

Artigo

**CRIANÇA MIÚDA: O COTIDIANO DO CUIDAR NO
CONTEXTO FAMILIAR**
Puny child: the everyday of care-giving in family context

Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha¹
Maguida Costa Stefanelli²

RESUMO

O objetivo deste estudo de caso foi conhecer o cuidado prestado às crianças nascidas com baixo peso e o contexto cultural onde este acontece. O método utilizado para a coleta de informações foi a observação participante e as entrevistas realizadas com as mães destas crianças, moradoras de uma vila popular na cidade de Porto Alegre. Através da análise do tipo etnográfico, com construção de domínios culturais, segundo Spradley, procura-se documentar os cuidados prestados às crianças, as relações que as mães estabelecem com os profissionais e as instituições de saúde. Os achados culturais apontam a necessidade de revisão da prática do cuidado perinatal, e mais especificamente às crianças nascidas com baixo peso e a inclusão de dados culturais referentes ao contexto onde esta ocorre.

UNITERMOS: *baixo peso ao nascer, cuidado domiciliar, cuidado perinatal*

INTRODUÇÃO

Este trabalho caracteriza-se por ser um resumo informativo de tese, que teve origem nas inquietações da autora a respeito do cuidado da criança nascida com comprometimento nutricional e na ausência de bibliografia a respeito. Para tanto, a autora procurou estudar e documentar o cuidado que a família prestava a esta criança no domicílio, as relações que as mães destas crianças estabelecem com as instituições e os profissionais de saúde no processo de cuidar do seu filho.

1 Professora Adjunta da Escola de Enfermagem da UFRGS, vinculada ao Departamento Materno-Infantil e Curso de Mestrado.

2 Professora Doutora e Titular pela USP, Orientadora da tese "Criança miúda: o cotidiano do cuidar no contexto familiar" apresentada por BONILHA, A. L. de L. ao Programa de Doutorado USP-RP, em 1997.

O termo criança miúda é a denominação dada pelas mães às crianças nascidas com baixo peso observadas neste estudo. Assim as crianças deste estudo nasceram a termo e tiveram peso inferior a 2500 gramas.

As informações constantes neste trabalho fazem parte do estudo de caso, com base etnográfica realizado com sete mulheres, mães destas crianças moradoras de uma vila popular, na cidade de Porto Alegre, sul do Brasil (Bonilha, 1997).

Os referenciais metodológicos desta abordagem etnográfica deste estudo foram: observação participante, segundo Leininger (1991) e análise dos dados culturais de acordo com Spradley (1980). A partir das informações obtidas através da descrição do contexto cultural e da construção dos domínios culturais, surgiram os temas culturais relatados a seguir.

Criança miúda é de família

As mulheres nesta comunidade denominam a criança nascida de baixo peso como criança miúda, usando constantemente o diminutivo para a caracterizarem. Referem-se a esta criança usando termos como: pequininho, molinho, toquinho e novinho entre outros. Além de diminutivo usam termos, como por exemplo, “é uma coisinha de nada” para expressarem as diferenças que percebem nestas crianças quando as comparam com outras crianças, que não nasceram miúdas. Expressões que fazem referência principalmente ao crescimento diferenciado da criança.

As mulheres mostram-se capazes de perceberem as características físicas e relativas ao desenvolvimento das crianças. As mães caracterizam seus filhos como vorazes ou famintos; porém não entendem este dado como sendo uma característica de crianças nascidas com baixo peso (Pedrosa, 1989). Esta característica ao mesmo tempo surpreende as mães e também concorre para o desmame das crianças, uma vez que as mulheres não sabem o que fazer frente à voracidade de seus filhos ao amamentá-los.

A causa para a ocorrência do nascimento de uma criança com baixo peso é atribuída pelas mulheres a uma característica familiar. Ao atribuírem a ocorrência deste nascimento a uma condição familiar, a “tradição” familiar ou a “herança genética”, parecem abrandar a ocorrência do fenômeno.

Embora as mulheres atribuam uma causa familiar e doméstica para a ocorrência de nascimento de criança com baixo peso, o que se observa é uma preocupação com o ganho de peso do filho, normalmente não verbalizada, mas que pode ser identificada pela maior procura por médico especialista para esta criança.

A condição “é de família” é também utilizada para explicar a ocor-

rência de cólicas no recém nascido. A cólica do recém nascido por ser também compreendida como uma ocorrência familiar, passa a ser tratada com medidas de cuidado domésticas consequentes de um aprendizado cultural. As mães utilizam ações como chás e outras medidas como calor e massagem no seu cuidado .

