nas falas crenças e atributos fortemente enraizado na cultura popular do alimento forte, pesado “reimoso” (dá diarreia), que ao nosso ver precisa ser des-construído e re-interpretado durante as intervenções de enfermagem junto a estas mães.

Pretendemos apresentar a seguir, outras dimensões das práticas de cuidados providos pela mãe ao filho desnutrido no domicílio, retratando a afetividade, envolvimento e estímulo que a mãe tem com o filho.

Atenção psicossocial e o cuidado à criança

Tratamos nesta sessão de examinar elementos importantes, como ações comportamentais, psico-afetivas realizadas com a criança desnutrida no contexto domiciliar.

A atenção psicossocial é fundamental para o desenvolvimento neuropsicomotor e para a recuperação da criança desnutrida (Marcondes, 1985; Murahovshi, 1994; Nóbrega, 1998; Whaley & Wong, 1985; Woisk, 1995).

Infelizmente, há divergência na forma como as mães tratam seus filhos no CNCP e nos domicílios, acreditamos que duas razões podem

ter influenciado tal evidência. A primeira foi nossa presença em suas casas, elas podem ter demonstrado um cuidado não rotineiro, a segunda, como faço parte da instituição, elas podem ter entendido como uma fiscalização. Consideramos que isso pode ser uma possível limitação de nosso estudo, mesmo assim, achamos oportuno apresentar o que foi observado. Esse aspecto também demonstra que a natureza desses dados talvez deverá ser investigada por um tempo mais prolongado. Assim, passaremos à atenção psicossocial.

As mães do estudo demonstraram muito apego e carinho aos filhos desnutridas em relação aos outros. Durante as visitas, elas acariciavam, brincavam, conversavam, colocavam no colo. Demonstraram uma preocupação em proteger mais a criança desnutrida do que os outros. Para as mães deve-se ao medo da perda, como elas dizem *medo dele virar anjinho*.

As formas de expressão de amor à criança contribuem a sua recuperação. As mães têm nesta prática um momento de interação desde o banho, oferta do alimento, ao colocar a criança para dormir, demonstrando assim um forte interesse em passar para a criança estes sentimentos como uma necessidade de sobrevivência da mesma (Engle et al., 1995).

Em relação a estas manifestações psico-afetivas entre mãe e filho as participantes deste estudo assim se expressaram:

O carinho de mãe é importante para qualquer criança sobreviver no mundo. (Roseana).

CARINHO

Colocar ele no colo, abraçar é um carinho que eu tenho pra ele, que já é maguinho Se eu não der atenção como é que ele vai se recuperar? (Marta).

**ABRAÇAR,
COLOCAR
NO COLO**

Ele vai crescendo, vai vendo que a gente gosta dele, que a gente tá dando atenção, que faz o possível por ele, ele vai crescendo e já vai entendendo o que a gente faz por ele.(Sara).

**CARINHO
ATENÇÃO**

O carinho, colo, abraço, são manifestações de afetividade, atenção, envolvimento e estímulo que a mãe tem com o filho, sendo fundamental em sua vida. A ausência desta prática pode influenciar negativamente no processo de recuperação da criança e contribuir para sua perda de peso (Engle et al., 1995; Nóbrega et al., 2000).

No entanto, Facchini (1992) aponta como fator preponderante para o processo de recuperação da criança desnutrida e conseqüentemente seu ganho de peso a facilidade de acesso das mães aos meios e serviços de recuperação. Achamos que na verdade deverá existir uma integração entre estes fatores e que sem dá mais importância a um em detrimento ao outro, ambos influenciam nos cuidados prestados à criança por sua mãe cuidadora.

As mães ainda atribuem as manifestações de afetividade como favorecimento do crescimento e desenvolvimento integral da criança, como responsividade aos estímulos externos, andar, bater palmas, sentir-se seguro.

Dá carinho, amor é bom pra ele crescer rápido, ficar alegre, andar, bater palminha.(Maria).

**CRESCIMENTO
ANDAR/ BATER
PALMAS**

*Eu butar ele no braço, alisar, **beijar, ele se sente mais seguro**, sente carinho, sabe que eu gosto dele.(Maria).*

SEGURANÇA

*Quando **a gente dá amor, carinho, ele fica mais esperto, eu fico alegre**, ele fica alegre comigo, ele se sente vivo no mundo.(Luiza).*

INTERAÇÃO

Outro aspecto observado no contexto familiar foi à valorização da afetividade, o amor é transmitido para elas entre outros membros da família como irmãos. Estas atitudes são percebidas, por elas, como importantes e que trazem segurança para a criança como vemos nas seguintes falas:

*Ele observa as coisas, acha graça, fica olhando pro canto e pro outro, **os meus outro menino brinca com ele**. O pessoal diz que eu sou igual menino, só porque eu sou assim sento no chão com ele, diz que assim eu num boto moral neles quando crescer.(Fernanda).*

**INTERAÇÃO
FAMILIAR**

Toda criança necessita brincar com os pais, com os irmãos ele se sente mais seguro, ele se sente mais à vontade com a gente. (Diana).

**INTERAÇÃO/
SEGURANÇA**

Ela recebe carinho é bom pra ela, fica alegre o tempo todo, aprende a falar, quando ela crescer sente o amor que a gente tem por ela. Se a gente não conversar não brincar, ela vai ser uma menina revoltada, nunca aprende nada. (Madalena).

**AFETIVIDADE/
PREOCUPAÇÃO/
FUTURO**

Estas falas tendem a indicar que estas crianças têm um acolhimento afetivo familiar. O que para a enfermagem significa reforçar, apoiar estas atitudes para o crescimento e desenvolvimento saudável das mesmas.

As mães ficam preocupadas quando seus filhos perdem peso, principalmente porque elas têm consciência que eles perdem peso quando estão em casa, consideramos então, importante relatarmos suas visões em relação à desnutrição dos filhos e suas percepções sobre a perda de peso dos filhos nos finais de semana.

Visão das mães acerca da desnutrição do filho

Durante as observações e constatação com as entrevistas, achamos pertinente relatar como elas entendem a desnutrição dos filhos. Achamos importante colocar este assunto em pauta no momento, por entender que a percepção de desnutrição dos filhos pode conduzir

as formas de enfrentamento no contexto domiciliar; às mães se expressaram assim:

Criança desnutrida é problema, doença, ela nunca vai pra frente, fica sempre perdendo peso, criança sadia é melhor.(Madalena).

**DESNUTRIÇÃO/
DOENÇA**

Criança desnutrida é de baixo peso, não desenvolve, corre risco de morrer, ave Maria, não gosto nem de pensar nisso.(Sarah).

