

12
17-18
20-21

C44 26-30

MARIA VERACI OLIVEIRA QUEIROZ

SÓ A MÃE CONHECE O FILHO
Um estudo na etnoenfermagem

FC-00006109-9

tese
610 7362
R 451
1998

R-86/156/98
ML 02109/98

FORTALEZA - CEARÁ
1998

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

| | |
|--------------|-----------------------------|
| UFC | BIBLIOTECA UNIVERSITÁRIA |
| Nº. R 863456 | |
| 02 / 09 / 98 | |

Queiroz, Maria Veraci Oliveira
Q3s Só a mãe conhece o filho: um estudo na etnoenfermagem/
1998 Maria Veraci Oliveira Queiroz. – Fortaleza, 1998.
133f.
Orientadora: Prof^a. Dra. Grasiela Teixeira Barroso
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará. Curso
de Pós Graduação em Enfermagem .
1.Enfermagem pediátrica. 2. Enfermagem – Cultura - Cuidado
cultural. 3. Enfermagem mãe-acompanhante. I.Título.
CDD 610.7362

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

SÓ A MÃE CONHECE O FILHO
Um estudo na etnoenfermagem

Dissertação apresentada à banca examinadora por Maria Veraci Oliveira Queiroz sob a orientação da Profª Drª Maria Grasiela Teixeira Barroso, para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará.

Aprovada em 10 de Fevereiro de 1998, pelos membros da banca:

Profª Drª Maria Grasiela Teixeira Barroso

Profª Drª Matilde Madeira Cadete

Profª Drª Salete Bessa Jorge

Profª Drª Telma Leite de Araújo

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

DEDICATÓRIA:

Aos meus pais Antônio e Glória,

que me colocaram frente às experiências do mundo e me ensinaram o sentido da vida, do amor e do respeito ao outro. Não mediram esforços para eu continuar aprendendo, conhecendo e melhor cuidando.

Ao meu marido e aos meus filhos Clóvis, Clóvis Neto e Brena

que souberam compreender minha ausência, o meu não ou sim em troca da possibilidade de concluir esse estudo. Com vocês, foi possível vislumbrar e seguir este caminho.

Aos meus irmãos Valdenir, Mazé, Lúcia, Evania, Zezinho, Orleans, Chiquinho e Valdemir

Continuo a aprender com vocês; com certeza, nossa maravilhosa convivência e amizade ajudaram-me a construir esse conhecimento.

Às minhas sobrinhas Érika, Glorinha e Patrícia,

que, durante esse estudo, estiveram tão próximas a mim, colaborando no que foi possível.

*As famílias e, em especial, às mães, **Sarita, Sulamita, Sulame, Silvana, Suzana, Sâmia, Soledade e Salete** que participaram desse estudo; sem vocês eu não teria aprendido e construído novos passos na minha maneira de ser e perceber o mundo.*

AGRADECIMENTOS:

Agradeço a Deus por eu sentir sua presença contínua, dando-me proteção, força e imaginação para que eu chegasse aqui, vislumbrando e almejando, com este trabalho, resultados capazes de transformar uma realidade que vivencio.

Desejo agradecer à UECE, pelo incentivo e oportunidade em ausentar-me parcialmente de minhas atividades para realizar o Curso de Mestrado.

Também sou grata às pessoas que, no momento do meu afastamento do Hospital Geral de Fortaleza, se encontravam como chefes e administradores, que souberam compreender a minha ausência. E tantas outras pessoas dessa Instituição que, direta e indiretamente, contribuíram para que esse estudo se realizasse.

Lembro, com muito respeito e reconhecimento as atitudes de minha professora doutora Grasiela Teixeira Barroso, que fez do ofício de orientadora um bom convívio intelectual, fazendo crescer em nós uma confiança e amizade reforçados pelos momentos de troca de conhecimentos, o que sem dúvida, contribuiu para os resultados deste estudo. A ela minha gratidão.

Considero não menos relevante a ajuda e orientação das professoras e doutoras Luz Angélica, Zulene Varella e Telma Leite, que me orientaram no projeto de dissertação, e, ainda, a Mestra professora Maria Celsa Franco, que se colocou à disposição, possibilitando atenuar algumas dificuldades na elaboração do estudo.

A todos os docentes da UFC pela participação na construção do conhecimento. E em especial a professora doutora Raimunda Magalhães da Silva, pelos ensinamentos e incentivo em todos os momentos dessa trajetória. Foi maravilhosa a troca de aprendizagem.

A todos os funcionários da Secretaria do Mestrado da Universidade Federal do Ceará, pela disponibilidade e acessibilidade cooperando em nossos empreendimentos.

Enfim, menciono a colaboração indispensável de minhas colegas da Universidade Estadual do Ceará e das colegas do Mestrado e tantos (as) outros (as) amigas, e familiares, que proporcionaram oportunidade e confiança na construção desse trabalho. A todas muito obrigada!

RESUMO

O estudo retrata as experiências da mãe e familiares no cuidado à saúde da criança e reflete sobre a situação da mãe-acompanhante e a necessidade de um programa de educação permanente de apoio às famílias de crianças hospitalizadas. É fundamental uma relação harmônica e compreensiva dos profissionais com os familiares das crianças em situações de saúde e doença, pois estes tem relação direta com seus pais, cabendo ao enfermeiro conhecê-los para melhor cuidar. Os informantes foram os acompanhantes e outros familiares da unidade de pediatria de um hospital da rede pública do SUS em Fortaleza-Ceará, no período de janeiro a dezembro de 1997. É uma pesquisa baseada nos pressupostos da etnoenfermagem na Teoria da Universalidade e Diversidade Cultural do Cuidado (LEININGER, 1991). A coleta e análise de dados foram fundamentadas no modelo de observação - participação - reflexão. Os dados foram submetidos ao critério de organização e análise, tendo emergido dois temas culturais: Só a mãe conhece o filho - que destaca o papel da mãe no cuidado da criança, o seu reconhecimento de que só ela conhece e entende o filho e por isso sacrificava-se em alguns momentos para estar com ele. No cuidado diário, as mães mostram a relação de cuidados permanentes para mantê-lo saudável. O segundo tema - O que passei foi pra mim ensinar - mostra que as diversas situações vivenciadas pela mãe serviram para que ela aprendesse a agir em situações de saúde e doença do filho, tornando-a mais experiente e capaz de ajudá-lo no processo de ser saudável. Ficou claro que, nesse convívio intercultural, as mães aprendem condutas e práticas advindas de um saber popular e profissional. Mesmo havendo esta troca de experiências, poucas vezes os profissionais realizam intencionalmente e sem imposições as suas orientações. Entendo ser necessário conhecer os motivos, sentimentos e atitudes da mãe-acompanhante e familiares para que se possa refletir e implementar programas de educação e saúde permanentes e eficazes.

SUMÁRIO

| | |
|---|-----|
| 1 INTRODUÇÃO | 10 |
| 1.1 Objeto de estudo | 10 |
| 1.2 Objetivos | 15 |
| 2 REVISÃO DE LITERATURA | 16 |
| 3 CONCEPÇÕES TEÓRICICO-METODOLÓGICAS | 31 |
| 4 PERCURSO METODOLÓGICO | 40 |
| 4.1 Situando o estudo | 40 |
| 4.2 O modelo observação - participação - reflexão (O-P-R) | 40 |
| 4.3 Dimensão ética na pesquisa | 45 |
| 5 DESCRIÇÃO DOS CENÁRIOS DO ESTUDO | 48 |
| 5.1 contexto hospitalar | 51 |
| 5.2 contexto domiciliar | 59 |
| 6 DESCRIÇÃO DOS INFORMANTES DO ESTUDO | 66 |
| 7 DESCRIÇÃO DAS CATEGORIAS | 77 |
| 8 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS TEMAS CULTURAIS | 101 |
| Só a mãe conhece o filho | 101 |
| O que passei foi pra me ensinar. | 110 |

ABSTRACT

128

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

129

1 INTRODUÇÃO

1.1 Objeto do estudo

O enfermeiro tem assumido papel relevante na saúde da criança e da família, frente aos problemas de saúde que aparecem nesta população. A saúde da criança e da família tem servido de parâmetro de saúde da população geral. Por conseguinte, aumentam as responsabilidades deste profissional na melhoria da assistência a estes grupos.

A área de pediatria tem alcançado significativos avanços tecnológicos e científicos; porém, não substitui a dimensão integral do cuidado, que incorpora o conhecimento do ser criança com todas as dimensões capazes de favorecer-lhe crescimento e um desenvolvimento saudável. Para ELSÉN et al. (1994), cuidar da criança como um todo envolve vários aspectos, incluindo as relações interpessoais com a família, o desenvolvimento de ações que facilitem o conhecimento deste grupo, ajudando-o no seu processo de viver e ser saudável.

Na assistência à criança hospitalizada, encontram-se as inovações terapêuticas no campo da assistência psicoemocional que buscam minimizar os efeitos dramáticos advindos da hospitalização. A presença da mãe-acompanhante, como fator atenuante destes problemas para a criança, é reconhecida pelos profissionais da área pediátrica, dentre outros que estão preocupados com a saúde da criança. A permanência de um dos pais com a criança no ambiente hospitalar é garantida em lei, desde a Resolução do INAMPS nº 104, que tem como fundamento a Portaria do MPAS nº 3.522/85 (BRASIL, 1985). Conforme esta Resolução, é permitida a presença de acompanhantes para recém-nascido patológico, e, dependendo das condições de infra-estrutura do alojamento materno, aos acompanhantes de crianças menores de 14 anos e excepcionais. A partir de 12 de outubro de 1990, entrou em vigor o Estatuto da Criança e do Adolescente, que assegura esse direito para todas as crianças, conforme Cap. I Do direito à vida e à saúde, Art. 12:

Os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente (BRASIL, 1990).

De acordo com este artigo, as instituições têm a responsabilidade de prover condições adequadas ao acompanhante; entretanto, cabe a nós cuidadores e aos receptores do cuidado, fazer valer esse direito e tirar proveito dessa oportunidade para conhecer a criança e suas relações familiares, pois o atendimento integral à criança inclui estes aspectos associados ao contexto sociocultural em que está inserida.

Minha experiência e estudos na área mostram que nenhuma ação de promoção e assistência à saúde da criança terá êxito, se não for incluída em seu ambiente familiar pois, para entendê-la, é necessário entender a família. A relação do profissional com a criança é mediada pela mãe e ou familiares. Neste caso, é indispensável promover meios de estimulá-la a se integrar no tratamento e recuperação da criança, ensejando-lhe a oportunidade de buscar melhoria na qualidade de saúde de seus membros.

Percebe-se, conseqüentemente, que é necessário orientar adequadamente a mãe, considerando e respeitando a sua cultura. Conhecer as suas experiências e atitudes ao cuidar do filho deve estar inserido nos planos de assistência integral à saúde da criança, para que os objetivos sejam alcançados. Isto permitirá o planejamento de ações focalizando a educação para a saúde, com a participação da família.

A cultura é a aquisição de experiência e também um meio de adaptação aos diferentes ambientes. Com isto, o homem pode aprender a modificar o seu comportamento (LARAIA,1986). Nesta mesma acepção, vale referenciar FREIRE (1994), quando este afirma que é através do trabalho que o homem transforma a natureza em cultura, e ao transferir o uso de seus instrumentos às gerações mais jovens, faz educação. Para ele, é nessa dimensão da vida que o

homem consegue ser livre, crítico e participativo. Ainda corroborando a idéia de educação envolvendo o contexto familiar, DEMO (1996) acredita que a própria vida é um espaço naturalmente educativo, com aprendizagem contínua, a partir do sofrimento e da experiência acumulada. A família, mais do que ninguém, educa todo dia e toda hora, sendo a instância mais responsável pela emancipação dos filhos. Na visão do autor, as experiências da família, o conhecimento adquirido e repassado aos seus membros é cultura e educação.

É na família que são aprendidas e repassadas as primeiras atitudes de cuidado à saúde, que são influenciadas pelo contexto sociocultural e ambiental em que estão inseridas. Portanto, nos cuidados de saúde, a família leva consigo essa bagagem cultural que, de certo modo, guia as condutas a serem tomadas. Para PATRÍCIO (1996), não basta conhecer e respeitar a cultura; é imperioso que se dê oportunidade para o tornar-se politizado, buscando-se os direitos de cidadania.

A mãe-acompanhante de criança hospitalizada, como membro da família, é uma pessoa que tem muitas funções junto ao filho internado, contribuindo para a recuperação e bem-estar do pequeno cliente, além de prestar informações aos profissionais sobre os pontos que envolvem o processo saúde-doença. A hospitalização da criança implica uma relação interativa da família com a equipe de enfermagem. Entretanto, percebemos o distanciamento dessas relações, bem como a ausência de conhecimentos relacionados ao contexto sociocultural da criança, por parte dos profissionais, o que resulta em ações pouco eficazes.

Desde o início de minhas atividades como enfermeira pediátrica, venho me inquietando com o relacionamento dos profissionais da saúde, com os familiares das crianças. Quando assumi a função de enfermeira na Unidade de Pediatria onde hoje trabalho, fazia dois anos que estava formada e que atuava como enfermeira. Muitas dúvidas se fizeram, pela minha incerteza no atendimento. Sensibilizava-me com o sofrimento do cliente, com o choro e com

o olhar triste, e com a inabilidade das mães em lidar com a criança e, muito mais, com falta de apoio à mãe por parte da equipe hospitalar.

Estes problemas formavam em mim questionamentos, e aos poucos, fui entendendo que precisava aperfeiçoar a minha forma de cuidar, em relação aos procedimentos técnicos, trabalho em equipe, mas fui impulsionada, também, a melhorar o relacionamento com os familiares. Ao assumir o cargo de chefia da Unidade Pediátrica, diante de tal responsabilidade senti-me motivada a contribuir na melhoria da assistência à criança, e a mãe-acompanhante era o alvo de minha atenção. Ainda de forma tímida, procurava discutir com a equipe de enfermagem, dizendo que era preciso dar maior atenção às mães, pois permaneciam junto à criança, durante todo o período de internação. Certamente o seu bem-estar, a aceitação do tratamento, favoreciam a recuperação. Tive momentos de embate com pessoas do grupo de trabalho que não aceitavam as idéias da mãe, nem mesmo respondiam aos seus questionamentos relacionados ao tratamento da criança, mas, lentamente, fui percebendo mudanças em algumas pessoas da equipe.

Na Unidade de Pediatria, o enfermeiro além das atividades assistenciais está à frente de funções, técnicas e administrativas. No envolvimento com o cuidado de enfermagem, evidencia-se a necessidade de uma interação com a mãe acompanhante. Este relacionamento é condição indispensável ao desempenho de ações que venham contribuir na melhoria da assistência.

Ao realizar o Curso de Especialização em Enfermagem Pediátrica e Neonatológica, participei de muitas discussões sobre humanização da assistência à criança, interação com a família e outros assuntos pertinentes. Para conclusão do referido Curso, realizei uma monografia sobre alojamento conjunto em pediatria. Esta oportunidade despertou-me para uma consciência crítica do verdadeiro papel da enfermeira pediátrica e a relevância de uma abordagem adequada à família da criança hospitalizada. No entanto, constatei algumas

limitações nesse estudo, acredito que pela própria inexperiência e em razão do método utilizado, que talvez não tenha sido adequado.

A busca de conhecimentos na área pediátrica e na pesquisa do tipo qualitativa permitiu-me muitas reflexões de como explorar temas sobre a família e o cuidado da criança hospitalizada. Na oportunidade em que realizei o Curso de Antropologia em Enfermagem, que abordou também a Enfermagem Transcultural, passei a interessar-me pelo assunto, buscando neste referencial opções que, ao meu olhar, viessem contribuir para melhoria no ensino, na pesquisa e na assistência de enfermagem pediátrica.

Ao iniciar o Curso de Mestrado em Enfermagem, procurei estruturar um problema objeto de investigação que fizesse parte do meu cotidiano, e atentei para os meus questionamentos sobre a mãe e/ou acompanhante de criança hospitalizada. Em seguida, comecei a buscar na literatura conhecimentos que subsidiassem a temática. A troca de opiniões com colegas e professores reforçaram minhas idéias e minha opção pela pesquisa qualitativa.

As reflexões desse estudo emergem de uma realidade, da qual faço parte, atuando como docente de universidade pública estadual, na disciplina Enfermagem Pediátrica, e como enfermeira assistencial, na Unidade de Pediatria, pertencente a um hospital de referência do Sistema Único de Saúde. Estas atividades de docente e assistente se complementam e ambas representam para mim uma perspectiva de busca contínua na melhoria da qualidade de assistência infantil.

A partir desta prática universitária e de minha vivência com a criança hospitalizada, senti a necessidade de investigar as experiências da mãe-acompanhante no cuidado à saúde da criança. Portanto, este foi o meu objeto de estudo. Acredito que experiências, crenças e valores culturais sejam significativas, interessando ao enfermeiro conhecê-las para melhor cuidar. É então, a partir dessa perspectiva, que desenvolvi a investigação, procurando aproximar-me dos fenômenos relacionados às seguintes indagações:

- Que experiências tem a mãe ao cuidar da saúde da criança ?
- Que fatores influenciam as práticas e decisões da família no caminho à saúde da criança ?
- Como age a mãe em sua trajetória de acompanhar um filho hospitalizado ?

Para responder a tais questionamentos, procurei delinear um estudo qualitativo, buscando opções na etnoenfermagem na intenção de compreender esse fenômeno. Considero que o conhecimento nesta área vem contribuir para orientar o trabalho da enfermeira pediátrica, e, conseqüentemente, suas interações com a família.

1.2 Objetivos

Investigar o conhecimento cultural da mãe e familiares no cuidado à saúde da criança.

Descrever as experiências da mãe-acompanhante no cuidado à saúde da criança.

2 REVISÃO DA LITERATURA

A enfermagem como ciência e profissão tem, como objeto fundamental do trabalho - o cuidado de enfermagem. Propõe-se a cuidar do homem em todas as fases da vida. A evolução desta ciência tem definido as várias áreas de atuação do enfermeiro, e todas convergem ao seu objeto fundamental, em função da melhoria de saúde e de vida das pessoas.

O enfermeiro da área pediátrica vem ampliando seus conhecimentos visando a assistir melhor a criança e seus familiares dentro de um enfoque holístico e humanitário. Neste sentido, busca a compreensão do seu contexto sociocultural e familiar. Segundo SCHMITZ et al. (1989), a família é considerada a unidade básica de saúde, pois é através desta que a criança recebe e aprende os cuidados de promoção de saúde, prevenção de doenças e primeiros atendimentos curativos. Pensando como estes autores, compreendo que não podemos assistir a criança adequadamente fora deste contexto.

Para compreender a temática abordada neste estudo, teremos a fundamentação teórica em vários autores, conforme se apresenta.

A enfermagem pediátrica, de um modo geral, tem se esforçado para propiciar uma atenção mais humanizada à criança, também relativa à sua saúde, considerando o seu aspecto biopsíquico, social e ambiental. Ainda somos influenciados pelo modelo biomédico, mecanicista, que permeia os serviços de assistência à saúde. Embora esse modelo apresente algumas vantagens, tem suas limitações e impede uma visão integral, capaz de nortear os problemas gerais de saúde da população.

O cliente pediátrico tem uma condição específica, em face de sua vulnerabilidade, tanto física como emocional. A visão holística é a mais próxima e possível do processo saúde-doença, incluindo o sistema familiar e a comunidade, valorizando-se as ações de promoção e prevenção, tanto quanto as de recuperação e reabilitação (SAYEG 1992). Esta é uma forma viável de

atendimento integral, na qual a área pediátrica precisa avançar, entendendo que as ações em benefício da saúde da criança, devem acontecer articuladas, valorizando-se prioritariamente e simultaneamente as de promoção à saúde. A prioridade deve ser a integralidade, valorizando-se o contexto sociocultural.

Ainda percebo a fragmentação do cuidado à criança mediante o atendimento apenas ao problema ou à doença, de forma fragmentada, sendo assumido por outros o social, o psicológico e outras áreas fundamentais de atendimento ao homem. Quando se limita o cuidar apenas das necessidades biológicas, considera-se, neste caso, a enfermidade como um fenômeno unicausal, não se dando significado aos multifatores, ações e reações, inclusive o emocional. Na realidade, saúde e bem-estar, são um complexo que inclui vários aspectos da vida.

A proposta de atendimento à criança deve contemplar os vários aspectos de integralidade e, sobretudo, o contexto familiar que inclui os sócio-culturais.

A hospitalização traz para a criança transtornos emocionais e de conduta nocivos ao seu desenvolvimento. O ambiente hospitalar foge muito do seu ambiente familiar e social, além de propiciar outras condições ameaçadoras para a criança, que, sem dúvida, necessitará em todos os momentos de proteção, carinho e afeto dos pais ou de outra pessoa que tenha bastante afinidade com ela (QUEIROZ, 1994) Numerosos estudos esclarecem as reações da criança durante a hospitalização e ainda os meios de amenizar os traumas decorrentes do período em que a criança fica afastada de seu *locus* e permanece em um ambiente hostil.

SPITZ (1979) estudou criteriosamente os sintomas apresentados pelas crianças separadas de suas mães e os descreveu como sendo regressões graves. Para ele, a ausência da mãe equivale à carência emocional, levando à interrupção no desenvolvimento psicológico da criança, paralelamente a mudanças somáticas, tendo como consequência predisposição a infecções. Descreve como síndrome de carência parcial, denominada "depressão anaclítica, e a síndrome de carência total, o "hospitalismo". Este pode ser compreendido

como a ausência de cuidados maternos afetivos, quando a criança é submetida a vários tipos de institucionalização, dentre eles, a hospitalização. Adverte também para o fato de que os estados emocionais desfavoráveis alteram o sistema imunológico, facilitando os agravos à saúde.

São variadas as reações apresentadas pela criança quando fica afastada do seu ambiente natural e, principalmente, longe da mãe, sem um substituto aceitável, ao que se somam estresse, medo, perda de controle e lesão corporal (WHALEY & WONG, 1989). As autoras comentam as principais reações e comportamentos, de acordo com a faixa etária. Estes aspectos com algumas adaptações, são apresentados a seguir:

Os RN e lactentes - durante o processo de hospitalização, apresentam aparência geral de infelicidade, são inativos e retraídos, têm choro freqüente, apatia, pouca resposta aos estímulos, sono agitado e dificuldade para ganhar peso.

Em crianças de 2 a 5 anos, as reações apresentam-se em 3 fases:

- 1- Angústia ou protesto - Fica inquieta, recusa alimentação, grita, espremeia, tem dificuldade para dormir, pede a mãe.
- 2- Desesperança - a criança apresenta-se aparentemente adaptada à situação, já não acredita que a situação possa mudar, não expressa medo e sim tristeza e indiferença.
- 3- Regressão, negativismo - não rejeita atenção, pode se apegar a alguém, à comida, ou a brinquedos: pode sorrir e ser sociável; aparentemente vai bem. Apresenta ansiedade, medo, culpa e comportamento imaturo.

Nas crianças de 6 a 10 anos, os comportamentos de protesto, desesperança ou negação deixam de ser observados. Porém, as crianças apresentam reações de ansiedade da separação, raiva, hostilidade e preocupação com a privacidade e temor de perder habilidades já adquiridas.

Em adolescentes, destacam-se os comportamentos de insegurança, ansiedade, rejeição dos procedimentos, raiva, depressão, rejeição afetiva, masturbação e instabilidade emocional.

Mediante o exposto, percebo a responsabilidade dos profissionais em conhecer tais problemas, buscando opções que possam minimizá-los, lembrando que cada criança tem características individuais que determinam sua maneira de agir. WHALEY & WONG (1989) comentam sobre as intervenções de enfermagem nestas circunstâncias, destacando, principalmente, as de apoio, ajuda e estímulo aos pais para permanecerem com a criança, auxiliando-os na assistência, entrevistando-os para conhecer os hábitos, maneiras de confortar e atender suas necessidades, desenvolver atividades recreativas e outras ações de conforto, alívio da dor e do estresse, que variam de acordo com o problema individual. Acrescento que a resposta de cada criança à hospitalização também depende das relações com os pais, essencialmente do apego à mãe.

Ações de promoção à saúde, evitando que a criança adoça, e a prevenção de seqüelas que possam decorrer da doença e hospitalização, constituem ações relevantes na pediatria. Considerando que muitas vezes é inevitável o tratamento hospitalar de algumas moléstias que afetam a criança, são necessários conhecimento e compreensão desse estado como um problema sério, que requer a busca de estratégias propiciaodoras de melhoria nas condições de hospitalização infantil. As preocupações apenas com a patologia mostram-se insuficientes para atender às necessidades de integralidade apresentadas pela criança e sua família.

Vários fatores causam sofrimento à criança hospitalizada, como o ambiente hospitalar, separação dos pais, dor e desconforto físico, falta de informação, alteração no relacionamento pais-crianças e o medo de morrer . Estes fatores variam em cada criança, dependendo de sua experiência, idade, qualidade das relações familiares e do atendimento recebido durante a

internação. É no núcleo familiar que a criança doente encontra apoio e alívio para os seus sofrimentos (ÂNGELO, 1986).

Entendo que a mãe-acompanhante, também, deve formar um vínculo com a equipe de saúde, para juntos discutirem a respeito do tratamento e recuperação da criança. No entanto, percebe-se que muitos profissionais da área demonstram desaprovação das suas ações e dão pouca atenção às suas informações e perguntas, ou seja, bloqueiam os canais de comunicação e participação da mãe. Às vezes, são convidadas a sair de perto dos filhos, quando estes são submetidos a procedimentos ameaçadores, com a desculpa de que atrapalham (ÂNGELO, 1986).

O processo comunicativo influencia a relação com o cliente. O enfermeiro precisa conhecer as técnicas que denominamos de habilidades no processo interativo, incluindo-se a arte de escutar. Esta além de favorecer o envolvimento e o conhecimento da criança e família, é uma forma de oferecer-lhe apoio e confiança no tratamento (QUEIROZ, et al. 1997). Complementando este aspecto, WHALEY & WONG (1989, p. 59) chamam atenção para a comunicação com os pais de crianças hospitalizadas, advertindo quanto aos preconceitos e julgamentos, pois estes alteram a comunicação influenciando na confiança, segurança e interesse dos pais, e ainda, provocando distanciamento. Para elas, *o valor da comunicação efetiva é a maior compreensão entre a enfermeira, a criança e sua família.* A inclusão dos familiares no processo terapêutico implica ato comunicativo com a criança, mas, também, com as pessoas significativas em suas vidas.

A forma de comunicação com a família é muito importante nas informações sobre a doença e condição de saúde dos familiares; esta pode tomar vários sentidos, conforme a maneira como é dita. Nesse caso, é importante conhecer qual a melhor forma de dizer a “verdade” aos familiares, sem comprometer ou descomprometê-los. É necessária uma avaliação criteriosa e individual para cada situação (WHALEY & WONG, 1989). Vale ressaltar que

toda situação crítica não compreendida pela mãe, que lhe traz transtornos, afetará sobretudo o tratamento e recuperação da criança, considerando que, em muitas ocasiões, é a mãe quem decide, principalmente fora do ambiente hospitalar.