A família surge nesta comunidade como a rede de suporte básica para a sua própria sobrevivência. A família é estabelecida geograficamente através da rede de parentesco, que geralmente está próxima. A posse de um terreno por um membro do núcleo familiar original determina o surgimento de novos núcleos familiares, decorrentes das relações conjugais dos membros dos núcleos familiares originais.

A família nesta comunidade tem como característica uma grande mobilidade geográfica. A busca por melhor condição de vida determina mudanças geográficas frequentes da família, porém sempre buscando atender ao requisito básico, de estar próximo à família de origem de um de seus membros.

Outra característica encontrada nesta comunidade diz respeito ao fato de tanto homens como mulheres, ao assumirem novos relacionamentos, levarem para estes, os filhos oriundos de relacionamentos anteriores. Victora (1991) observou esta particularidade nesta comunidade apenas para as mulheres, porém esta característica é identificada tanto para os homens como para as mulheres, neste grupo que observamos.

A família é o espaço onde as mulheres buscam os ensinamentos sobre os cuidados com as crianças. Mesmo quando as orientações sobre cuidados com os filhos são recebidas dos profissionais de saúde, é no âmbito familiar que estas são validadas. Assim as mães, maridos ou cunhadas das mulheres que tiveram filhos de baixo peso são as pessoas que validam as orientações recebidas por estas mulheres.

As relações familiares indicam uma relação de submissão da mulher ao homem. O homem é tido como o provedor do sustento da família, é ele quem dá a palavra final em tudo, inclusive em relação à saúde da criança. É também a ele que compete a escolha do nome do filho, como por exemplo no caso de Ametista, onde os nomes dos seus seis filhos foram escolhidos pelo seu marido.

Reafirmando as observações de Victora (1991, p.89), as mulheres na Vila esperam que os maridos possam ser capazes de prover a família no sentido financeiro e “não devem incomodar – beber muito e bater nelas com muita frequência”.

Nesta comunidade a maternidade surge como uma condição valorizada pela própria comunidade. Aparece na Vila como uma condição idealizada e desejada pelas mulheres independentemente de suas condições para exercê-la. A gestação embora não tenha sido planejada ou desejada pelas mulheres é levada a termo por sua valorização por outros.

Nunca penso no pior

As mulheres revelam tanto sentimentos positivos como negativos no processo de tornar-se mãe. A gravidez é um fato que no momento em que é constatado para as mulheres que desejam ser mães, independentes de terem planejado a gravidez, gera sentimentos de felicidade e de bem estar, que são expressos como: “eu fiquei faceira”, “eu fiquei contente” ou “eu morri de faceira”.

A maternidade para estas mulheres surge como uma condição que não pode ser negada. Para algumas mulheres a maternidade foi verbalizada como tendo sido desejada desde a infância: “eu sempre quis ser mãe, desde criança”. Este desejo também é expresso para a mulher que se submete a um tratamento para infertilidade, sem sucesso por dez anos e depois adota uma criança de baixo peso, não importando para ela este fato: “não importava se era menino ou menina, ou o que fosse, eu queria mesmo era ter um filho”.

Para as mulheres que foram mães na adolescência e não vivenciaram o cuidado do primeiro filho, o desejo de ser mãe, pela segunda vez é relacionado a possibilidade de experimentar o cuidado de um filho de maneira efetiva.

As mulheres que não haviam incluído uma nova gravidez em seus planos de vida, como é o caso de Opala³ e e Ametista³, mães pela sexta vez, e inclusive já tendo outros filhos de baixo peso, ao engravidarem encaram o fato com naturalidade. A gravidez surge como uma condição que não pode ser negada *a priori*, esta situação está dada, é um fato consumado.

Esta condição também é revelada por uma das mulheres que não queria “ter o filho”, mas que não o abortou por temer perder o marido, pois este desejava o filho.

As razões atribuídas pelas mulheres para engravidarem estão normalmente relacionadas à falhas dos métodos contraceptivos, porém esta justificativa demonstra um caráter passivo das mulheres em relação às determinações e controle sobre seu próprio corpo, fato que pode ser constatado pela prática descontinuada ou não efetiva no uso de métodos contraceptivos.

O que parece estar encoberto nestas práticas não efetivas de contracepção é valorização atribuída à maternidade pela comunidade. Victora (1991) constata que nesta comunidade a maternidade provoca a passagem da categoria de menina à mulher adulta. Oliven (1996) também observa esta mesma condição de mudança de status, determinada pela maternidade para mulheres de outras comunidades.

3 Os nomes das mães, por motivos éticos, são apresentados no trabalho fazendo alusão às pedras preciosas.

A gravidez desta forma, não depende apenas de um desejo individual, ela pode ocorrer e ser mantida em função de um desejo do outro ou até ser atribuída ao merecimento de outrem. Este fato pode ser evidenciado na fala de Granada, quando diz “*eu queria dá um filho pra este marido*”. Deste modo, para as mulheres deste estudo, “ter um filho”, surge como uma condição estabelecida, que não pode ser negociada em função de uma determinação cultural de onde vivem.