**DESNUTRIÇÃO/
MORTE**

Criança desnutrida não tem o peso normal, adoece é uma tristeza, perde peso, fica mais desnutrido, não tem saúde, não cresce não desenvolve.(Luiza).

**DESNUTRIÇÃO/
NÃO CRESCE**

Quando ele tem diarreia, infecção, pneumonia, fica mago, doente, quando ta mago num quer comer, fica mais mago ainda, fica bom, adoece de novo, ele é assim.(Fernanda).

**DESNUTRIÇÃO/
OUTRAS DOENÇAS**

Ele nem desenvolve, fica sempre pouquinho, os meus outros menino não era assim, era gordinho, ele parece que nem é meu filho, eu não queria que ele fosse assim.(Marta).

**DESNUTRIÇÃO/
MAGREZA**

*Ele ficou desnutrido porque ficou doente num se recupera, como é que ele vai se recuperar se **eu num tenho nada o que dá pra ele em casa?**(Roseana).*

DESNUTRIÇÃO/ DOENÇA

Ao que parece os pensamentos das mães em relação a desnutrição dos filhos, está diretamente relacionado à doenças, magreza e morte. Para elas desnutrição é:

“Uma doença na qual a criança perde peso, não cresce nem desenvolve e corre risco de morrer”.

Entendemos que esta percepção está associada à forma como elas vêem o mundo, por suas experiências e vivências cotidianas. As mães têm consciência de que os filhos são desnutridos, sabem que criança desnutrida adoece com mais freqüência que as não desnutridas, e, associam desnutrição a infecções repetidas.

Elas vêem a desnutrição no que ela pode trazer e não como causa e conseqüências das condições sociais e econômicas a que são expostas, do descaso social do Estado de garantir e assegurar um crescimento e desenvolvimento saudável da criança, das condições dos pais, principalmente do acesso à educação, emprego e serviços sociais de apoio.

Parecem perceber a desnutrição como condição biológica, individual, esta compreensão muitas vezes é ratificada por instituição e profissional (Machado, 2001).

Explorando a percepção das mães em relação a desnutrição, prosseguimos examinando suas compreensões acerca da perda de peso dos filhos nos finais de semana.

A perda de peso nos finais de semana

Por estarmos falando em perda de peso das crianças nos finais de semana, evidenciamos que as mães fazem associação entre a perda de peso, intercorrência que as crianças apresentam quando estão em casa, e sentimentos de impotência diante dos fatos, como revela as falas:

Ele perde peso quando ta aqui, eu fico agoniada porque eu sei que ele logo, logo, vai adoecer.(Maria).

IMPOTÊNCIA

Eu fico doidinha, num sei nem como eu me sinto, porque ele já é Desnutrido e perde peso fica mais desnutrido ainda, fica doente.(Roseana).

PREOCUPAÇÃO

Quando ele tá com diarréia, eu fico preocupada porque eu já sei que ele vai perder peso.(Luiza).

**PREOCUPAÇÃO
DIARRÉIA**

Eu fico muito triste quando ele perde peso,eu cuido dele direitinho, mais menino desnutrido adoece muito de diarréia e perde peso, eu fico agoniada.(Sarah).

**PERDA DE PESO
DIARRÉIA**

*Ele fica mostrando os ossos, é falta
De alimentação, **fico muito mal,**
mas fazer o que.(Maria).*

TRISTEZA
CONFORMISMO

Percebe-se nas falas uma associação com a diarreia como um fato concreto, pois a diarreia é resultado de vários fatores, tais como condições precárias de saneamento básico, manipulação e acondicionamento inadequado dos alimentos, práticas de higiene deficientes (Nóbrega, 1998; Whaley & Wong, 1985). Este fato já evidenciado também na página 70.

O que passa nas falas é um sentimento, ou situação de impotência presente no contexto familiar, de dá continuidade à proposta de recuperação da criança transcendente aos da instituição.

A sustentabilidade da recuperação parece sinalizar na criação de mecanismos de apoio à família, melhorando, sobretudo as condições de sua sobrevivência.

Os esforços realizados no sentido de que as práticas de cuidado nutricionais a crianças desnutridas sejam efetivamente realizadas envolvem não só o cuidado que as mães têm com as crianças no domicílio, mas também os recursos disponíveis para a realização das práticas (Engle, 1995).

Na compreensão das mães as condições domiciliares divergem das da instituição, mas, elas consideram que **têm o maior cuidado com o filho.** Vejamos as falas a seguir.

*Eu **tenho o maior cuidado com ele, eu banho, dou comida, remédio, atenção, limpeza**, só que a limpeza não é igual o que tem lá na creche, porque eu num tenho os material certo pra limpar eu só tenho água.*(Luiza).

CUIDADO

*Ele perde muito peso, mais num é falta de cuidado não, porque eu tenho **o maior cuidado com ele, eu invento qualquer coisa pra ele cumer, dou cumer na hora, remédio, amor.***(Maria).

APEGO

*Eu me pergunto porque ele perde peso, eu **tenho o máximo de cuidado com ele, dou a comida dele, remédio na hora certa, carinho, dou muita atenção** que é o que ele precisa mais.*(Marta).

ATENÇÃO

As mães ocupam-se mais dos filhos desnutridos dos que não são, visto que elas acreditam que o desnutrido precisa de mais cuidado e atenção, isto é visto na fala a seguir:

Eu não queria ter um filho desnutrido, nenhuma mãe quer, a gente fica mais tempo com ele tem que ter mais cuidado com alimentação, limpeza, não dá comida pesada de noite, tem de ter o maior cuidado, qualquer coisinha perde peso.(Fernanda).

REJEITA A DESNUTRIÇÃO

Compreendemos que os modos da mãe cuidar do filho desnutrido são diferentes de como cuida de outros filhos que não são, elas ficam emocionalmente abaladas quando a criança piora o quadro de desnutrição, manifestando medo de perder o filho.

Outros tipos de ajuda que as mães procuram no cuidado de seus filhos desnutridos são as rezadeiras ou benzedadeiras, os agentes de saúde, as unidades de saúde e até hospitais. No entanto, as mães relataram que o maior apoio que têm não vem dos serviços públicos e sim dos meios informais de atendimento. Muitas vezes não retornam aos serviços oficiais, pois os profissionais culpam as mães pelas condições da criança conforme elas dizem:

Eu não queria que ele fosse assim, eu queria ele gordinho, mais a doutora acha que eu sou culpada.(Madalena, Sarah, Fernanda, Roseana).