ÂNGELO (1986, p. 101) discute a visão da criança sobre a hospitalização dizendo que é diferente da visão do adulto. Este a percebe em termos racionais, lógicos e práticos, enquanto a criança *vê a experiência em termos de sua realidade psíquica, sensações e percepções próprias à imaturidade*, ou seja, muitas vezes suas ações e reações não são compreendidas pelos adultos. Neste caso, é imperiosa também uma comunicação efetiva com a criança, explicando o que vai acontecer e como vai ocorrer de acordo com seu nível de compreensão.

Sendo a mãe mediadora entre a equipe e a criança na resolução dos problemas de sua saúde e no equilíbrio emocional do filho nas circunstâncias de hospitalização, sua presença requer atenção especial, conhecimento de suas necessidades, crenças e atitudes, ajudando-a a superar as dificuldades e envolvendo-a no cuidado à saúde da criança.

Concordamos com MACHADO (1979), quando diz que a imposição de rotinas prontas e rígidas, e a falta de comunicação bloqueiam a participação familiar no cuidado com a criança. Dificilmente, o pediatra lida diretamente com a criança, pois sua atenção é mediada pela família, em geral representada pela mãe. Esta, à medida que cuida da criança enferma, age e reage a um jogo de interações em que ocorre o risco de não manter uma posição “correta”, atuando ineficazmente, causando prejuízo ao tratamento da criança.

Uma interação positiva com a mãe deve fazer parte do trabalho do enfermeiro, se desejar que a mãe participe no tratamento da criança. Sem o conhecimento das expectativas e até da experiência da mãe, ou de outra pessoa que assume o cuidado, torna-se difícil implementar ações de promoção e elevação do nível de saúde, visto que são necessários a participação e o interesse para que haja aprendizagem.

Para as mães, a resolução do problema de saúde deve ter prioridade. No entanto, quando se afasta de casa para acompanhar o filho, outras situações aparecem no ambiente domiciliar, ocasionadas pela ausência de um dos pais. Isto ocorre, principalmente, quando a família é numerosa e tem outra criança menor, dependente dos cuidados maternos. VALLE (1988) ressalta que, em situação de doença da criança, são possíveis dois tipos de ajuda à família: a instrumental, de ordem prática, e o apoio emocional. A primeira refere-se à colaboração efetiva quanto aos problemas domésticos, financeiros e outros relacionados à própria estrutura hospitalar, como instalações adequadas para acomodá-la, por exemplo. Os problemas de ordem emocional envolvem principalmente doença e sofrimento da criança. Um atendimento adequado à criança deve levar em conta as expectativas dela e, na medida do possível, o entendimento da família.

Questionando a conjunção de problemas da mãe e da criança em ambiente hospitalar, a mesma autora referencia Koch (1983), ao recomendar que a família seja considerada pelos membros da equipe de saúde como uma unidade de intervenção, assegurando o acompanhamento das necessidades gerais de ambos. Sem dúvida, o vínculo afetivo entre mãe-filho e as responsabilidades que envolvem a família ao cuidar dos filhos os tornam inseparáveis, principalmente em situações de doença e hospitalização.

A doença e a hospitalização trazem transtornos físicos e emocionais, principalmente na criança, como também modificam a dinâmica da família. Para algumas mães, ter um filho doente parece ser tão doloroso quanto deixar outros menores em casa sem acompanhamento adequado e, às vezes, até com fome. A sobrecarga emocional e os conflitos surgem, deixando-as desordenadas. Além de tudo, deve adaptar-se, aceitar as normas hospitalares e vivenciar todo o sofrimento da criança, que, na maioria das vezes, perde sua identidade como pessoa e criança. Um diálogo aberto, um relacionamento adequado que indique

uma relação Eu-Tu com a criança e familiares, certamente, contribuirá na solução dos problemas físicos e emocionais de ambos.

A permanência de um dos pais junto à criança hospitalizada enseja à equipe de saúde, como um todo, conhecer parte do contexto familiar e sociocultural em que está inserida. WHALEY & WONG (1989) afirmam ser a família um sistema de partes interdependentes. A existência de doença e hospitalização afeta cada membro em graus variáveis. Em circunstâncias normais, o pai representa a força dominante da família. Entretanto, quando o filho adoece, a mãe é geralmente a força principal, no sentido de ser a pessoa mais adequada para acompanhar o filho. As afirmações suscitam a necessidade de intervenção da equipe multiprofissional com membros da família que assumam o papel de acompanhante, a fim de apoiar e ajudar na recuperação.

Faz-se mister lembrar que a proximidade do familiar com a criança, neste período difícil, deve ser valorizada e estimulada, pois fortalece os vínculos afetivos, traz apoio e segurança, diminuindo as seqüelas decorrentes da hospitalização. O acompanhante no ambiente hospitalar também presta informações valiosas sobre as condições de saúde e doença e, sobretudo, o modo de viver de sua família. Estas informações podem ser colhidas quando o profissional é capaz de dar abertura para a família, sendo-lhe possível de ouvir refletir, com ela e oferecer opções de ajuda.

SANTOS et al (1984) enfatizam o fato de que uma pessoa significativa junto à criança hospitalizada pode ser o intérprete dos seus desejos e ansiedades para a equipe, e deve ser incluída no plano terapêutico. ÂNGELO (1983) defende o trabalho educativo desenvolvido pela equipe multiprofissional com a família da criança, em todo o período da internação, ressaltando-se, sobretudo, o caráter preventivo, bem como a continuidade do tratamento no domicílio. Esta atividade deve ser iniciada logo na internação, durante a permanência na unidade, reforçando-se as orientações na ocasião da alta. Neste momento, a ansiedade e as preocupações interferem na aprendizagem das informações.

Desse modo, podemos sentir a necessidade de interação contínua e efetiva da equipe de enfermagem com a família, entendendo suas práticas de saúde que interferem no cuidado com a criança, lembrando que qualquer pessoa que fique acompanhando traz consigo valores e crenças que devem ser conhecidas e respeitadas num processo de troca de experiências (MONTICELLI, 1997).

Para um melhor entendimento sobre o contexto familiar e cultural e sua influência no processo saúde-doença, vale ressaltar os conceitos de família, criados pelo Grupo de Assistência, Pesquisa e Educação na área da família (GAPEFAM), os quais reúnem vários atributos sobre família:

- Unidade dinâmica constituída por pessoas, ligadas por laços consangüíneos, interesse ou afetividade;
- possui crenças, valores e conhecimentos;
- é influenciada por sua cultura e nível sócioeconômico;
- provê meios para crescimento e desenvolvimento de seus membros;
- promovem meios para saúde e bem-estar de seus membros;
- interagem com famílias em diversos níveis de aproximação.

Estes conceitos definem família e as ações que esta desenvolve para manter / tornar-se saudável. Após estudos e reflexões, o GAPEFAM formulou o conceito sobre família: *é uma unidade constituída por pessoas que se percebem como tal e que convivem por determinado espaço de tempo, com sua estrutura e organização para atingir objetivos comuns e estão unidas por laços consangüíneos, adoção, interesse e ou efetividade* (PENNA, 1992 p. 72).

COSTA et al (1986, p.107) ressaltam o fato de que o enfermeiro assume papel de destaque junto à família em suas funções de ajuda e apoio a este grupo social. Afirma ser a família *célula mater da sociedade, estrutura original do homem e do seu ambiente direta ou indiretamente influenciada pelos fatores biopsicossociais*.

Os conceitos mais abrangentes de família incluem a cultura como fator que influencia o modo de vida das pessoas; portanto, são indissociáveis do

complexo familiar no processo saúde-doença. Indubitavelmente os fatores familiares, incluindo a cultura, interferem nas práticas de saúde e solução dos problemas relativos a estes.

As condições precárias em que vivem muitas famílias impedem o desenvolvimento de seus membros, repercutindo desfavoravelmente as condições necessárias para as transformações da sociedade. De acordo com KALOUSTIAN (1994), a família é o principal responsável pela alimentação e pela proteção da criança, infância e adolescência. Por isso, todos os esforços devem ser feitos para evitar que a criança seja separada de sua família. Se for inevitável, que receba atenção familiar apropriada de outras fontes. A situação de bem-estar das crianças tem relação direta com a possibilidade de a família manter condições estáveis para seus membros.

Nesse sentido, ressalto a importância de a intervenção dos profissionais responsáveis pelas áreas da família, de *per se*, proporcionar fatores condicionantes ao bem-estar que favoreçam educação e saúde, fatores básicos para a vida.

A família representa o grupo social em que se formam os primeiros conceitos de valor e laços emocionais, elementos estruturais importantes na formação da personalidade. A concepção de vida em comum, reunindo vários laços consanguíneos ou não, é representada pela família, a qual é considerada uma unidade social indispensável ao desenvolvimento de seus membros e conseqüentemente da sociedade (COSTA et al, 1986).

Neste sentido, a família como unidade social é básica, importante para o crescimento e desenvolvimento da criança e deve participar ativamente das decisões e condutas relativas à sua saúde. A forma de agir e participar das ações de cuidado à saúde dos filhos procede das condições socioculturais e das experiências adquiridas em seu meio social. A família, especialmente, a mãe, assume papel prioritário na estruturação de seus membros e na transmissão de conhecimentos. BOEHS (1994, p.123-124) afirma que

A família nos seus diferentes estágios realiza tarefas entre as quais está o cuidado que é essencial para o nascimento, crescimento e desenvolvimento e sobrevivência dos membros da família e desta como um todo, sendo influenciada pela cultura, estrutura social e ambiente físico.

A autora ainda acrescenta que o cuidado é a essência da enfermagem, porém não é exclusivo à profissão; lembra que a família também cuida e, em seus atos, estão as experiências adquiridas de conhecimentos populares, mas também ensinamentos, orientações advindas do contato com profissionais. Aos profissionais que desenvolvem atividades que requer em participação da família torna-se indispensável a profundidade desse conhecimento, e assim, exercer a profissão utilizando conhecimentos e a experiências trocadas com as famílias. ELSÉN et al. (1994), ao estudar a relação familiar na educação, ressaltam que esta deve ser iniciada a partir dos interesses e necessidades das famílias. Ao profissional compete o papel de conscientizá-las e capacitá-las por meio de conhecimento e reflexão de sua realidade, auxiliando-as na tomada de decisões e redirecionamento de suas práticas.

Para desenvolver um trabalho que contemple as necessidades da criança em consonância com a família, é necessária, também, a multidisciplinaridade. Para integrar as formas de cuidado popular com as experiências profissionais, deve-se conhecer mais profundamente as famílias, priorizando as expectativas e necessidades dos clientes, por meio de um projeto multidisciplinar articulado, em que se procura eliminar barreiras entre o conhecimento profissional e o conhecimento popular (GONZALEZ, 1993), haja vista que, *os educadores conhecem a resistência que oferecem certas crenças arraigadas no indivíduo, influenciando a maneira de conceber a saúde e a doença que, por sua vez, dependem de outros valores relacionados com a sua realidade* (MONTICELLI 1994-a, p.11). Para esta autora, o cuidar-educando tem o sentido de levar em consideração o contexto cultural do indivíduo ou dos grupos e compreende-se a

cultura dos indivíduos que se cuida como dominada e que se quer libertar através de ações educacionais.

No processo de educar para o auto-cuidado individual e/ou familiar, se faz necessário conhecer o ser humano e motivá-lo a participar desta ação, aproveitando o seu potencial. Estas observações coincidem com as expressas por LEÔN (1996), quando este diz que uma ação eficiente e permanente em saúde requer o conhecimento do indivíduo em suas circunstâncias. Para o autor, o conhecimento do indivíduo implica compreender suas crenças, seus hábitos e as suas circunstâncias. Neste mesmo sentido, defende a premissa de que não se pode cuidar da saúde de outro, se este não quer fazê-lo por si. Assim, é necessário, além de conhecer os aspectos que condicionam o modo de vida das pessoas, motivá-las para ações positivas que elevem o nível de saúde.

Esta visão evolucionista e social tem sido pano de fundo para as ações primárias de saúde ao grupo materno- infantil; é fundamental à saúde da população em geral. Portanto, deve ser implementada em todas as oportunidades que se tem, ao tratar de saúde e educação.

O enfermeiro, atuando no cuidado à criança, precisa conhecer e agir respeitando a realidade em que ela está inserida. A interação com a mãe-acompanhante é uma oportunidade para orientar, a partir de uma consciência crítica, sobre o que deve ser feito na promoção da saúde da criança e seus familiares.

Alguns profissionais, por não conhecer e buscar esta realidade, tornam-se insensíveis a essa prática. A subestimação das experiências e das atitudes das pessoas que não coincidem com nossa cultura é comentada por LARAIA (1986, p.69-70):

A nossa herança cultural, desenvolvida através de inúmeras gerações, sempre nos condicionou a reagir depreciativamente em relação ao comportamento daqueles que agem fora dos padrões aceitos pela maioria da comunidade.

A tendência de depreciação do comportamento das pessoas fora de nossa cultura, embora seja um fato intrínseco ao agir de cada grupo social, pode ser superada ao entendermos a origem de suas atitudes, que podem até ser negativas ou perigosas, mas para eles são importantes. Cabe ao profissional ouvir e orientar respeitando suas idéias e não apenas recriminá-las. CABRAL & TYRREL (1995) ressaltam que a enfermeira que cuida da criança não deve desconhecer a cultura da família e do grupo social a que pertence, mas entender que o estilo de cuidar está vinculado à realidade de cada grupo social.

Complementando este pensamento, BOEHS, MONTICELLI e ELSEEN (1991, p.36) alertam: *A enfermagem no processo de cuidar deve levar em consideração a família e as percepções desta, para que possa haver diálogo e respeito mútuo.* Referenciam Leopardi (1988), ao comentar que as percepções das pessoas em relação aos cuidados estão de acordo com o sistema social em que aparecem. Para nós profissionais, é fundamental estabelecer as possíveis relações entre as percepções do indivíduo e seu ponto de vista sobre saúde. A compreensão destas relações favorecerá o diálogo enfermeiro-cliente, onde se considere seus valores, crenças e práticas, fugindo dos estereótipos.

Ainda que, em nosso meio, não seja comum estimar estas relações, na assistência à criança, precisamos estabelecer interações efetivas com a mãe, se pretendermos atingir o máximo de sua contribuição no cuidado ao filho.

Em se tratando das relações com a família de crianças, comumente, o estilo que a mãe adota para cuidar de seus filhos e socializá-los, integrando-os ao mundo dos adultos, é resultado do processo de aprendizagem que é adquirido ao longo do tempo, ensinado de gerações a gerações, sendo que *A transmissão de conhecimentos varia em função do contexto social, cultural e dos valores que permeiam uma determinada sociedade num momento histórico específico* (CABRAL & TYRELL 1995, p.189).

Na assistência pediátrica, solicitamos continuamente à mãe para cuidar da criança, conforme ensinamos, baseados em conhecimentos científicos, incluindo

também nossas experiências. A não obtenção de resultados satisfatórios pode estar relacionada com a dificuldade do entendimento, por parte da mãe, de nossas orientações. A comunicação pode ser bloqueada, também, pelas circunstâncias em que se encontra a mãe durante a fase de doença e internação do filho.

O enfermeiro, na assistência à criança hospitalizada, tem amplas oportunidades de desenvolver atividades com ênfase nos cuidados educativos. Em sua prática social, tem como objetivo primordial proporcionar ao cliente condições favoráveis à sua saúde. É, portanto, através de comunicação - ensino aprendizagem- que pode desenvolver esta prática e modificar realidades vivenciadas por famílias carentes de aconselhamento à sua saúde.

MONTICELLI (1994-b) considera que os fatores culturais são relevantes ao processo educativo na área de saúde. É necessário levar em consideração o contexto cultural dos indivíduos ou grupos nos aspectos de tratamento, cura e outros inerentes à saúde-doença. Embora sejam entendidos vários conceitos e percepções do cuidar holístico, muitos profissionais ainda assumem posturas curtas e lentas, sem valorização destes aspectos.

A educação é o instrumento básico que traz transformação social por meio de informações e experiências sobre a saúde. Aprender significa mudar de comportamentos, vivenciar novas experiências.

A relação entre profissionais de saúde, equipe de enfermagem e a família da criança (sadia ou doente) depende da forma como estes profissionais vêm e abordam a família, e, inclusive da natureza das informações trocadas. No âmbito desta relação está presente a cultura de cada um.

HUERTA et al. (1986) dão ênfase ao fato de as responsabilidades assumidas pela mãe e o sentimento de culpa e medo interferem em seu relacionamento com o filho, resultam em ansiedade, e às vezes, até revoltam. Estes comportamentos dificultam o relacionamento com a equipe de saúde.

Conforme temos observado, mesmo que o tratamento esteja sobre a decisão da equipe de saúde, o êxito total depende da aderência e contribuição dos familiares. Quando nos colocamos favoráveis a que a mãe cuide e fique ao lado do filho, estamos concordando com que participe do tratamento. Em contrapartida, temos que orientá-la de acordo com suas condições, ajudando-a a superar as dificuldades advindas da situação estressante que a incomoda no momento.

Além disso, para que haja um entendimento entre o que os profissionais esperam e o que a mãe faz ao cuidar da criança, é necessário que conheçamos parte de sua experiência, de suas crenças e valores culturais. Então, o planejamento de nossas ações deve ser baseado nestes aspectos e não somente na forma de pensar dos profissionais.

As crenças, os valores e as práticas das famílias fazem parte da realidade social, influenciam suas formas de perceber e agir em determinadas situações do *continuum* saúde-doença, ou seja, a cultura, de certo modo, determina a maneira de viver das pessoas e, conseqüentemente, sua forma de cuidar da saúde.

3 CONCEPÇÕES TEÓRICO - METODOLÓGICAS

O referencial teórico e metodológico fornecerá melhor compreensão do método e da teoria utilizada no estudo. Entendo que ambos estão interrelacionados e expressam vinculações entre a experiência e o conhecimento dos autores que fundamentam e direcionam o estudo. Destaco, também, os conceitos básicos referentes à realidade construída.

A pesquisa qualitativa propicia uma compreensão do fenômeno estudado. Privilegia os aspectos subjetivos dos atores, suas percepções, buscando o significado do fenômeno investigado. Uma das raízes da pesquisa qualitativa está no campo da antropologia. Com Malinowski (1953), surgiu o método etnográfico. A pesquisa etnográfica já tem o significado de pesquisa qualitativa, embora alguns pesquisadores usem indistintamente ambas as expressões, referindo-se a uma mesma atividade (TRIVINOS, 1987). O mesmo autor comenta que pesquisadores na área de ciências sociais e humanas perceberam que as informações sobre a vida das pessoas não podem ser quantificadas. Nas ciências sociais e humanas, o objeto de estudo é, principalmente, o homem, com toda a sua complexidade. Portanto, requer um método de compreensão, reflexão e descrição de uma dada realidade a partir das concepções dos sujeitos.

MALINOWSKI (1970) considera que o ponto real de todos os ramos da antropologia é o estudo científico da cultura, ou seja, a etnografia. A observação é uma técnica etnográfica e significa selecionar, classificar, isolar com base na teoria.

Assim, destaco algumas características que configuram uma pesquisa qualitativa: o contato direto e prolongado do pesquisador com a situação e as pessoas ou grupos selecionados, coletando dados que são predominantemente descritivos. As pessoas, os gestos e as palavras devem ser sempre referenciadas ao contexto onde aparecem, o ambiente natural deve ser valorizado como fonte direta de dados e o pesquisador como principal instrumento. A preocupação

com o processo é muito maior do que com o produto, procurando-se captar a perspectiva dos participantes, ou seja, como os informantes encaram os pontos que estão sendo focalizadas (LUDKE & ANDRÉ 1986). Em relação ao papel do pesquisador, os autores chamam atenção para o respeito com o informante. Além de se utilizar vocabulário adequado ao seu nível de instrução, deve-se respeitar o seu universo de valores culturais e preocupações do momento. O pesquisador deve desenvolver uma grande capacidade de ouvir atentamente, favorecer um diálogo espontâneo e direcionado ao que deseja investigar.

Sendo o pesquisador o principal instrumento, deve colocar sua sensibilidade para abstrair e referir as informações relevantes nos dados coletados. É significativo refletir sobre esses dados para melhor explorá-los e ou validá-los (WENGER, 1985).

A etnografia tem sido desenvolvida e usada pelos antropologistas, sendo os pioneiros Franz Boas (1920), Malinowski (1922) e Margaret Mead (1922). Este método procura captar e entender o modo de vida humana, dentro de seu contexto ambiental e cultural, buscando compreender os valores, atitudes e comportamentos de um grupo. Nas últimas décadas, as enfermeiras se têm interessado por esta abordagem em face do seu foco compreensivo e pelos objetivos da enfermagem em oferecer cuidados individualizados e totais - o cuidado holístico (LEININGER, 1985).

A etnografia descreve a cultura de determinado grupo social. Na enfermagem, o local para se realizar uma pesquisa etnográfica é onde existam pessoas, com as quais desenvolvemos atividades, incluindo as de cuidado à saúde (AMADOR, 1991).

Os pesquisadores que adotam a etnografia como método de investigação defendem a idéia de que, para o pesquisador apreender os significados da realidade investigada, há que conseguir uma participação ativa, compartilhando do mundo cultural dos sujeitos.

De acordo com SPRADLEY (1979), a etnografia descreve um sistema de significados culturais de um determinado grupo, a partir do ponto de vista dos sujeitos. Os conceitos de cultura formulados por vários autores nos fazem perceber o quanto é predominante este aspecto na vida de cada indivíduo ou grupo social. SPRADLEY (1979) *define cultura como conhecimento adquirido que as pessoas usam para interpretar sua experiência e gerar comportamentos*. Afirma que qualquer grupo de pessoas que partilhe conhecimentos, costumes, objetos e atividades é considerado uma cultura.

Para LARAIA (1986), o homem é o resultado do meio cultural em que foi socializado e a cultura condiciona a sua visão de mundo. Portanto, as apreciações de ordem moral e valorativa, os diferentes comportamentos sociais, são resultados de uma herança cultural.

Sendo a cultura um aspecto relevante na determinação do modo de viver das pessoas, interessa à enfermagem conhecê-la para melhor cuidar de seus clientes. Para LEININGER (1985), a cultura, como o mais amplo contexto de comportamento humano, tem um grande significado para os diversos estudos relacionados ao homem.

MONTICELLI (1994-a, p.21), buscando formular conceitos sobre cultura e a prática de enfermagem, ensina que

a cultura humana torna o indivíduo capaz de transformar o mundo e, na medida em que ele transforma o mundo, transforma-se a si mesmo. O processo é absolutamente dinâmico. Assim, não só cresce conhecimentos à sua vida, mas também a qualifica.

A cultura, de certo modo, orienta as pessoas a agir conforme seus padrões culturais. A família parece ser o canal mais importante da transmissão da cultura. Assim, podemos entender a importância desta, em várias ações que envolvem saúde e bem-estar.

Em relação à prática de enfermagem, LIMA et al. (1996) concordam com que é necessário conhecer a cultura, a conduta e o modo pelo qual estas

influenciam o processo saúde-doença. A compreensão de tais aspectos vem contribuir para o desenvolvimento e efetivação de programas de assistência e ensino voltados ao cliente em seu contexto cultural.

De acordo com GRAEDON (1990), para o enfermeiro comunicar-se e cuidar de seus clientes “de maneira adequada culturalmente”, deve ser capaz de entender a conduta, as crenças, as expectativas, ou seja, os antecedentes culturais de cada cliente. As respostas à enfermidade podem variar de uma cultura a outra, as diferenças culturais podem ser críticas no cuidado à saúde.

Em toda a história da evolução da enfermagem, tem-se procurado estratégias de maximização dos cuidados, tentando-se envolver o cliente, a família e a comunidade nas resoluções de seus problemas de saúde. O conhecimento e respeito às atitudes, crenças e comportamentos dos clientes são condições favoráveis à obtenção desses objetivos.

SILVA (1995) lembra que o saber nightingaliano vem sendo retomado por suas inegáveis contribuições. Florence, em suas concepções de saúde-doença, já priorizava sua atenção ao ser humano sadio ou doente, destacando a saúde como resultado do equilíbrio entre as influências ambientais, o estilo de vida e as potencialidades do ser humano. Implicitamente, o conceito de transculturalidade, cuidar holístico, já predominava na sua forma de cuidar.

De acordo com as referências citadas, as concepções de saúde e doença variam nas diferentes culturas, conforme a visão de mundo. A cultura condiciona a visão de mundo do homem. A compreensão por parte dos profissionais sobre a percepção e ponto de vista do outro a quem prestamos cuidados pode influenciar positivamente nas suas relações com o cliente, enquanto o desconhecimento vem bloquear a comunicação e efetivação dos cuidados à saúde. Assim, podemos perceber o quanto é importante conhecermos parte da cultura de nossos clientes, adaptando suas experiências à maneira correta de obter saúde.

Na intenção de compreender o modo de viver, as atitudes das diferentes culturas, com o foco voltado à saúde, ou, especificamente, ao cuidado de enfermagem, vários enfermeiros vêm aprofundando o conhecimento, desenvolvendo pesquisas com enfoque no cuidado transcultural, por ser um referencial que atende o paradigma holístico..

Segundo CAPRA (1982), a atenção à saúde distante da visão holística torna-se fragmentada e propensa a manipulação, ao invés da cooperação e integração. Facilita a administração centralizada, em detrimento da participação de indivíduos e grupos nas questões referentes à saúde. Ainda lembra que os conceitos de vida e saúde estão intimamente relacionados. A concepção de um e a de outro dependem da pessoa em relação ao seu meio ambiente, e mudam de acordo com a cultura, ou seja com a visão de mundo, entendida em função de seus valores e crenças culturais.

→ O conhecimento da cultura das pessoas no cuidado à saúde evita que você rotule, discrimine, enfim, julgue, seu padrão de comportamento, revertendo em aceitação, respeito e entendimento dos valores culturais, conforme a perspectiva do cliente (LEININGER 1985). A autora defende a idéia de que o campo da enfermagem transcultural capacita o enfermeiro a assistir pessoas de culturas diferentes nas necessidades de cuidado à saúde, habilitando a estabelecer diferenças importantes dos indivíduos e grupos conforme seu mundo cultural.

Compreender esta dimensão do cuidado significa preparar-se para cuidar holisticamente, valorizando a pessoa como um ser social e cultural. Em LEININGER (1991), encontramos que as experiências de vida têm significados diversos em qualquer cultura ou subcultura. Estas experiências de cuidado cultural são influenciadas pelos valores culturais específicos, visão de mundo, fatores de estrutura social, uso da linguagem etnohistórica, contexto do meio ambiente e sistema de cuidados de saúde.

LEININGER é pioneira da enfermagem transcultural. Desde a década de 50, vem estudando como utilizar este conhecimento na prática de enfermagem. Com base nas disciplinas de sociologia, psicologia e antropologia, construiu a Teoria da Universalidade e Diversidade Cultural do Cuidado. A partir de suas experiências com crianças, percebeu que as diferenças culturais influenciavam o comportamento dos bebês. Portanto, as enfermeiras teriam que conhecer as diferentes culturas para que pudessem prestar cuidados mais congruentes. Formulou seus questionamentos junto à equipe de trabalho e concluiu que as teorias psicanalíticas eram ineficazes para explicar estas diferenças culturais.