As mulheres, ao relatarem as intercorrências sofridas no período pré-natal, o fazem com tranquilidade. Elas transmitem a noção de que é como se tivessem que passar por tais eventos e estes são aceitos com naturalidade, não há nenhuma expressão de inconformismo nestes relatos.

Esta percepção da gestação como um evento encarado com naturalidade pelas mulheres faz com que não valorizem o pré-natal como uma prática de saúde, que poderia ser benéfica para elas.

Para as mulheres, a assistência pré natal mostra-se pouco importante. Apenas Opala e Ametista procuram por um atendimento especializado no pré-natal e realizam um seguimento para gestação de alto risco, embora tenham realizado um número menor de consultas do que o indicado pelos profissionais de saúde.

Assim que Opala, mãe pela sexta vez de filhos de baixo peso, e que teve hipertensão desde a segunda gestação, diz “*nunca penso no pior*”, para justificar sua opção para ter realizado apenas duas consultas no pré-natal.

O que chama a atenção é que a história de vida das mulheres, por si só, encaminharia para a identificação de fatores de risco para gerarem filhos de baixo peso ao nascer. Tanto Opala como Ametista repetem vários nascimentos de filhos de baixo peso. Jade tem uma história de filho nascido com peso insuficiente, ou seja, inferior a 3000g. Além disso, Jade tem diagnóstico médico de oligofrenia. Água Marinha tem baixa estatura e teve pouco ganho de peso na gestação. Granada tem incompatibilidade pelo fator Rh. Turmalina, logo no início da gestação, apresenta hipertensão aliada ao fato de ser adolescente e não desejar a gravidez.

O não seguimento do atendimento pré-natal, para estas mulheres, parece estar relacionado à crença de que o atendimento médico só é necessário em situações de doença. Esta crença explica o fato das mulheres não procurarem o atendimento pré-natal, uma vez que percebem a maternidade como um fato dado, que necessita acontecer de um modo natural.

As demais mulheres, ao não buscarem um acompanhamento pré-natal ou ao não o realizarem de modo efetivo, não o fazem por não acreditarem estarem doentes. A efetivação de um cuidado pré natal implica em interromper atividades da vida diária. Talvez, do mesmo modo que Knauth (1992) identifica para moradores de uma outra vila em Porto Alegre a doença, para estas mulheres, só é percebida no momento em que se interrompem as atividades normais, o que significa que, para os

adultos, a percepção se dá no momento em que a doença ocasiona a incapacidade de utilização do corpo em sua atividade principal que é o trabalho.

Opala diz só ter procurado o atendimento do Postinho na gestação “quando começou a sentir tonturas”, daí “a pressão tava demais, né, não podia nem fazer as coisas em casa”. Opala tinha cinco filhos em casa, dos 11 aos 3 anos de idade e é ela quem administra o ganho de um salário do marido para administrar a manutenção da família.

Aliada a uma determinação de ordem social, de não interrupção do trabalho, percebe-se que para algumas mulheres outros fatores de ordem pessoal concorrem do mesmo modo para não procurem atenção para saúde. Opala mostra uma conduta contraditória ao não buscar atendimento de saúde para si mesma, uma vez que para seus filhos ela procura atendimento no Postinho quando estes estão doentes.

Opala mostra uma baixa auto estima, relata que: “eu não me preocupo em estar bem, o que importa é que os filhos fiquem bem”. Ao perguntar pelos seus pais, em uma das visitas que fez a sua casa, Opala conta que sua mãe morreu quando ela tinha cinco anos, a partir de então ela e a irmã, passaram a ser cuidadas pelo pai alcoolista e suas sucessivas companheiras. Aos treze anos foi morar com uma tia para ser cuidada por ela. A partir daí é que Opala passa a ter algum lugar fixo para morar. Aos dezesseis casa com seu primeiro marido, que “bebia e batia nela”. Agora está há quatro anos com seu segundo marido, que também é alcoolista.

Turmalina, assim como Opala, indica que há fatores de ordem emocional que determinaram o não seguimento do pré natal. Turmalina, no momento, acaba de completar vinte anos e exibe uma comportamento próprio de adolescente e nos seus relatos sobre a gestação enfatiza aspectos relativos à auto imagem e às repercussões que as alterações corporais próprias da gravidez provocavam.