CULPA

As mães se sentem injustiçadas pelo julgamento das pessoas, quando são acusadas de irresponsáveis, descuidadas, que não têm amor aos filhos por terem deixado os filhos ficarem desnutridos, e, por serem acusadas como culpadas pela perda de peso das crianças. Essa revelação denuncia o tratamento técnico da desnutrição em muitas práticas de profissionais da saúde.

Em seguida apresentamos o que em nosso entender denota os fatores e expressões de cuidados que podem interferir nas práticas de cuidados que as mães realizam com seus filhos desnutridos.

O cuidado domiciliar da criança desnutrida a luz da Teoria de Leininger.

Tendo assim examinado o cuidado da criança no contexto domiciliar, apresentamos a figura 2, que inspirado em Leininger procura identificar os fatores que interferem no cuidado realizado pelas mães aos seus filhos desnutridos, entre eles destacamos: educacional, social, econômico, estilo de vida.

FIG. 2. IDENTIFICAÇÃO DOS FATORES QUE INTERFEREM NAS PRÁTICAS DE CUIDADO REALIZADAS PELAS MÃES NOS DOMICÍLIOS.



Como podemos ver, as práticas de cuidados focalizadas neste estudo foram percebidas como influenciadas pelo fator econômico, levando a falta de alimento, a falta de material que contribua para uma higiene adequada.

Podemos observar que o fator econômico pode influenciar nas práticas de cuidado e na perda de peso da criança. Existe a preocupação das mães com a falta de uma renda fixa, com as contas de energia, que mesmo sendo de “gambiarra” vem à conta todo mês, mesmo as que não têm água encanada precisam ajudar os vizinhos que lhes fornecem, a própria aquisição de alimentos torna-se difícil pela falta de renda, são desempregadas, fazem biscates para conseguir algum recurso.

As mães buscam alternativas para ter como alimentar os filhos, limpar suas casas, vão a procura de ajuda nas igrejas, escolas, projetos, associação de moradores, buscando assim, por si próprias, formas individualizadas de suprir as carências e garantir a sobrevivência de seus filhos, muitas delas sem ajuda dos companheiros.

Percebemos em suas falas gestos de generosidade de vizinhos, comadres. Pessoas que ajudam, ficando com seus filhos quando precisam sair, dividem alimentos. Essas redes sociais de apoio minimizam as dores do dia-a-dia através de solidariedade e amizade, contribuindo para as práticas de cuidados que as mães realizam com seus filhos.

As mães que fizeram parte deste estudo apresentam limitações no que se refere à escolaridade, são analfabetas ou estudaram somente as séries iniciais, caracterizando assim, a baixa escolaridade (Olinto et al., 1993)

Os valores culturais e o estilo de vida dessas mães influenciam fortemente nas práticas de cuidado que estas realizam com seus filhos e na perda de peso destas crianças quando estão no domicílio. Suas crenças, valores, mitos e tabus influenciam na decisão do que ofertar, a que horas ofertar, como alimentar e como interagir com o filho demonstrando amor e carinho. Há hábitos e atitudes que devem ser re-orientados.

As práticas de cuidados demonstradas e experienciadas pelas mães envolve seus costumes, como por exemplo, o de alimentar o filho sentado no chão, e, percebemos que elas não medem esforços para, dentro de suas possibilidades, não deixar a criança com fome, é o que dizem: *eu tenho o maior cuidado com ele, eu não quero que ele perca peso.*(Madalena).

Observamos que está enraizado em nossa cultura (profissional), culpar a mãe por ter deixado o filho ficar desnutrido, esta postura de alguns profissionais afasta as mães dos locais de atendimento à saúde e faz com que cada vez mais se mostre implícita ou explicitamente o que abstraímos como tema cultural deste estudo, que **nenhuma mãe quer que seu filho perca peso, “eu quero ele gordinho”**, esta postura de profissionais precisa de reflexão para que gere mudanças.

Enfim, este estudo infere que fatores sociais, econômicos, educacional, o estilo de vida são determinantes da desnutrição infantil, o que está de acordo com a literatura.(Marcondes, 1985; Nóbrega, 1998; Monteiro, 1996). Ainda seu inter-relacionamento influencia de forma significativa nas práticas de cuidado que as mães realizam com seus filhos nos domicílios. Assim, a enfermagem deve ocupar-se por explorar a forma como elas podem está contribuindo com a perda de peso destas

crianças, visto que a ausência de uma assistência adequada prejudica na recuperação e sustentação de práticas de cuidado à criança.

Os recursos econômicos, representados por emprego e renda; os recursos humanos representados por desconhecimentos, crenças atitudes e escolaridade materna; e o apoio organizacional, representado por pessoas que ajudam a mãe cuidadora no cuidado à criança, na instituição; rede social de apoio, de irmãs, vizinhas, comadres, contribuem para as práticas de promoção da saúde da criança e conseqüentemente de sua nutrição (Engle, 1991;1995; Jonsson, 1995).

Levar em conta o dia-a-dia e a visão de mundo destas mulheres apreendendo os significados culturais no que diz respeito as suas práticas de cuidado é de fundamental importância para a enfermagem e outras profissões da área da saúde, procurando conhecer o cuidado cultural e não deixando o conhecimento centrado somente na visão biomédica.

A seguir, apresentamos o quadro 2, mostrando as expressões de cuidado manifestadas pelas mães enquanto cuidam de seus filhos no domicílio.

QUADRO 2. EXPRESSÕES DE CUIDADO MANIFESTADO PELAS MÃES/CUIDADORAS DAS CRIANÇAS DESNUTRIDAS COM SEUS FILHOS NO DOMICÍLIO

Estilo de vida	<ul style="list-style-type: none"> • Higiene pessoal/ambiental precária • Vivendo o risco • Fervura • Enrolar mamadeira na fralda
Educativa	<ul style="list-style-type: none"> • Desinformação • Comida forte(bom) • Comida pesada(ruim)
Econômico	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de aquisição de alimentos • Alimentação deficiente
Social	<ul style="list-style-type: none"> • Ajuda de: Vizinhos Comadres Creche

De certa forma o quadro espelha os modos de cuidar da criança desnutrida no domicílio. Assim podemos dizer que os fatores tecnológico, econômico, educacional, social e o estilo de vida estão intimamente relacionados e contribuem para as manifestações de cuidado.

Refletindo sobre as implicações que as expressões manifestadas pelas mães podem trazer para a criança desnutrida, e como a enfermagem pode contribuir para viabilizar-lhes condições saudáveis, reforçamos a idéia de reorientar as intervenções de enfermagem no sentido de contribuir para que essas pessoas busquem novas formas de superação e possam melhorar sua qualidade de vida, talvez, a partir de suas inserções em grupos organizados na própria comunidade.