A teoria transcultural tem como proposta principal proporcionar o cuidado de acordo com a cultura, numa abordagem holística, focalizando a enfermagem científica e humanística. Uma das propostas da teoria de cuidado cultural é perceber a diversidade e universalidade do cuidado humano em relação à visão de mundo, estrutura social e outras dimensões e, então descobrir o modo de prover cuidados culturalmente congruentes para diferentes pessoas, família ou grupo cultural (LEININGER, 1978, 1991).

Os enfermeiros estão buscando compreender as pessoas em diferentes culturas, a fim de ajudá-las em várias situações de saúde-doença, percebendo esses seres de forma integral com os componentes culturais. Este novo campo capacita o enfermeiro em suas várias habilidades profissionais e, principalmente, no cuidado direto aos seus clientes. Sendo o cuidado de grande importância para a enfermagem, é necessário conhecer significados, expressões, funções e estruturas. Sem esse conhecimento, a enfermagem não justifica sua existência como profissão ou disciplina (LEININGER, 1978, 1991).

A possibilidade de estudar o cuidado na perspectiva transcultural foi possível e necessário pelo desenvolvimento do método de pesquisa com estas características - a etnoenfermagem. Centraliza o estudo nas pessoas ou clientes, relacionando ao cuidado e sua influência na saúde e bem-estar em diferentes culturas no mundo. Tem como objetivos descobrir, documentar, preservar e

atentamente interpretar os significados e experiências dos diferentes grupos culturais (LEININGER, 1991). Esse método dá condições para se obter, de forma integral e sistemática, com os informantes, dados ricos e detalhados, especialmente sobre o cuidado humano, valores de saúde, modos de vida e como as práticas e crenças influenciam seu bem-estar. Para o enfermeiro pesquisador, é importante ser amigo das pessoas, assim como mostrar interesse e participar com eles, descobrindo também suas crenças, valores e idéias sobre o cuidado, saúde, bem-estar e outras dimensões da enfermagem (LEININGER, 1991).

Investigações utilizando a etnoenfermagem como método ensejam ao pesquisador o conhecimento da cultura das pessoas. Isto significa conhecer e entender o mundo das pessoas na perspectiva de cada um. A enfermagem transcultural obtêm uma compreensão da cultura das pessoas, focalizando um fenômeno específico em enfermagem. Nesse sentido, adverte WENGER (1984), os enfermeiros necessitam estudar as pessoas em seu contexto, por um período de tempo, para apreender os dados culturais e de enfermagem. Desse modo, o pesquisador deverá ter uma relação de afinidade e confiança com as pessoas estudadas para que, assim, haja maior aproximação com a situação em estudo, havendo, portanto, maior fidedignidade nas informações colhidas.

A capacitação do enfermeiro para atuar utilizando essa perspectiva do cuidado pode atingir níveis satisfatórios de atendimento ao cliente, aproximando-se do verdadeiro objetivo da profissão.

A etnoenfermagem tem um significado para a enfermagem, acrescentando novas arestas na prática do cuidado. Leininger, adaptando os conhecimentos de etnografia para a enfermagem, desenvolveu esse método, o qual permite uma análise através da coleta de informações a partir de observações, entrevistas e experiências de participação próprias do estudo etnográfico.

O fenômeno da mãe-acompanhante de criança hospitalizada no contexto cultural está relacionado com pessoas em situação de saúde-doença, dentro de uma realidade social, ao meu ver complexa, dinâmica e que envolve significados

culturais, impossíveis de ser apreendidos através de métodos rígidos. Portanto, a etnoenfermagem é um método apropriado a esta investigação.

Destaco os conceitos principais do estudo, baseados em LEININGER (1985,1991).

CULTURA: refere-se aos valores, crenças, normas e estilos de vida aprendidos, compartilhados e transmitidos de um grupo específico que orientam pensamentos, decisões e ações, de modo padronizado.

CUIDADO: refere-se ao fenômeno concreto e abstrato relacionado à assistência, apoio, experiências facilitadas ou comportamentos direcionados aos outros com necessidades antecipadas ou evidentes a melhorar uma condição ou vida humana.

CUIDADO CULTURAL: refere-se aos valores, normas e estilo de vida padronizados, aprendidos e transmitidos objetiva e subjetivamente, com finalidade de assistência, apoio, facilitação ou habilidade a outro indivíduo ou grupo para manter seu bem-estar, saúde e a melhorar sua condição humana e estilo de vida, ou a lidar com a doença, dificuldade ou morte.

SISTEMA DE CUIDADO PROFISSIONAL: é o cuidado aprendido e transmitido formalmente. É relacionado às habilidades práticas e conhecimentos que prevalecem na equipe profissional.

SISTEMA DE CUIDADO POPULAR: refere-se ao conhecimento aprendido e transmitido culturalmente entre os leigos é utilizado para prover assistência, apoio, habilidades ou ações facilitadoras a outro indivíduo, grupo ou instituição, com necessidades evidentes de melhorar o modo de vida humano em situações de saúde ou morte.

ETNOENFERMAGEM: método de pesquisa para ajudar as enfermeiras a documentar informações sistemáticas, para obter maior compreensão e significado das experiências do cotidiano das pessoas em relação ao cuidado humano, saúde e bem-estar em qualquer ambiente cultural.

MÃE-ACOMPANHANTE* : é considerada neste estudo a mãe ou outra pessoa com vínculo afetivo e que cuide da criança, permanecendo com esta no hospital durante sua internação.

*

Este conceito foi formulado pela autora da pesquisa conforme o contexto do trabalho.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Situando o estudo

A pesquisa foi desenvolvida na linha qualitativa, utilizando-se pressupostos da etnoenfermagem. Esse método permitiu uma compreensão ampla das experiências da mãe-acompanhante e da família, dando significado especial às crenças e práticas em relação aos cuidados com a criança.

Os informantes foram mães e membros da família de crianças hospitalizadas em um hospital da rede pública do Sistema Único de Saúde (SUS).

Estudo nessa abordagem significa observar e participar para conhecer o mundo cultural das pessoas. Para tanto, foi necessário um período de convivência com os informantes, que aconteceu de janeiro a dezembro de 1997. Pude apreender os significados culturais, utilizando-se as várias formas de comunicação presentes no modelo de observação-participação-reflexão de LEININGER (1991).

4.2. O modelo observação-participação-reflexão (O-P-R)

A observação-participação-reflexão acontece em fases e o pesquisador deve adquirir habilidade para documentar por escrito as quatro fases do processo de pesquisa. LEININGER (1991) ressalta que a proposta de pesquisa, utilizando estas fases, é servir como guia de reflexão ao pesquisador, torná-lo consciente de seu comportamento, sentimentos e respostas, assim, trabalhar na coleta de dados para confirmação das “verdades” culturais. Procurei seguir os passos preconizados pela citada autora, fazendo as adaptações necessárias.

Assim pensando, tornei-me sensível à questão e fui em busca de conhecer a opinião das pessoas, tentando, na medida do possível, deixá-las à vontade para se revelarem espontaneamente. Alicerçada nas idéias de LEININGER (1991), ao

afirmar que essa capacidade é essencial para as pesquisas que têm as pessoas como centro de investigação, ou seja, os estudos humanísticos qualitativos. O entendimento desta questão facilitou minha aproximação com as pessoas e certamente a precisão dos dados coletados.

FASE 1- Observação primária - A finalidade principal foi conhecer o contexto em que se situa a mãe-acompanhante. Por meio de observações gerais, registrei o que acontecia ao seu redor: conversas, relacionamentos, atitudes, referências simbólicas, momentos significativos que eram determinantes na maneira de cuidar da criança. Procurei incluir-me no ambiente apenas como observadora. Preenchi grande parte do meu tempo junto às acompanhantes na enfermaria, e visitava outros setores da unidade. Observava a chegada da mãe na enfermaria durante a admissão da criança, suas atividades, suas reações e atitudes mediante o tratamento da criança, o relacionamento com as outras mães, profissionais e com familiares no horário da visita. Era uma oportunidade para conhecer as situações vivenciadas pela mãe acompanhante.

FASE 2- Observação com participação limitada - A observação ainda foi o foco principal, mas em algum momento participei das conversas da mãe, assisti a visita médica, observei seu comportamento e reação com a equipe, prestei informações, orientações e ainda atuei nas atividades de cuidado com a criança. Evitei desviar-me da atuação principal, que era observar aspectos relacionados à mãe-acompanhante em seu mundo cultural. Permanecia por longo período nas enfermarias, trocava idéias com as mães e outros membros da família. Já percebia a aceitação e satisfação das mães por eu estar ali. Houve ocasiões de participar das atividades lúdicas das crianças e comemorações do setor em que a mãe estava presente; então, eu me incluía naturalmente, procurando observar. Momentos significativos também foram as saídas de alta, em que as mães eram orientadas pela equipe para continuar o tratamento no domicílio e retornar à

consulta no ambulatório. Muitas vezes, eu era solicitada pelas mães para ajudar e prestar informações quanto ao cuidado com a criança.

FASE 3- Participação com alguma observação - Nesta fase, interagi mais ativamente com os informantes. Minhas observações diminuíram, mas isso foi compensado pelo maior relacionamento com as mães e outras pessoas da família. Procurei participar das conversas e das atividades de cuidados- como higiene, alimentação, administração de medicamentos orais, dentre outras. Estreitava cada vez mais as nossas interações e, conseqüentemente, a confiança dos informantes em relação a mim. Estava ciente de que era necessário escutá-las atentamente, por meio da entrevista, seja formal ou informal. Senti a necessidade de ir até ao domicílio daquelas mães que escolhi como informantes do estudo, com finalidade de melhor conhecer o contexto ambiental da mãe. Nessa ocasião, pude confirmar algumas questões discutidas anteriormente com as mães.

Nesta fase, sempre que tinha oportunidade, renovava o convite às mães escolhidas para participarem da pesquisa e, se conveniente, efetivava a entrevista formal. Com a permissão dos entrevistados, utilizei como recurso o gravador. Procurava a sala apropriada instalada no mesmo andar da unidade e nos recolhíamos neste ambiente tranquilo. Esta sala é destinada a reuniões dos profissionais, mas sempre que dela precisei, estava ao meu dispor. Nenhum informante se recusou a participar do estudo nem fez restrição ao uso do gravador. Notei que ficavam à vontade para falar esquecendo a presença do equipamento, logo nos primeiros minutos.

A **entrevista** teve como finalidade conhecer a opinião dos informantes, utilizando perguntas abertas, que serviram de roteiro ao seguimento da conversa. Permitiu a compreensão das experiências da mãe no cuidado à saúde da criança.

As etapas que precederam as entrevistas foram relevantes na condução das “conversas” com os informantes, sendo facilitadas principalmente pelas

interações já realizadas. Tive a preocupação de deixar os entrevistados à vontade, iniciando a comunicação de maneira informal, permitindo a espontaneidade para, em seguida, fazer as perguntas básicas.

Durante a entrevista, a comunicação era aprofundada, repetindo as perguntas de outra forma, quando era necessário, motivando os entrevistados a falar mais sobre o assunto. Era uma forma de relembrar suas experiências, explorar mais ainda as questões do estudo.

Segundo LEININGER (1985), a entrevista é ideal para se obter a visão de mundo e experiências do entrevistado, encorajando-o a falar, clarificando e dando exemplos em torno do assunto, evitando em todos os momentos a indução das respostas.

Rememorando estes aspectos, deixava-os livre para falar e só intervinha quando calavam ou desviavam o assunto; ficava atenta para escutar e dar seguimento ao processo comunicativo.

O roteiro da entrevista constou de três perguntas básicas, acrescidas de indagações surgidas no decorrer da conversa, no intuito de apreender o máximo das informações relevantes para o estudo.

1. Conte-me sua experiência em cuidar da criança (no domicílio e no hospital)
2. O que você fez quando sua criança adoeceu?
3. Quais as dificuldades que você encontrou para cuidar/tratar dos seus filhos?

Estas, após gravadas, foram transcritas por mim, anotando, além das falas, a comunicação não-verbal que era manifestada pelos informantes.

No início, as observações foram amplas, tentando-se captar o máximo do ponto a ser estudado, avançando gradativamente para as reflexões. Cada fase, de certo modo, orientou a seguinte e ajudou a focalizar melhor a atenção ao objeto de estudo. O diário de campo integrado às observações tornou-se um instrumento indispensável na coleta de dados. Favoreceu ao registro das

informações coletadas fora das entrevistas: conversas informais, comportamentos, gestos e outras situações vivenciadas no contexto hospitalar e domiciliar. As anotações do diário de campo foram incluídas de alguma forma na análise geral dos dados, mas foram aproveitadas especificamente no item referente à descrição dos informantes do estudo.

O contato direto com os informantes, no intuito de observar e participar, foi fundamental e indispensável nessa construção, pois forneceu aspectos relevantes, impossíveis de apreender apenas com a entrevista. Para as anotações no diário de campo, procurava um local reservado na própria unidade, prevendo qualquer intervenção neste momento. Eram feitas imediatamente após a recolha. Também utilizei o diário do pesquisador, onde registrei o planejamento das fases da pesquisa, dúvidas, facilidades e dificuldades ou outras situações de interesse do pesquisador.

Através da participação, tive oportunidade de interagir com os sujeitos, abrindo caminhos para a reflexão dos questionamentos e construção dos significados culturais da mãe-acompanhante ao cuidar da saúde da criança. Desse modo, pude avançar para a fase seguinte:

FASE 4- Observação com reflexão - A participação foi encerrada, embora tenha sido necessário retornar ao campo algumas vezes com a finalidade de observar reflexivamente as situações já apreendidas. Iniciei mais profundamente **a análise dos dados**. Entendo que a trajetória seguida para encontrar os significados culturais iniciou-se preliminarmente, durante as observações no campo, quando refletíamos continuamente sobre os dados relevantes ao estudo e complementou-se com as entrevistas, que após a análise deram origem aos temas culturais.

Foi a dinâmica, processo criativo e reflexivo. Fiz leituras repetidas, tentando focalizar os significados contextuais. Planejei o sistema de separação e organização dos dados

Com a leitura atenta das informações, busquei as convergências, classificando-as da maneira como foi relatado pelos informantes e formei as categorias. Do agrupamento desses discursos, iniciei a busca de significados inerentes aos enfoques êmicos, ou seja, o ponto de vista dos entrevistados. Procurei entender as expressões lógicas e veladas de significado cultural. Nesse momento, houve o diálogo entre o pesquisado e pesquisadora num processo de construção do conhecimento. Algumas vezes, tive que retornar ao campo, quando se tornou necessário, buscando melhor entender o significado das informações encontradas nas falas, com o intuito de validação e, conseqüentemente, maior credibilidade nos construtos da pesquisa.

Para a formação dos **temas culturais**, foi procedida a síntese do pensamento, das idéias e afirmações, presentes nas 9 categorias que originaram: **Só a mãe conhece o filho; Certas coisas que passei foi pra me ensinar.**

Finalmente, fiz as considerações a partir de uma reflexão da realidade construída. Foi uma forma de cooperar nas ações destinadas a assistência à criança e família, levando em conta seu contexto cultural. Vale ressaltar que na construção deste estudo tivemos reflexões importantes sobre a contribuição do cuidado cultural nas propostas de educação e saúde na família, com destaque para a saúde da criança.

4.3 Dimensão ética na pesquisa

Como toda pesquisa requer o cumprimento dos aspectos éticos, na etnoenfermagem, estes precisam ser fortemente respeitados, como condição indispensável a realização da pesquisa e divulgação dos resultados. O fato das interações para conhecimento do mundo dos sujeitos em seu ambiente cultural requer respeito e anonimato sobre os mesmos. Segundo LEININGER (1990), é importante aos enfermeiros estudar o cuidado ético na perspectiva transcultural. O mundo da enfermagem é multitranscultural, por isso requer o conhecimento das diversas culturas para entender e trabalhar com pessoas das diversas

culturas. A ética vai permitir habilidades, advertências, sugestões e argumentos para se desenvolver o conhecimento epistêmico respeitando os valores morais e éticos.

LEININGER (1990), em seus estudos sobre moral e ética no cuidado, comenta que as enfermeiras pesquisadoras que usam a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado buscam evidências e explicação de variações transculturais no comportamento moral e ético. Elas procuram os dados culturais dos informantes EMIC (local) para adquirir adequada interpretação ou explicação do comportamento e valores de cultura específica e refletem nestes achados com os dados ETIC (que vem de fora), visão e valores profissionais. Na visão da autora é essencial a postura ética para dar apropriada interpretação às informações internas.

Procurei cumprir os princípios éticos relacionados à instituição e aos participantes do estudo. Solicitei permissão, mediante a apresentação da temática, objetivos e algumas características do estudo, garantindo o sigilo da identidade da instituição.

Aos informantes, esclareci a finalidade do estudo, forma de participação e de coleta de dados, deixando-os a vontade para participar ou não, sem imposição ou desrespeito aos valores morais e éticos de sua cultura. Como compromisso com estes, mantive o cuidado de guardar em lugar seguro todo o material referente às gravações e anotações, de acesso restrito ao pesquisador. Reforçava o anonimato e o direito de desistir em qualquer fase da coleta. Todas as pessoas abordadas aceitaram e não houve desistência.

Procurei utilizar vocabulário adequado ao nível de instrução dos informantes, respeitando suas opiniões e valores culturais. A entrevista foi gravada somente no ambiente hospitalar e todos aceitaram. Aparentemente, o uso desse aparelho não causou inibição, pois notava que após alguns minutos de conversa, havia espontaneidade dos entrevistados. Os dados utilizados na

pesquisa foram expressamente permitidos pelos participantes, pois comentei com eles, que não apresentaram restrições.

A etnoenfermagem é um método de pesquisa que se inicia do contato direto do pesquisador, com a situação que se deseja investigar. Os resultados emergem de observações e interação. Assim, entendo ser indispensável ao conhecimento a aplicação dos aspectos éticos em estudos desta natureza.

5 DESCRIÇÃO DOS CENÁRIOS DO ESTUDO

Conviver com a realidade da mãe-acompanhante em um ambiente hospitalar me fez decidir estudar essa temática, buscando a compreensão das crenças e práticas utilizadas pela mãe no cuidado com a criança. Foi oportuno observar também o ambiente domiciliar, a fim de obter uma visão mais ampliada do contexto familiar, por considerar que aqui encerra muitas situações pertinentes ao cotidiano da mãe com a criança. Portanto, mantive contato com as famílias tanto no hospital como no ambiente domiciliar, sendo que este último serviu para complementar e validar dados importantes que contribuíram no entendimento de parte do contexto cultural da família.

O contato com os informantes na Unidade de Pediatria foi iniciado em um hospital geral, do Sistema Único de Saúde (SUS), na grande área metropolitana de Fortaleza - Ceará - Brasil. Este nosocômio ocupa a área geográfica do bairro Papicu, próximo à região litorânea, cujas praias atraem muitos turistas. Neste local, predomina uma diversidade de tipo de comércios, belas casas e prédios de apartamentos, contrastando com as favelas, onde se abriga grande parte da clientela atendida na Unidade de Pediatria, *locus* deste estudo.

Geograficamente, o hospital que serviu de campo para o estudo situa-se em Fortaleza, Estado do Ceará, cidade que teve um aumento populacional e melhoria na urbanização. Este desenvolvimento tem sido alvo dos média atraindo turistas pela sua beleza de praias, pontos turísticos e muitas outras atrações. Entretanto, é conhecida, também, como a capital da miséria, pela quantidade de pessoas carentes, desempregadas e um grande número de prostituição de jovens e crianças, o que é comum em cidades grandes sem estruturas sociais adequadas ao atendimento da população. É neste cenário que habita a maioria das famílias - crianças e mães atendidas neste hospital.

A opção pelo local deu-se por ser um ambiente onde desenvolvo minha prática assistencial. Portanto, os questionamentos emergiram, principalmente, no

percurso desta unidade, convivendo com familiares da criança internada, freqüentemente representada pela mãe. Esta assume o papel de mãe-acompanhante, sendo reconhecida como pessoa que fica ao lado da criança, dando-lhe apoio e segurança. Juntamente com a equipe de saúde, é responsável por prover condições físicas e emocionais que favoreçam a recuperação da criança. O hospital, por ser de grande porte, tem atendimento nos níveis terciário, secundário e primário para todas as faixas etárias. A Unidade de Pediatria foi criada para atender às necessidades desta clientela, sem, no entanto, programar em sua estrutura física, condições adequadas para manter enfermarias de pediatria onde é obrigatória a presença do acompanhante ao lado da criança. Houve, pois, uma adaptação de sua estrutura física para o atendimento da mãe e criança.

Atualmente, apesar das dificuldades físicas-estruturais, presta assistência à criança em muitas especialidades pediátricas, com exceção do tratamento oncológico, AIDS, cirurgia cardíaca e transplantes. As crianças internadas são procedentes dos ambulatórios de cirurgia e do ambulatório de pediatria.

A Internação Pediátrica está situada no 3º pavimento, é composta de 36 leitos, sendo 16 destinados à clínica pediátrica e os demais para a cirurgia infantil. São distribuídos em 4 enfermarias, cada uma com 8 leitos, e 2 apartamentos com 2 leitos. As enfermarias têm ampla área física, com janelas de vidros que dão boa claridade e ventilação, voltadas ao estacionamento e jardim, ou seja, para a entrada principal. Este local é uma grande área com vista voltada para o lado da praia. Crianças e mães usufruem da paisagem, o que favorece um melhor estar para ambos. Ao lado das enfermarias, situam-se a copa, o posto de enfermagem, sala de procedimentos simples (punção venosa, curativos, drenagens de tórax e de abscessos, dentre outros). A sala de recreação fica entre o posto e a sala de procedimentos. É um local pequeno, onde as crianças maiores que deambulam, e as crianças menores, com seu respectivo acompanhante, passam boa parte do tempo assistindo à televisão, sendo

acompanhadas por profissionais do setor. A terapeuta ocupacional desenvolve atividades com a criança no horário da manhã, trazendo grandes benefícios para a saúde física e mental destes clientes.

As atividades de terapia ocupacional, comemorações festivas e outras ações são iniciativas humanizantes deste setor, que preenchem, de certa forma, o aspecto social e humano da Unidade de Pediatria.

Em relação à sala de recreação, as mães também frequentam este local, participando e cooperando com o lazer das crianças. Gostam de assistir à televisão e "batem papos" com as outras. Algumas preferem ficar somente na enfermaria ao lado do seu filho, principalmente quando estes são acamados e têm maior dependência de sua presença e de seus cuidados.

Outro lugar onde as mães costumam manter suas interações é a própria enfermaria, bem como o corredor que fica centralizado, permitindo uma visão de quem chega e de quem sai. Para elas, é importante observar a equipe e, principalmente, o médico, por ter uma passagem mais rápida naquele setor.

As mães passam muito tempo sentadas em cadeira comum ou do tipo espreguiçadeira (um tipo de cadeira que acomoda bem o corpo). O setor não dispõe deste recurso em quantidade suficiente para todas as mães, ficando uma disputa pelos assentos. A direção já vem ciente desta dificuldade há alguns anos.

Percebi que o desconforto, a falta de um ambiente adequado para repouso, interações e lazer das mães impedem seu bem-estar. No entanto, elas nem sempre demonstram esta necessidade, ficam gratificadas em poder ficar ao lado do filho. Poucas conhecem as obrigações que tem o serviço de acomodar tanto a criança como o seu acompanhante que permanecem no hospital em tempo integral.

A troca de amizade entre as mães e o grande desejo de permanecer com a criança as fazem superar as restrições, os sentimentos de tristeza, preocupações com a criança e/ou família. Entretanto, algumas situações do cotidiano podem desencadear conflitos entre elas, como o ciúme, desaparecimento de objetos

peçoais, dinheiro ou, ainda, confusões relativas a materiais do hospital como cadeiras, camas e roupas, que são em quantidade insuficiente com exceção das roupas. São situações do cotidiano que muitas vezes fogem do controle da enfermagem e são resolvidas pelo serviço social, administração ou outros serviços de apoio.

O estudo foi desenvolvido em uma abordagem em que o ambiente e suas características, assim como o ponto de vista das pessoas em seu mundo cultural, têm um valor significativo. Acredito que a experiência de estar com o filho em uma unidade hospitalar seja acrescido de conhecimentos pertinentes a cultura familiar, e que, dessa forma, seja possível apreender situações significativas em relação ao cuidado com a criança.

5.1 O Contexto Hospitalar

Das observações feitas no hospital, temos descrições das pessoas, acontecimentos, atividades e conversas relevantes ao estudo. Com o olhar atento às situações, notei a chegada de mães com suas crianças, as quais procediam do ambulatório de cirurgia ou clínica. Ao chegarem ao hospital trazendo a criança para consulta, trazem consigo a certeza do internamento (mãe e filho). Este fato, além de outros associados à doença e internação, as deixam intranquias e inseguras. Sua chegada à unidade, muitas vezes, é acompanhada de sentimentos negativos, como medo e insegurança, condicionados também por fatores próprios do ambiente hospitalar. Porém, notei que elas demonstram vontade e uma presença significativa ao estar com o filho. Algumas têm dificuldade em avisar os familiares e em organizar sua vida, para ficar ausente de casa e das outras crianças.

Observei que, quando a criança é de colo, trazem-as nos braços, procurando dar-lhe apoio e segurança. Sendo maior, seguram-as pela mão com firmeza. Apesar da vontade de estar com o filho, por momentos, algumas mães se revoltam em estar ali num ambiente estranho, **deixando tanto o que fazer**

em casa, assim relatam. Outras mães já vêm preparadas para ficar com o filho, dedicando-se exclusivamente a este, afastando-se de sua casa para cuidar **daquele que precisa mais porque está doente**. É o que reconhecem algumas mães.

A mãe chega à unidade com o pessoal de apoio do ambulatório e inicia suas interações com a equipe de enfermagem da unidade, que as recebe conduzindo até a enfermaria. O contato entre as outras mães vai se formando gradativamente. No início, a atenção maior é voltada para a criança doente e surgem muitas interrogações sobre esta: como está, que remédio vai tomar? Observam as pessoas, o ambiente e material do setor. O estranhamento das pessoas torna-as tímidas e cada vez mais ansiosas.

Percebi que, quando a criança não está grave, o acompanhante preocupa-se imediatamente com a alimentação, procura por meio de pessoas da enfermaria, da equipe de enfermagem ou pessoal da nutrição, a dieta da criança. Quando a criança toma leite ou mingau (alimentação infantil), isso logo é informado ao serviço de copa. As refeições principais são aguardadas, cumprindo-se os horários padronizados do hospital.