Desta maneira, ao seguirem determinações de ordem social e individual, para não efetuarem o cuidado de sua saúde, as mulheres que já apresentavam fatores de risco para gerarem filhos de baixo peso, evoluem na gestação para situações graves de saúde, que passam a exigir a sua hospitalização. Assim Turmalina, Ametista, Granada e Opala desenvolvem quadros relacionados à doença hipertensiva específica da gestação.

Das hospitalizações decorrentes de problemas ocorridos na gestação surgem outros relacionados à estes, de extrema gravidade como no caso de Opala, cuja intervenção cirúrgica para nascimento do filho, resulta em infecção hospitalar, coma e três meses de hospitalização. Opala volta para casa, com colostomia, sem ter o mínimo de condições para se tratar, sequer água em casa. Aliado ao fato de que ao chegar em casa após a hospitalização, tem seis filhos para cuidar, sendo um de três meses de idade.

Queira ou não queira, que tem filho tem que cuidar

O cuidado dos filhos é uma situação que as mulheres expressam como sendo uma condição que precisa ser realizada a qualquer custo, não importando se estas mulheres são capazes de realizá-lo ou não.

As mulheres entendem que o cuidado inclui ações para satisfazer as necessidades físicas das crianças, como dar banho, trocar fraldas e alimentar e também ações e observações de ordem emocional e do acompanhamento de saúde de seus filhos.

As mulheres valorizam a prática do cuidado com crianças e colocam a experiência ou a ausência desta experiência, como sendo um fator que favorece ou dificulta a prestação do cuidado à criança nascida com baixo peso.

Dois mulheres que foram mães pela primeira vez na adolescência e que não experienciaram o cuidado de seus filhos, citam o desejo de cuidar de uma criança como sendo uma motivação para uma nova gravidez.

As mulheres independentemente de terem condições econômicas, emocionais e físicas para prestarem os cuidados de seus filhos buscam soluções para poder prestar estes cuidados. Assim, em função do espaço físico disponível o banho será de banheira ou de bacia, sendo que a bacia reflete uma adequação a um espaço menor. A própria bacia aparece neste estudo como um objeto, que para a família mais carente, tem outras destinações e, é também utilizada para realizar as ações de higienização do tratamento da parede cirúrgica infectada de uma das mães de uma criança.

A disponibilidade de recursos é o que diferencia o uso de fraldas de pano ou descartável para as crianças, assim as mulheres que dispõem de um pouco mais de recursos utilizam e valorizam o uso da fralda descartável.

Quanto ao banho do recém nascido, o que se percebe é que ele é executado de modo diferenciado em função da ausência ou presença do coto umbilical. O banho de imersão só acontece após a queda do coto.

Com relação à amamentação o que se observa é que as crianças enquanto estão hospitalizadas são amamentadas pelas mães, embora a prática do uso de leite artificial seja iniciado no próprio hospital. Amamentar crianças que estão hospitalizadas é uma prática que exige uma grande disponibilidade da mãe para amamentar, uma vez que estas crianças nascidas com baixo peso solicitam com muita intensidade e frequência a alimentação, são crianças vorazes e parecem famintas.

Ainda, em relação à amamentação percebe-se que ao chegar em casa as crianças recebem a alimentação artificial, independente de terem recebido ou não no hospital. As mães argumentam que sentem muito cansaço pelas tarefas de cuidar da criança, e deste modo introduzem mamadeira à noite para as crianças. Além das mamadas noturnas, há

a prática de oferecer continuamente a mama para a criança durante o dia, o que faz com que a noite as mães sintam-se cansadas e sem condições físicas para atender o seu filho.

Existe na comunidade a prática de introdução precoce de alimentos para as crianças quando comparadas com os esquemas preconizados pelos puericultores. A introdução de alimentos sólidos acontece já aos três meses, e obedece ao critério da disponibilidade ou seja, é oferecido aquele alimento que faz parte do esquema da alimentação da família. Conforme Opala: *“filho de pobre não pode ter frescura, tem que comê o que tem”* e assim as crianças a partir do terceiro e quarto mês iniciam a alimentação com feijão, polenta, batata e arroz, os mesmos alimentos que são utilizados para os adultos.

Gosto mais do Postinho, mas lá não tem pediatra

As mães das crianças nascidas com baixo peso deste estudo revelam uma relação bastante próxima com os profissionais do Postinho e dizem gostar do tipo de atendimento que recebem destes profissionais. Referem-se ao Postinho como algo próximo, chamam os profissionais que lá trabalham pelo nome e procuram estabelecer uma relação de confiança com estes profissionais. Opala relata que *“há quatro anos só consulta com a Primavera, sua médica”* e que inclusive espera pelo retorno das férias desta para poder consultar com ela. Há o estabelecimento de um vínculo afetivo entre as mulheres e os profissionais. Estas conhecem as mulheres pelos nomes e o contexto cultural de cada uma delas.

