

# Saberes e Práticas de Mães no Cuidado à Criança com Doenças Respiratórias no Pós-Alta Hospitalar<sup>1</sup>

Vêra Lúcia Miron<sup>2</sup>, Pedro Fredemir Palha<sup>3</sup>,  
Jesus Edilberto Rodrigues Rosero<sup>4</sup>,  
Marinês Tambara Leite<sup>5</sup>

## Resumo

---

As doenças respiratórias constituem-se em importante agravo à saúde de crianças, exigindo cuidados domiciliares para sua total recuperação. Os saberes e práticas operados no cuidado no domicílio, após a alta hospitalar, por mães de crianças com doença respiratória são o tema deste artigo. Estudo de natureza qualitativa, descritiva e exploratória. Após localização dos endereços, no Serviço de Arquivo Médico, das famílias de crianças hospitalizadas por problemas respiratórios no Hospital de Caridade de Ijuí, realizou-se

---

<sup>1</sup> Trabalho elaborado a partir de dados coletados e discutidos na disciplina “Assistência Integral à Criança: conceituação teórica, ações e produção do conhecimento”, do mestrado em Enfermagem em Saúde Pública, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo (EERP – USP), 1º semestre/95, sob orientação da Profª Drª Semiramis Melani Mello Rocha.

<sup>2</sup> Doutora em Enfermagem pela EERP-USP, docente do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (Unijui; Ijuí, RS).

<sup>3</sup> Doutor em Enfermagem pela EERP-USP, docente do Departamento Materno-Infantil e Saúde Pública da EERP-USP.

<sup>4</sup> Doutor em Enfermagem pela EERP-USP, docente da Universidad de Colômbia.

<sup>5</sup> Mestre em Enfermagem Psiquiátrica pela EERP-USP, docente do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (Unijui).

visita domiciliária com o objetivo de coletar os dados para a investigação. Foram entrevistadas dez mães de crianças com história de primeira internação por problema respiratório e que aceitaram expor a sua experiência de cuidado. Na análise das informações obtidas conformaram-se dois temas – os cuidados físicos e ambientais e o uso de substâncias. A mãe cuida da criança no hospital como extensão do cuidado doméstico, ainda que sob a regulação da equipe local contra a qual cria mecanismos de resistência para exercer os saberes que elabora no cotidiano. Esses saberes são construídos pela transmissão oral na família e no meio social, o exemplo de vida de outras mães, o exercício pessoal da atividade materna, o contato com profissionais de saúde e meios de comunicação de massa. A orientação recebida na alta é fragmentada e dirigida ao receituário médico, voltando para casa, com pouco conhecimento sobre os desdobramentos da doença do filho, o que gera angústias e ansiedades. As práticas populares são utilizadas para dar continuidade ao processo de recuperação aliadas à prescrição médica.

**Palavras-chave:** saber popular, cuidado domiciliar, criança.

### **The Knowledge and the Practices Made for Mothers of Children With Respiratory Disease After the Discharge From Hospital**

---

**Abstract:** The respiratory diseases are important injuries for children's health demanding home caring for its total recovery. The knowledge and the practices made for mothers of children with respiratory disease after the discharge from hospital is the theme of this article. Were interviewed ten mothers of children with history of first hospitalization because of respiratory illness who accepted expose their caring experience. In the analysis of information were constructed two themes – the physical and environmental caring and the substances utilization. The mother cares of the child in hospital as an extension of home caring with the regulation of the staff against whom she creates resistance mechanisms to exercise the knowledge she elaborates on day-to-day life. This knowledge is constructed through the oral and social transmission, the life example of other mothers, and the personal exercise of motherhood, the contact with health professionals and the media. The education received in the discharge is fragmented and due to medical prescription going back home with not enough knowledge is about the evolution of the child's disease which generates anguish and anxiety. The popular practices are used to give continuity to the recovery process allied to medical prescription.

**Keywords:** popular knowledge, home caring, children.

## Introdução

A internação hospitalar de crianças tem sido objeto de estudos na área da saúde, especialmente no que se refere aos efeitos deletérios desse episódio na vida afetiva/emocional da criança. Alguns trabalhos ocupam-se em desvendar a, em geral, conflituosa relação entre pais e equipe de enfermagem no ambiente hospitalar, especialmente em publicações inglesas e americanas (Darbynshire, 1993; Coyne, 1995; Lima et al., 1999). Outros estudos enfocam a estrutura e organização dos serviços hospitalares e/ou normas e rotinas no atendimento pediátrico (Lima et al., 1999; Monteiro; Ferriani, 2000).