Ao presenciar a chegada da mãe, fiz observações gerais de sua apresentação, seu relacionamento e seu comportamento. Este é muito variado, dependendo das condições pessoais, e, principalmente, do estado de saúde da criança. As mães se mostram preocupadas quanto ao problema da criança, procuram identificar, na equipe, a pessoa do médico por acreditarem ser ele o responsável principal no tratamento do filho. Mas sempre solicitam à equipe de enfermagem para atender as necessidades de conforto, alimentação, higiene e medicações da criança, com exceção de algumas mães que, timidamente, evitam ocupar estes profissionais.

Os primeiros contatos que tive com as mães eram informais e notei que um motivo que nos aproximava mais era o meu interesse pela criança, ou seja, quando conversávamos sobre a sua situação de saúde. Mostravam-se disponíveis

e felizes pela oportunidade. Percebi, então, maior abertura e interesse em fornecerem informações, e na realidade, passava a ser uma troca. Eu fornecia as informações e ao mesmo tempo procurava conhecer suas idéias e atitudes em relação à criança. Notei que o fato de já ser conhecida pelas outras mães da enfermaria facilitava a internação. Conversavam umas com as outras sobre minha presença. Nestas interações procurava refletir sobre o meu papel de pesquisadora, que quer aprender sobre estas pessoas sem envolver-se profissionalmente. Deixava claro para elas que naquele período eu estava afastada do trabalho para realizar um estudo com elas; não notei estranhezas sobre esta questão.

Cada vez mais, sentia necessidade de estar com as mães, observando o que se passava com elas, para captar as informações relacionadas ao cuidado com a criança. Este era o ponto fundamental de minha atenção. Outras atitudes e expressões comunicativas ajudaram a entender o contexto cultural que a envolve e que interferem o modo de agir, relacionado ao processo saúde-doença.

Percebi que algumas mães mantêm a idéia de não banhar a criança que está doente, principalmente se esta estiver com febre. Observei resistência por parte de algumas em aceitar alimentação do hospital, a qual é orientada pelos profissionais da equipe de saúde. Uma mãe relatou que a criança tinha piorado com o alimento do hospital; outra referiu que o filho aumentou a febre porque comeu ovo. Ainda sobre alimentação, as mães acreditam que certos tipos de leite ou massas têm valor nutritivo maior que o leite materno.

A alimentação é uma preocupação básica que permeia as práticas de cuidados com a saúde. O conhecimento sobre esta causa é compartilhado entre as pessoas do mesmo grupo cultural. Dessa forma, as mães se pronunciaram: **Eu prefiro o leite ninho mais a arrozina; faz o menino crescer mais forte, engorda; O meu filho engordou mais depois que comecei a dar o mingau de goma.** Procurei explorar mais profundamente a idéia e uma mãe demonstrou que

sua decisão está associada à necessidade de “economizar” e expressa que os custos destes alimentos são menores que outros indicados pelas doutoras. Da mesma forma, entendi que possuem muitas crenças errôneas sobre o leite materno que bloqueiam as informações dos profissionais. Esta experiência está presente em muitas pessoas do grupo observadas neste contexto.

Sobretudo, esta atitude fortalece a idéia de que a criança, recebendo leite artificial, ganha mais peso e, conseqüentemente, é mais saudável. Conversando com as mães de crianças menores de seis meses que tinham desmamado precocemente, estas referiram claramente: **meu leite é fraco; o menino não quis mamar, por isso eu dei logo mamadeira; com o mingau ele ficou mais forte.** Também conversam entre si sobre as opiniões de vizinhos: **quando menino chora é fome tem que dar logo leite de lata.** Relacionam o choro do bebê com leite fraco ou insuficiente.

Nesta convivência com as mães, pude apreender atitudes e práticas em relação ao cuidado com a criança, procurei captar de forma mais real as opiniões das mães e, gradativamente, fui organizando as idéias e os questionamentos a aprofundar, de forma a aproximar-me dos objetivos do estudo.

Observei que as mães têm um relacionamento cordial e afetuoso com a criança, manifestos por carinho, satisfação e, ao mesmo tempo, preocupação com seu bem-estar, renunciando muita a situações favoráveis a si. Dispõem-se a cuidar da criança, assumindo algumas tarefas, como a oferta de alimentação, cuidados higiênicos, conforto em geral e observação do estado da criança. Sua participação no cuidado envolve, também, alguns procedimentos terapêuticos, como a aplicação de aerosol administração de medicamentos orais e outros orientados pela equipe. Estes cuidados aos poucos vão sendo avocados pela mãe, que os assume naturalmente, desde que sob orientação da enfermagem. Nestes casos, a mãe já se mostra à vontade e com as condições de cooperar com o tratamento da criança. Isto acontece principalmente com aquelas mães que

passam maior tempo no hospital ou quando já estiveram outras vezes acompanhando a mesma criança ou outro filho.

Nessa caminhada, tive a oportunidade de observar mães que já aprenderam no convívio com outras mães, equipe de enfermagem e outros profissionais, atividades importantes na recuperação da criança, como estimular o uso do brinquedo e recreação, exercícios corporais, cuidados higiênicos e outros cuidados preventivos e curativos. Uma mãe que acompanhava passo a passo a recuperação de seu filho, o qual foi acometido de tétano se pronuncia:

Ele está melhor, já está quase falando, a gente faz os movimentos no corpo da criança pra ele voltar a andar. A gente aprende a fazer com a fisioterapeuta e incentiva pra ele aceitar a fazer quando a Doutora vem. Ela disse que desse jeito vai se recuperar mais cedo.

Nessa mãe, chamou-me atenção a forma atenciosa e cooperativa ao tratar do filho. Mostrava-se conformada, colaborando ativamente nos cuidados. Apesar de tratar-se de doença grave, de recuperação lenta, tinha ela muita confiança no tratamento.

Outras situações observadas, as quais pude escutar atentamente e **participar de forma limitada**, demonstram a dedicação e, às vezes, sacrifício das mães para estar com o filho. Uma mãe que se encontrava no 8º mês de gestação, com excesso de peso e presença de varizes nos membros inferiores, esforçava-se para ficar ao lado de sua filha que apresentava crise severa de asma brônquica. Comentava com as outras mães de enfermagem que não tinha outra pessoa para substituí-la e nem confiava em ninguém, somente ela (mãe) entendia a filha. Fazia sacrifícios, ficava sentada em cadeiras sem nenhum conforto e, às vezes, não almoçava porque as refeições eram oferecidas somente no refeitório. Comentou: **Uma vez quando fui almoçar minha filha caiu do berço. Para esta mãe sua presença junto ao filho era indispensável, pois afirmava: a responsabilidade é minha como mãe, em tá perto dela, dar carinho e saber o**

que está acontecendo com ela. Assim como esta mãe, outras manifestaram idéias semelhantes.

Nestas ocasiões, eu apoiava as idéias, dava opiniões sobre a ajuda e solidariedade entre elas. Pude participar do cuidado com a criança, ficando com ela enquanto a mãe voltava do almoço, por solicitação delas. Notei que, durante a realização de procedimentos pela equipe de enfermagem, as mães permanecem ao lado da criança para apoiar e ajudar. Algumas conseguem acompanhar a evolução, e quando já estabeleceram relacionamento de confiança e amizade comigo, chegam a perguntar ou comentam sua percepção sobre a evolução e tratamento da criança:

Eu noto que a ferida tá melhor, tem menos sangue e pus.. a ferida só inflamou porque em casa ficou só deitado. Você sabe como é mãe, dar um jeito de esperar... Agora eu aprendi, tem que ser mais durinha, estou ajudando mais a se recuperar... Quando tá doente é só eu que cuido dele. Será que vai melhorar logo? Quando é que tá bom de ir pra casa? Ele num teve mais febre, ainda tem pneumonia? Quando for pra casa eu vou ter muito cuidado.

Observei, também, que as mães dirigem-se à equipe que está cuidando para informar e ser informadas sobre a criança, mesmo de maneira tímida. A interação com a equipe acontece com maior frequência entre as mães que estão no hospital há mais tempo, conhecendo melhor as rotinas e o pessoal, mas, principalmente, quando lhe é dada maior abertura na comunicação. Mostram-se interessadas em cuidar e relatam experiências anteriores. Mães comparam posturas anteriores com atitudes atuais, mostrando um crescimento pessoal mediante a situação vivenciada com a criança, a qual lhe trouxe novas habilidades de aprendizagem.

Nas observações realizadas, pude apreender dos contatos informais, ou mesmo escutando o diálogo entre elas (mães) suas revelações sobre atitudes e experiências no cuidado com a criança: vejamos a fala:

Sempre que vejo que tá com febre eu procuro logo o pessoal pra dizer ...você sabe a mãe conhece o filho. Eu sou muito nervosa e quando eles adoece eu faço logo chá de colônia pros nervos.. Mas eu também gosto de rezar, Deus tem que nos ajudar, sem ele não somos nada.

A referida criança estava apresentando febre por processo infeccioso e desenvolveu crise convulsiva. A mãe mostrava-se muito nervosa e afirmava: **meu filho tinha um problema nos nervos, por isso dei um chá, quando ficou tremendo em casa.**

Em relação aos cuidados com a criança, pude perceber que as mães estão sempre disponíveis e preocupadas em cuidar do filho. Mesmo no ambiente hospitalar, algumas ainda procuram ajudar às outras mães da enfermaria. São atitudes de solidariedade e reciprocidade, demonstradas por meio de palavras de conforto e ajuda prática. Notei que, no momento em que uma delas precisa ausentar-se para resolver problemas pessoais, a outra toma para si a responsabilidade em olhar e cuidar da criança. Aconselham as companheiras, enfim, trocam idéias e experiências sobre cuidados. A religião é um assunto presente nas conversas das mães, principalmente, em momentos de preocupação e tristeza com o filho. Comentam sobre a fé em Deus e algumas fazem leituras bíblicas, com intenção de oferecer conforto espiritual àquela mãe que está sofrendo.

As mães desenvolvem entre si amizade e empatia, chegam a colocar-se no lugar da outra. As explicações da mãe demonstram esta compreensão:

Eu me conformo com minha situação, pois a outra mãe já tem dois meses aqui e nem sabe ainda o que tem o menino dela. Ela reclama muito porque tem três filhos em casa e o marido não sabe cuidar como ela. Eu

entendo sua situação tem que ficar preocupada mesmo ... Lá em casa tá tudo bem porque essa menina é a menor e a outra tá com a avó num precisa me preocupar.

Estas situações foram vivenciadas observando e interagindo com as mães, dirigindo meu olhar às questões que a envolvem no cuidado com a criança, o foco de meu estudo. Vale ressaltar o fato de que, sem fugir do papel de pesquisadora, em alguns momentos pude refletir, junto às mães, condutas e práticas confirmadas por elas que, ao meu ver, poderiam ser modificadas, *repadronizadas* segundo LEININGER (1991), consistindo, assim, numa prática educativa.

Quanto a esta prática, guiei-me pelos princípios de PAULO FREIRE (1994), quando afirma que uma prática educativa efetiva e eficaz ocorre com a participação dos sujeitos de forma livre e crítica, favorecendo a educação para mudanças. Nesta experiência, considerei a idéia de que todo aprendizado deve estar intimamente associado à tomada de consciência da situação real vivida pelo educando. Neste sentido a realidade, o vivido, as situações-problemas foram pontos de partida para minha aprendizagem e das mães .

O contexto do ambiente hospitalar foi considerado o foco principal de observação, pelas características do objeto de estudo e oportunidade da pesquisadora em estar ali, vendo, escutando, interagindo, enfim, participando de situações da mãe no cuidado com a criança. Posteriormente, completamos as informações indo ao domicílio, quando já tinha conquistado a confiança dos informantes. Foi uma iniciativa que ensejou o aprofundamento dos conhecimentos sobre o mundo cultural dos informantes e acredito que, de certa forma, tenham provocado transformações. O estímulo que foi dado às pessoas a falar sobre seus interesses foram compensados pelos sentimentos de confiabilidade deixando-as à vontade para se revelarem.

5.2 O contexto domiciliar

A idéia de comparecer ao domicílio dos informantes da pesquisa foi gradativamente se fortalecendo e clarificando, à medida que os contatos com as mães se estreitavam. Os encontros feitos no hospital me aproximaram mais da possibilidade de participar do contexto domiciliar das mães. Neste local, observei relacionamentos, comportamento das pessoas em seu ambiente, incluindo o seu contexto sociocultural. Entendo que este caminho facilitou minha aprendizagem, pois vivenciei situações reais que envolvem o cuidado com a criança.

A mãe aparece como fonte principal de apoio e decisão no cuidado à saúde da criança. É ela quem está presente em todos os momentos para escolher e iniciar condutas terapêuticas com os filhos. A exceção ficou por conta de uma família em que o pai demonstrou disposição e tranquilidade em providenciar cuidados com alimentação, orientar cuidados preventivos com a saúde, mostrando compromisso com o bem-estar dos filhos. Segundo ele, **ninguém passa fome eu faço tudo pra dar a comida deles; menino não fica tomando a comida do outro; a barriga tá sempre farta e deve sempre andar limpo e calçado**. Foram afirmações seguras e confirmadas em outras situações em que interagi com esta família, quando o pai prestava alguns cuidados, ajudava e orientava também sua companheira no cuidado com os filhos.

Durante outra visita que fiz a uma família, o pai estava em casa, no entanto, tornou-se distante e não quis participar das conversas, dizendo: **Esse negócio é coisa de mulher, é ela mesmo que cuida dos meninos, o meu negócio é arranjar o que comer**. Como nosso propósito era deixar que as pessoas participassem livremente das “conversas”, não caberia aqui motivá-lo a estar presente. Após sua saída, a mãe comentou: **Ele é assim mesmo, vai trabalhar pra sustentar os meninos e tomar a cachacinha dele. Eu tenho que**

tomar conta da casa e dos meninos e quando dar tempo eu lavo a roupa da minha ex-patrona pra ajudar na casa. Esta situação é comum entre estas famílias.

Entendo que cada família tem sua história e sua cultura, portanto, sua forma de pensar e agir em relação ao cuidado com os filhos. Os costumes, crenças e outros aspectos socioculturais determinam as condutas e a organização do sistema familiar.

As famílias visualizadas neste contexto, em sua maioria, vivem em um cenário de pobreza e desestruturação. É uma questão social grave e diz respeito às relações interpessoais e condições de sobrevivência, repercutindo seriamente no modo de vida das pessoas. Percebi situações que retratam as dificuldades sociais e econômicas por que passam em seu processo de viver e ser saudável. Entre elas, permanece a contínua dificuldade em prover aos filhos alimentação adequada, saúde, lazer, habitação, educação e outras necessidades básicas ao crescimento e desenvolvimento. Algumas famílias têm oportunidade de matricular os filhos na escola, outras apresentam dificuldade de acesso, por se situarem longe e terem que tomar ônibus, e nem sempre eles (pais) podem acompanhar, em face do tempo e falta de dinheiro para pagar o transporte. Uma mãe relata: **O meu filho não estuda porque não tem escola perto e eu não posso pagar. A escola que fica pertinho tão cobrando muito caro** (alto custo financeiro).

Quando a mãe assume um trabalho fora de casa, principalmente a função de doméstica, na qual a maioria não recebe direitos trabalhistas, fica sem condições de acompanhar as crianças em casa e na escola dificultando a organização da casa e educação dos filhos. O impedimento de pagar escola particular está presente em todas as famílias entrevistadas, embora algumas consigam pagar quando cobram um preço acessível ao seu poder econômico.

É nas relações com o mundo e com as pessoas que as famílias constroem

suas vidas e adquirem condições para o enfrentamento das dificuldades na luta pela sobrevivência. Certamente, as condições sociais, econômicas e culturais deficitárias trazem resultados contrastantes em relação à saúde e educação das pessoas. Foi o que observei entre as famílias. Mesmo assim, percebi forças presentes em cada uma, representada, especialmente pela mãe, às vezes pelo pai, ao buscar opções de cuidado à saúde, seja por sistemas oficiais de saúde ou sistemas populares. A mãe toma para si a responsabilidade de procurar melhoria nas condições de saúde e encontra condições desfavoráveis, descontentamento e barreiras próprias do sistema de saúde que, além de “falido”, mantém padrões rígidos impedindo a participação efetiva do cliente nas decisões de saúde. Destaco, aqui, as famílias mais carentes, que por livre escolha, fizeram parte desse contexto estudado. Foi convivendo no dia-a-dia, observando e participando de algumas situações no domicílio, que pude perceber a carência e, conseqüentemente, as dificuldades de sobrevivência que passam estas famílias. Observei nestas circunstâncias as limitações em seu processo de viver e “ser saudável”. Porém, para a maioria, aparece de forma irreflexível e inconsciente, face às condições de educação e conscientização de suas realidades ou, mais precisamente, do direito à cidadania.

Diante disso, vale ressaltar Paulo Freire, que concebe a conscientização como um processo global de transformação, onde se aprende visão de mundo, liberdade e crítica para superação da situação presente. O método de educação defendido por Paulo Freire é comprometido com uma mudança total da sociedade (GADOTTI, 1996). É em educação, política e cidadania que precisamos avançar em nossos trabalhos de educação e saúde com a população carente destes direitos. É perceptível as limitações existentes entre elas no tocante à saúde e educação. Entretanto, percebo possibilidades de crescimento por meio da conscientização e luta pela cidadania.

Ao iniciar as visitas, tive dificuldades de encontrar alguns endereços, pois as referências fornecidas nem sempre facilitavam; além disso, a localização das

residências eram de acesso difícil, situadas em morros, favelas escondidas, um sítio próximo à área do hospital, mas que não dava passagem a entrada de carro; finalmente, outros obstáculos pessoais da pesquisadora.

Na procura dos domicílios para onde tinha planejado fazer as primeiras visitas, tive contatos com pessoas da vizinhança, as quais me forneceram informações significativas. Tive oportunidade de interagir com várias famílias, considerei conveniente observar e escutar aquelas famílias que se aproximavam curiosamente e interessadas em trocar idéias e pedir opiniões. Procuravam me identificar e informar o motivo de estar ali. Percebi que tinham necessidade de conversar, expor suas experiências, seus problemas, e comentavam questões relacionadas à saúde das crianças, os serviços que freqüentemente procuravam. Em seus relatos, demonstravam a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, ressaltavam a pouca resolutividade das unidades básicas de saúde. Referiram a preferência em procurar o serviço hospitalar, destacando a instituição onde desenvolvi a pesquisa como sendo um serviço de excelência e qualidade.

As visitas a este local citado foram interessantes e o acesso somente aqui tornou-se fácil. Era uma rua que abrigava muitas famílias atendidas na instituição que deu origem ao estudo. Esta rua situa-se próxima a uma avenida não muito distante do hospital; a rua inicia nesta avenida e continua até o encontro de morros, área esta conhecida como Lagoa do Coração. Outros locais foram dificultados pelos motivos expostos há pouco. Passei a conversar mais com as mães e notei que algumas conheciam o endereço ou as referências próximas do domicílio que me interessava. Resolvi convidá-las a irem comigo quando estavam disponíveis. Esta decisão foi muito viável e prazerosa, pois aumentava o círculo de amizade entre nós e se proporcionava a confiança em mim. Durante a viagem, conversávamos à vontade e livremente falavam sobre a família e suas preocupações. Quando chegávamos ao domicílio, sentia maior intimidade entre nós, facilitando as interações.

Uma mãe levou-me à residência de sua vizinha e comadre, a qual também era informante da pesquisa. Neste caso, ela também participou das conversas iniciais, houve a troca de experiências. Pude entender o suporte social vivenciado por estas famílias. Percebi que entre ambas, além do compadrio, existia o compromisso de trabalho entre os homens (marido ou companheiro), os quais desenvolviam atividades semelhantes e ajudavam-se mutuamente. Outro ponto favorável nesta visita foi a confirmação das informações e o entendimento do contexto sociocultural onde estão inseridas.

Os lares visitados estão mais localizados em áreas próximas à praia, dunas (morro) e favelas situadas em áreas perto do hospital. Somente três famílias residem em locais distantes destes citados. Embora não tenha sido pretensão inicial, freqüentar o domicílio das famílias localizadas próximas ao hospital, mas a demanda e oportunidade de contactá-las favoreceram a escolha de alguns informantes deste local.

As casas são pequenas, de dois a quatro cômodos, dispõem de poucos móveis, não possuem áreas destinadas exclusivamente ao estar das crianças, seja para dormir ou brincar. São casas feitas de alvenaria, taipa e madeira, algumas possuem alvenaria na frente e os fundos e divisão interna são feitas de madeiras reaproveitadas.

As instalações sanitárias são precárias ou não existem. Há casas que não dispõem de sanitário e o esgoto é a céu aberto. Outras não usufruem de água encanada, utilizam água de chafariz ou poços localizados a distância do domicílio e retiradas com bombas manuais.

No interior das casas das famílias visitadas, encontrei crianças brincando com objetos como latas vazias, pedaços de madeiras ou brinquedos quebrados. As crianças maiores (entre 8 a 12 anos) costumam ajudar nos afazeres da casa e cuidar dos irmãos menores. Esta é uma das características destas famílias. As mães, por terem que trabalhar fora, deixam que os irmãos maiores cuidem dos menores. Algumas mulheres ainda têm ajuda da mãe ou vizinhos para cuidar dos

filhos, enquanto elas trabalham, e no período que estão no hospital, com a criança doente.

As famílias que fazem parte desse contexto são culturalmente subdesenvolvidas, tendo pessoas sem escolaridade, a maioria com 1º grau incompleto e apenas duas com 1º grau completo. A maioria diz ter religião católica, embora não pratiquem ativamente, o que lhes deixa com sentimentos de culpa. Destas, duas famílias informaram ser evangélico-protestantes. Na vida conjugal, é predominante o concubinato, sendo poucas casadas oficialmente. Ainda temos as mães que moram sem companheiro, assumindo sozinhas a responsabilidade com os filhos, inclusive a financeira.

A atividade mais desenvolvida entre as mulheres é a doméstica ou ainda ajudam o companheiro a vender coco na praia. Os homens têm variados empregos, destacando-se o de garçon, servente, e a maioria com subemprego, trabalhando por conta própria. Portanto, a renda é insuficiente para manter a família. É comum entre elas a renda imprevisível, ganhando mais em determinado dia ou período do que em outros. Algumas demonstraram satisfação e tranquilidade em sua maneira de viver, e poucas são conscientes e reclamam da forma como vivem e a repercussão na qualidade de vida e, conseqüentemente, na saúde. Apenas em duas famílias, tive a oportunidade de conversar com o pai da criança, que, por vezes, participava da conversa de maneira espontânea e comprometida em prestar informações. Um pai ausentou-se com minha chegada, explicando que iria visitar um amigo. Em outras visitas, não estava em casa.

Foi mais um espaço a explorar, tendo como desafio aprofundar o conhecimento sobre o contexto cultural da mãe em seu processo de viver e cuidar do filho. Procurei, neste ambiente, associar as opiniões, as idéias, o comportamento, olhando e escutando atentamente.

Notei que as mães mostravam-se disponíveis e deram abertura para que eu pudesse conhecer o seu mundo, a partir da confiança adquirida em mim.

Alcançamos esta conquista, quando nos mostramos interessados e capazes de escutá-las e entendê-las em suas características próprias.

O contato com estas famílias foi muito significativo. Apreendi informações relevantes, as quais foram somadas àquelas já adquiridas no hospital. As famílias visitadas aceitaram e agradeceram minha presença, havendo uma verdadeira troca de amizade entre nós, além da aprendizagem.

O relacionamento iniciado no hospital com as mães facilitou a interação no ambiente domiciliar e, conseqüentemente, percebi, além da mãe, outras pessoas que fizeram parte do estudo. Nestas, pude colher informações significativas que constituem a experiência vivida de cada um em seu contexto cultural. Minha aproximação com estas pessoas mostrou que o singular, o individual, em muitas ocasiões, expressam o coletivo, sendo estas famílias uma subcultura com similaridades e diferenças.

Durante a fase de observação no hospital, explicava às mães participantes do estudo por que era importante visitar o domicílio, mas procurava deixá-las à vontade para decidirem e manifestarem o desejo de que eu fosse visitá-los. Daí, recebia convites para ir naquele período, ou quando a criança recebesse alta.

6 DESCRIÇÃO DOS INFORMANTES DO ESTUDO

A partir das observações e convivências com a mãe e familiares no ambiente hospitalar e domiciliar, pude constatar quem seriam as informantes. São pessoas que representam fonte de informações culturais vivenciadas em seu contexto familiar, relacionadas direta ou indiretamente com a saúde-doença.

Encontrar os informantes do estudo não foi tarefa difícil. No entanto, foram necessários contatos formais e informais através da observação. Os primeiros contatos feitos informalmente até que se formasse maior interação, facilitaram sobretudo a escolha dos informantes. Portanto, ocorreram de forma gradativa e espontânea, à medida que convivíamos. Pude integrar as informações colhidas no hospital com aquelas vivenciadas no domicílio. Participaram do estudo mães que acompanhavam sua criança na Unidade de Internação Pediátrica. Nosso contato, tendo como finalidade a pesquisa, aconteceu no período de janeiro a dezembro de 1997. A escolha dos informantes foi intencional, a partir de minhas observações e interações com esta clientela no campo. Era fundamental que a mãe demonstrasse interesse, lucidez e confiança em revelar as informações. Percebi que houve facilidade em conseguir essas necessidades, visto que as mães, ao longo das interações, demonstravam espontaneidade e desejo de participar.

Outros critérios foram observados, como residir em Fortaleza, escolher de preferência a mãe-acompanhante de criança com permanência maior que dez dias, para aumentar o período de interação entre nós e possibilidade de obter maiores informações. Dei prioridade às mães da clínica pediátrica. No entanto, aquelas que acompanhavam crianças na cirurgia por longo tempo e com quem tínhamos contatos frequentes participaram do estudo.

Foram selecionadas 8 mães como informantes-chaves, as quais tiveram papel decisivo e estiveram mais presentes, mas contamos com outras pessoas, incluindo irmãs, avós e vizinhas.

Os dados foram satisfatórios, quando se tornavam repetitivos configurando uma representação do objeto de estudo. Assim, as informações foram refletidas na intenção de organizar em categorias, analisar e chegar aos temas culturais, como resultados da pesquisa.

Vale ressaltar que na pesquisa qualitativa e, mais precisamente, na etnoenfermagem, o número de sujeitos não é relevante, mas a profundidade do problema em questão. Dessa forma, procurei ser fiel a esta regra, escolhendo os informantes mais significativos ao estudo, que foram: **Sulamita, Sâmia, Sarita, Sulame, Salete, Suzana, Silvana, Soledade.**

O contato com **Sulamita** (mãe) aconteceu no primeiro dia em que Ariane (sua segunda filha) internou-se no hospital com diagnóstico de pneumonia. Ariane apresentava cansaço e febre, mas estava alerta. Sulamita encontrava-se ansiosa com a doença da criança e por ter deixado os outros filhos menores em casa com a vizinha. Sua família nuclear consiste em 3 filhos. A criança maior mostrava-se esperta e gostava de ficar na rua pedindo ajuda, principalmente nesse período (outubro), por ser o mês em que comemora o dia das crianças e queria ganhar presentes.