A proposta do Postinho de oferecer um atendimento diferenciado do habitualmente oferecido nos serviços de atendimento públicos de saúde parece estar sendo contemplada pelos seus profissionais, ao oferecer um atendimento humanizado e participativo à sua clientela.

O Postinho passa a ser o único local para a procura de um serviço de saúde para as famílias mais carentes e o de primeira escolha para aquelas que tem acesso a outros serviços de saúde.

A proposta de atendimento familiar, isto é com médicos generalistas que atendem a todos os integrantes da família parece não responder as necessidades das mães das crianças nascidas com baixo peso. Estas mulheres também buscam tratamento especializado, isto é, procuram por atendimento pediátrico para seus filhos em outros serviços.

No Postinho as crianças são vacinadas e são levadas para a consulta, embora também consultem fora com especialistas. As crianças também participam do programa de distribuição do leite. Turquesa reclama do fato da sua filha ser pesada e de não receber dos profissionais informação sobre o significado deste peso.

Não há no Postinho programa específico de acompanhamento para as crianças nascidas com baixo peso. O baixo peso é um critério para

inclusão das crianças no programa de distribuição do leite, mas não há um programa específico para o seguimento das crianças nascidas com baixo peso.

O tratamento pessoal e democrático que se verifica entre os profissionais do Postinho e a sua clientela, não se repete no nível central, no hospital da rede à qual faz parte.

As mães destas crianças que estiveram hospitalizadas revelam uma relação impessoal com os profissionais de saúde do hospital. As mulheres revelam situações onde “sofrem” ou são submetidas às ações dos profissionais médicos e de enfermagem de maneira passiva, e reclamam por não serem valorizadas. Granada questiona a lesão ocorrida no couro cabeludo de sua filha no momento da episiotomia, e diz não ter sido ouvida ao falar que sua filha estava nascendo, no pré parto .

O que se percebe em relação à condição de baixo peso ao nascer é que os profissionais ao avaliarem os recém-nascidos, parecem atribuir pouca importância a esta condição e às repercussões sobre a saúde do recém-nascido. E em decorrência desta pouca valorização as crianças apresentaram problemas decorrentes de sua condição de nascimento. De um modo geral, as crianças foram colocadas tardiamente para serem amamentadas e apresentaram quadros de infecção e de hipoglicemia. Uma das crianças retornou ao hospital, no segundo dia após a alta de uma semana de internação com pneumonia.

Nas histórias das mães destas crianças, referentes à hospitalização no período perinatal, encontram-se relatos de ocorrências como lesão intestinal, durante uma cirurgia, escabiose após hospitalização, lesão de couro cabeludo do recém nascido ao ser realizada a episiotomia durante o coroamento no período expulsivo e cesariana com indicação não esclarecida, fatos que indicam a baixa qualidade dos serviços de saúde oferecida à clientela .

O distanciamento entre os profissionais das instituições hospitalares, que atenderam às mulheres e seus filhos, pode ser identificado quando estas mulheres, às vezes por meses após o nascimento das crianças, pedem para que sejam explicados termos como: líquido amniótico, septicemia e meningite.

REFLEXÕES SOBRE O CUIDADO DA CRIANÇA MIÚDA

Pude observar, em relação ao contexto, que embora o estudo tenha sido realizado entre mulheres moradoras de uma vila, e portanto pertencentes a uma população que muitas vezes é categorizada de modo uniforme, como sendo de classe popular, há a necessidade de situar esta classe em diferentes níveis. Há pelo menos três níveis que podem ser constatados nesta população.

A primeira subdivisão nesta classe popular pode ser representada

pelas mulheres que pertencem a famílias com renda de até um salário mínimo, moram em barraco ou favela, não há instalação de água onde residem e tem dificuldade de acesso até mesmo ao serviço público de saúde. A segunda subdivisão pode ser representada por famílias com renda superior a um salário, que moram em residências onde há água instalada, tem televisão e acesso ao serviço público de saúde. A terceira categoria tem renda familiar superior a dez salários mínimos, mora em casa própria, com rede de água e esgoto, tem acesso aos serviços públicos e aos convênios de saúde. Penso que esta observação é relevante, e que deve ser também considerada a sua ocorrência em outros contextos, uma vez que na orientação dos cuidados que serão prestados às mulheres ou aos seus filhos é de fundamental importância o conhecimento do seu contexto, para que as orientações possam ser exequíveis.

Dois meses após a ter iniciado o trabalho de observação no Postinho, necessitei interromper minhas leituras, levantamento de dados de prontuário e anotações porque foi preciso que repousasse para evitar um trabalho de parto prematuro. Após quinze dias, meu terceiro filho nasceu.