Neste trabalho tentamos apreender as práticas exercidas por mães no cuidado a seus filhos, hospitalizados devido à doença respiratória. O foco do estudo centrou-se no cuidado operado por elas após a alta hospitalar.

Oliveira (2000), ao estudar as concepções sobre doença em vilas de classe popular de Porto Alegre, afirma que “há grande preocupação com a saúde do segmento infantil, expressa através do número de consultas, da procura de atendimento médico logo no início dos sintomas, da preocupação em manter as vacinas em dia, enfim, da procura de auxílio imediato e também preventivo para problemas de saúde dos filhos”. O autor entende que isso responde não somente a uma preocupação com o bem-estar da criança, mas a uma exigência social e do sistema de saúde. “Postergar a ida ao médico pode significar agravamento da doença, sendo isto de certa forma cobrado das mães, com expressões do tipo ‘mãe relaxada’, ‘como deixou chegar neste ponto!’” (p. 82-83).

É reconhecido na literatura o lugar de protagonista assumido pela mulher-mãe nos cuidados à saúde da família. Almeida (2000) aludindo à saúde infantil aponta a aliança firmada entre a medicina e o Estado para a abordagem da questão. Ele enfatiza que das elaborações dessa parceria

(...) seguramente o binômio mãe-filho foi uma das mais criativas e engenhosas. Com essa equação, o movimento higienista inaugurou uma nova fase na história da medicina, voltada para a modulação do comportamento da ‘mulher-mãe’ em favor da saúde da criança. Adotando a responsabilização materna como elemento estratégico central para a promoção da saúde infantil, a medicina chamou a mulher ao centro da cena para informá-la e conscientizá-la de seu novo papel social – o de guardiã da saúde de seu filho. Com uma postura verticalizada e impositiva, pautada pelo reducionismo biológico, a medicina desempenhou um verdadeiro papel de polícia social sobre as mães, no intuito de fazer cumprir as rígidas regras que instituiu. (2000, p. 9)

Mandu e Silva mostram que as mulheres são,

(...) produtoras de saúde em seu próprio meio. Possuem um conjunto de conhecimentos e práticas que aplicam às suas próprias necessidades, no cuidado de sua família, de vizinhos, de amigos e conhecidos de sua comunidade. Avaliam situações de saúde-doença, identificam graus de gravidade dos problemas vividos e os riscos presentes e, quando julgam necessário, procuram (ou encaminham a) diferentes recursos em saúde. Além disso, identificam causas, diagnosticam, definem e aplicam cuidados e tratamentos, resolvendo, elas mesmas, certas situações. (1999, p. 20)

Apesar disso a mãe, no ambiente hospitalar é, em geral, desconsiderada como portadora desses saberes e práticas no cuidado à criança. A equipe técnica assume esse cuidado, ao menos ao nível discursivo e nas relações de poder, legitimada pela autoridade propiciada por sua formação profissional. À mãe cabe o papel de coadjuvante, exigindo-se dela uma postura de colaboração com os preceitos ditados pelo pessoal hospitalar e pelas normas da instituição.

Observa-se, ainda, a equipe delegando à mãe uma série de cuidados, inclusive aqueles de sua responsabilidade profissional. A esse respeito, Lima et al. ao investigarem a participação dos pais na assistência à criança hospitalizada constataram que “(...) a mãe é outro agente do

trabalho, pois lhe é delegada uma série de atividades que anteriormente eram de responsabilidade da enfermagem” (1999, p. 36), tais como infundir alimentação através de sonda nasogástrica, controle de gotejamento de infusões venosas, instalação de nebulização, administração de medicação oral, banhos terapêuticos etc.

Na alta hospitalar, a mãe é resgatada como elemento fundamental para o cuidado da criança no domicílio. Contudo, as informações são prestadas em momentos de grande ansiedade, de modo fragmentado, em linguagem técnica. Há, ainda, um descolamento entre os cuidados prescritos e as condições sociais da criança e sua família, pois se desconhece sua história de vida, limitada, no sistema de saúde, aos registros biológicos e de sintomas.

A atuação da equipe multiprofissional no preparo da alta hospitalar faz parte do processo de cuidado da criança, com o fim específico de manter a saúde pela continuidade do tratamento e a diminuição do risco de reinternação. Há também, a necessidade desse preparo ocorrer ao longo do período de internação, uma vez que esse aspecto relevante da assistência à criança tem sido negligenciado pelas equipes.

Às crianças “devem ser asseguradas a continuidade e a qualidade de assistência pela equipe que provê cuidados de saúde” (Assembleia Geral da Associação Médica Mundial, 1998, p. 2) o que supõe o acesso a cuidados diretos por parte das equipes no domicílio e o acesso à informação correta sobre a doença, sua evolução e tratamento.