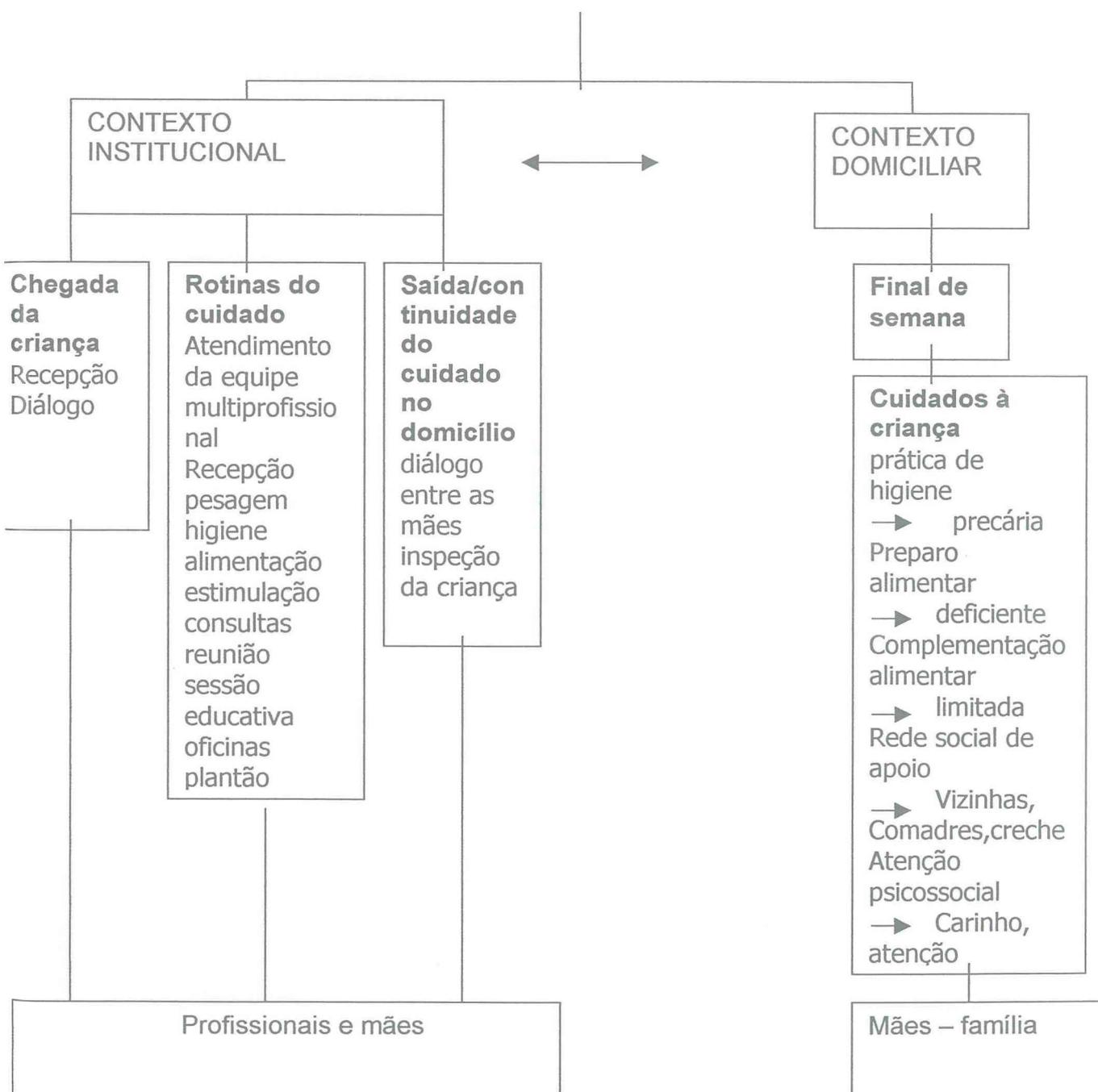
Este estudo focalizou o cuidado da criança no contexto domiciliar. Assim, no quadro a seguir, apresentamos os códigos representativos do processo de cuidar da criança desnutrida no domicílio, no sentido de propor as ações de enfermagem centrado no cuidado cultural, visando a manutenção negociação ou repadronização do cuidado domiciliar realizado pelas mães cuidadoras à seus filhos desnutridos.

QUADRO 3. VALORES SIGNIFICATIVOS NA VISÃO DE MUNDO CULTURAL DAS MÃES CUIDADORAS E PROPOSTAS DE CUIDADO CULTURAL NA ENFERMAGEM.

Valor cultural da mãe/cuidadora da criança	Cuidado cultural da enfermagem
Família	<ul style="list-style-type: none"> • Manter as pessoas significantes que contribuem no cuidado à criança.
Vizinhos	
Comadres	
Preocupação	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular e apoiar a mãe nas medidas que melhore sua auto estima. • Organizar grupos de mães
Tristeza	
Carinho	<ul style="list-style-type: none"> • preservar as medidas de cuidado
Prevenção	
Segurança	
Interação	
Afetividade	
Culpa	Reestruturar o cuidado
Desinformação	

Assim, o diagrama a seguir apresenta de forma resumida os mundos opostos do cuidado da criança desnutrida. O entendimento destes mundos a partir das pessoas que vivem e enfrentam as experiências e sentimentos neles contidos poderão elucidar estratégias de aproximação que promovam a saúde da criança.

CUIDADO PARA RECUPERAÇÃO DA CRIANÇA DESNUTRIDA



Como podemos observar, o diagrama chama atenção ao que Morin (1999) e Boff (2000) conclamam como importante, a aproximação entre cultura científica e cultura humanística no processo de cuidado humano.

Prosseguiremos, apresentando as reflexões e contribuições deste estudo para o cuidado à criança desnutrida no domicílio, acreditando na melhoria do cuidado a criança de forma integral, humanizada a partir de seu universo sócio-cultural.

5 REFLEXÕES E CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO

Ao utilizar uma abordagem etnográfica voltada para a enfermagem, para compreender o universo sócio-cultural da mãe que realiza práticas de cuidados com seu filho desnutrido, oportunizou uma maior aproximação com o contexto que se enraízam as concepções, explicações, comportamentos, maneiras de pensar e agir de quem realiza estas práticas: a mãe.