Resolvi relatar esta ocorrência por vários motivos, um deles é o aspecto ético que envolve estar pesquisando e acompanhando a vivência de outras mulheres que cuidam um filho nascido com baixo peso, e ao mesmo tempo também viver esta experiência. Outro é que pude deste modo também perceber as reações que uma criança nascida com baixo peso provoca nas pessoas. Por ser uma criança pequena, que apresenta pele sobrando e ausência de subcutâneo, a criança não tem uma boa aparência, além do fato de que por ser pequena, provoca medo e receio nas pessoas para segurá-la. Lembro que a ajuda que eu tive para cuidar dos meus outros filhos, nascidos com peso adequado, desta vez não ocorreu; as pessoas mais próximas a mim quando meu filho nasceu, perguntavam e diziam coisas como: “eu tenho medo de pegar ele”, “como é que a gente pega ele?”, “parece que vai quebrar”, “ele é tão pequenininho!”. Estas expressões, que antes eu entendia sendo um exagero ao serem ditas em outro contexto, pareciam agora para mim, serem a expressão de sentimentos verdadeiros, em relação à criança miúda, desnutrida.

Com relação à prática da amamentação de uma criança nascida com baixo peso, pude constatar que o fato de amamentar uma criança nestas condições, exige que a mãe se mostre disponível para cuidá-lo de modo intensivo. A frequência das mamadas, associada à voracidade da criança pode assustar aquelas mães que não estão informadas sobre isto, contribuindo para o desmame precoce. A criança parece faminta o tempo todo, o que pode ser interpretado pela mãe como uma incapacidade sua para nutrir o filho adequadamente. Todos estes fatos colocados em um contexto, como o da cultura observada, em que a mulher tem uma infinidade de tarefas para executar, além de cuidar de um filho recém

nascido pode indicar que a amamentação “torne-se um sofrimento a mais para estas mulheres”, conforme a afirmação de uma profissional do Postinho.

Quanto à determinação da ocorrência de baixo peso ao nascer, percebe-se que a história destas crianças tem sua origem em um pré-natal não ocorrido ou com um acompanhamento de pré-natal de baixa frequência, que esbarra em dados culturais como o entendimento pelas mulheres que a gravidez precisa ser superada sem obstáculos, em função da valorização cultural dada à maternidade.

A pouca valorização dos aspectos preventivos de saúde pela cultura, que ao contrário, valoriza a doença contribuiu para a repetição de nascimentos de baixo peso. Estas não frequentam um serviço de seguimento na gestação por não entenderem que apresentam riscos à sua saúde e/ou à do filho, quando de fato este risco está presente. Todas as mulheres deste estudo apresentaram algum risco para a ocorrência de nascimentos de baixo peso; algumas inclusive, os repetiram nesta última gestação.

Aliado ao entendimento das mulheres, que gravidez não é doença e portanto dispensa cuidados dos profissionais, há uma série de outros fatores que contribuem para a baixa frequência ao pré-natal. Um destes fatores é o dado que para algumas mulheres a ida ao Postinho implica interromper as atividades do dia a dia, como cozinhar, lavar roupas e cuidar dos outros filhos e portanto significa que mais uma atividade deve ser arranjada neste cotidiano.

Outras reflexões podem ser consideradas em relação ao dados culturais revelados em relação ao pré-natal. Uma destas é que estas mães apresentavam fatores de risco para gerarem filhos com baixo peso, será que se as outras mães (além das duas que frequentaram o pré-natal) também fossem alertadas sobre os fatores de risco, não teriam realizado pré-natal?

Será que estas mulheres que apresentam riscos efetivos para a sua saúde ou para gerarem crianças de risco não justificariam a existência de um acompanhamento na gestação que pudesse ir até onde elas se encontram? Penso que os fatores de risco que estas mães apresentaram justificam uma cobertura de pré-natal de 100% para estes casos.

A valorização dada à maternidade pela comunidade, que supera um desejo e uma decisão individual, determina que estas mulheres “tenham” que superar sozinhas todas as dificuldades no cuidado de criança miúda.

A família, nesta cultura, é o suporte para a resolução dos problemas que as mulheres enfrentam no cuidado dos seus filhos, é a ela que as mães recorrem quando existem dúvidas em relação aos cuidados com as crianças, como no caso da amamentação e da introdução de alimentos para a criança.

À família é atribuída a causa do surgimento de nascimentos de baixo peso, que sugere uma acomodação e uma tentativa de minimizar o problema.