As mães possuem uma série de instrumentos de cuidado à criança com os quais operam em seu cotidiano, inclusive durante o período de internação, exercendo-os de forma discreta, por vezes dissimulada, resistindo ao lugar secundário que lhe é imposto.

O pressuposto, anteriormente explicitado, serve como eixo orientador para o olhar que dirigimos ao nosso objeto de estudo, os saberes e as práticas das mães no cuidado à criança no pós-alta hospitalar, e baliza nosso objetivo, qual seja, conhecer saberes e práticas que as mães operam no cuidado à criança, procurando determinar as fontes que lhe propiciam a sua construção.

## Metodologia

Este estudo caracteriza-se como qualitativo, descritivo e exploratório. A abordagem qualitativa, conforme Minayo (2000), ocupa-se de objetos de estudo que buscam se aproximar das questões não quantificáveis e que se situam no âmbito das atitudes, crenças, conhecimentos e concepções.

Gil (1999) define um estudo descritivo como aquele que descreve determinado fenômeno e exploratório quando tenta entender um fenômeno pouco estudado, permitindo uma primeira aproximação para levantar hipóteses para estudos futuros.

A doença respiratória foi eleita por ser de grande incidência nessa época do ano no estado do Rio Grande do Sul (a coleta de informações ocorreu entre 21 e 30 de junho de 1995) e porque exige cuidados domiciliares durante um certo período para sua recuperação total.

A frequência de doenças respiratórias agudas na demanda infantil das unidades sanitárias do Rio Grande do Sul no período 1983-1984, evidencia a alta frequência do resfriado comum (50%), da amigdalite (14%) e as pneumonias (7,2%) para a procura dos serviços de saúde. Estas, no entanto, são as principais causas de morte nesse grupo de doenças (SSMA/RS, 1993, p. 88).

### Local do estudo

Junto ao Serviço de Arquivo Médico (SAME) obtivemos os endereços de crianças em primeira internação, por problemas respiratórios, na Unidade Pediátrica do Hospital de Caridade de Ijuí, da cidade de Ijuí (RS), residentes na zona urbana e que obtiveram alta nas duas semanas que antecederam ao início do estudo. As mães foram procuradas em seus domicílios.

## Sujeitos e instrumento de coleta de informações

Foram entrevistadas dez mães, obedecendo-se ao critério de saturação dos dados para a interrupção das entrevistas. Essas foram do tipo aberto, gravado, transcrito literalmente e com a questão geradora “como você está cuidando do seu filho após a alta do hospital?”.

A análise das características das crianças investigadas mostra que 60% dos sujeitos são crianças com menos de um ano de idade. O diagnóstico predominante foi broncopneumonia e os meninos adoeceram mais que as meninas.

## Análise dos resultados

Procedemos à análise das informações, inspirando-nos na orientação metodológica de Minayo (1993):

- a) ordenação dos dados: transcrição das fitas cassetes e digitação, organização dos relatos, leitura flutuante do material;
- b) classificação dos dados: leitura exaustiva, síntese de cada entrevista, recorte das entrevistas por temas (1ª classificação), enxugamento da classificação por temas relevantes;
- c) análise final: interpretação dos dados frente aos pressupostos iniciais.

A análise dos depoimentos permitiu a conformação de dois temas relacionados ao objeto de estudo, quais sejam: *os cuidados físicos e ambientais e autodeterminação quanto às medidas de cuidado/tratamento*.

## Resultados e Discussão

Nos meses de junho a agosto o estado do Rio Grande do Sul passa pelo inverno, caracterizado por baixas temperaturas que se alternam com períodos de elevação, entremeados de chuvas e geadas. Por vezes ocorrem mudanças bruscas da temperatura que variam em até 15º C, ou mais, no mesmo dia.

Os hospitais e outros serviços de saúde recebem grande número de pacientes com problemas respiratórios, desde simples resfriados, a quadros mais graves, como as pneumonias. As faixas etárias mais atingidas são as crianças menores de um ano e os idosos, razão pela qual os serviços pediátricos funcionam em toda a sua capacidade. Conforme dados da Secretaria de Saúde e do Meio Ambiente do Estado do Rio Grande do Sul, a demanda de consultas pediátricas por infecção respiratória aguda no Estado no período 83-84, na faixa de zero a quatro anos foi de 30,4% no inverno e de 8,1% no verão (SSMA/RS, 1993, p. 87). As doenças respiratórias constituem o terceiro grupo de causas de óbito no Rio Grande do Sul, representando 12,5% do total de óbitos no Estado (SSMA/RS, 1996).