Esta abordagem revelou crenças, valores, mitos, tabus e práticas construídos no contexto social e cultural das mães, sendo desvelado práticas que devem ser preservadas e re-estruturadas na concepção de mundo de cada informante envolvido no estudo.

Os profissionais de saúde e as mães juntos podem socializar conhecimentos e criar mecanismos para ajudar na superação das dificuldades presentes no domicílio da criança.

A perda de peso das crianças desnutridas nos finais de semana deu-se, sobretudo por razões estruturais, questões macro-estruturais que têm relações com as medidas gerais de governo, como, acesso à água e esgoto do sistema público, influencia e acabam interferindo no processo de cuidar do filho, questões consideradas neste estudo. Permeia o dia-a-dia destas mães, esforços para superar as dificuldades. No entanto, sozinhas são impotentes, precisam reorganizar-se, reformular conceitos de cidadania no sentido de que este quadro seja revertido.

As mães cuidadoras de nosso estudo, realmente sobrevivem em um contexto de resistência, realizando a seu modo, com o que dispõem nos seus domicílios as práticas de cuidados com seu filho desnutrido. Elas buscam estratégias para melhor cuidarem de seus filhos, quando procuram vizinhos, comadres, creches, estratégias estas, para

continuarem resistindo e cuidando a seu modo de seus filhos. Entendemos em nosso estudo que resistência é o *enfrentamento de situações e condições determinantes de sofrimento* (Sabóia, 1999, p. 160).

No cenário de cuidados à criança há necessidade da enfermeira e de todos os profissionais de saúde reconhecerem as crenças que acompanham cada prática de cuidado materno, porque o cuidado oferecido para ser benéfico e significativo precisa se “ajustar” as crenças, valores, modos de vida das pessoas, assim, os clientes responderão favoravelmente e de forma satisfatória e promotora da saúde (Leininger, 1991).

Com base nas observações e nos depoimentos das informantes, apreendemos que cada prática de cuidado realizado pela mãe apresenta diversidade de significados, visto que, cada mãe tem seu jeito próprio de cuidar, de acordo com seus recursos, o que dispõe de alimentos, material de limpeza entre outros, sendo dependente apenas dela a afetividade. O medo que o filho venha a óbito e a culpa que muitos lhe passam por seu filho ser desnutrido também foram evidenciados no trabalho de Frota (1998).

Apesar de achar que já conhecia muito bem todas as mães, percebemos que foi a partir das observações que passamos a conhecê-las melhor e que nossa postura enquanto enfermeiras assistenciais estavam mudando. A partir deste estudo, em forte interação com as mães, pessoas sofridas, humildes, mas batalhadoras, pudemos transformar nosso pensar e agir, proporcionando-nos crescimento pessoal e profissional incalculável.

Acreditamos que a realização deste estudo nos dê oportunidades para refletir, que a perda de peso da criança não depende só da mãe, mas, que é necessário o compromisso de todos, sociedade civil organizada, profissionais, igrejas, governo, outros membros da família, para que assim, todos sejam conhecedores e contribuam com uma parcela de cidadania responsável.

Repadronizar algumas práticas que são comumente exercidas pela mãe, poderá contribuir para que a criança não perca peso no domicílio, no entanto, não podemos esquecer de levar em conta seus modos de pensar e sua visão de mundo, daí a importância de aprofundarmos cada vez mais nesta temática.

Fundamentar nossos achados pela Teoria da Diversidade e Universalidade Cultural do Cuidado de Leninger (1978), permitiu que analisássemos as crenças, valores, comportamentos, sentimentos que estiveram envolvidos nas práticas de cuidado realizadas pela mãe à criança no domicílio, dentro de sua própria cultura.

Nesta perspectiva, de apreender as práticas de cuidado e os fatores que podem contribuir para a perda de peso da criança no domicílio, este estudo revelou-nos que as mães alimentam seus filhos com alimentos que consideram forte, porém, em relação ao preparo, percebemos uma diluição incorreta, ocorrendo porque não sabem como diluir, ou para “poupar” o alimento que é dividido com todas as outras crianças do domicílio.

As práticas de higiene estão relacionadas ao seu estilo de vida e aos determinantes sócio econômico, que levam muitas vezes estas mulheres a não utilizarem água filtrada, colocarem os dejetos e lixo doméstico em vala aberta, sendo a atenção psico-social dependente

dela e dos outros filhos que residem no domicílio, o pai é ausente em praticamente todos os cuidados.

É importante que a enfermeira e outros profissionais de saúde conheçam este contexto e façam uma reflexão sobre suas culturas, evitando choques e conflitos culturais quando estiverem no exercício de suas atividades.

Quando qualquer profissional atender uma mãe que chegar com o filho desnutrido em busca de assistência, faz-se necessário evitar pré-julgamentos, recriminações e acusações que possam distanciar as mães. Visto que, ela tem o desejo e necessidade de cuidar do filho, proporcionando-lhe amor, carinho e segurança.

Para atendermos de forma humanizada e individualizada a mãe e a criança, não podemos dissociar o contexto educativo e cultural, precisamos entender melhor a mãe, compreendendo e respeitando seus modos de vida. A nossa prática profissional deve estar sempre permeada de reflexões para que possamos transformá-la gerando mudanças.

Desejamos com este estudo, gerar reflexões e contribuir com a mãe, criança, família e comunidade, que em muitos momentos são excluídos e destratados nas várias instâncias de nossa sociedade, principalmente nos momentos que precisam de assistência e apoio, para que seus filhos não percam peso e recupere-se da desnutrição, viva uma infância saudável, e que os profissionais de saúde apreciem este estudo retirando dele o essencial, que é a sensibilização para o atendimento à mãe que busca assistência para seu filho desnutrido, afinal, **nenhuma mãe quer que seu filho perca peso**, mas em muitas circunstâncias ela sozinha não consegue evitar.

ABSTRACT

The infantile malnutrition is considered one of the most important problems of mundial colective health, specially in the developed countries. It is in the fase of alimantar transition from the 6^o month, that the child find more vulnerability. In this fase of life, the care done to the child want to guarantee her survived, growing and health developed, being this influenced by differents cultures, and even by groups of a same culture. This study had the aims: to understand the practices of care to the undernourished child by the mother or by who take care of the child at home, for identify the factors that contribute for the lost pound; to know the mother perception about the child lost pound; to know the undernourished child care way at home and to interpret the culture determinants of the mother in this care way. Using the ethnonursing, as a study line and the Culture Care Diversity and Universality Theory (Leininger,1991), as a theoric and methodologic referencial in the collect and analise of the dates. The instruments used in the camp fase were: participant observation and open interview. The scenery was the Nutrition Center of Conjunto Palmeiras, in Fortaleza-Ceará-Brazil and the houses of the undernourished children from april to september,2000. The informants were the carers mothers. The results shows that the care practices done by the mother with the undrenourished child are influenced by some factors: economic, social, educational, way of life. Each care practice done by the mothers shows meanings diversity, each mother has her own care way depending of her recourse. The children lost pound is given for macrostructures reasons like: unemployment, lack of sanitation and water access. In this way, the culture care focus aim an holistic attendance, that search the involvement with the others societal segments, seen that these mothers take care of their children in a survival and resistance context, they do not want that their children lost pound, but in many circumstance, alone they do not get avoid.