Com relação aos sentimentos das mães pelo fato de gerarem filhos com baixo peso, apenas uma delas, em uma ocasião verbalizou que “sentia vergonha por ter um filho desnutrido”. As demais mulheres nunca expressaram nenhuma manifestação à respeito. Este silêncio nos parece significativo e indicativo de que provavelmente as outras mães também sentiam vergonha por ter um filho de baixo peso e optaram por não falar sobre estes sentimentos, na tentativa de ocultá-los.

No tocante ao cuidado de saúde recebido pelas crianças, tanto em nível hospitalar como comunitário, verifica-se que estas não recebem uma atenção específica para a condição que apresentam ao nascimento, a de criança com um comprometimento nutricional. Assim, quando nascem, estas crianças de aparência normal são consideradas como não apresentando riscos e acabam retornando ao hospital por problemas que poderiam ser resolvidos com protocolos específicos para crianças nascidas com baixo peso. Ao receberem alta, as crianças vão ser inseridas em um sistema de atendimento comunitário, no qual não há atendimento específico para a sua condição.

O que pode ser feito frente a este problema dentro um sistema de saúde como o nosso, que não responde às questões de saúde ou de doença? Neste trabalho, podemos constatar, mais uma vez, que um sistema de saúde, pautado na valorização dos aspectos curativos na assistência à saúde, não atende satisfatoriamente os aspectos preventivos de saúde, como é o caso do pré-natal.

O contexto cultural, no qual este trabalho foi desenvolvido indica uma prestação de atendimento à saúde dentro de uma nova proposta, que se mostra humanizada no seu atendimento, respondendo bem às questões interpessoais da relação profissional-cliente. Porém, também pode ser constatado que a proposta de atendimento precisa avançar, levando à comunidade a discussão das questões culturais e técnicas relativas à saúde, incluindo-as na prestação dos cuidados à clientela.

O atendimento de saúde familiar proposto pelo Postinho é pautado em um atendimento individual, reproduzindo o sistema tradicional. Nas atividades desenvolvidas, como nas visitas domiciliares há necessidade de realizar orientações que focalizem a perspectiva do coletivo dentro da família, como por exemplo, no caso da amamentação. Embora os profissionais conheçam bem os problemas comunitários e encontrem-se inseridos nas representações e nas decisões comunitárias, as atividades técnicas destes profissionais precisam avançar. Uma das questões que se coloca, por exemplo para que os profissionais superem alguns entraves é a seguinte: como trabalhar os dados culturais referentes à valorização da maternidade pela comunidade, da não valorização do pré-

natal e do desmame com esta comunidade? Será que dados culturais não podem ser trabalhados e repadronizados? O que nos compete trabalhar, enquanto profissionais, em relação aos aspectos culturais com a nossa clientela?

Com relação à hierarquização do nível de atenção à saúde, percebemos que as ações desenvolvidas no Postinho não se apresentam como uma relação de referência e contra-referência em relação ao nível central da rede hospitalar.

Quanto aos aspectos cognitivos da atenção à criança nascida com baixo peso, o que se observa é que o conhecimento dos profissionais em relação a este tema não é colocado em prática no cuidado ao nascimento de um recém-nascido de baixo peso. Parece não existir uma valorização da condição nutricional deficiente ao nascimento como uma situação de risco para um processo que pode se cronificar, em função de um contexto de carência que favorece o seu desenvolvimento.

A comunicação uma atividade essencial, segundo Stefanelli (1993, p.15), na relação do profissional enfermeiro e a sua clientela, não está sendo atendida satisfatoriamente em nível hospitalar. As mães não estão recebendo orientações sobre a condição nutricional de seus filhos ou de como fazer frente às suas necessidades específicas. A utilização de um “jargão” técnico pelos profissionais da área demonstra um distanciamento dos profissionais da sua clientela. A apropriação destes termos técnicos pelas mulheres, que os reproduzem fielmente, mesmo tendo transcorrido um tempo considerável, refletem o não entendimento destes termos e as repercussões no cuidado a si mesmas e às crianças. Para exemplificar, cito a dúvida de uma delas sobre o que era “esse líquido amniótico”, porque ela havia internado por este motivo próximo ao parto, e passado dois meses após o nascimento do seu filho, esta mãe pergunta se ela, a mãe tem algum problema por isto.

Um problema decorrente da comunicação inadequada é a interpretação da “livre demanda” na amamentação. As mulheres são orientadas sobre o oferecimento da mama sempre que a criança assim o solicitar, e entendem que a criança deve ficar na mama “o dia todo”, e é assim que fazem, só que ao final do dia, as mães ficam cansadas e estressadas pela constantes mamadas. Acrescenta-se a isto o fato de ter que atender as outras tarefas no cuidado desta e das outras crianças, além do marido e das atividades domésticas, sem condições de fazer frente às solicitações da criança quanto à amamentação, no final do dia.