A partir de 1984 a SSMA/RS instituiu o Programa de IRA (Infecção Respiratória Aguda), havendo a redução da mortalidade de 9,05/1000 nascidos vivos em 1970 para 1,85/1000 nascidos vivos em 1992. Em 1991, as doenças do aparelho respiratório foram a terceira causa de morte infantil – 13,99% – após as afecções perinatais – 48,29% – e as anomalias congênitas – 14,17%. (SSMA/RS, 1993).

Após as afecções originárias no período perinatal, as IRAs e, particularmente, as pneumonias são o principal grupo causador de mortes na infância, sendo responsáveis por 11% do total de mortes na faixa menor de um ano, a maior parte das quais ocorrendo nos três primeiros meses de vida.

As doenças respiratórias agudas são tratadas com hospitalização, em geral curta (neste estudo a média de permanência no hospital foi de 2,4 dias) sendo que a criança dá alta ainda não curada e requerendo uma série de cuidados no domicílio. Lima et al. (1999, p. 37) afirma que,

a alta, para muitas crianças, não significa que sua recuperação está completa e sim que será apenas mudado o local de recuperação do hospital para o domicílio. Isto, muitas vezes, requer uma quantidade enorme de energia física e emocional dos pais que podem se sentir exaustos e isolados ao cuidarem dessa criança 24 horas por dia.

Ao voltarem para casa, as mães mobilizam uma série de recursos para dar conta da recuperação total da criança.

Kleinmann apud Oliveira e Bastos (2000) indica que em sociedades complexas encontram-se três alternativas de assistência à saúde: informal (inclui o conhecimento leigo do doente e seus grupos sociais em que a família aparece como o principal agente de cuidados); a popular (engloba os curandeiros) e a profissional (profissões regulamentadas). Para esse autor a alternativa profissional representa “uma proporção pequena de assistência à saúde na maioria dos países do mundo” (p. 4).

Dentre os cuidados operados pelas mães à criança, no domicílio, conformam-se dois grupos de ações: aquelas relativas aos cuidados físicos e ambientais e aquelas relacionadas ao uso de substâncias.

Ao estudarem famílias de baixa renda e de classe média para compreender as práticas de saúde por elas exercidas no âmbito doméstico, Oliveira e Bastos encontraram que nas camadas populares “há uma larga utilização dos próprios recursos, que envolvem adaptação de saberes populares, transmitidos no âmbito da própria família” (2000, p. 11).

## **Tema 1 – Cuidados físicos e ambientais**

Parte importante dos cuidados que a mãe realiza está relacionada com o vestuário, a higiene, o clima, as variações de temperatura, os cuidados com o ambiente físico e a alimentação.

O inverno é visto pelas mães como o principal fator desencadeante dos problemas respiratórios. Essa afirmação é elaborada por elas a partir de sua experiência de vida, pela ocorrência da doença do filho e por sua constatação de que várias crianças, de suas relações familiares e de vizinhança, adoecem nessa época do ano. Elas então elaboram a concepção da doença respiratória como propiciada pelo clima, mais especificamente pelo frio, derivando-se preocupações com as correntes de ventos, as aragens, as mudanças de temperatura, vinculadas ao agrava-

mento do quadro respiratório. O fechamento das janelas e das portas, evitando correntes de ar, é alvo de grande atenção das mães. Mesmo no hospital, essa é uma grande preocupação da mãe, porém nesse local esse saber é desqualificado pela equipe, através da afirmação de que “não faz mal”, o que causa espanto na mãe e também formas de resistência, pois ela aguarda que o profissional saia do quarto para então fechar portas e janelas.

As mudanças bruscas de temperatura são outra fonte de preocupação para as mães e esse conhecimento é construído historicamente e reproduzido na medicina, traduzindo-se na necessidade de agasalhar mais as crianças quando muda a temperatura ou quando há mudança de ambiente. Esse cuidado é muito recomendado pelas avós, que chamam a atenção constantemente para o fato, que por vezes é reforçado pelo pediatra. É importante avaliar o clima e adequar o vestuário, evitando a doença (frio/calor).

Cruz, Bravo e Rojas (1999) estudando os conhecimentos, crenças e práticas quanto à infecção respiratória aguda entre idosos acima de 65 anos, em Havana, encontraram insuficiência de conhecimentos no que se refere aos sintomas de gravidade desses quadros, tanto da parte dos idosos quanto de seus cuidadores, quando dependentes. O conhecimento dos cuidadores foi inferior àqueles de mães de crianças menores de cinco anos residentes na mesma área. Os cuidados incluíam alimentação, ingestão de líquidos, abrigo, asseio pessoal, ventilação da habitação. O doente é mais abrigado e mantém a casa fechada a fim de evitar correntes de ar e 39% diminui a atividade.