6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALBERTTO, J. **Factores de riesgo para desnutricion en dos pueblos juvenes de la ciudad del Cusco**. 1995. 65p. Monografia (Especialização) - UNSA, Arequipa, 1995.
2. ALENCAR, F. H.; YUYAMA, L. K. O.; NAGAHAMA, D.; PARENTE, R. C. P. Estudo antropométrico de pré-escolares da calha do Riuro Negro, Amazonas, Brasil. **Acta Amaz.**, v. 29, n. 2, p. 293-302, jun. 1999.
3. ALMEIDA, C. A. N.; RICCO, R. G.; NOGUEIRA, M. P. C.; CAMPO, L. A. D.; ROSA, F. Prevalência da desnutrição em unidade básica de saúde. **Rev. Paul. Pediatria.**, p. 16, n. 4, p. 185-90, dez. 1998.
4. ANDREWS, M. M.; BOYLE, J. S. **Transcultural concepts in nursing care**. 2. ed. Philadelphia: J. B. Lippincott Company, 1995. 478p.
5. BENÍCIO, M. H. D.; MONTEIRO, C. A. **Desnutrição infantil nos municípios: risco de ocorrência**. Brasília: UNICEF, 274p.
6. BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. 6. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2000. 199p.
7. BRASIL. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. **Pesquisa nacional sobre saúde e nutrição: Perfil de crescimento da população brasileira de 0 a 25 anos**. Brasília, 1990. 60p.
8. BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº. 196/96. Decreto nº. 93.933 de janeiro de 1987. Estabelece critérios sobre pesquisa envolvendo seres humanos. **Bioética**, v. 4, n. 2, supl., p. 15-21, 1996a.
9. BRASIL. Sociedade Civil Bem-Estar Familiar. **Pesquisa nacional sobre demografia e saúde**. Rio de Janeiro, 1996b. 250p.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o tratamento da criança severamente desnutrida a nível hospitalar no Brasil**. Brasília, 1999. 35p. Mimeografado.

11. CEARÁ. Secretaria Estadual de Saúde. **Saúde materno infantil do Ceará: resultado das PESHMICS, 1, 2 e 3.** Fortaleza, 1995. 10 p. Mimeografado.
12. CEARÁ. Governo do Estado. Prorenda. **Plano de desenvolvimento comunitário integrado – PDCI – Conjunto Palmeiras.** 1999. 50p.
13. CURY, M. C. F. S. **Evolução nutricional e morbidade em lactentes atendidos por creche diferenciada.** 1999. 71p. Tese (Doutorado) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1999.
14. DENARDIN, M. L. *et al.* **Cenários de cuidado: aplicação de teorias de enfermagem.** Santa Maria: Pallotti, 1999. 163p.
15. DIAS, M. S. A. **Cuidar-se na perspectiva da pessoa com insuficiência renal crônica.** 2001. 134p. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2001.
16. ENGLE, P. L. Maternal work and child care strategies: nutritional effects. **Child Dev.**, v. 62, p. 954-965, 1991.
17. ENGLE, P.; H. Ricciuti. Psychosocial aspects of care and nutrition. **Food Nutr. Bull.**, v. 16, n. 4, p. 356-377, 1995.
18. EZPELETA, J.; ROCKWELL, E. **Pesquisa participante.** São Paulo: Cortez, 1986.
19. FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; FAFFA, A. C. Trabalho materno e ganho de peso em criança menor de cinco anos de idade. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, 2., 1992, Belo Horizonte. **Resumos...** Belo Horizonte, 1992. p. 348.
20. FAGUNDES NETO, U. Repercussões gastrintestinais da desnutrição energético – protéica. In: NOBREGA, F. J. **Distúrbios da nutrição.** Rio de Janeiro: Revinter, 1998. p. 211-217.

21. FERNANDES, B. S. *et al.* Características familiares e cuidados e condições de saúde das crianças: Seu papel no risco de desnutrição protéico-calórica. **Pediatria**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 65 - 74, 1996.
22. FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. 23. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1999. 158p.
23. FROTA, M. A. **Como cuidado do meu filho desnutrido: uma abordagem cultural**. 1998. 83p. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 1998.
24. GIUGLIANI, E. R. J. *et al.* **Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p. 136-177.
25. GUALDA, D. M. R. **Eu conheço minha natureza: um estudo etnográfico da vivência do parto**. 1993. 238 p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1993.
26. HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 5. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1997.
27. HEK, G.; JUDD, M.; MOULE, A. **Making sense of research: an introduction for nurses**. London: Cassell Pam, 1997.
28. HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. Traduzido por: Eliane Mussimich. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. 309p.
29. JONSSON, U. Ethics and child nutrition. **Food Nutr. Bull.**, v. 16, n. 4, p. 293-298, 1995.
30. KRAUSE, M. V. **Alimentos, nutrição e dietoterapia: um livro texto do cuidado nutricional**. 9. ed. São Paulo: Rocca, 1998. p. 192-205.
31. LAPLANTINE, F. **Aprender antropologia**. Traduzido por: Marie Agnes Chauvel. São Paulo: Brasiliense, 1995, 205 p.

32. LARAIA, R. B. **Cultura**: um conceito antropológico. 10. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995. 116p.
33. LEININGER, M. M. **Transcultural nursing**: concepts, theories and practices. New York: John Wiley and Sons, 1978. 532p.
34. _____. **Culture care diversity and universality**: a theory of nursing. New York: National League for Nursing, 1991. 432p.
35. _____. Teoria do cuidado transcultural: diversidade e universidade. UFSC. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO TEORIA DE ENFERMAGEM, 1., 1985, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis, 1985.
36. LUCK, H. **Pedagogia interdisciplinar**: fundamentos teóricos Metodológico. Petrópolis: Vozes, 1999. 92p.
37. LUDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.
38. MACDONALD, J. J. **Primary health care**: medicine in its place. London: Earthscan Publications, 1994. 196p.
39. MACEDO, C. A .P. *et al.* **A criança que não come**: guia de tratamento e prevenção. São Paulo: Atheneu, 1999. 149p.
40. MACHADO, M. F. A. S. **Participação materna em um programa de desnutrição infantil**. 2001. 107p. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Programa de pós-graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2001.
41. MARCONDES, E. **Pediatria básica**. 7. ed. São Paulo: Sarvier, 1985.
42. MINAYO, M. C. S. *et al.* **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 3. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1994. 78p.