Ariane estava internada, apresentava-se triste e apática no início de sua doença, a que se agravou e se estendeu por um mês. Quando apresentou melhora do quadro infeccioso, sorria, participava das atividades lúdicas e alimentava-se bem. Neste período, sua mãe já aliviava suas preocupações, mas sua alegria foi interrompida com notícias da morte de seu pai e seguida a morte de sua mãe: ambos morreram subitamente por causa natural. Foi um sofrimento extraordinário, pela situação inesperada e ainda porque Sulamita não pôde comparecer ao velório, por morar distante de sua família. Este motivo foi associado à falta de condições financeiras para viajar, e uma pessoa além de sua vizinha, que assumisse suas crianças em casa e no hospital.

Outra preocupação de Sulamita era com seu bebê Aldo, de 1 mês de vida, porque se alimentava exclusivamente com leite materno. Teve que alternar com

leite artificial, quase suspendendo completamente a amamentação, por ter se afastado do bebê para acompanhar a outra filha, Ariane, no hospital.

Sulamita tem uma família “incompleta”, mora sozinha com os filhos. O companheiro deixou a família recentemente, durante a última gravidez. A senhora (sua vizinha) é quem assume as crianças em sua ausência (esta é considerada parte de sua família). Cuida do bebê com muito carinho e afirma cuidar deles como criava seus filhos, dando mingau (alimentação infantil) banhando muitas vezes e deixando dormir bastante.

A mãe agradece a ajuda que recebe, pois não tem familiares residindo na cidade. A sua preocupação continua com a alimentação do bebê. Em seu depoimento afirma: **Eu tenho medo do que ele vai comer agora. Tava tão bem, nasceu com três quilos e já ganhou mais de 1 quilo só mamando. Deus tá vendo que é o jeito ficar com a outra que tá doente e precisa muito de mim. Eu sou sozinha pra cuidar de tudo. Meu marido saiu de casa logo que engravidei e não deu notícia.**

Estes relatos mostram a situação atual de Sulamita, o seu convívio familiar e as condições estruturais de sobrevivência. Não tem ajuda certa para a manutenção dos gastos com as crianças. Atualmente está desempregada, **esperando ajuda de Deus**. É sua sogra quem esporadicamente consegue retirar do pai das crianças uma quantia pequena de dinheiro e envia-lhe para o sustento das crianças. Com sua permissão, resolvi conhecer o seu contexto familiar. Mora em uma casa de alvenaria e madeira, tem dois compartimentos, desprovida de sanitário, água e esgoto. Recolhe água de chafariz próximo. Tem desejo de mudar sua moradia, mas, no momento, não tem opção. Tem esperança de voltar a trabalhar, conseguir pensão dos filhos e melhorar seu cantinho de morada. Reconhece que nesse local com sujeira, cheio de lixo, os filhos não vão ter saúde. Está pensando em sair dali quando ganhar uma casa no mutirão perto do

farol na praia do Mucuripe. Acha que mudando-se as crianças vão melhorar de saúde e ter uma vida melhor.

Essa família, assim como outras, é sustentada por esperanças e otimismo de que as coisas vão mudar. Isto lhe dá condições de continuar lutando pela sobrevivência.

Sâmia. Com esta mãe tivemos vários momentos de conversas no hospital, o que facilitou as interações no ambiente domiciliar. Mostrava-se alegre e tranqüila ao conversarmos. A filha menor a quem acompanhava na unidade de internação pediátrica estava com problema renal - glomérulo nefrite difuso aguda- além de outras intercorrências, as quais estavam sendo tratadas. Tem cinco filhos, sendo a menor de 1 ano e 3 meses, que fica em casa sendo cuidada pela filha maior de 8 anos. Somente as duas crianças maiores estudam (6 e 8 anos). O pai mora com a família, tem emprego em firma, ganhando menos de dois salários mínimos e, nas folgas, vende coco na praia. A mãe trabalha como doméstica. Atualmente deixou este emprego, mas continua realizando serviços de faxina quando é possível deixar a filha no hospital sob cuidado de outros. Nunca estudou porque cuidava dos seus irmãos menores. sabe fazer apenas o seu nome e dos filhos e aprendeu exercitando em casa.

Reside em “barracos”, como dizem. Tem três compartimentos e está situado próximo à Praia do Futuro, em Fortaleza, próximo a hotéis e clubes bem freqüentados pela classe média.

Sua casa tem sanitário, esgoto e a água consumida vem de poço, sendo retirada em bomba manual. Durante as visitas, ficávamos na sala conversando sobre as crianças, enquanto estas brincavam livremente à frente da casa com objetos quebrados e areia.

Sâmia afirma que não tem ninguém para lhe ajudar nos cuidados com a criança. Quando uma adocece, vai logo pro hospital e deixa os menores sozinhos. Informa que a filha menor está ficando desnutrida depois que teve diarréia, não quer aceitar a alimentação. Durante as visitas o pai sempre esteve ausente, mas

pude conhecê-lo numa visita quando já saía de sua residência. Houve cumprimento mútuo e agradecimentos de minha parte em poder estar ali com eles.

Sarita. Sua família é constituída por cinco pessoas: o casal e três filhos. O filho maior (11 anos) foi concebido de união anterior do pai com outra mulher. Parece ser bem aceito por ela (madrasta), pois demonstra ter afeto e cuidar desta, como a de seus filhos. Esteve com o filho menor no hospital por duas vezes, durante minhas observações, com intervalo de um mês entre as internações. Além das observações feitas neste local, conversamos em várias ocasiões, em seu domicílio. O companheiro mora com a família, somente ele trabalha e tem uma renda próxima de dois salários mínimos, assume a função de balconista de restaurante, sabe ler e escrever e concluiu o primeiro grau menor.

Sarita concluiu o primeiro grau. Atualmente não trabalha, pois o tempo é restrito às crianças. Desde que concebeu Leonardo, que não pôde mais trabalhar. Assim relata: **minha vida agora é cuidar dele... Já nasceu doente, antes do tempo, e era bem pequenino e ficou no berçário 3 semanas. Eu sempre vinha ficar com ele e no início eu dava de mamar mas depois o leite secou.**

Leonardo agora tem 2 meses. Sua doença básica é defeito congênito das vias urinárias e desnutrição com déficit no crescimento e desenvolvimento. Nasceu no hospital onde atualmente faz o tratamento de sua doença. A outra criança, Léia, tem 1 ano e 8 meses, já esteve internada com infecção respiratória em hospital da periferia. A mãe considera o pai "desligado". Este ajuda financeiramente, dando o dinheiro das compras, mas não quer saber das crianças. O relacionamento entre o casal é considerado bom, embora apresente momentos de crise pela situação econômica e pela ausência da mãe ao cuidar do filho no hospital. A mãe acompanha a criança sozinha, sem alternar com outra pessoa, não tendo ajuda do marido, amigo ou parentes. Quando um dos filhos adoece, é ela quem decide tudo sozinha, apenas comunica ao companheiro que nem sempre compartilha em sua iniciativa. Com o tempo, o marido entende e as

vezes quer ir no hospital, mas ela prefere que fique em casa com as outras crianças.

Sulame é casada e tem quatro filhos. Liana, de 1 ano e 6 meses, que esteve internada com diarreia, desidratação e ferimentos na pele. Nesse período, se encontrava no 8o. mês de gestação, mas era tranqüila e disposta. Mesmo tendo muitas varizes nos membros inferiores, isto não a impedia de permanecer com a filha durante a internação. Interessava-se em participar do tratamento da criança e interagia com as colegas de enfermagem e a equipe hospitalar. Sua forma de ser facilitava nossas interações e logo no início, por sua solicitação, firmei compromisso de visitá-la. Sulame achou interessante, pois nesse período eu poderia ver seu bebê que ia nascer. E foi assim que aconteceu minha visita em sua casa; ela tinha retornado do hospital com o recém-nascido. Foi uma oportunidade e motivo de satisfação compartilhar momentos de sua chegada, da recepção feita pela senhora (sua mãe) e seus filhos. O quarto estava preparado (berço, cortinado, roupas), ambiente limpo e aconchegante. Sua vizinha também compartilhava desse momento, recepcionando e opinando nos rituais cuidados com o recém-nascido.

A mãe de Sulame estava preocupada com a alimentação da filha (puérpera) e do neto. Quando a mãe falou que só estava mamando, mostrou ar de admiração, falando que podia ser dado um chazinho. Nesta ocasião, procurei ouvi-la e fornecer informações sobre os cuidados com o bebê, reforçando a importância da amamentação e mostrando as possibilidades de manter exclusivamente alimentação ao seio materno. Foi uma troca de experiências e abertura para que eu retornasse ao seu domicílio. Outros momentos de convivência permitiram-me perceber as relações familiares. Sua mãe mora perto (em frente à sua casa) e sempre está disponível a ajudar nos serviços domésticos e no cuidado das crianças.

O companheiro de Sulame trabalha e, quando está disponível em suas folgas, gosta de ir até a praia e outros passeios próximos.

Sempre que chegava a este domicílio, as crianças estavam assistindo à televisão ou brincando em frente da casa com areia fina. Eles levam muito tempo nessas diversões, pois ainda não freqüentam a escola.

Esta família mora em casa de tijolos sem reboco, tem dois compartimentos- cozinha e quarto- mas estão sendo construídos nos fundos do terreno mais um quarto e um banheiro. As construções e outras reformas serão realizadas quando o marido receber o dinheiro do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS), pois está pensando em sair do emprego para trabalhar com seu irmão em oficina mecânica.

O casal demonstra preocupação em cuidar dos filhos, dando educação, alimentação “adequada” e prevenindo de doenças, como gripe, diarreia e doenças da infância, pela imunização. Revelaram esse cuidado quando me mostraram o cartão de vacina. Falaram sobre os alimentos importantes para o crescimento da criança e ainda as medidas sobre resfriado, cansaço e desidratação. Para eles, a criança não deve brincar na areia e sol quente e deve evitar poeira e tomar banho com água quente.

Foi referido por esta mãe que na sua casa ninguém fuma, nem toma bebida alcoólica. Sua maior preocupação no momento é com o filho recém-nascido. Está mamando, já retornou à primeira consulta de puericultura e tomou a primeira vacina (BCG). Sempre que conversamos, Sulame fala dos cuidados que mantém com os filhos. Disse que Leandro teve diarreia porque tomou leite Itambé (marca de leite enlatado) com cremogema de sabor (marca de fécula enriquecida). Reconhece que esse tipo de massa não é bom para as crianças. Notei que esta e sua família têm amizade com vizinhos e familiares, recebe ajuda prática e aconselhamento dessas pessoas nos cuidados gerais com as crianças.

Salete é mãe solteira e seu único filho é Elton, que tem um ano de idade. Ele foi internado para tratamento de desnutrição e esclarecimento de diagnóstico de mal formação congênita do sistema renal. Durante 2 meses, recebeu

tratamento especial contra a desnutrição e simultaneamente realizava exames. Esteve internado durante dois meses. Quando definiram o diagnóstico, a criança foi operada de hidronefrose. Com toda essa trajetória, a mãe já se encontrava ansiosa e preocupada com o filho e com sua mãe que morava sozinha e tinha somente a ajuda de outra filha que mora distante. Residem em um bairro próximo à BR-116. Sua casa é própria, construída de tijolo, com quatro compartimentos. Tem sistema de água encanada, sanitário e esgoto. Não tem atividade extra-doméstica, nem salário. A parte financeira depende de sua mãe aposentada.

A família de Salete sente-se satisfeita em morar nesse local, pois tem vizinhos e amigos. Durante o período de permanência no hospital, sentia muito a falta do convívio com estas pessoas, mas fazia amizade com as outras mães e algumas pessoas da equipe de saúde. Gostava de falar sobre a situação da mãe, causada pela sua ausência. No início, procurou entender a necessidade de ficar com o filho, mas, com o tempo, apresentou comportamento de revolta manifestado por palavras, pois em nenhum momento abandonou o tratamento. Depois da cirurgia da criança, tornou-se mais calma e ajudava nos cuidados com ela. Gostava de falar de si, queixava-se de alguns problemas de saúde, os quais foram orientados e alguns encaminhados para outros profissionais.

Suzana é mãe de Bardin, que tem 3 anos, é portador de hidrocefalia e freqüente a Unidade de Pediatria há 2 anos. Foi submetido a vários procedimentos cirúrgicos para drenagem de abscesso cerebral, abdominal e troca da válvula (derivação ventrículo-peritoneal). Todas as internações variaram entre 2 a 4 meses e sempre quem o acompanha é Suzana. Ela é conformada, tranqüila e diz estar contribuindo para a recuperação do filho. O seu outro filho de 5 meses é acompanhado em casa pela sua irmã que assumiu esta responsabilidade. Suzana morava com a família numa pequena cidade do interior, mas desde que Bardin adoeceu, veio morar na cidade para acompanhar o filho. Ela é consciente da doença, do tratamento, participa de todas as decisões

com a equipe e opina quando não está satisfeita. A mãe e a criança têm bastante confiança na equipe, e Suzana ressalta a pessoa do médico responsável como "maravilhosa", que sempre está resolvendo os problemas do Bardin. Todas as alterações com a criança, seja em casa ou no hospital, são comunicadas ao médico que acompanha o tratamento.

Suzana mora em um bairro da periferia, casa de tijolo com quatro compartimentos, tem água, esgoto e coleta de lixo. Sua família apóia e ajuda em toda essa fase de afastamento de casa. Ela consegue manter-se alegre e amiga de outras mães na enfermaria. Diz que está acostumada e não adianta ficar triste, pois cuidar do filho é um divertimento. Prefere fazer sozinha os cuidados de higiene e alimentação da criança, solicitando ajuda da equipe de enfermagem em algumas situações.

Silvana é mãe de 4 filhos. Esteve no hospital acompanhando o filho menor, que tem 2 anos de idade. Ele nasceu com anomalia ano-retal e foi submetido, ainda como recém-nascido, a cirurgia para abertura de colostomia e, posteriormente, outras cirurgias corretivas. A internação mais recente foi para tratamento de pneumonia. Mora com o companheiro em casa própria, situada na Praia do Futuro. A casa é feita de tijolo, com 4 compartimentos, as instalações sanitárias são precárias. Apesar de ter água tratada, o esgoto é a céu aberto. O casal tem como religião a católica. A mãe não tem atividade profissional remunerada. O pai trabalha em um serviço de limpeza de um hospital da Cidade, contratado por firma. Nas folgas, trabalha vendendo água de coco. Somando, a sua renda fica próxima de dois salários mínimos.

É Silvana quem resolve os problemas das crianças, relacionados à escola, saúde, e quando está disponível, passeia com as crianças na casa dos familiares. O pai fica responsável pelo **sustento** das crianças e ajuda no seu cuidado. As experiências vivenciadas no hospital com o filho doente trouxeram para Silvana oportunidade de aprender a **cuidar melhor dos filhos**. Informa que no hospital realiza muitas atividades com a criança, como higiene, alimentação e

procura dar conforto ao filho. Comenta que está satisfeita por ter recebido apoio de muitas pessoas para tratar a doença do filho. Na época, recebeu visita de um locutor de rádio o qual lhe ajudou conseguindo a cirurgia em um hospital infantil da rede privada sem ônus para a família. Fez muitas amizades com a equipe de saúde, e seu filho tem como madrinha uma "enfermeira" que trabalhava neste hospital e atualmente é funcionária de um hospital infantil do Sistema Único de Saúde (SUS). Considera que estas amizades têm facilitado o atendimento da criança nas unidades de saúde. Mantém bom relacionamento com as outras mães na enfermaria, mostra-se prestativa e tem facilidade de comunicar-se, prestando informações coerentes sobre a situação de saúde do filho.

Soledade. As primeiras interações que tive com esta mãe ocorreram logo no início da internação de sua filha de 6 meses que estava em tratamento de pneumonia. Observei sua forma natural e espontânea de amamentar a criança. Embora esta estivesse com os equipamentos do soro, a mãe a mantinha no colo e amamentava tranqüilamente. Quando podia, ajudava outras mães no cuidado das crianças e demonstrava o exemplo de como era bom amamentar. Foi oportuno recolher seus depoimentos sobre amamentação porque, neste período, a enfermaria tinha duas mães de recém-nascidos e uma mãe de criança de dois meses que tinham necessidade de amamentar.

Na visita ao seu domicílio, pude perceber que mantinha bom relacionamento com a vizinhança e uma delas era agente de saúde, a qual tinha passado muitas informações sobre os cuidados com a criança. Soledade é mãe de quatro filhos, não tem atividade remunerada e o marido não está trabalhando no momento, mas recebe o seguro-desemprego. Há dois anos, moravam no interior e para ela era uma vida tranqüila, mas agora não podiam voltar, pois tinham vendido tudo que possuíam para vir morar na Cidade.

Moram em casa emprestada de um parente, localizada em um bairro afastado do Centro da cidade. A casa tem 3 compartimentos, é feita de tijolo e

está para terminar o acabamento. A água utilizada é de chafariz, não tem rede de esgoto e o sanitário é construído de tijolo sem descarga. A coleta de lixo é feita pela Prefeitura. As crianças dormem no mesmo local dos pais. Pelas razões descritas sobre as condições de moradia o casal encontra-se insatisfeito em morar na Cidade.

A mãe comenta que as crianças são saudáveis mas o filho menor tem doença respiratória com frequência e internou-se pela primeira vez, mas teve outras experiências de internamento hospitalar com os outros filhos. Procura os postos de saúde para vacinar e fazer o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças. Refere que para doença este serviço não resolve, por isso decide levar sempre os filhos para o hospital.

7 DESCRIÇÃO DAS CATEGORIAS

A trajetória seguida para encontrar os significados culturais se iniciou preliminarmente durante as observações no campo, quando refletia continuamente sobre os dados relevantes ao estudo. Cada situação vivenciada eram dimensões diferentes que se uniam às existentes e facilitavam a compreensão do fenômeno. As entrevistas realizadas com os informantes serviram para complementar e validar as informações anteriores, as quais foram sedimentadas pelo processo interativo e comunicativo desenvolvido entre mim, as mães e outras pessoas da família que contribuíram na construção desse conhecimento.

Busquei apreender o contexto cultural da mãe, relacionado às práticas de cuidado com a criança e certamente estas não foram obscuras, pois, durante o contato inicial com elas, notava que sua maior preocupação era decidir, oferecer e realizar condutas pertinentes à saúde do filho. Portanto, revelaram esse fato de forma espontânea, demonstrando por atos e pensamentos as situações de cuidados com as crianças em seu processo de viver e ser saudável.

Por meio da identificação e codificação das falas registradas nas entrevistas, separei os dados conforme repetição. Fiz a organização das categorias, que foram abstraídas das informações equivalentes, expressas de formas diferentes, mas que tiveram significado especial ao objeto de estudo. Respeitando o pensamento, a linguagem, e a visão de mundo dos informantes em seu ambiente cultural, pude apreender as seguintes categorias:

1 Só a mãe conhece o filho

2 Cuido com muito zelo

3 Tudo comigo, menos com meus filhos

4 Aprendi muita coisa com minha mãe e minhas vizinhas

5 O que passei foi pra me ensinar

6 Levo pro médico pra saber o problema

7 Tenho mais cuidado pra num adoecer

8 Deus é quem sabe

9 Aqui tratam a gente bem

1 Só a mãe conhece o filho

Mesmo com as mudanças de valores e costumes que surgem gradativamente com a evolução tecnológica e científica, temos em todas as culturas, embora em graus variáveis, uma dependência do filho com sua mãe. É uma condição essencial para a sobrevivência e bem-estar da criança, apesar de depararmos com situações em que a mãe abandona o filho. Entendo que são várias as circunstâncias em que estas mães são condicionadas a deixar que outras pessoas ou instituições assumam a criança. O que, felizmente, encontramos mais em nosso meio são mães que naturalmente mantêm um relacionamento afetivo, terno e íntimo com o filho, sendo-lhe fonte de segurança, amor e bem-estar.

Procurando investigar as experiências da família no cuidado com a saúde da criança, obtive o reconhecimento de algumas informantes que só a mãe conhece o filho. Assim expressaram em seus depoimentos:

Quando chego do trabalho cuido do jantar, corto as unhas, limpo os ouvidos deles. Só a mãe sabe cuidar melhor dos filhos (Sâmia).

Faço a higiene, banho, arrumo e gosto de deixar cheiroso, depois coloco pra brincar. Eu dava fé de tudo que acontecia com Bardin. Eu sempre gostei de cuidar de criança e eu cuido dele como ele gosta, só eu entendo ele e ajudo na recuperação dele (Suzana).

Eu cuido deles sozinha, sem ajuda de ninguém. Quando a outra menina adoeceu eu tava grávida desse menino aqui, abando□□□□nei tudo em casa□i ficar com ela no hospital. O mais importante é a mãe cuidar dos filhos (Sarita).

É muito bom ficar com os filhos da gente, quando tão doente precisam muito da gente, eu tiro por essa só quer ficar comigo. Quando tô trabalhando eu falo com minha patroa e fico só com ela. Quem cuida melhor dela sou eu mesmo. As outras ficam bem pouquinho quando tô trabalhando ou quando fico no hospital sem elas. Comigo ela come mais e com os outros nunca é como a mãe. Quando o filho tá doente é bom a mãe tá perto, porque a gente vai cuidando dele, vendo se melhora, dando aquele carinho e a criança se sente mais segura. Toda criança doente gosta de ficar mais com a mãe (Silvana).

Eu penso que tá sendo muito difícil porque tem a outra em casa. Mas eu preciso tá aqui porque essa precisa mais de mim. Foi muito bom eu tá com ela, eu não confio em deixar sozinha. Eu prefiro deixar a outra menor só com a vizinha, que deixar ela aqui. Eu só vou deixar ela aqui só, quando tiver melhor sem borrracha, sem nada e já tiver andando. Eu tenho certeza que ninguém cuida dela como eu. Fico sempre perto dela, dou uma água, um suco, o que posso fazer faço pra melhorar logo. Num tá sendo bom porque eu tô fraca mas áa dando pra levar. Eu passo a noite acordada, num tem uma cadeira

boa que pudesse descansar mas eu quero é ficar com ela. A gente é que sabe o que ela sente (Sulamita).

Este estudo, com perspectiva de ampliar o conhecimento sobre o cuidado da família com a criança em seu processo de viver e ser saudável, tem a mãe como referência principal das informações. Daí, surgem suas experiências no cuidado com a criança como situações indispensáveis ao seu papel de mãe. Em seus depoimentos, explicam o que fazem, como fazem e até justificam por que agem assim, denotando ser o ato de cuidar dos filhos uma tarefa própria da mãe e também um processo de aprendizagem introjetado naturalmente pelo grupo cultural de convivência. Retratam uma realidade que é comum entre elas, os rituais de cuidados diário em benefício do crescimento e desenvolvimento infantil.

2 Cuido com muito zelo

Nesta oportunidade de interagir com as mães, tendo como significado central perceber o comportamento, as atitudes em relação ao cuidado com a criança fizeram emergir idéias e situações ao cotidiano da família em que mostram o compromisso de acolhimento e cuidado numa expectativa de doação, compromisso e compreensão com o filho. A forma espontânea de falar sobre o cuidado com a criança fez com que as informantes expressassem o carinho e o zelo que elas têm com esses filhos na hora de atender suas necessidades essenciais. Está explícito nas falas:

Os meus filhos eu dou atenção a eles. Do jeito que cuido de um cuidado dos outros, os que são filhos do meu marido, eu também faço tudo por eles. Tem que cuidar com muito zelo né ? comida na hora

certa, banho num deixar levar poeira, sol quente. É um divertimento cuidar deles (Sarita).

A mãe tem que tratar bem, num ficar maltratando, dar amor que a criança precisa, ter zelo e ensinar o que é bom (Sâmia).

Quando tô em casa eu cuido direitinho, chego do trabalho, gosto de dar o comer deles, ver se tão banhado e gosto que fique em casa mesmo, ou na creche. Minha casa é desse jeito pobrezinha pequena mais gosto de zelar os meninos (Sulamita).

Os meus outros filhos já tão grande, mas quando eram pequenos eu procurava dar alimento certo na hora certa e deixar sempre limpos pra num pegar doença, deixando tudo arrumadinho e limpo (Sulame).

Cuido com carinho, dou educação, quero ver eles sempre dentro de casa limpinhos. Só do colégio pra casa, os que estão na creche quando chegam eu asseio eles, dou a jantar, num gosto que eles andem sujos, eu faço a comidinha na hora certa, eu gosto assim. Eu gosto que estejam limpinhos, eu acho que pobreza não é sujeira. Os outros pequenos não mamaram como eu lhe disse, mas eu cuidava deles com muito zelo (Soledade).

O cuidado da mãe com o filho, além de uma necessidade, para algumas informantes, é considerado também uma dádiva especial que se traduz em forma de carinho, amor e dedicação àqueles que dependem de sua atenção e de seu trabalho.

Cuidar da criança inclui a responsabilidade de fazê-la crescer e desenvolver. Indubitavelmente, a relação estreita da mãe com o filho permitirá a doação de si para atender às necessidades deles sem maiores sacrifícios. Para PATRÍCIO (1994), cuidar é *cultivar a vida*, por meio de ações que promovam a vida. É também uma harmonia com a natureza. Atos de cuidar favorecem transformações capazes de atender às necessidades do ser humano para um viver saudável. São variadas as ações da vida, incluindo as de criar, nascer, transformar e a de morrer dignamente. Na mencionada autora, encontramos os diversos objetivos de cuidar que concorrem para a felicidade e prazer do homem em seu mundo-vida.

A família é a unidade principal responsável por alimentação e pela proteção dos filhos, desde a infância à adolescência. Mesmo o pai tendo responsabilidades e obrigações para com o filho, é a mãe em circunstâncias normais da vida quem assume mais diretamente os cuidados com a criança, principalmente quando esta adocece. A constante dificuldade social e econômica entre as famílias repercute seriamente no desenvolvimento de seu papel junto aos seus membros. Não resta dúvida de que a situação de saúde e bem-estar das crianças e dos adolescentes está diretamente relacionada à possibilidade da família em prover tais condições. Nestas circunstâncias, surgem, então, a preocupação, o compromisso em atender por meio de atitudes individuais, profissionais e das políticas públicas as necessidades fundamentais da família.

3 Tudo comigo, menos com meus filhos

Cada grupo social tem sua maneira de agir em relação ao cuidado com os filhos, à sua forma especial de conduzi-los e criá-los. Porém, é comum entre as mães proteger o filho, fazer tudo o que podem por ele, para evitar sofrimento. O estado emocional da mãe, caracterizado pela angústia, impaciência e medo do futuro, principalmente em relação ao filho, traz-lhe mecanismos de defesa em

relação a este, de forma consciente e inconsciente. Esta verdade foi demonstrada pelos pronunciamentos:

Eu procuro ficar sempre perto dela, olhando o que tá acontecendo. Se tiver algum problema eu chamo as enfermeiras. Ela é boazinha, quase não chora com a doença mas tem muita raiva quando elas (equipe de enfermagem) vão aplicar injeção ou botar no soro. Ela diz: Vou chamar meu pai pra brigar com vocês. Elas são ruim já tão me furando de novo. Quando elas dizem num tá doendo não, eu sei que tá era melhor que fosse eu passando essa dor (Sulamita).