A higiene do ambiente doméstico é outra categoria de cuidado das mães, que elas realizam por conta de sua vivência pessoal, de informações médicas e do costume que trazem de casa (tradição oral e/ou observação do que as mães faziam). Esses cuidados incluem não varrer o quarto quando a criança está presente, não ter tapete, bichinhos de pelúcia e outros objetos alérgenos, não fumar perto da criança, entre outros.

Em termos de higiene pessoal da criança, as mães referem que ocorre normalmente, como ela está acostumada, embora alguns elementos novos sejam introduzidos como uma atenção especial à temperatura da água (morninha), à velocidade do procedimento (banho rápido), cuidados com as correntes de ar e o resguardo dentro de casa após o banho.

Os banhos de sol são considerados como parte do cuidado por algumas mães, bem como a alimentação da criança, pois ajuda a manter a saúde; consideram importante a criança comer na hora certa e receber alimentos nutritivos. A orientação alimentar e nutricional é vista como necessária por uma das mães, que se queixa de não tê-la recebido no hospital.

As mães expressam verbalmente uma certa ansiedade em relação à criança que não come, embora esses episódios de inapetência sejam comuns nas infecções respiratórias e isso possa ocorrer como resposta da criança a certas situações na dinâmica familiar.

Algumas mães vislumbram a possibilidade de solucionar esse problema através da compra de um remédio, uma vitamina. Isso nos parece resultado de um processo de medicalização da vida que popularizou certas concepções, tal como a idéia de que “há uma pílula certa para qualquer coisa”. As vitaminas industrializadas em forma de medicamento têm grande apelo popular, sendo seu consumo fartamente estimulado nos meios de comunicação.

Essas concepções em relação aos cuidados com o clima são interiorizadas como resultado das características regionais, que apresentam variações climáticas significativas, aparecendo como um ponto de encontro do conhecimento popular com o conhecimento científico, extensamente socializado.

Concordando com Mandu e Silva,

os seus conhecimentos e práticas possuem características próprias e se organizam a partir de conhecimentos tradicionais adquiridos junto a familiares, junto a pessoas com as quais compartilham suas

vidas, a partir de suas próprias experiências e contatos com a medicina “oficial” e sistemas de comunicação, que reforçam ou não valores dominantes. Essas mulheres vão construindo o seu saber e agindo, através das suas vivências e trocas culturais, referidas às suas experiências na família, no mundo do trabalho, nos contatos com instituições externas, no interior da classe dominada a qual pertencem. (1999, p. 20)

## **Tema 2 – Autodeterminação quanto às medidas de cuidado/tratamento**

Primeiramente as mães expressam os cuidados que praticam conforme a prescrição médica: os remédios na hora certa, as injeções, as nebulizações, o uso de antibióticos, procurando mostrar que seguem à risca essas recomendações.

Conforme transcorre a entrevista e as mães vão percebendo uma atitude de não julgamento por parte dos entrevistadores, vão discorrendo sobre as intervenções que realizam com substâncias como chás, xaropes, analgésicos, em que avaliam o quadro do filho e decidem sobre o que administrar a ele. Ressaltamos que grande parte dessas manifestações ocorre após questionamento dos pesquisadores. Percebemos, por algumas falas, que essa intervenção é considerada legítima pelas mães, uma vez que são elas que cuidam da criança e convivem com ela. Entretanto, referem-se a experiências com profissionais de saúde que desqualificam esse saber/poder, fazendo que exibam uma atitude cautelosa, revelando aos poucos essas práticas.

Por vezes, a mãe começa negando a utilização de medidas não prescritas pelo médico, para mais adiante informar que o faz, dando detalhes desses procedimentos. As mães revelam que, muitas vezes, são admoestadas quando admitem realizar esses procedimentos.

A mensagem que lhes é transmitida é de culpabilização, através da informação de que a doença é grave e que o procedimento realizado por ela dificulta o diagnóstico e/ou agrava o quadro. Essa culpabilização

é assumida em certa medida pela mãe e se expressa no discurso de que “vai cuidar melhor, direitinho”. Essa culpabilização é reproduzida também por toda a equipe.