43. MONTE, C. M. G.; SÁ, M. L. C. **Guias alimentares para as crianças menores de dois anos no nordeste do Brasil: da teoria a pratica.** Brasília: Ministério da Saúde, 1999. 48p.
44. MONTEIRO, C. A. **O panorama da nutrição infantil nos anos 90.** Cadernos de políticas sociais. Brasília: UNICEF, 1996. 11p.
45. MONTEIRO, C. A .; CONDE, W. L. Tendência secular da desnutrição e da obesidade na infância na cidade de São Paulo (1974-1996). **Rev. Saúde Pública**, v. 34, p. 52-61, dez. 2000.
46. MORIN, E. **Complexidade e transdisciplinalidade: a reforma da universidade e do ensino fundamental.** Traduzido por: Edgard de Assis Carvalho. Natal: UFRN, 1999. 55p.
47. MORSE, J. M.; FIELD, P. A. **Nursing research the application of qualitative approaches.** 2. ed. Cheltenham: Stanley Thornes, 1998. 208p.
48. MURAHOVSHI, J. **Pediatria: diagnóstico + tratamento.** 5. ed. São Paulo: Sarvier, 1994.
49. NÓBREGA, F. J. **Distúrbios da nutrição.** Rio de Janeiro: Revinter, 1998. 463p.
50. NOBREGA, F. J. *et al.* **Distúrbios nutricionais e fraco vínculo mãe filho.** 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.
51. OLINTO, A. M. T. M. et al. Determinantes de desnutrição infantil em uma população de baixa renda: um modelo hierarquizado. **Cad. Saúde Publica**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 14-27, 1993.
52. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Manejo da desnutrição grave: um manual para profissionais de nível superior.** Genebra, 2000. 61p.
53. PEREIRA, R. T. **Sistema de vigilância alimentar e nutricional, uma alternativa viável para o estado de São Paulo.** 2000, 172p.

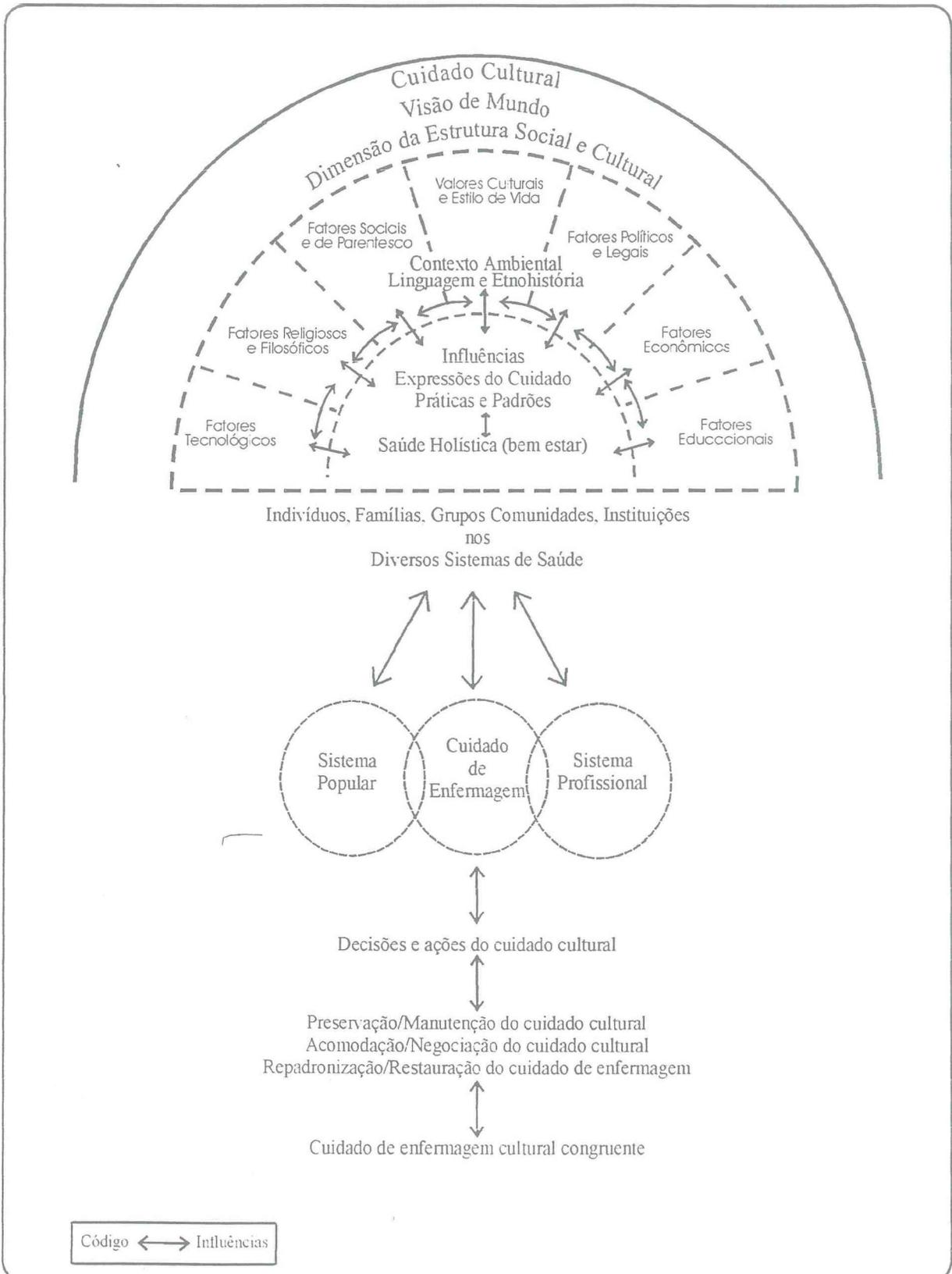
- Tese (Doutorado) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2000.
54. POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 391p.
55. PROGRAMA CONVIVER. Manual de normas e rotinas do Centro de Nutrição do Conjunto Palmeiras. Fortaleza, [1996].
56. RIBEIRO, R. M. *et al.* Estrutura familiar renda e trabalho. In: KALOUSTIAN, S. M. (Org.). **Familia brasileira a base de tudo**. Brasília: UNICEF, 1994, p 135-158.
57. SABOIA, S. M. N. **Enfermera, trabajo y resistència**: el significado de la esperanza, el caso del Ceará, Brasil. 1999, 381p. Tese (Doutorado) - Universidad de Salamanca, 1999.
58. SIVIERO, A. P. *et al.* Intervenção e orientação nutricional no acompanhamento de crianças desnutridas em creches de São Paulo. **Rev. Paul. Pediatr.**, v. 15, n. 1, p. 38-46, mar. 1997.
59. SOUZA, L. J. E. X. **Envenenar é mais perigoso**: uma abordagem etnográfica. 1997, 152p. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Ceará, 1997.
60. SPRADLEY, J. T. **The Ethnographic interview**. Flórida: Hott, Rinehart and Wintson, 1979. 247p.
61. TRIVIÑOS, A. (N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1993. 120p.
62. UCHOA, E.; VIDAL, J. M. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 479-504, out./dez. 1994.

63. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. **Resumo de dissertações: 1993-1998.** Fortaleza, 1999.
64. UNICEF. **A iniciativa de cuidado materno-infantil:** apreciação, análise e ações para melhorar o cuidado nutricional na comunidade. Nova Iorque, 1997. 118p.
65. VASQUEZ, G. E. M.; VALLARTA, C. G.; SÁNCHEZ, T. E.; NÁPOLES, R. F.; ROMERO, V. E. Disfuncion de la dinámica familiar como un factor asociado a desnutrición primaria grave en el niso. **Bol. Md. Hosp. Infant. Mex.** v. 52, n. 12, p. 698-705, 1995.
66. VICTORA, C. G. *et al.* Maternal educación in relation to early and child health outcomes; findings from a brasilian cohort study. **Soc. Sci. Med.**, v. 34, n. 8, p. 899-905, 1992.
67. WHALEY, L. F.; WONG, D. L. **Enfermagem pediátrica:** elementos essenciais à intervenção efetiva. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1985.
68. WORD HEALTH ORGANIZATION. **Contaminated food:** a major cause of diarrhoea and associated malnutrition among infants and young children. Facts about infant feeding. Geneva, 1993.
69. WOISK, J. **Nutrição e dietética em pediatria.** 4. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 1995.

7 ANEXOS

ANEXO A

MODELO SUNRISE DA TEORIA DA DIVERSIDADE E UNIVERSALIDADE CULTURAL DO CUIDADO



ANEXO B

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

1. Complementação alimentar	Alimentos que são consumidos pela criança no domicilio e CNCP	Come o que é oferecido ou deixa na mamadeira, copo ou prato	Come sozinha ou com ajuda
	Quem oferece o alimento	Frequência alimentar	Horário que oferece os alimentos à criança
	Oferece o alimento à força	Continua com aleitamento materno	Conversa com a criança ao alimenta-la
2. Preparo e higiene alimentar	Como cozinha os alimentos e onde cozinha	Ao preparar o alimento oferece logo à criança ou guarda para dar depois	Se sobrar o que faz com a sobra
	Onde guarda os alimentos por quanto tempo	Utensílios utilizados no preparo dos alimentos são esterilizados	Lava as mãos com água e sabão ao preparar os alimentos
3. Práticas de higiene	Lava as mãos após trocar a criança	Presença ou ausência de fezes e de animais no domicilio	Lixo fica dentro de casa ou fora da casa
	Destino das fezes	Que água utiliza para beber	Com que frequência banha a criança
4. Atenção psicossocial	Conversa com a criança	Põe no colo	Acaricia a criança
	Brinca com a criança		

ANEXO C

ROTEIRO DE ENTREVISTAS

QUESTÕES NORTEADORAS

1. Como é o cuidado à criança desnutrida no domicílio ?
 - a. para a senhora, o que é uma criança desnutrida ?
 - b. como você vê a desnutrição de seu filho ?
 - c. como você sabe se seu filho está perdendo ou ganhando peso ?
 - d. na sua opinião, tem alguma coisa que a senhora possa fazer para que seu filho fique bom da desnutrição ?
 - e. como a senhora cuida do seu filho desnutrido?

ANEXO D

OFÍCIO PARA ENTRADA NO CAMPO DE COLETA

Prezado diretor,

Solicito de V. Sa. autorização para a entrada do campo de prática desta instituição, com o intuito de contribuir na coleta de dados da dissertação intitulada “Cuidando da criança desnutrida no contexto de sobrevivência e resistência”, a qual objetiva compreender as práticas de cuidados à criança desnutrida, providas pela mãe ou por quem cuida da criança nos fins de semana, no sentido de identificar os fatores que contribuem para a perda de peso da criança neste período. Os informantes do estudo serão as mães ou pessoa responsável pelo cuidado a criança no domicílio e no semi-internato desta instituição, no período de abril a agosto de 2000.

Vale salientar que não será realizado nenhum procedimento que venha a prejudicar estes ou atrapalhar o atendimento a criança, bem como o diálogo só será realizado quando houver aceitação por parte dos informantes.

Certa de contar com o vosso apoio, agradecemos antecipadamente.

Maria do Socorro Vieira Lopes
Mestranda em Enfermagem/UFC

ANEXO E

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA O INFORMANTE

Prezado (a) Sr. (a)

Sou enfermeira, aluna do Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Como requisito do Curso, estou realizando um estudo sobre o cuidado à criança desnutrida. Nesse sentido, venho a solicitar sua aceitação para participar deste. Ressalto que estará garantido o sigilo quanto a sua identificação, como também é de livre escolha a sua participação, havendo a possibilidade de desistência a qualquer momento da entrevista.

A entrevista será gravada, considerando a sua permissão. A gravação facilitará o contato entre entrevistador/entrevistado. Os dados do estudo serão divulgados ao final da pesquisa e apresentados ao Curso de Mestrado, levando em conta o anonimato.

A sua participação é muito relevante, para o conhecimento desses aspectos e, conseqüentemente, melhor atendimento a criança, diante dos achados.

Atenciosamente,

Maria do Socorro Vieira Lopes
Mestranda em Enfermagem/UFC

Eu, _____,
estando a par dos objetivos do estudo, bem como de sua importância,
concordo em participar do mesmo, desde que sejam levados em
consideração os meus direitos acima mencionados e não me oponho
que o meu depoimento seja gravado.

Fortaleza, _____ / _____ / _____

Assinatura do entrevistado

7