Aqui no hospital eu dou comida, merenda, só num troco de roupa por causa da sonda. Só as enfermeiras quando vão lavar a sonda trocam a bolsa da urina e a roupa dele. Com a sonda não é todo dia que tiro do berço, eu tenho medo de puxar a sonda, as vezes eu tiro ele, me sento na cadeira, peço pra ligar a televisão e fico com ele pra ele num sofrer. Eu faço tudo que posso pra ele ficar bom (Salete).

O pessoal diz que sou muito preocupada! Eu pergunto se tá com febre, qual é o remédio que vai tomar. Agora o remédio é na veia de seis em seis hora. É bom saber tudo que tá acontecendo por isso fico aqui perto dele, vendo o que tão fazendo eu preferia que fosse eu doente, eu num queria que ele sofresse (Silvana).

Eu faço tudo por eles. Tudo comigo, menos com meus filhos, a mesma coisa que eu via minha mãe dizer e fazer por nós (Sarita).

Nesta perspectiva de resguardar o filho, uma das mães demonstra em sua fala aspectos herdados culturalmente ao afirmar: a mesma coisa que eu via minha mãe dizer e fazer por nós. É uma assimilação das experiências vivenciadas no grupo social a que pertence que é posto em prática ao exercer o seu papel de mãe, e também em função do momento vivido.

4 Aprendi muita coisa com minha mãe e minhas vizinhas

É na família que surgem as primeiras atitudes de cuidado à saúde, as práticas populares tradicionais. Algumas dessas práticas estão sendo desprezadas, em detrimento de condutas avançadas que nem sempre são as melhores. Mesmo assim, em várias oportunidades as mães ou outras pessoas que procuram os serviços de saúde demonstram as suas experiências, à luz da sabedoria popular. As atitudes das mães no cuidado infantil são adquiridas no cotidiano e têm como fonte principal de aprendizagem a família, considerando tanto o tipo nuclear, constituída de pai, mãe e filhos, como a família ampliada, que inclui outras pessoas com afinidade ou mera aliança.

O estilo que a mãe adota para atender às necessidades de seus filhos e socializá-los é resultado da acumulação de conhecimentos resultantes de seu meio cultural. Estas informações, adquiridas e repassadas de geração a geração, variam em função do contexto social, cultural e dos valores presentes neste grupo social específico (CABRAL & TYRRELL, 1995). É essencial conhecer as influências culturais envolvidas no comportamento da mãe para entender determinadas condutas realizadas por ela. Estas questões são parte do cuidar e não estão distantes do cotidiano da enfermagem pediátrica, pois a mãe utiliza vários meios em prol da saúde do filho.

Nesse estudo, constatei a existência de uma rede social representada por familiares, amigos e vizinhos que compartilham e trocam suas experiências no

momento em que alguém adocece. Surge nesta ocasião, a aquisição de experiências para as mães que estão ansiosas e propensas a encontrar opções terapêuticas no tratamento e cura de seus filhos. O exemplo desta realidade é demonstrado nas falas:

Minha mãe é quem sempre me ajuda e me ensina a cuidar dos meninos desde o primeiro. Ela mora perto aí e m frente aí vem olhar os meninos quando num posso (Sulame).

Quando esse nasceu ele mamava num peito e noutro mas minha mãe sempre dizia que era bom dar um leitinho pra ele e eu acabei dando aí menino parou mais de chora. Ela me dizia tudo que tinha que fazer, como fazia com a gente (Salete).

Eu aprendi muita coisa com minha mãe e as vizinhas principalmente esses remédios caseiros. Pepaconha e cebola branca para afroxar o catarro, com a vizinha eu aprendi que banha de tejo e galinha é bom pra cansaço (Sarita).

Quando os meninos adoecem as vizinhas vem logo me ajudar me dizem o que eu tenho que fazer e se num tiver melhora eu levo pro hospital (Silvana).

O primeiro filho é sempre a mãe quem ensina a dar o primeiro banho, eu aprendi com minha mãe, depois eu cuidei só (Sâmia).

Aprendi muita coisa com minha mãe e as vizinhas, eu sempre procurei aprender e fazer certo. A minha mãe morava perto de mim e me ajudava, quando eu precisava sair e quando os meninos adoecia ela me ensinava os remédios caseiros. Em num tinha experiência, mas agora eu resolvo tudo só.. Quando eu acho que eles estão doente eu levo para o médico, mas minha vizinha é agente de saúde e as vezes me orienta também. Ela é mais orientada, tem reunião com os médicos, as enfermeiras e sabe mais do que eu, é com ela que eu troco mais idéias (Soledade).

Dentre os depoimentos referidos sobre a aprendizagem no cuidado ao filho, aparecem explicitamente as práticas populares de saúde utilizadas por este grupo e a forma como são divulgadas entre eles. Estas práticas, caracterizadas pelos métodos não convencionais utilizados pela medicina alopática, são usadas pelos familiares como medidas de cuidados. As redes sociais formadas entre as famílias, tais como a rede familiar pelos laços de consangüinidade, compadrio, igreja, as associações comunitárias, entre outras, são fontes de troca e difusão das práticas populares em saúde (SILVA et al. 1996). Estas opções geralmente são conhecidas e citadas pelas famílias, como remédios caseiros e, muitas vezes, são as primeiras medidas de cuidados entre as famílias, quando alguém de seus membros adocece. As autoras citadas, comentam que a divulgação dessas opções entre leigos e profissionais, em face dos bons resultados alcançados, sendo mais comum a utilização das plantas medicinais. Em vários depoimentos das mães sobre o cuidado à saúde da criança, está presente a multiplicidade de opções terapêuticas utilizadas, sendo em sua maioria consideradas como benéficas. Porém, outras não têm nenhuma eficácia.

5. O que passei foi pra me ensinar

O estar com o filho doente e / ou hospitalizado é para a mãe a aquisição de novas experiências que, embora tenham sido negativas, a temporalidade e a própria condição humana tornam possível transcender de uma realidade traumatizante para uma realidade conscientizadora e crítica. Assim é dito por algumas mães, ao afirmar terem ganho experiência e até reconhecerem criticamente que os acontecimentos serviram para aprender, pois o mundo ensina. A possibilidade de aprender, criar experiências e tornar-se mais orientada, é percebida nos depoimentos:

Eu levei pro hospital mas não internei, ninguém falou que era preciso, mais eu também num queria internar de novo... eu acho que se fosse hoje ele podia até ter escapado porque eu sou mais orientada. Cada dia que passa a gente tem mais clareza das coisas. Eu antes num saia só pra um hospital tinha que ir com alguém, hoje em dia eu venho só, resolvo minhas coisas, pergunto o que tá acontecendo. O mundo ensina né? Certas coisas que já passei foi pra me ensinar que a gente tem que ir e perguntar e aprender (Soledade).

Lá em casa quem cuida dos meninos sou eu, e ganhei muita experiência em cuidar dos meus filhos. No começo eu pedia opinião prá minha mãe, a minha sogra também me ensinava. Até agora tendo menino, né e ganhando mais prática (Sulame).

Chego em casa olho sempre pra eles. Essa que adoeceu agora foi assim: Eu cheguei em casa e notei que ela tava inchada. Meu marido disse que era gordura, mas eu conheço era inchada mesmo eu via outros meninos quando tava no hospital. Lá em em casa tudo eu presto atenção, os médicos dizem que tem que olhar tudo, eu fico perguntando se comeram se tomaram banho (Sâmia).

Eu mesma notei que ele não tinha um buraco no ânus, eu conheço como é os outros e fico prestando atenção em tudo que acontece com eles. Quando notei levei pro hospital e o doutor disse que tinha que operar mas num deu certo desta vez porque estava gripado (Silvana).

Cuidar da criança, enfrentar as condições sociais de existência é aprender, pois, como as mães referem, estas coisas ensinam. Outros depoimentos destacam as vivências das mães com crianças no hospital, trazendo-lhes alguma aprendizagem em relação ao cuidado com a criança hospitalizada.

Eu gostei muito de cuidar no hospital passei muito tempo, criei experiência, e quando ele se operou, eu mesma pedi ao médico pra fazer o curativo dele, porque quando as enfermeiras chegavam perto dele pra fazer curativo ele chorava muito, só queria eu. Aprendi vendo eles (médicos e enfermeiras) fazer o primeiro curativo. Eu limpava muito a operação dele. Eu tenho muita paciência de cuidar direito, deixar vestido, calçado, eu observo as medicação, os horários e a atenção das enfermeiras e dos médicos. Eu vi que é importante pra saúde dele (Silvana).

É tanto fio tanta coisa, mas eu já me acostumei. Mesmo quando os enfermeiros vêm, elas perguntam quer que eu ajude? Eu digo não e faço mesmo, a não ser que ele esteja muito ruim, aí eu fico mole pra cuidar dele. Eu sei fazer eu gosto de fazer por isso eu faço. As enfermeiras gostam de fazer mas eu prefiro fazer. Pensam que sou mal agradecida (Silvana).

Aqui no hospital eu dou comida, merenda, só num troco de roupa por causa da sonda... agora eu já tô sabendo cuidar dele assim, no começo eu tinha medo (Salete).

Toda vez que fico aqui com ele é igual. Agora mesmo tá com o soro, eu presto muita atenção pra num perder a veia e quando tá acabando eu chamo as enfermeiras (Soledade).

A oportunidade de não apenas escutar, como, também, presenciar atitudes da mãe no cuidado com a criança, percebi que elas cuidam do filho, procurando atendê-lo em todas as dimensões, esforçando-se, inclusive, para aprender e prestar cuidados mesmo no hospital, facilitando, assim, a adaptação da criança ao ambiente. Com raras exceções, a mãe, além de apoiar a criança, mantém certa vigilância sobre o que está acontecendo, ajuda a equipe de enfermagem e ao mesmo tempo aprende alguns cuidados. Isto acontece freqüentemente com as mães que passam muito tempo no hospital.

O convívio com as mães e a apreensão de suas idéias forneceram-me informações sobre a correlação e utilização do saber popular e o saber profissional presente nas ações de prevenir, tratar e contribuir na recuperação de seu ente.

O conhecimento acumulado e experiências adquiridas permitiram a busca de opções terapêuticas variadas (convencionais ou não convencionais), na tentativa de satisfazer a mãe pela possibilidade de ajudar a criança a crescer e desenvolver em condições favoráveis.

Os dois tipos de conhecimentos- o popular e o científico- são saberes paralelos, de certa forma independentes com características muito próprias; em muitas ocasiões, os ensinamentos oficiais passam a integrar o saber das pessoas. O reconhecimento deste fato leva à diminuição do etnocentrismo presente em muitos profissionais, com aceitação ou adaptação do saber popular ao seu ou vice-versa. Cada situação deve ser avaliada pelo profissional ao invés de ser apenas criticada.

Em algumas oportunidades, os informantes demonstraram aprender com os profissionais da área de saúde, quando passam a acreditar e defender as ideias, principalmente se estas são repassadas eficazmente, ou seja, quando há comunicação de fato entre profissionais e clientes. Neste caso, o profissional reocupa-se em informar e ser informado numa relação de troca e complementação das informações.

5 Levo pro médico pra saber o problema

É a partir das iniciativas individuais e familiares que ocorrem as práticas de cuidado à saúde com ou sem instrumentalização profissional. No cuidado à criança, entendo que as decisões e as condutas emergem primariamente da mãe, ou da pessoa responsável. A tarefa de cuidar, mesmo que manifestada à sombra das imposições do companheiro, a mulher é quem tem autoridade e responsabilidade maior em buscar opções para as situações de saúde e doença do seu ente querido. Veremos nas falas seguintes mostram o itinerário das mães no cuidado à saúde dos filhos.

O outro filho teve desidratação eu só levei pro médico quando tava muito doente, com os olhos baixos e nem chorava. Depois internei no hospital de lá, interior. Antes de leva dei muito chá em casa, no interior é mais difícil. Agora que tô aqui eu levo logo pro hospital (Soledade).

Eu procuro logo o médico, as pessoas diz o que é bom fazer isso ou aquilo, meu negócio é procurar o médico. A novinha teve diarreia aí passaram soro pra dar em casa, mas num resolveu aí foi precisou internar. Se é gripe ou doença pequena, eu faço logo remédio em casa, mas eu gosto mesmo de perguntar o doutor o que tem pra fazer (Sulame).

Levo pro médico pra saber logo o problema. Febre eu cuido em casa, gripe eu dou lambedor se for outro tipo de doença como infecção intestinal, febre alta, outras coisas sérias, eu levo pro hospital (Sarita).

Quando adoeceu dessa vez eu levei logo pro médico porque num sabia o que tinha. Quando vejo que a doença é mais grave e precisa de exame como RX levo pro HCF, me mandaram pro posto da 2.000 lá tem esses exames mas é muito demorado e dessa vez não resolveu. (Sâmia).

Quando tá doente eu levo logo pro hospital ou pro posto perto da igreja. Lá é muito difícil só é duas vezes na semana. Precisa acordar 3 horas da manhã pra pegar ficha. Quando adocece eu levo pro hospital. eu gosto mesmo é do hospital Geral. (Sulamita)

Quando to doente eu levo pro médico, dou lambedor quando estão gripado, é o lambedor caseiro, quando vejo que não dar jeito eu levo pro médico pra ver o que é. (Soledade)

Eu gosto sempre de levar eles no médico pra saber como está a saúde. Esta mesmo eu levei pra Dra. S. no posto de saúde. Ela disse que ela estava com o peito cheio de catarro, passou redoxon, e sorine, eu estava fazendo isso dando lambedor já dei 3 vidros e nem serviu. Não sei o que aconteceu que ela está com pneumonia, desta vez o lambedor não serviu de nada. (Silvana)

Diante destas informações, percebo que as atitudes das mães no caminho à saúde dos filhos estão centradas nos serviços hospitalares e médicos, de certa forma, um reflexo da cultura de nossa sociedade preocupada em procurar os serviços hospitalares, independente de doença, não valorizando o suficiente os serviços primários e secundários. Nesta decisão, está presente a desconfiança no poder de resolutividade destes serviços. Algumas mães já se decepcionaram e outras resolvem procurar o hospital e aparece o médico como figura principal, lenotando a falta, em alguns serviços do trabalho do enfermeiro na área preventiva e educativa com a população materno - infantil. Em algumas situações, o serviço médico substitui ou complementa as terapêuticas populares, lenotando mais uma vez a importância de se conhecer e valorizar esses aspectos.

As informantes manifestam, em seus depoimentos, pensamentos e atitudes em função da vivência de cada uma em seu ambiente cultural. Suas opiniões também dependem das situações vividas, assim como das facilidades e dificuldades encontradas na luta pela saúde da criança. Demonstram como principal iniciativa, quando o filho adocece, a de levar ao médico, permeando com outras práticas opcionais, como o remédio caseiro. Experiências no cuidado com a criança as tornam capazes de buscar mais de uma opção, dando condições também de avaliar o grau de gravidade da doença e decidir o que fazer, tanto no tratamento como na prevenção.

7 Tenho mais cuidado pra num adoecer

A trajetória enfrentada pelas famílias na busca de meios para promover e manter a saúde dos filhos, associada aos mínimos trabalhos de educação e saúde junto a estas pessoas, de certa forma, têm contribuído para uma aproximação das mães nas ações de promoção da saúde e prevenção de doenças. As concepções de cuidado e saúde constituem um corpo estruturado de saber adquirido de formas diversas. Algumas experiências são expressadas, sendo a maioria relacionadas a fatos passados, quando o filho esteve doente. Mas, também, manifestam as condutas utilizadas no cuidado preventivo.

Eu acho que tem que cuidar melhor, eu sei que não cuidava tão mal, mas eu pensava muito no trabalho, mas agora eu sei que tem que dar mais atenção, num deixar piorar a gripe evitar sol quente poeira. Se piorar levar logo pro hospital (Sulamita).

Sei que tem que ter mais cuidado pra num adoecer, é ter higiene, evitar poeira, cuidado nos objetos dela num tocar e dar água

fria. Também é bom evitar leite forte, grosso demais, açúcar e sal dar problema no intestino. Também num deixo pessoas estranhas pegar nelas pra num pegar doença... se olhar e se admirar pode botar quebranto, aí a criança fica desanimada, olho fundo. Tem que rezar pra tirar o mau olhado (Sâmia).

Todo mundo adoece, mas se num tiver uma precaução é pior... cuidar melhor, evitar andar descalço, sujo e e brincar com areia e também num pegar em cachorro e evitar o mau olhado (Sulame).

Tenho muito cuidado pra num adoecer, é num dar banho de água quente, num deixar ir pro sol, levar quentura e andar descalço. Ajuda a evitar gripe forte (Silvana).

Eu vacino direitinho, vejo se o cartão está em dias. Eu sempre me preocupo com isso. Levei pra Doutora no posto, ela num tava, eu trouxe aqui no hospital (Sarita).

Encontrar tais maneiras de pensar entre os informantes permitiu-me sugerir que, para elas, a doença não é causada por um fator único interno, mas reconhecem os multifatores responsáveis pela doença; a natureza em si, é um fator predisponente à doença: evitar sol quente, banho de água quente ou água fria são ações preventivas.

Os depoimentos evidenciam que é necessário agir com maior cuidado, dar mais atenção antes e depois que se manifestam os sintomas de doença. Sobre este ponto, as mães tratam, essencialmente, das práticas relacionadas à prevenção de algumas doenças comuns na infância, como as respiratórias,

diarréia, verminoses e outras similares possíveis de evitar por meio de cuidados higiênicos. Referem-se, principalmente, às precauções devidas nas doenças do trato gastrointestinal e respiratório.

As informantes relatam também crenças em doenças místicas, como “mau olhado” e “quebranto”. São representações ideológicas de natureza cultural, freqüentemente encontradas, principalmente entre as populações mais carentes. Elas procuram explicações para as doenças não compreendidas como “normais” e “comuns” que atingem, além do corpo, o espírito.

8. Deus é quem sabe

Dentre as condutas referenciadas pelas mães, aparecem a reza e a fé em um Ser Superior, que fortalece e ajuda na cura das doenças. O quebranto é considerado entre as mães uma doença de criança adquirida pelo “mal olhado”. Nesta realidade, as mães referem ter fé em Deus, como uma forma de amenizar a dor e encontrar a conformação. Vejamos as falas:

Deus é quem sabe eu confio muito nEle e na reza, se tiver de ficar bom fica de todo jeito, mas tem que ter fé (Salete).

As vezes eu mando rezar né porque o pessoal diz que é quebranto, aí eu procuro o rezador eu confio na reza. Também faço chá caseiro, faço muita coisa caseira pra eles (Silvana).

Eu mando rezar, eu tenho muita fé em Deus. Ela aqui eu mandei rezar, mesmo sabendo que depois eu vinha pro médico. Acho que esse menino que morreu se eu tivesse mandado rezar ele não tinha

morrido. Eu tenho fé em reza, eu acho que tem esse negócio de quebrante, as vezes a criança tá boazinha e de repente fica decaído. De repente o menino tá bom, e fica mole com febre. Quando mando rezar de repente eles ficam bom (Soledade).

Se tiver de morrer morre eu num vou ligar. Deus é quem sabe, mas Ele vai dar a saúde dele. A minha gravidez eu passei toda trabalhando, não tive resguardo, Cuidar deles só eu e Deus sabe (Sarita).

Eu me sentia doente também, cansada, mas graças a Deus estou aqui, vamos ver o resultado. Eu confio primeiro em Deus depois nos médicos. Eu sofri muito pra descobrir o que a minha filha tinha, era só em posto tomando remédio daqui e dali e nada resolvia. Tô pedindo a Deus que fique logo boa pra ir embora, na casa da gente por pobre que seja é bom e Deus ajuda a gente passar (Sulamita).

Alguns depoimentos revelam que a força espiritual ajuda a aceitar a doença e mesmo a finitude. A esperança e a fé em Deus contribuem inclusive para superar as dificuldades de sobrevivência. Assim demonstram em suas falas.

Outra opinião referente a religião:

O meu marido agora é crente. Logo que a menina adoeceu e viu que era sério, aceitou ser crente. Num quer nem que ligue a televisão e quando essa tá dançando, ele fica se danando pra ela parar (Sâmia).

Algumas informantes referem ser importante rezar, ter fé em Deus, mesmo que depois levem a criança ao médico. Possivelmente, suas crenças estão baseadas em experiências anteriores, consigo ou outras pessoas da família. Para muitas, a intervenção de ambas as condutas potencializam o poder de cura. Isto é uma possibilidade de a mãe tranquilizar-se mais e atender às suas necessidades espirituais.

Os hábitos e atitudes das pessoas estão relacionados com as circunstâncias nas quais se vive. Padrões culturais relacionados com a dinâmica de viver são moldados pelo próprio ambiente em que habita. Portanto, as pessoas adotam espontaneamente o comportamento configurado pelo seu contexto cultural. A religião é um fato presente nas situações de doença, em quase todas as culturas, variando a forma, para cada grupo cultural.

3) Aqui tratam a gente bem

No recorte das falas dos informantes, apreendi as opiniões sobre os profissionais e serviços de saúde. Apesar de, no início, não considerar como conteúdo pertencente ao objeto de estudo, a repetição, a semelhança de informações sobre este aspecto me fizeram admitir como dados significativos, pois as questões se apresentavam fortemente nos depoimentos. As mães salientam de maneira espontânea suas impressões sobre os serviços de saúde, incluindo os relacionamentos com os profissionais:

Procurro mais é os postos mas eu sei que eu vou só pra ir porque de preferência mesmo é o hospital geral. Ouvia muito falar que aqui era

bom. Tive meu último filho aqui e sabendo que ele era doente eu queria demais que ele se tratasse aqui. O meu sonho era internar o meu filho neste hospital, onde a gente é melhor tratado. Como eu fui bem atendida eu queria que todo mundo fosse bem atendido como eu fui. No dia que fui internada incheu de médico e as outras mãe ficavam dizendo que só olhavam muito pro meu menino. Eu acho lindo quando eles tão perto do meu filho parece que tô no céu. (Sarita)

Eu acho que as coisas tão muito ruim, pra fazer melhor do que isso gasta muito. Eu já procurei outro hospital e vi que aqui tratam a gente melhor. Eu confio muito em Deus e neste hospital, aqui é muito bom trata a criança e a gente bem e tem tudo almoço, roupa limpa e os remédios. Minha filha vai ficar boa pra eu cuidar das outras (Sulamita).

O meu outro irmão teve lá com um tumor na perna. Passou muito tempo. Quando saiu de lá as enfermeiras e os doutor fizeram festa pra eles. (Vizinha de Sulame)

Eu tô gostando muito, aqui é muito bom as pessoas atende direitinho. Eu num tem problema aqui. Tive muita sorte, muitos já me conhecem, eu tenho umas amigas aqui (Silvana).

Aqui tratam a gente bem. Da outra vez eu passei só cinco dias o meu tava com diarreia e saiu bonzinho. Os médicos passam o remédio certo e as enfermeiras tratam a gente direitinho (Sâmia).

Da outra vez que tive aqui lá em baixo (referindo-se ao ambulatório de pediatria) eu achei ruim, os funcionários muito ignorante num explicam as coisas pra gente. Se alguém tá com problema eu acho que agente não tem culpa. Se você não sabe informar é só dizer num sei (Sarita).

As mães retratam claramente o tratamento recebido nos serviços de saúde, destacando o hospital em que estão como tendo bom atendimento. Contudo, em algumas falas destacam as dificuldades de relacionamento com a equipe.

Meu sonho ... parece que tô no céu.

Eles num explicam o que tá acontecendo.

Cuidar é uma experiência humana presente em várias situações do *continuum* viver - morrer e conseqüentemente do processo saúde-doença. O cuidado possibilita ação para viver, ser saudável. No ato de cuidar está presente a comunicação, muitas vezes, na troca de experiência entre pessoas, seja baseada em conhecimento científico ou popular. Portanto, não se desvincula da cultura. Consubstanciando essa idéia vale ressaltar o conceito de cultura formulado por muitos autores como, LARAIA (1994) SPRADLEY (1979) e LEININGER (1991), os quais destacam a cultura como o conjunto de comportamentos, saberes característicos de um grupo humano ou de uma sociedade, sendo estes conhecimentos adquiridos em um processo de aprendizagem que são transmitidos ao mesmo tempo ao seus membros. Fortalecendo estes conceitos, MARCONI E PRESOTTO (1992), afirmam que o homem em seu meio social produz cultura. *A família, os amigos e a sociedade, com seus meios de comunicação exercem papel preponderante na assimilação de normas de conduta e atitudes e na formação dos sistemas de valores.*

Estas citações declaram situações puramente humanas que envolvem o aspecto sociocultural que determina o modo de vida das pessoas. Portanto, não

e desvincula do processo de cuidar, do social, enfim da enfermagem que tem como função precípua o cuidado do indivíduo ou grupos em seu contexto sociocultural e ambiental.

O conjunto das informações presentes nas categorias permitiu-me reunir as idéias e avançar na compreensão do fenômeno refletindo sobre as expressões ógicas e veladas de significado cultural, as quais foram confirmadas pelos informantes. Fiz uma síntese do conteúdo presente nas categorias, que deram origem aos dois temas culturais.

O primeiro tema cultural **Só a mãe conhece o filho** – considerado como tema central - emergiu de vários depoimentos dos informantes e está implícito ou explícito, especialmente nas categorias: **A mãe sabe cuidar melhor do filho; Cuido com muito zelo, e Tudo comigo, menos com meus filhos.**

As mães, ao comentarem sobre a forma de cuidar dos filhos, relacionando o processo saúde-doença, esclarecem que as crianças são melhor atendidas em suas necessidades pela própria mãe, por esta cuidar com muito zelo e tudo fazer pelo filho, sendo capazes inclusive de sacrificar-se em benefício de sua saúde.

A formação do segundo tema cultural **O que passei foi pra me ensinar** – foi uma realidade demonstrada nas categorias: **Aprendi muita coisa com minha mãe e minha vizinha; Levo pro médico pra saber o problema; Tenho mais cuidado pra num adoecer; Deus é quem sabe e Aqui tratam a gente bem.** O tema tem relação com as situações vivenciadas pelas mães no percurso que fazem à procura dos serviços de saúde. É uma trajetória acompanhada de exceções, incertezas, porém serviu como aprendizado na melhoria do cuidado à criança.

8 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS TEMAS CULTURAIS

Temos nestes resultados a expressão das “verdades culturais” vivenciadas pelos informantes no cuidado com a criança, de acordo com sua visão de mundo e que foram percebidas por mim num decurso de aprendizagem. Na proposta de compreender os significados culturais, após a validação com os informantes, pude apreender dois temas da organização das categorias:

Só a mãe conhece o filho - originou-se das categorias 1,2 e3

O que passei foi pra me ensinar – formado pelas categorias 4,5, 6, 7, e 9. Estes temas serão descritos a seguir.

Só a mãe conhece o filho

Com a análise dos conteúdos expressos nas categorias, constatei que o tema **Só a mãe conhece o filho** está permeando, implícita ou explicitamente, todas as categorias formuladas, fazendo-me reconhecer que este conteúdo representa a essência das experiências da mãe no cuidado com o filho, sendo, portanto, considerado o tema central.