As situações narradas revelam a relação de poder entre profissionais e mães, em que o saber técnico é apresentado como o único saber qualificado para atender aos problemas da criança. Isso é reforçado na proibição explícita de alguns profissionais do uso de chás e outras medidas caseiras. No entanto, essa recomendação é escamoteada e as mães apelam para a sua experiência e para a experiência dos “mais antigos” para o cuidado e recuperação da criança. Essas são formas de resistência às tentativas que os profissionais realizam de subordinar os saberes e práticas das mães à sua lógica.

Valla (1993) afirma que a culpabilização da vítima é um instrumento utilizado frequentemente como forma de encobrir as verdadeiras razões pelas quais ocorrem problemas de saúde, educação e trabalho.

Esse autor cunha essa expressão para denominar esse mecanismo que justifica “a inoperância, ausência ou irresponsabilidade das instituições sociais” (1993, p. 95), voltando-as para aqueles que as sofrem. Ele comenta que

uma das justificativas para a culpabilidade das vítimas é a da desqualificação do saber popular. Assim, o monopólio do saber técnico, seja médico ou de outro tipo, secundariza o saber acumulado da população trabalhadora quando lança mão da escolaridade formal como parâmetro de competência (1993, p. 96).

Entretanto, no cotidiano, o uso de medidas caseiras, provenientes da tradição oral, da experiência como filha e como mãe, do conhecimento de vizinhos e amigos, fazem parte do cuidado à criança. As plantas mais utilizadas na realização de chás são o guaco, a folha de laranja, aipo, ameixinha de inverno, camomila. Conforme Villarino et al. (1998) “os entrevistados admitem o uso de infusões vegetais sempre ou eventualmente (69%) associando à medicação” (p. 8).

Uma substância considerada com poder curativo pelas mães é o mel, seu uso é difundido e é utilizado puro ou misturado a chás. Esse conhecimento é obtido dos avós, que parecem ter grande participação no cuidado das crianças. Uma mãe relatou o uso de sebo de ovelha que, depois de impregnado em papel absorvente, é colocado sobre o peito da criança propiciando a eliminação de catarro.

Além dessas medidas, as mães utilizam medicamentos que compram nas farmácias, sem receita médica, e administram aos filhos segundo critérios ditados pela experiência. Desses medicamentos, o ácido acetil salicílico (“infantilzinho”) é o mais comum, uma substância banalizada já que “não faz mal”, e ao nosso ver, o seu uso já foi incorporado ao saber popular.

Mandu e Silva (1999) estudando saberes e práticas de mulheres dos segmentos populares quanto aos recursos e estratégias de saúde observaram que utilizam um conjunto bastante variado que inclui serviços de saúde, medidas populares e a busca de orientação.

(...) encontramos o uso constante de remédios e medidas caseiras, chamados aqui, de *medicina caseira*, tradicionalmente e utilizados pelos grupos populares. Entre elas, esta é uma prática comum, utilizada tanto como primeiro recurso em saúde – em situações consideradas mais simples, quanto como recurso complementar ou alternativo a outros do campo médico (1999, p. 17).

Villarino et al. (1998) ao analisarem o perfil da automedicação em um município gaúcho encontraram os sintomas respiratórios como segunda causa para a procura de medicamentos. Na população estudada,

48% das situações de automedicação foram realizadas por conta própria do entrevistado e 51,2% foram efetuadas sob indicação de alguém que não o médico diretamente. Dessas, 51,7% foram indicadas indiretamente pelo médico através da reutilização de receitas antigas, 26,5% foram indicações de amigos ou familiares, 13,5% do balconista da farmácia, 4,8% de terapeutas alternativos e 3,5% de paramédicos.

Arrais et al. (1997) em estudo multicêntrico sobre a automedicação na América Latina, encontraram a infecção respiratória alta como principal motivo para a busca de medicamentos (19,0%), sendo que os analgésicos/antitérmicos eram os mais consumidos. A opção pelo medicamento baseou-se em receitas antigas (40%) e sugestões de amigos (51%). Já Cruz, Bravo e Rojas (1999) perceberam que os cuidados realizados no domicílio incluem a automedicação através de vaporizações, gotas nasais, gargarejos, antibióticos e analgésicos, infusões de ervas medicinais, xaropes e antitussígenos.

Para Mandu e Silva, as mulheres de classes populares apelam para “(...) a *automedicação* e a busca de orientação junto aos “*farmacêuticos*” (no geral, vendedores ou donos de farmácia). Apesar de algumas delas se referirem ao risco da automedicação e uso da “receita de farmácia” sem uma prévia avaliação e indicação de tratamento médico, todas realizam essa prática em um ou outro momento” (1999, p. 18-19)

Ao mesmo tempo há um entendimento de que o medicamento é essencial para a recuperação da criança, em particular entre as mães mais pobres que reclamam da falta de prescrição, particularmente de xaropes. Por vezes, essa falta de prescrição é suprida com a compra de xaropes, antibióticos e anti-inflamatórios diretamente na farmácia e que já foram utilizados anteriormente pela criança ou por outro filho, parentes ou vizinhos ou é indicado pelo balconista do estabelecimento. Pomadas descongestionantes para passar no peito da criança também são adquiridas, geralmente aquelas que já possuem um consumo tradicional na região e que passam de geração a geração como a pomada *Vick*.