Outra problema de comunicação que percebo é a falta de adequação em relação às orientações alimentares recebidas pelas mulheres. De que servem orientações alimentares pautadas em esquemas tradicionais, de literatura quanto à introdução de novos alimentos, que estão dispensados da prática alimentar da comunidade, que é pautada na lei da disponibilidade alimentar e no seguimento dos padrões alimentares familiares?

Percebo que muitas são as implicações deste estudo, que se propôs a realizar uma abordagem inicial e a documentar a forma como ocorre o cuidado da criança nascida com baixo peso. Vários pontos podem ser aprofundados em relação a esta temática em outros estudos, como:

- pesquisas de cunho qualitativo em relação ao cuidado pré-natal;
- pesquisas e estabelecimento de programas de cuidado ao recém-nascido de baixo peso, em nível de hospital e de comunidade;
- pesquisas para discutir e aprofundar estudos sobre os sentimentos vivenciados pelas mães das crianças nascidas com baixo peso;
- investigar o ensino e o preparo dos profissionais para cuidar destas crianças.

Com relação ao cuidado prestado pelos profissionais, percebo que na área perinatal há a necessidade de rever o conceito de cuidado familiar e incluir dados culturais do contexto deste cuidado, como por exemplo as crenças e valores relativos aos cuidados de saúde e alimentação da população; além de incluir dados culturais mais diretamente envolvidos com o tema de estudo, como a valorização da maternidade e aqueles relacionados com a amamentação, na discussão e na prestação dos cuidados pelos profissionais à população.

Uma vez que a comunicação é uma atividade que intermedia as relações, é urgente que os profissionais decodifiquem e validem o entendimento dos termos técnicos que utilizam para a clientela por eles atendida, para dar sentido ao seu objeto de trabalho – o cuidado.

ABSTRACT

The aim of this study was to know the care given to low birth weight newborns and the cultural context in which it occurs. The method used to gather information was participant observation and interviews of the mothers of these babies in the district they live in Porto Alegre. Through ethnographic analysis with the construction of cultural domains, according to Spradley, the study wishes to document the child care and the relations between the mothers and the professionals of health care institutions. The cultural findings point out that there is a need to discuss the practice of perinatal care, especially to low birth weight newborns and also include cultural aspects into this care.

KEY WORDS: low birth weight newborn, domiciliary care, perinatal care

RESUMEN

El objetivo de este estudio de caso fue conocer el cuidado puesto a los niños nacidos con bajo peso y el contexto cultural donde esto se pasa. El método empleado para obtener informaciones fue la observación

participante y las entrevistas realizadas com las madres de estos niños, que viven en un área de familias de poca renta en la ciudad de Porto Alegre. Com el análisis del tipo etnográfico y com la construcción de dominios culturales (según Spradley), se busca documentar los cuidados puestos a los niños y las relaciones que las madres establecen com los profesionales y las instituciones de salud. Los hallazgos culturales indican la necesidad de revisión de la práctica del cuidado perinatal, más específicamente a los niños nacidos com bajo peso, y la inclusión de datos culturales referentes al contexto donde esto ocurre.

DESCRIPTORES: *bajo peso al nacer, cuidado en el domicilio, cuidado perinatal*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 BONILHA, A.L.L. *Criança miúda: o cotidiano do cuidar no contexto familiar*. São Paulo: USP, 1997. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 1997.
- 2 KNAUTH, D. Corpo, saúde e doença. *Cadernos de Antropologia*, n.6, p.55-72, 1992.
- 3 LEININGER, M.M. *Culture care diversity and universality: a theory of nursing*. New York, National League for Nursing Press, 1991. Cap. 1, p.5-72: The theory of culture care diversity and universality.
- 4 OLIVEN, R.G. *A antropologia de grupos urbanos*. 4.ed. Petrópolis: Vozes, 1996. Cap.4, p.21-47: Pesquisas antropológicas no contexto urbano.
- 5 PEDROSA, R. Desnutrição intra uterina. In: SEGRE, C.M.; ARMELLINI, P.A. *RN*, São Paulo: Savier, 1989. Cap.8, p.110-118.
- 6 SPRADLEY, J. *Participant-observation*. New York: Holt Rinehart & Winston, 1980.
- 7 STEFANELLI, M.C. *Comunicação com paciente*. São Paulo: Robe, 1993.
- 8 VICTORA, C.G. *Mulher, sexualidade e reprodução: representações do corpo em uma vila de classes populares em Porto Alegre*. Porto Alegre: UFRGS, 1991. Dissertação (Mestrado)- Programa de Pós Graduação em Antropologia Social. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Endereço da autora: Ana L.L. Bonilha
Author's address: Rua São Manoel, 963
90.620-110 - Porto Alegre - RS