O ato de cuidar é uma fonte de sabedoria humana, produzida pela própria necessidade do homem. Envolve a responsabilidade com o outro, como projeto de vida. É no cotidiano, desempenhando os vários papéis, que descobrimos o saber sobre a natureza do cuidado. Para isso, é necessário, então, que haja encontro, amor e respeito pela pessoa que é cuidada.

Nas relações familiares ou, especificamente, no encontro mãe-filho, estes sentimentos brotaram naturalmente, surgindo a possibilidade de envolvimento, troca e compreensão da mãe para com o filho.

Pude constatar em vários momentos das falas dos informantes que **só a mãe conhece e entende o filho**. Em circunstâncias normais da vida, a mãe é a pessoa que mantém o contato maior e integral com o filho. Na situação de

doença, a necessidade de estar com ele é imprescindível. Mesmo diante de outras preocupações, as mães confirmam ser imperiosa a sua presença.

A gente perde muito tempo aqui. Se tiver outras preocupações e a família em casa, fica tudo abandonado, o importante é ficar com o filho que está doente.

Eu tenho muita paciência de cuidar dele, faço o que posso e observo tudo que acontece com ele. Quero que fique bom logo, pra ir pra casa.

É muito bom ficar com os filhos da gente quando tão doente, eu tiro por essa que só quer ficar comigo...comigo ela come, dorme e com os outros nunca é como a mãe.

A mulher, a mãe, assume muitas atribuições seja com atividades profissionais ou desenvolvendo atividades do lar. Os afazeres domésticos ou até mesmo o emprego poderá ficar em segundo plano, quando a mãe necessita acompanhar o filho doente. A afinidade existencial entre mãe-filho, além da responsabilidade de atender às necessidades das crianças faz com que as mães abandonem outras preocupações e permaneçam com os filhos, cooperando na sua recuperação.

A relação de cuidados na família pode comprometer todas as pessoas adultas, incluindo o pai. No entanto, em quase todos os lares é a mãe quem está mais envolvida. É ela quem procura as opções de cura e tratamento quando o filho adocece. Apesar de alguns pais assumirem em muitas ocasiões os filhos, a lescontínua preocupação, a ausência de alguns deles dos lares, fazem obrecarregar mais ainda a mãe. Elas reconhecem a falta de cooperação e compromisso dos pais em relação à família. O pai dessa famílias pesquisadas, em filhos de um casamento anterior. A mãe comenta:

Ele é um pai muito desligado. É diferente de mim, faço tudo pelos meninos que são só dele. Cuido deles como se fosse meus. O pai dele ainda não veio aqui no hospital, não é certo, nem ligou pra gente. Se não fosse por mim os meninos morriam à mingua. Quando eu liguei pra lá, ele mandou eu ir embora. eu disse que não ia deixar meu filho aqui. A menina menor tá com a vizinha, eu só saio daqui quando levar meu filho.

Eu mesma cuido deles sozinha, quando tava grávida do mais novo, ele saiu de casa, sem avisar e sem motivo, aí ficou mais difícil.

As situações de desprezo e afastamento dos pais (dos lares) fazem com que as mães assumam sozinhas a responsabilidade de cuidado com os filhos em todos os sentidos, ficando uma sobrecarga de trabalho para as mulheres e muitas vezes uma lacuna na relação familiar.

O papel da mãe e do pai junto aos filhos é um fato assumido social, e culturalmente. A criança tem grande dependência dos pais, principalmente da mãe, aumentando em situações ameaçadoras como em um estado mórbido. Neste momento, a figura materna passa a oferecer confiança, proteção, aliviando as reações e transtornos físicos e emocionais desencadeados pela doença e/ou hospitalização. Este aspecto é reconhecido pelas mães:

Eu acho muito importante ficar com ele aqui, ajudando na recuperação...as enfermeiras são poucas pra tantas crianças e eu é que sei como ele gosta de ficar, o que gosta de comer. É um sacrifício pra ele dormir, porque em casa só dorme de rede e no berço ele não gosta. É preciso eu ficar juntinho dele no berço aí ele dorme.

Eu ajudo muito na recuperação dele, quando tô longe ele chora, fica triste. Pra evitar isso fico perto dele. Eu gosto de fazer, eu sei fazer as pessoas gostam de ajudar mas eu prefiro fazer tudo pelo meu filho. Eu já me acostumei, mesmo quando as enfermeiras vem, elas perguntam quer que eu ajude? Eu digo não e faço mesmo mas quando ele piora eu fico mole pra cuidar dele. A minha irmã que cuida da minha filha menor quer vir me ajudar mas eu não quero, pois só eu sei cuidar dele, sei o que ele tá sentindo. Eu falo com ele e ele reage, eu faço as mudanças do corpo do jeito que o fisioterapeuta ensinou. Eu sei quando ele tem espasmos fica duro, as vezes mexe com a mão.

SILVA (1997), em seu estudo sobre mãe-acompanhante, comenta que a mãe frente à doença da criança deseja tratá-la com toda a sua capacidade apoiando e confortando, sente-se útil ao prestar os cuidados básicos de alimentação, higiene, recreação, transmitindo-lhe segurança. Em contrapartida, em alguns momentos, a própria mãe reconhece suas limitações frente às situações estressantes quando a doença se agrava:

... quando ele piora eu fico mole pra cuidar dele ...

É preciso que se atente para estas situações. Comunicar-se com a mãe, ajuda entender o seu comportamento ue pode variar em determinadas circunstâncias. Mesmo ela gostando de servir ao filho é necessária a compreensão da equipe relativamente as suas limitações.

Nesse momento, admite-se o cuidado profissional nas diversas dimensões: apoio, informações, sensibilidade, empatia, observação, interesse, escutar, valorizar, não condenar, estar presente, supervisionar, aliviar a dor, preservar a individualidade ... (PATRÍCIO, 1996) .São necessidades que surgem tanto para a mãe como para a criança

A própria adversidade do ambiente hospitalar, pode trazer transtornos à criança. Pude perceber que, em muitas ocasiões, a mãe se sacrifica para adaptar o filho às situações geradoras de conflitos. Para ela, é confortante poder ajudar a criança, e, por isso, supera qualquer sofrimento ou sacrifício. O mais importante permanecer com a criança que está mais necessitada.

Eu sei que as outras estão lá abandonadas, sem o pai que saiu de casa, ficaram com a vizinha, mas essa aqui tá precisando mais de mim.

Para as informantes, há que ser oferecida uma atenção especial às crianças enfermas. **Cuidar com muito zelo.** Está implícito nesta expressão o sentido de: **só a mãe conhece o filho.**

Eu zelo, dou alimentação, dou água de chuva filtrada, não dou água salgada, eu brinco e passeio com ela.

A criança é entendida como ser dependente e frágil. O atendimento de suas necessidades para crescer e se desenvolver saudável não corresponde somente ao aspecto biológico, mas a uma assistência global, incluindo os fatores emocionais e sociais associados a aspectos estruturais de ordem familiar.

Considero este grupo de mães pessoas que interiorizam, por meio de um convívio familiar e social, o grande valor da vida. Portanto, projetam o papel de mãe como aquela que providencia para que tudo dê certo em meio às dificuldades. Compreendem ter o papel de educar e evitar que outras mazelas não tomem conta da criança e assim referem: **faço tudo por eles, tem que cuidar bem, ensinar o que é bom, deixar sempre limpo para não pegar doença.**

Apesar das restrições financeiras e educacionais, reconhecem que a pobreza não é sujeira. Essa busca constante de melhorar a vida e superar as dificuldades é fundamentado no grande desejo de proteger as crianças ter zelo por elas; por isso, algumas mães chegam a se manifestar assim: **Tudo comigo,**

menos com meus filhos. Esta afirmação parece significar proteção e ao mesmo tempo preocupação da mãe com o que poderá acontecer com a criança e por isso, é importante ficar ali vendo, observando o que estão fazendo com o seu filho, pois a mãe parece está convicta de que o conhece melhor do que os profissionais.

Eu acompanho tudo que acontece, a gente prefere ficar com a criança do que almoçar.

É tem que ficar perto da criança, dar banho, ver a medicação.

Um dos motivos forte de o familiar acompanhar um componente da família, mesmo adulto, é estar junto por razões ligadas à suas próprias necessidades e interesses,, as quais inclui o de oferecimento de apoio (FRANCO, 1988).

Muitas chegam a referir: **Preferia que fosse eu doente, eu num queria que ele sofresse.**

É uma forma de expressar os seus sentimentos e compensar suas limitações de não poder fazer mais ainda pela criança. Agindo assim, a mãe sente-se bem e mais autêntica no desenvolvimento de seu papel.

O estar-com-o-filho doente condiciona a um estado de alerta e preocupação com o que está acontecendo, às vezes na tentativa de amenizar o sofrimento, buscar maior conforto para seu filho. É também uma questão cultural, pois a própria organização familiar procede de ensinamentos herdados com seus aspectos divergentes, em seu contexto social, histórico e temporal.

Entendo que a maneira que a mãe adota para atender as necessidades de seus filhos é resultado de aprendizagem, vivenciada em seu meio cultural; funciona, às vezes, como rituais que foram internalizados pela cultura familiar.

Os informantes destacam como fundamental na relação de cuidados com a criança a provisão de alimentos com horários certos, a higiene, atitudes que

venham contribuir com a prevenção de doenças. As falas seguintes destacam as condutas importantes no cuidado à saúde:

Do jeito que cuido de um, cuido dos outros... comida na hora certa, banho, não deixar levar poeira e sol quente. É um divertimento cuidar deles.

Eu gosto de tá com eles limpinhos, cheirosos, eu dou banho e dou de comer.

Aparecem os rituais de cuidados realizados pelas mães para manter o filho saudável. O rito é um processo relacionado às fases de desenvolvimento da vida, nas crises existenciais e ainda em outras facetas da vida cotidiana. (MONTICELLI, 1997). Percebi nos depoimentos e nas atitudes das mães, maneiras próprias de cuidar, e ao mesmo tempo, o seguimento de rituais do contexto em que vivem.

No tocante à saúde, o cuidado é uma necessidade fundamental que envolve várias dimensões. As informantes entendem que ter saúde implica em diversas ações. Citam a higiene, e a nutrição adequada, como atos que conferem um estar saudável. Por ser uma necessidade básica, devem ser valorizadas em todos os níveis da população. É, sem dúvida, um meio de prevenir as doenças e promover a vida.

A alimentação das pessoas varia em função das condições sociais, econômicas e culturais. Certamente, o tipo de alimento oferecido no hospital não é semelhante ao que de costume as famílias se nutrem em seus domicílios. As diferenças de costumes e hábitos também devem ser conhecidos e valorizados pelos profissionais da saúde, através do cliente, evitando, assim, mais um componente de choque cultural entre cliente e ambiente hospitalar. Os informantes expressam situações a isso referentes :

De manhã cedo eu dou , o café ele gosta com pão. O leite só faz provar. Ele não tem gosto ruim. Dou a banana com leite, leite por

cima ou bananada.. Costa de caldo de feijão . Ele gosta muito. Acho que é por isso que ele não come aqui sente falta do caldo. Lá em casa ele mesmo pede. Ontem e antes de ontem não almoçou, nem jantou. Com com caldo de feijão ou galinha , come todinho e depois vai dormir.

Aqui é um sofrimento só com ela nos braços, aqui não é como lá em casa, ela não quer ir pro chão, não quer sair de perto de mim. Lá em casa ela nem liga pra mim fica só brincando na casa dos primos e nos vizinhos. Aqui num se acostumou ainda.

Percebi, que mesmo, os informantes tendo esse impacto cultural, tornam-se passivos sem reações ou críticas diretas aos profissionais, embora conversem, entre elas, sobre algumas situações impostas acerca das dificuldades encontradas. Raramente, as mães comentam com os profissionais suas dificuldades pessoais ou da criança. A comunicação das mães com os profissionais refere-se, quase que exclusivamente, ao tratamento da criança. Quanto à enfermagem, especificamente, observamos que a maioria dos profissionais mantém distância, as interações são feitas quase sempre no período de internação, alta ou quando sentem necessidade de orientar sobre as normas do hospital.

A maioria das mães considera ser generosidade receber benefícios de saúde para a criança e elas sentem-se gratificadas por permanecerem junto ao filho, sendo atendidas, em parte algumas de suas necessidades básicas. Nesse sentido se expressa uma delas:

Eu acho que esse hospital é muito bom, tem tudo pra nós, o remédio na hora certa comida e a roupa lavada. Não dar pra fazer mais do que isso, as coisa são muito cara pro hospital e pra nós é de graça.

Nesse posicionamento, falta-lhe a consciência política que a torne capaz de entender os direitos como pessoa e cidadã; também o conhecimento sobre os direitos da criança e da mãe em permanecerem juntos durante a hospitalização com favoráveis condições .

Percebe-se, também que as mães comentam sobre os hábitos da criança como sendo dificuldades para sua adaptação no ambiente familiar. Um fato que nem sempre é visto pelos profissionais de saúde, é a necessidade de ajudá-los a superar tais dificuldades. Os hábitos são maneiras de viver e acontecem tão espontaneamente, que, as vezes, não os percebemos. No entanto, a impossibilidade de realizá-los traz transtornos físicos e emocionais. A criança tem os hábitos relacionados ao sono, recreação e alimentação. Estes não devem ser subitamente eliminados, mas, se possível, adaptados, pois é mais um elemento que contribuirá na sua recuperação. A mãe é a pessoa que mais conhece as necessidades dos filhos. Por meio de suas informações, podemos conhecer os hábitos da criança e oferecer uma assistência humanizada e personalizada à população infantil.

Foi interessante notar que as mães representantes deste universo cultural refletem sobre o seu papel de mãe e prestam informações sobre a criança. Entendo que são pessoas singulares que trazem consigo algumas experiências coletivas. O ambiente hospitalar lhes traz inibição e ansiedade; porém a oportunidade de ficar com o filho, cuidando, oferecendo-lhe carinho, apoio e segurança, as torna autênticas em sua postura de mãe e as faz revelar-se nas atitudes e expressões de sentimentos. Pude entender de forma clara e subjetiva que o tema **Só a mãe conhece o filho** é uma realidade percebida entre as informantes do estudo, o que me ajudou a compreender suas experiências e reações de sentimentos em relação ao cuidado com criança.

O que passei foi pra me ensinar

Do arsenal de informações colhidas com a mãe-acompanhante e as famílias, emergiram muitas idéias sobre o pensar e fazer no cuidado com a saúde da criança. Apreendi na confirmação dos dados que as mães entendem que muitas situações vivenciadas com a criança em busca de viver e ser saudável têm contribuído para aprenderem a decidir e buscar opções que propiciem saúde e bem-estar aos filhos.

Entre as famílias, existe a relação de cuidados permanentes que contemplam ações de ensinar e aprender. Percebi pelos relatos das mães o intercâmbio de experiências entre as pessoas da mesma família, amigos, vizinhos e parentes que orientam as condutas de cuidados com a criança. Entretanto, o conhecimento apreendido entre as mães no cuidado com os filhos advém de relacionamentos diversos, pessoais e profissionais, como parte da natureza humana e social. Mostram em seus depoimentos que as situações vividas contribuíram para aprender:

Eu aprendi muita coisa com minha mãe e com as vizinhas, principalmente esses remédios caseiros. Depaconha e cebola branca para afrouxar o catarro, com a vizinha eu aprendi que banha de tejo e galinha é bom pra cansaço.

Quando os meninos adoecem as vizinhas vem logo me ajudar me dizem o que eu tenho que fazer e se num tiver melhora eu levo pro hospital.

Certamente, as condutas tomadas pelas mães foram fruto das oportunidades experienciadas por elas, de *per se*. No contato com os

profissionais de saúde, é fundamental que estes avaliem suas práticas e, percebendo que não favorecem ao bem-estar da criança, devem ser discutidos com a mãe, na tentativa de adaptar ou repadronizar as suas condutas. A adaptação/repadronização constituem conceitos utilizados na teoria transcultural, visando a prestar cuidados culturalmente congruentes.

A habilidade de proceder em determinadas circunstâncias da vida, muitas vezes, é um aprendizado que só acontece pela prática. Suas narrativas expressam que cuidar do filho, doente ou sadio, o relacionamento com as pessoas, com os profissionais e o contato com os serviços de saúde as tornaram mais experientes. Dessa forma se pronunciaram:

... eu acho que se fosse hoje ele podia até ter escapado porque eu sou mais orientada. Cada dia que passa a gente tem mais clareza das coisas. Eu antes num saia só pra um hospital tinha que ir com alguém, hoje em dia eu venho só, resolvo minhas coisas, pergunto o que tá acontecendo. O mundo ensina né? Certas coisas que passei foi pra me ensinar que a gente tem que ir e perguntar e aprender.

Da primeira vez que vim neste hospital foi muito difícil, eu não sabia como fazer, era uma fila grande e a Dra não viu a menina. Agora foi mais fácil eu já conheço a Dra dela, eu pergunto quando vou voltar e sempre venho consultar os outros meninos também.

A gente que é mãe já tem uma experiência, quando a coisa tá agravante. Essas mãezinhas da agora, novas, num tem experiência de nada e parece que as mães num orientam.

As mães se reportam a momentos vivenciados com os filhos em situações de doença, os quais condicionaram a tomar decisões, utilizar a comunicação para entender e, possivelmente, aprender pelas circunstâncias vividas.

Concordo com DEMO (1991), quando este autor afirma que o homem é um fenômeno capaz de optar, esperar, de influir. Não deve ser considerado passivo, paciente, objeto ou instrumento. Reforça a idéia de que não se pratica tudo nem qualquer coisa, mas coisas concretamente condicionadas. É assim que muitas vezes as mães aprendem a cuidar, a decidir, a optar pelo tratamento de seu filhos. Percebi que as condições atuais dos informantes são cheias de indeterminações, sacrifícios, trazendo dificuldades no atendimento às necessidades de educação e saúde das crianças. Entretanto, no enfrentamento destas situações, as mulheres criam possibilidades de aprender, pois pronunciam **certas coisas que passei foi pra me ensinar**. Portanto, estas coisas em determinado momentos as tornaram mais orientadas e cientes do direito de perguntar, ter explicações sobre as condições de saúde do seu filho.

Demonstraram que aprenderam a entender o problema da criança, principalmente porque tiveram oportunidade de acompanhar as alterações ocorridas com o filho. Esta aprendizagem produz a confiança na mãe, segurança à criança e aos profissionais, quando estes assumem integralmente o cuidado da criança. São oportunidades de aprender, se de fato houve esta conscientização.

Algumas informantes referem ter tido oportunidade de agir, prestar cuidados e cada vez mais aprender, enfrentando as situações.

Eu conheço o problema dele, já teve muitos problemas da válvula num funcionar... Dessa vez eu notei e telefonei pro médico ...Eu já sei, porque já aconteceu muitas vezes. Eu vou mesmo é pro hospital.

Quando chego lá a criança reage, se alerta. O médico se admira, o menino confia muito nele. Da última vez que teve internado teve febre e eu pensei logo que era pneumonia. O médico já me disse que se eu notar febre, moleza eu levasse logo pra ele ver. E eu já sei que quando a barriga fica inchada e ele fica assim já pode ser o caroço que se forma da válvula. Eu levo logo pra ele ver.

Este mesmo menino teve problema no rim, quando eu dei remédio pra verme começou a inchar. Eu notei que o rosto e as pernas tava engrossando aí levei pro hospital.

Quando adocece eu dou soro e remédio caseiro eu aprendi no posto e sempre quem me ajuda é minha mãe e minha vizinha. Mas se for doença grave eu procuro logo os médicos, eles é quem sabe. Quando é coisa que não tem jeito eu não vou esperar. O mais velho eu demorei quando cheguei lá quase não tinha mais jeito.

Hoje as mães não sabem cuidar dos seus filhos sozinhas, a minha mãe foi quem me ensinou a fazer as coisas e a cuidar dos meninos. Eu faço muito é lambedor quando tão gripado, mas quando é doença grave eu levo pro médico.

A realidade vivenciada com as mães mostra que certos cuidados como higiene, alimentação, conforto, vigilância e até monitoração das eliminações fecais e urinárias, dentre outras, são assumidas pelas mães. A participação das mães torna-se muitas vezes uma necessidade do serviço, pela carência de pessoal e, ao mesmo tempo, confere satisfação às mães em cooperar e aprender,

pois as atividades são supervisionadas e checadas pela equipe de enfermagem. As mães que tiveram oportunidades de cuidar do filho em situações de saúde e doença reconhecem que, a partir do conhecimento da realidade, aprendem e tornam-se mais capazes de cuidar da criança.

... eu media e anotava a urina. Eu já sabia que era importante que eu tinha visto quando tive aqui da outra vez.

Os profissionais concordam com que as mães cuidem dos filhos, mesmo no ambiente hospitalar. Entretanto, são poucas as vezes que dedicam tempo para ensinar-lhes. O saber é utilizado para orientar em algumas situações consideradas indispensáveis, mas é feito com etnocentrismo, ou seja, aceitando somente suas opiniões, impondo o que sabem; sem refletir que as mães têm o seu saber e capacidade, e seus valores que podem ir de encontro às posturas profissionais, tornando difícil o verdadeiro aprendizado, ou seja, aprender de forma consciente, refletida, discutindo com os profissionais a melhor forma de cuidar da criança, evitando sofrimento físico e emocional. Seria um processo que favorecesse às mães o conhecimento da realidade, possibilitando-lhes aprender a agir com maior segurança, no momento de tomar as primeiras medidas de cuidado.

Mostra-se novamente a presença do cuidado popular, as mães informam suas experiências com as plantas consideradas medicinais e a alternância com as condutas profissionais.

Quando tá gripado faço lambedor pepaconha corama, malva e cebola branca, é um mel que cura todo tipo de gripe e quando não melhora eu levo pro médico.

Dei logo o soro porque tinha diarreia e o remédio pra vômito que a vizinha me deu, mas quando é doença grave eu levo pro hospital.

Estas opções são comuns entre as famílias, trocam entre si as informações e utilizam na prevenção e tratamento de doenças (SILVA, et al. 1996). São consideradas um conhecimento cultural repassadas de geração a geração, embora hoje seja mais limitado em face da indústria farmacêutica dominante em todas as classes.

Crenças e práticas caminham juntas. É a partir de uma crença que surgem as diversas ações de cuidado, seja baseado em um saber oficial ou no saber popular. As informantes revelam outras crenças próprias de sua cultura.

Botaram na minha cabeça que era bom eu procurar essas coisas... Quando cheguei lá achei que era uma coisa de quem não confia em Deus. Quando vim pra casa mandaram eu fazer um banho morno e depois frio, mas não vi melhora.

A minha amiga já tinha dito, menino prematuro não pode olhar, bota quebranto que mata. Não é porque a pessoa quer. É só dar a primeira vez que olha, depois não dar mais. Não pode olhar e pegar. Eu mandei rezar e ela melhorou.

Algumas condutas utilizadas para obter saúde surgem de crenças populares que em si devem ser respeitadas. Contudo, podem ser reorientadas, dependendo da situação vivenciada pela pessoa, individualmente. Mesmo procurando algumas práticas populares, algumas vezes, as mães questionam, por isso decidem abandonar ou alternar com as práticas profissionais, ou seja, reconhecem a necessidade de repadronizar suas condutas, ao notar a ineficácia de outras práticas.

Acredito que todas as mães tenham suas experiências, precisamos conhecê-las. No compromisso de cuidar holisticamente, devemos respeitar os valores e as crenças de nossos clientes, sem excluir essa realidade.

LEININGER (1991) mostra que é possível trabalhar com essa perspectiva, respeitando as crenças, os hábitos e atitudes do cliente, utilizando o conteúdo da Teoria da Universalidade e Diversidade do Cuidado. Nesta teoria, encontramos os conceitos de adaptação e repadronização para satisfazer o cliente e maximizar as ações de cuidado.

LEININGER (1990) define como imposição cultural a tendência dos enfermeiros para impor seus valores, crenças e práticas a outras culturas. Para ela, esta prática ocorre freqüentemente porque os enfermeiros têm um leque de conhecimentos e utilizam o etnocentrismo acreditando que os próprios valores são os mais desejados e preferidos, sendo a causa principal da imposição cultural.

As mães foram capazes de expor suas opiniões, mostraram como conduzem o cuidado da criança, de forma espontânea. Isto foi possível pelo processo interativo vivido por nós. Utilizando várias habilidades comunicativas, demonstrei interesse por elas e procurei ouvi-las atentamente, apenas interrompendo para motivá-las a explicar melhor e em algumas ocasiões para refletir com elas o que estava sendo dito. Neste momento, eu participava com elas de uma prática social transformadora, pois reflexões possibilitam mudanças.

É notória a alternância de condutas utilizadas pelas informantes, baseadas em um saber popular e profissional. As experiências surgem fundamentalmente no convívio familiar e social, constituindo o seu meio cultural. A realidade mostra que nesse convívio intercultural as pessoas aprendem. Diante desta possibilidade, algumas informantes reconhecem: **o que passei foi pra me ensinar**. Isto levou-me a inferir que a trajetória das mães oferece oportunidade de aprender, ensinar, decidir medidas de prevenção, cura e tratamento das situações de saúde-doença, aparecendo entre elas condutas próprias de uma sabedoria popular, em muitas vezes, entremeando com o saber científico. Neste caso, considero que a partir do que foi repassado pelos profissionais sob uma forma de comunicação efetiva, foi possível à mãe aprender. As informantes

confriram em vários momentos que a troca de aprendizagem acontece espontaneamente sem que haja esforços profissionais, pois não há um programa de educação em saúde permanente.

PAULO FREIRE (1994) ressalta o fato de que, no relacionamento horizontal sujeito-sujeito, ocorre de fato a comunicação e, conseqüentemente, aprendizagem do conteúdo ensinado. Para ele, esse tipo de comunicação tem dimensão política e é geradora de reflexão, favorecendo a uma consciência crítica e de transformação da realidade. Percebi que esse relacionamento mãe - profissional de forma igualitária aparece em pouca ocasiões, mas faz parte do trabalho de alguns membros da equipe de enfermagem, no momento de prestar cuidados diretos, levar para exames e, raramente, na admissão e alta da criança. Nessas duas últimas situações, é indispensável uma interação efetiva em que esteja presente a comunicação. Acredito que a desatenção e o descuido dos profissionais em relação ao acompanhante estejam relacionados ao desconhecimento de que o contato do homem com outro homem se dá pela comunicação. É uma relação social igualitária, dialogal, que produz conhecimento e passa a ser uma prática social transformadora. Neste sentido, a comunicação permite aos oprimidos o *direito a voz*, direito de pronunciar sua palavra, de auto-expressão, enfim, de participar da história da sociedade (CRESPO citando Freire, 1996).

É preciso vivenciar uma realidade, tornar-se sensível às questões humanas para reconhecer o direito à cidadania. Com Paulo Freire, encontramos ensinamentos com os quais somos capazes de construir um relacionamento igualitário, a produzir conhecimento e desenvolver uma prática social transformadora.