Essa valorização do uso de medicamentos está relacionada ao fato de que o conhecimento popular é produzido pela razão direta causa-efeito. Assim, vão sendo incorporados usos de substâncias que apresentam resultados imediatos frente aos sintomas da doença.

Para Arrais et al. “a predominância do uso de medicamentos entre as mulheres também se verifica em outros contextos e é parcialmente atribuída à exploração pela propaganda de medicamentos, de papéis sociais tradicionalmente atribuídos às mulheres, dentre eles o de prover a saúde da família” (1997, p. 11).

Villarino et al. (1998) e Arrais et al. (1997) colocam que, em relação a automedicação das crianças, há uma maior atenção e cuidado na busca desse recurso. Embora os menores de 12 anos apareçam como grandes consumidores de automedicação através de suas mães, ainda consomem menos que os adultos. “(...) embora as crianças até 12 anos sejam automedicadas por suas mães em 62,6%, ainda assim automedicaram-se menos do que os maiores de 12 anos. Há uma maior propensão do responsável pela criança em procurar auxílio de um profissional capacitado, talvez por ser mais frágil” (Villarino et al., 1998, p. 8). Já Arrais et al. observa “maior cuidado com a escolha de fármacos para crianças e idosos (maior taxa de recomendação por profissionais sanitários)” (1997, p. 10).

As mães dizem que escutam muito as pessoas mais velhas e aquelas que já passaram por experiências semelhantes, experimentando as várias “receitas” que são ditadas por esses interlocutores na tentativa de curar a criança ou evitar a recorrência do episódio.

Percebe-se que as mães utilizam várias substâncias químicas, industrializadas ou não, no cuidado aos filhos. Essa ação é alimentada pela prescrição médica, pela tradição oral e pela veiculação de propagandas de medicamentos nos meios de comunicação.

Para Mandu e Silva,

os saberes e práticas das entrevistadas indicam que, ao lado de uma certa introjeção da visão e prática medicalizada em saúde, mantêm-se fortemente valores tradicionais, como ronda, medicina caseira, retraduzidos segundo experiências presentes. Há uma certa imbricação dessas práticas em seu cotidiano, tanto que usam remédios caseiros, em certas situações, de forma complementar à medicina “oficial”. (1999, p. 17)

## Considerações Finais

Retomando os pressupostos de nosso trabalho, podemos afirmar que a mãe assume no hospital a maior parte dos cuidados à criança, realizando uma extensão ampliada de seu trabalho doméstico, ainda que

sob a regulação da equipe local. Nesse relacionamento equipe-mães, as mães criam mecanismos de resistência, tentando exercer os saberes que constroem em sua vida cotidiana.

Esses saberes são elaborados pela transmissão oral na família (avó, mãe, tias) e no meio social (vizinhança), pelo exemplo de vida (observam o que outros fazem), pelo exercício da atividade materna, pelo contato com profissionais de saúde, pelos meios de comunicação de massa.

Supúnhamos que o momento da alta era o espaço de resgate da figura materna como responsável pela manutenção da saúde da criança, momento em que haveria um esforço com o fim de orientar a mãe sobre os cuidados no domicílio. Os depoimentos apontam que essa ocorrência é rara, fragmentada e dirigida ao receituário médico. As mães voltam para casa com pouco ou nenhum conhecimento sobre os desdobramentos da doença de seu filho, o que gera uma série de angústias e ansiedades. Apóiam-se, então, nas práticas populares para dar continuidade ao processo de recuperação, mescladas à prescrição médica, oficial.

De acordo com os depoimentos das mães esses saberes e práticas populares, quando relatadas, provocam em alguns profissionais, reações de contrariedade, sendo elas culpabilizadas por eventuais agravamentos da doença, constituindo-se em mais uma violência para a mãe. O agir popular em saúde não é casual nem ahistórico, pelo contrário, tem origem histórica, transmitido de geração a geração e sua consolidação decorre dos aparentes e reais bons resultados obtidos.

Desse modo, as mães reproduzem esses saberes e práticas com os quais obtêm resultados positivos para a saúde da criança, reformulando-os à medida que vão agregando outros saberes. É importante salientar que a maior parte das mães não falou espontaneamente desses saberes e práticas, provavelmente por temerem uma atitude de julgamento por parte dos pesquisadores, identificados como profissionais de saúde.

Finalmente, percebemos que as mães contam com sua rede social de solidariedade, tendo pouco suporte dos serviços/profissionais de saúde para a continuidade do tratamento/cuidado da criança no domicílio. Isso nos leva a refletir sobre nossas práticas profissionais e a repensá-las a fim de possibilitar maior apoio ao paciente e seus familiares.

## Bibliografia

ALMEIDA, João Aprígio Guerra de. Prefácio. In: MARQUES, Marília Bernardes. *Discursos médicos sobre seres frágeis*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

ARRAIS, Paulo Sérgio D.; COELHO, Helena Lutésia L.; BATISTA, Maria do Carmo D. S.; CARVALHO, Marisa L.; RIGHI, Roberto E.; ARNAU, Josep Maria. Perfil da automedicação no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.31, n.1, fev.1997. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v31n1>>. Acesso em: 16 nov. 2001.

ASSEMBLÉIA GERAL DA ASSOCIAÇÃO MÉDICA MUNDIAL. *Declaração de Ottawa sobre os direitos de cuidados da saúde da criança*. Ottawa, Canadá, outubro de 1998. Disponível em: <<http://www.diaulas.com.br/declarações/ottawa.crianças.asp>>. Acesso em: 12 nov. 2001.

COYNE, I. T. Parental participation in care: a critical review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, Londres, v.21, n.4, p. 716-22, 1995.

CRUZ, Ana M. de la; BRAVO, José; ROJAS, Vivianne de. Conocimientos, creencias y prácticas respecto a las infecciones respiratorias agudas em adultos mayores de 65 años. *Cadernos de Saúde Publica*, Rio de Janeiro, v.15, n.4, out./dez. 1999. Disponível em:< <http://www.scielosp.org/pdf/rsp> >. Acesso em: 18 nov. 2001.

DARBYNSHIRE, P. Parents, nurses and paediatric nursing: a critical review. *Journal of Advanced Nursing*, Londres, v.18, n.5, p. 1670-80, 1993.

GIL, Antonio Carlos. *Métodos de pesquisa*. São Paulo: Atlas, 1999.

LIMA, Regina Aparecida Garcia de; ROCHA, Semiramis Melani Melo; SCOCHI, Carmem Gracinda Silvan. Assistência à criança hospitalizada: reflexões acerca da participação dos pais. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.7., n.2, p. 33-39, abril 1999.

MANDU, Edir Nei Teixeira; SILVA, Graciette Borges da. Recursos e estratégias em saúde: saberes e práticas de mulheres dos segmentos populares. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.8, n.4, p. 15-21, agosto 1999.

MINAYO, M.C. de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 1993.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). *Pesquisa social: teoria, prática e criatividade*. 9.ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2000.

MONTEIRO, Akemi Iwata; FERRIANI, Maria das Graças Carvalho. Atenção à saúde da criança: perspectiva da prática de enfermagem comunitária. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.8, n.1, p. 99-106, janeiro 2000.

OLIVEIRA, Francisco J. Arsego de. Concepções de doença: o que os serviços de saúde têm a ver com isto? In: DUARTE, Luiz Fernando Dias; LEAL, Ondina Fachel (Org.). *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.

OLIVEIRA, Maria Luiza Silva; BASTOS, Ana Cecília de Sousa. Práticas de atenção à saúde no contexto familiar: um estudo comparativo de casos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, v.13, n.1., 2000. Disponível em: <<http://www/scielo.org.br/php>>. Acesso em: 18 nov. 2001.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Saúde e do Meio Ambiente. *A situação de saúde no Rio Grande do Sul*. OPAS (apoio), 1996. 36 p.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Saúde e do Meio Ambiente. Divisão de Saúde da Criança e do Adolescente. *A criança e o adolescente no Rio Grande do Sul: indicadores de saúde*. 1993. 163 p.

VALLA, V. V. A construção desigual do conhecimento e o controle social dos serviços públicos de educação e saúde. In: VALLA, V. V.; STOLTZ, E. N. (Orgs.). *Participação popular, educação e saúde: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993. p. 87-100.

VILARINO, Jorge F.; SOARES, Iberê C.; SILVEIRA, Cristiane M. da; RÖDEL, Ana Paula P.; BORTOLI, Rodrigo; LEMOS Rafael. Perfil da automedicação em município do Sul do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.32, n.1, fev.1998. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp>>. Acesso em: 16 nov.2001.