As mães mostram-se satisfeitas pelo filho ter sido atendido, por estarem junto dele e pela segurança no tratamento e recuperação da criança. Mas, algumas queixaram-se, entre elas e comigo, na abertura que tive nas entrevistas. Relatam as dificuldades no relacionamento interpessoal. Sentem os profissionais

indiferentes e alguns as destratam no momento em que se dirigem a eles para tratar de assuntos da criança. Foi demonstrada uma forma de comunicação unilateral, não permitindo a participação dos familiares nas decisões sobre a saúde da criança. Evidencia-se nestas falas:

Eles falam as mesmas coisas, não explicam o que tá acontecendo com a criança...

Aqui tratam a gente bem, mas lá perto onde moro no posto de saúde, me respondem com ignorância. Mas eu levo lá porque é o único local perto que tem pediatra. Mas eu não gosto da coordenadora. É enfermeira, eu sei porque um dia faltou a vacina porque ela não tava lá, e só é feito com a enfermeira chefe. Quem vacina é outros do serviços gerais mas tem que ter a enfermeira. Essa enfermeira é muito chata, não conversa com as mães, arrasa as pessoas, uma vez falou muito grosseiro com uma mãe porque o cartão da criança estava atrasado. outra vez comigo ela brigou porque o cartão estava feio, sujo. Falou: que mãe é essa, que irresponsabilidade. Não precisava ela falar assim porque ela nem sabe o motivo porque a mãe deixa de fazer essas coisas. Ela dá uma palestra já humilhando e muita coisa que ela dizia a gente já sabe: prá comer uma coisa ou outra, fazer os exames. Pra mim ela não é boa, precisava ter mais educação, ela quer ser a maioral. Por isso eu não perdo meu tempo em falar com ela. As vezes eu penso em levar os meninos pra consultar, mas com ela, num vale a pena e ela nem resolve esses problemas mais sério. (Soledade)

Aqui a gente olha o que tá acontecendo, dar banho, vai reclamar alguma coisa como a medicação que tá atrasada, o remédio pra ela é pra ser em 6 em 6 horas, tinha que ser dado 12 horas (24:00) e estavam dando as 10:00 era dado duas horas antes. Eu fui falar com o enfermeiro, agora tá vindo certo.

Os médicos conversam umas "besteiras" coisas que já tinham dito antes, mas eu num aceito. Querem começar tratamento com remédio forte. O médico do outro hospital já disse que não precisava. Eu só deixei vim pra cá pra receber os exames, mas quero ir pra casa logo por causa dos outros.

Eu nunca tinha sido internada, quando elas adoeciam eu tratava em casa, mas depois que foi internada é que eu senti como é difícil a gente ser mãe e ter filho doente no hospital, eu tenho sofrido muito, chorando muito só de ver ela nessa situação, tô achando agora que a vida é mais difícil do que eu tava pensando. Não pensava em passar pelo que tô passando mas acho muito difícil. Pra mim foi uma lição que vou levar pro resto da minha vida. Hoje já tem oito dias sem dormir, tem dias que como, outros dias nem como. Hoje eu ainda tô em jejum. Porque eu desci pra tomar café já tinha acabado. Eu tava só perto dela, o médico chamando pra botar a borracha de novo, eu tinha que ficar com ela. Eu tô passando fome mas os horários num dar certo. Os horários da mãe é quase o mesmo das crianças.

Em alguns depoimentos é nítida a presença do etnocentrismo dos profissionais como “donos do saber”; desconhecem ou não valorizam a importância de se conhecer a opinião dos clientes na efetivação das ações de cuidados diretos ou indiretos. É uma realidade que acontece com a maioria dos profissionais. Não reconhecem ou não valorizam o direito que possuem as pessoas de serem respeitadas em seus valores culturais. O próprio cliente desconhece os seus direitos, é uma postura cultural. Entretanto, outros que já tiveram oportunidade de discutir e aprender tornam-se sensíveis a esta realidade e comentam, embora que timidamente. Diante da valorização de tais aspectos, é necessário que o profissional avalie cada situação individualmente e em suas decisões de manter, adaptar ou repadronizar os cuidados populares, utilizem o bom senso e a ética profissional.

Mais uma vez, reconheço que aprendi com estas informantes, a quem é preciso dar o direito de usar as palavras, os sentimentos e de mostrar suas experiências. Mas, também, é necessário esclarecer levando em conta a sua cultura, possibilitando as mães a tomarem condutas adequadas que não venham prejudicar a criança. Para adquirir esse comportamento, as mães precisam de ações voltadas para a educação e saúde, repassadas de maneira crítica e conscientizadora, dando-lhes oportunidade de viver a verdadeira cidadania. Ensinar exige o reconhecimento e a assunção da identidade cultural, cujo respeito é absolutamente fundamental na prática educativa progressista. *A solidariedade social e política de que precisamos para construir a sociedade menos feia e menos arestosa, em que podemos ser mais nós mesmos, tem na formação democrática uma prática de real importância* (FREIRE 1997, p.46-47). Para ele, a importância das experiências informais nas ruas, praças, trabalhos... os variados gestos se cruzam cheios de significação.

Diante dos depoimentos, percebi que as atitudes e as experiências estão relacionadas aos valores, crenças e padrões de cada cultura, determinando a conduta de cada pessoa. A família tem sua cultura, sua forma de comunicar-se,

suas regras, ritos e valores próprios que vão de certa forma influenciar nas práticas de saúde. Há o universo pessoal de significados, compartilhado entre as pessoas da família e seu grupo social. SZYMANSKI (1995) comenta que as ações da família são formadas por um contexto de emoções com códigos pessoais familiares e culturais e formam em si uma trama do universo familiar. Este autor cita Gomes (1988), que explica o conceito de família no cotidiano como sendo: *um grupo de pessoas, vivendo uma estrutura hierarquizada, que convive com a proposta de uma ligação afetiva duradoura, incluindo a relação de cuidados entre os adultos e deles para com as crianças e idosos que aparecem neste contexto.* Foi desta forma que vivenciei as relações familiares e o contexto onde está aposta a criança e a mãe-acompanhante, dando-me oportunidade de conhecer parte de sua cultura.

É preciso entender que, quando o ser humano se depara numa determinada situação que requer decisões significativas, é importante encontrar apoio e ajuda. Certamente, o entendimento do outro, nestas circunstâncias, só será possível se desenvolvermos nossa capacidade de escuta e empatia com o outro. A interação com a família consiste em saber escutá-la e compreendê-la em nível capaz de atender às necessidades expressas que, muitas vezes, dependem exclusivamente de uma orientação, uma conversa, uma explicação. Torna-se fundamental uma relação harmônica e compreensiva entre profissionais e familiares das crianças em situações de saúde e doença, pois são eles que conhecem e trazem consigo idéias, e valores da própria criança, que vão, de certa forma, influenciar no tratamento e recuperação.

9 RELEXÕES E CONTRIBUIÇÕES

Destacando a mãe como principal informante do estudo, procurei descrever as experiências dos familiares no cuidado à criança, sadia ou doente, suas crenças, valores e práticas situadas na contextura cultural. Pude constatar situações significativas para a prática profissional, junto aos familiares. Acredito que estas venham, sobretudo, ajudar a superar as dificuldades de relacionamento com nossos clientes e, principalmente, com as mães, principais responsáveis pela saúde da criança no âmbito familiar.

LARAIA (1986) faz algumas observações a respeito do homem e a comunicação, explicando que toda experiência de um indivíduo é transmitida aos demais por um processo de acumulação, no qual a linguagem passa a ser um produto de cultura articulado com a comunicação. Embora a natureza humana seja semelhante, em alguns aspectos, é a cultura que propicia a diversidade de comportamentos. Para entender o significado de suas experiências e atitudes, neste caso em relação ao cuidado com a criança, foi preciso interagir e comunicar-me intensamente, de forma a conquistar a confiança dos informantes.

Refletindo sobre a análise dos temas culturais, percebi que a mãe é a pessoa que mantém o domínio sobre as ações de cuidado com o filho. Suas experiências são impregnadas de necessidades como mães que buscam dar o melhor.

O estar-com-o-filho-doente ou hospitalizado traz para as mães além de novas experiências, momentos de reflexões que deixam transparecer ao outro quando este é capaz de escutar, de dar atenção às suas queixas do momento. Mesmo estando em um ambiente hostil, diferente do seu ambiente cultural, as mães têm o desejo e a necessidade de permanecer com o filho, proporcionando-lhe conforto, apoio e segurança como uma fonte especial de amor, carinho e doação, porque elas reconhecem que **só a mãe conhece o filho.**

Portanto, é ela quem entende seus hábitos, seu jeitinho de ser próprio de sua cultura. Nessa trajetória, as mães percebem os ritos, os padrões pertencentes à instituição e, numa tentativa de ajudar o filho a recuperar-se, procuram adaptar-se às situações sacrificando-se em benefício da criança. Mesmo diante das dificuldades enfrentadas, algumas mães mantêm-se tranquilas, sem questionamentos, por acharem que o serviço já faz muito pela saúde das crianças, referindo-se aos gastos econômicos. Há pouca consciência e crítica sobre o que é direito como cidadão e o que é dever do Estado, conforme prescreve a atual Constituição. Diante do sacrifício de estar com o filho internado é uma dádiva que **Deus é quem sabe** (conforme a categoria 8), o que estão vivenciando e já é muito gratificante permanecer com a criança mesmo em condições desconfortantes. Acredito que esta forma de se comportar sem grandes questionamentos tenha relação com as condições socioeconômicas e culturais, refletindo na conscientização e na educação dos informantes. Todas elas são desprovidas de condições favoráveis a um ser saudável interferindo na qualidade de vida da família.

As informantes demonstraram que as mães aprendem a cuidar da criança em contato com seu grupo social (família, parentes, vizinhos, dentre outros). Nesse convívio diário com profissionais e serviços de saúde, reconstróem seus valores e sua maneira de perceber o mundo. Emergiu de suas opiniões e o fato de que **o mundo ensina**; foi preciso passar por algumas situações relacionadas ao cuidado com a criança para aprender como decidir melhor. Implicitamente, elas reconhecem que a visão de mundo, os valores e atitudes que permeiam suas práticas constituem aprendizagem que vem acontecendo ao longo de suas vidas. Ficou claro que, nestas experiências, está contido o conhecimento próprio de sua cultura, mas também existe o conhecimento profissional aprendido no caminho à saúde da criança.

Estas conclusões vão ao encontro dos trabalhos de PATRÍCIO (1996) e MONTICELLI (1997); concordam que o cuidado leigo mantém

comportamentos, técnicas e conhecimentos construídos do sistema popular de saúde, incluindo valores e crenças do sistema profissional. Da mesma forma, o cuidado profissional tem conhecimentos que advêm de cultura exclusiva da educação formal, mas estão imbricadas com as crenças, valores, religião, práticas utilizadas pelas famílias em seu mundo cultural. Também é dito e confirmado por estas e outras autoras da enfermagem que cuidado é a essência da enfermagem, mas a família também cuida de acordo com as influências sociais, culturais e ambientais.

Sem dúvida, há uma estreita relação entre cuidado leigo e profissional. O que devemos reconhecer mediante este fato é que nos precisamos valer da sabedoria das mães, da sua capacidade de aprender e a vontade de ajudar o filho a implementar momentos consistentes de educação e saúde, de forma a contemplar suas opiniões e necessidades referidas.

Frente a estes resultados, fiquei atenta às revelações das mães, as quais indicaram a necessidade de maior interação com a equipe de saúde para que expressassem naturalmente a forma de pensar e agir nas situações de saúde-doença. Dessa forma, pude constatar, subjetivamente, que precisamos entendê-las e, ao mesmo tempo, agir de forma que a nossa prática profissional seja compreendida e aplicada, a partir de ensino e aprendizagem permanentes.

Embora seja discutida teoricamente a necessidade de tratar o nosso cliente holisticamente, percebendo-o como um ser social pertencente a uma cultura, que traz consigo experiências, em nossa prática, ocorrem imposições culturais próprias do etnocentrismo. Consideramos que o nosso conhecimento é o mais correto, pois está baseado em conhecimentos científicos. Pensando assim, poucas vezes sentamos ao lado de nossos clientes, sejam criança ou adulto, mãe ou filho, para escutá-los e entender além de seus problemas biológicos, o contexto sociocultural em que estão envolvidos. A escuta para o atendimento de suas necessidades, conforme sua cultura, conseqüentemente, atenderá sua condição emocional.

O atendimento à criança de maneira holística jamais pode vir dissociado do contexto familiar e do aspecto educativo como complemento. Ambos estão imbrincados à cultura. Se queremos satisfazer o nosso cliente, precisamos entendê-lo melhor, compreendendo e respeitando a sua cultura. É uma questão que compromete a nossa prática, com base em mudanças, em fazer do nosso tempo de trabalho momentos bem aproveitados, cheios de reflexões e em que somos capazes de sair do nosso egocentrismo, trocarmos idéias e compartilhar, ao mesmo tempo, ensinando sem autoritarismo.

Acredito que, dessa forma, poderemos entender as necessidades das crianças, das mães que passam tanto tempo convivendo conosco, recebendo os nossos serviços tão gratificantes - assim o dizem. Esquecemos de que é uma grande oportunidade não apenas para impor as ordens da casa, administrar o que é prescrito por outros, que esqueceram de perceber as dores, o sofrimento, as opiniões de quem está ali precisando de remédios, mas também de ser tratado com carinho e como cidadão.

Vale lembrar que toda ação educativa é uma prática social, que tem como finalidade melhorar a qualidade de vida das pessoas, e em toda prática educativa na área de saúde, pressupõe-se, em um primeiro momento, o entendimento crítico da realidade. A partir deste ajuste a prática ganhará contornos significativos, oferecendo condições ao cliente (educando), uma compreensão de seus problemas e as medidas opcionais de soluções.

A participação popular tem-se configurado ao longo das práticas de saúde na busca de adesões da população a objetivos previamente estabelecidos pelas instituições. Essa forma de atuação não tem permitido mudanças qualitativas nas realidades trabalhadas, vez que coloca o indivíduo como co-responsável pela situação de miséria social. Essa postura não considera as relações de multicausalidade que determinam a situação de vida destas pessoas (BRASIL, 1994).

Nessa ideologia, considera-se o resultado de toda desgraça social a forma de ser das pessoas no mundo, suas atitudes e costumes, sem levar em conta os multifatores, inclusive a responsabilidade dos que mantêm o poder de transformação da realidade. O verdadeiro projeto pedagógico objetivando mudanças pode ser entendido nesta afirmação: *O projeto pedagógico de participação dos cidadãos na gestão e no usufruo dos serviços de saúde, deverá instrumentalizar os movimentos sociais se capacitar os trabalhadores de saúde, numa perspectiva de sensibilização, multiplicação e decodificação das ações e realidade, na busca efetiva do controle social* (BRASIL, 1994, p.4). O desenvolvimento desse processo está definido nos princípios do Sistema Único de Saúde.

Considero que na trajetória deste estudo houve encontro de mim como pessoa e profissional, a partir de uma relação com o outro (criança, mãe, família), abrindo caminhos para entender os significados culturais em seu contexto de vida. O encontro das culturas transforma o olhar que temos sobre nós, pois preso a uma única cultura, tornamo-nos cegos às dos outros, míopes quanto a nossa (LAPLANTINE, 1995). Estas experiências levam-nos a ver outras situações diferentes do viver, que transcendem as vivências de nosso cotidiano.

Repensando estas perspectivas, quero contribuir com as atividades já existentes com o fim de melhorar a educação e a saúde. Penso que, além de ser uma prática transformadora, dará oportunidade aos nossos clientes de participar, decidir, assegurando os seus direitos de cidadania presentes na atual Constituição.

Foi percebendo esta realidade que encontrei algumas assertivas capazes de transformar o meu pensar e agir em algum momento de minha prática, seja como enfermeira ou como educadora. Quero compartilhar com os colegas, amigos (as), alunos (as), enfim, com todos os que têm a criança e a mãe como objeto de trabalho.

Desejo com estas reflexões contribuir diretamente com nossos clientes - **mãe, criança e família**, que em vários momentos de suas vidas são excluídos e destrasadas nas várias instâncias da sociedade e, principalmente, no momento em que precisam ser escutados, compreendidos em sua saúde.

As unidades de saúde, e especialmente, ao hospital onde realizei o estudo, que tem em sua filosofia um trabalho participativo junto à população: que essa filosofia se fortaleça, incorporando os princípios dos direitos humanos e do SUS e que seus administradores e profissionais atuantes na pediatria tenham a oportunidade de apreciar esse estudo, retirando dele o essencial à sensibilização e atuação junto a mãe-acompanhante e familiares em prol da saúde da criança.

ABSTRACT

The study portrays the mother's experiences and family in the care to the child's health and he/she contemplates about the mother-companion's situation and the need of a program of permanent education of support to the hospitalized children's families. It is fundamental a harmonic and understanding relationship of the professionals with the children's relatives in situations of health and disease, because this has direct relationship with their parents, fitting to the nurse to know them for best care of them. The informers were the companions and families of children's of the unit of pediatrics of a hospital of the public net of SUS in Fortaleza Ceará, in the period of January to December of 1997. It is a research based on the presuppositions of the etnonursing in the Theory of the University and Cultural Diversity of the Care (LEININGER 1991). The collection of data was based in the observation model - participation - reflection. The data were submitted to the organization approach and analysis, having emerged two cultural themes - only the mother knows the child - what calls the attention to mother's paper in the child's care, and to her own recognition that only she only knows and understands the child and that she in some moments sacrifices herself to be with him/her. In the daily care, the mothers show the ritual of constant care to keep him healthy. The second theme - what I lived taught me - it shows that the several situations lived for the mother served so that she learned how to act in situations of health and disease of the child, turning it more expert and capable to help him in the process of being healthy. Of course, in this cultural interchange, the mothers learn behaviors and practices from a popular and professional knowledge. Even having this change of experiences, little times, the professionals accomplish orientations intentionally and without impositions. I understand to be necessary to know the reasons, feelings and attitudes of the mother -companion and family so that one can reflect and to implement efficient and permanent programs in education and health.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMADOR, M.V.P. **Educação em Enfermagem**: uma análise etnográfica da colaboração serviços/ escolas nos estágios clínicos. São Paulo, 1991, 398p. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 1991.
- ÂNGELO, M. Visitas restritas a crianças hospitalizadas: uma barreira para a internação mãe filho. **Rev. Esc. Enf.** São Paulo, v. 19, n. 3. 1983.
- _____. Hospitalização: uma experiência ameaçadora. In : STEINER, M.H. F. **Quando criança não tem vez**. São Paulo: Pioneira, 1986. Cap.11, p.101-107.
- BOEHS, A. E. Construindo um marco conceitual e um processo de enfermagem para cuidar de famílias em extensão. In: ELSÉN, I. et. al. **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis: Ed. da UFSC . 1994. p. 123-124. (série Enfermagem Repensul).
- BOESH, A.E., MONTICELLI, M., ELSÉN, I. Mulheres falando sobre suas crenças do coto umbilical do recém - nascido. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.44, n.1, 36 - 42, Jan./ Maio. 1991.
- BRASIL, Instituto Nacional de Assistência do Ministério e Previdência Social. Resolução n.104, de 02 de outubro de 1985. Regulamenta acompanhamento dos internados, por parte de seus familiares **Diário oficial**.
- BRASIL, Ministério da Ação Social. **Estatuto da criança e do adolescente**. Brasília, 1990.Cap.1
- BRASIL, Ministério da Saúde/Fundação SESP **Diretrizes de Educação em Saúde**. Rio de Janeiro, 1994.
- CABRAL, I. E., TYRREL, M. A. R. O estilo de cuidar da mãe e o trabalho da enfermagem. **R. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, V.3, n.2, p. 189-195, out.1995.
- CAPRA, F.O **Ponto de mutação**: a ciência, a sociedade e a cultura emergente.

- São Paulo: Cultrix, 1982.
- COSTA, A. O. et. al. **A família em destaque**. São Paulo, Cortez, n. 91, 1994. p. 5-6. (cadernos de pesquisa,91)
- CRESPO, B. C. Paulo freire e as idéias de comunicação In: GADOTTI, M. **Paulo Freire Uma bibliografia**. São Paulo: Cortez: Instituto Paulo Freire, Brasília D.F: UNESCO, 1996.
- DEMO, P. **Avaliação qualitativa**. São Paulo: Cortez, 1991.
- DEMO, P. **Educar pela pesquisa**. Campinas: Autores associados, 1996.
- ELSEN, I. et al. **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis: Ed. da UFSC, 1994. (série Enfermagem Repensul).
- FRANCO, M C. **Situação do familiar que acompanha um paciente adulto internado em um hospital geral**. Florianópolis 1988, 177p. Dissertação (Mestrado)- Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, 1988.
- FREIRE, P. **Educação como prática de liberdade**. Rio de Janeiro - São Paulo Paz e Terra, 1994.
- FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1997.
- GADOTTI, M. **Paulo Freire: uma bibliografia**. São Paulo: Cortez, 1996.
- GONZALEZ, L. A. M. **A doença veio para ficar: estudo etnográfico da vivência do ser diabético**. São Paulo: 1993, 238p. Tese (Doutorado)- Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 1993.
- GRAEDON, T. F. Um enfoque transcultural. In : HALL, J. E. WEAVER,B. R. **Enfermeria en salud comunitária: um enfoque de sistemas**. New York: OPAS, 1990. Cap. 19, p.357-375.
- HUERTA, E. P. N. et al. Relações sociais entre a equipe de enfermagem e pais de crianças hospitalizadas. Rev. Esc. Enf. USP, São Paulo, v.20, n.1, p. 55-69, 1986.
- KALOUSTIAN, S. M. (org). **Família brasileira a base de tudo**. São

- Paulo: Cortez, 1994.
- LAPLANTINE, F. **Aprender antropologia**. Tradução Marie Agnes Chauvel. São Paulo: Brasiliense, 1995.
- LARAIA, R. B. **Cultura: um conceito antropológico**. 10ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1986.
- LEININGER, M. M. **Transcultural nursing: concepts theories, end practics**. New York: Jonh Wiley & Sons, 1978.
- _____. **Qualitative research methodos in nursing**. Detroit, Grune & Stratton, 1985.
- _____. **Ethical and moral dimensions of care culture: the conspicuous and moral dimensions of human care**. Detroit: Waine state university, 1990.
- _____. **Culture care diversity & universality: a theory of nursing**. New York: National League for Nursing Press, 1991.
- LEOÑ, R. B. Siete tesis sobre la educación sanitária para la participación comunitária. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v.12, n.1, p. 7-30, jan./ mar. 1996.
- LIMA, C. M. G. et. al Pesquisa etnográfica : iniciando sua compreensão. **Rev. latino- am. enfermagem**. Ribeirão Preto, v.4, n. 1, p. 21 - 30, jan. 1996.
- LUDKE, M., ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas - temas básicos de educação** . São Paulo: EPU, 1986.
- MACHADO, D.V.M. **Ação profilática do pediatra**. São paulo: Sarvier, 1979. (monografias médicas: séries pediátricas, 12).
- MALINOWSKI, B. **Uma teoria científica da cultura**. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1970.
- MARCONI, M. D., PRESOTTO, Z. M. N. **Antropologia uma introdução** 3. ed. São Paulo: Atlas, 1992.
- MONTICELLI, M. O conceito de cultura e a prática de enfermagem. **Rev. Gaúcha de enferm.** , Porto Alegre, v. 15, n.1/2, p. 20-26, jan. 1994a.
- As ações educativas em enfermagem : do censo comum ao bom senso.

- Texto e Contexto Enf.**, Florianópolis, v. 3, n. 2, p. 7-16, jul / dez. 1994b.
- Nascimento um rito de passagem.** abordagem para o cuidado às mulheres e recém-nascidos. São Paulo: Robe editorial, 1997.
- PATRÍCIO, Z. M. **Ser saudável na felicidade-prazer:** uma abordagem ética e estética pelo cuidado holístico-ecológico. Florianópolis: Ed. Universitária UFPel, 1996.
- PENNA, C. M. M. **Repensando o pensar:** análise crítica de um referencial teórico de enfermagem à família. Florianópolis, 1992. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1992.
- QUEIROZ, M.V.O. **Alojamento conjunto em pediatria:** estudo realizado com uma população de mães/acompanhantes. Fortaleza, 1992. 70p. monografia (especialização) Universidade Estadual do Ceará.
- QUEIROZ, M. V. O, et al. **A arte de escutar a família:** vivência com clientes hospitalizados. Anais do II Seminário de Pesquisa da Rede de Enfermagem do Nordeste- construção do conhecimento em enfermagem, João Pessoa, 1997. P.13
- SAYEG, D. C. **Inserção precoce do aluno na rede básica de atenção primária** In: CONFERÊNCIA NACIONAL SOBRE O ENSINO DE PEDIATRIA, 3, águas de Lindóia, 1992.
- SANTOS, M.E. R. et. al. A hospitalização da criança: visão do familiar. **J. Pediat.**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 1, 1984 .
- SCHMITZ, E. M. R. et al. **A enfermagem em pediatria e puericultura.** São Paulo: Atheneu, 1989.
- SILVA, A. L. M. O saber nightingaliano no cuidado: uma abordagem epistemológica. In: WALDOW, V. R., LOPES, M. J. M., MEYER, D. E. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar:** a enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre : Artes Médicas, 1995. Cap.2, p.31-40.
- SILVA, M.A. **Conflito do Ex-sistir da mãe-acompanhante.** Fortaleza, 1997.

- 100p. Dissertação (Mestrado) Curso de pós-graduação Mestrado e Doutorado em enfermagem, Universidade Federal do Ceará, 1997.
- SILVA, L. F. et al. **A família e redes sociais: o uso das práticas populares no processo saúde doença.** In: SILVA, F.S., FRANCO, M.C.(Orgs.) Saúde e doença: uma abordagem cultural da enfermagem Florianópolis: Papa livro, 1996. Cap.4 p.75-96.
- SPITZ, R. A. **O primeiro ano de vida.** um estudo psicanalítico do desenvolvimento normal e anômalo das relações objetais. São Paulo: Martins fontes, 1979.
- SPRADLEY, J. P. **The ethnographic interview.** New York: Horlt Rinehart and Winston, 1979.
- TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais : a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Ática, 1987.
- VALLE, E. R. M. **Ser-no-mundo-com-o-filho portador de câncer: hermenêutica de discursos de pais.** São Paulo, 1988. Tese (Doutorado) - Paulo Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo, 1988.
- WALDOW, V. R., LOPES, M. J. M., MEYER, D. E. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional.** Porto Alegre : Artes Médicas, 1995.
- WENGER, A. F. Z, Aprendendo a fazer uma mini-etnografia: a experiência de estudante de doutorado. In: LEININGER, M. **Qualitative research methods in nursing.** Detroit: Grune & Stratton, 1985.
- WHALEY, L. F., WONG, D. L. **Enfermagem pediátrica elementos essenciais à intervenção efetiva.** 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1989.
- ZYMANSKI, H. Teoria e "teorias" de famílias. In: C. M. CARVALHO M, BRANDT de (Org.) et. al. **A família contemporânea em debate.** São Paulo: Cortez, 1995.