



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva
Brasil

Bustamante, Vania; Bomfim Trad, Leny A.
Cuidando da saúde de crianças pequenas no contexto familiar: um estudo etnográfico com famílias de
camadas populares
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 12, núm. 5, setembro-outubro, 2007, pp. 1175-1184
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63012513>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Cuidando da saúde de crianças pequenas no contexto familiar: um estudo etnográfico com famílias de camadas populares

Caring for the health of young children in the family context: an ethnographic study of low income families

Vania Bustamante ¹
 Leny A. Bomfim Trad ¹

Abstract *This study examines ways of caring for the health of small children in families assisted by the Family Health Program in a low-income outlying district of Salvador over a period of nine months. Based on participant observations supplemented by semi-structured interviews, the ethnographic approach offers a close-up view of how the respondents understand childcare and its links to the social and cultural context. Childcare requirements are arrayed along three main axes, structured on the basis of the child's gender: preservation of integrity, ability to play and education. Practices related to healthcare express evaluations and decisions that take into consideration the constraints imposed by reality and different standpoints, with the medical view occupying an important - but not preponderant - position. Finally, the inter-subjective character of childcare is examined, in the sense that adults obtain moral gratification through caring for children, striving to meet their needs.*

Key words *Family, Children, Health care*

Resumo *O presente estudo focaliza os modos de cuidar da saúde de crianças pequenas em famílias atendidas pelo Programa de Saúde da Família (PSF) na periferia de Salvador, acompanhadas durante um período de nove meses. A abordagem etnográfica, através da observação participante complementada com entrevistas semi-estruturadas, permitiu-nos aproximar-nos da compreensão dos informantes sobre o cuidado das crianças e de sua estreita relação com o contexto sociocultural. As necessidades de cuidado são pensadas em três grandes eixos, marcadamente estruturados a partir do gênero das crianças: a preservação da integridade, a capacidade de brincar e a educação. As práticas vinculadas aos cuidados de saúde são expressão de avaliações e escolhas que levam em consideração as limitações da realidade e ponderam diferentes discursos, dentre os quais o discurso médico ocupa um lugar importante, mas não preponderante. Finalmente, destacamos o caráter intersubjetivo do cuidado, na medida em que, ao cuidar, os adultos obtêm gratificações morais ao mesmo tempo em que buscam satisfazer necessidades da criança.*

Palavras-chave *Família, Crianças, Cuidados de saúde*

¹ Instituto de Saúde Coletiva, UFBA. R. Basílio da Gama s/n, Canela. 40110-040. Salvador BA. vaniabus@yahoo.com

Introdução

Vários autores^{1,2,3,4,5,6} têm chamado a atenção sobre a inadequação do modelo de família nuclear burguesa para compreender a realidade das famílias brasileiras, especialmente nas camadas populares. Este debate é particularmente pertinente dado a centralidade conferida ao Programa de Saúde da Família (PSF) no país, estratégia que tem como propósito a reorientação dos modelos assistenciais vigentes⁷. Entre os desafios para a implementação do PSF, destaca-se a dificuldade em superar a visão universalizante de família, baseada no modelo nuclear, assim como a tendência a pensar nas mulheres como as “cuidadoras” naturais da família⁸.

Sarti^{2,3} adverte sobre a centralidade da família na experiência dos indivíduos de camadas populares, considerando que nestes setores os projetos de vida se constroem em função do grupo e não do indivíduo. A autora considera que a família não pode ser compreendida a partir de uma racionalidade prática. Ela é vivenciada como uma dimensão ontológica, constitutiva da razão de ser no mundo, um organizador da vida, a partir de relações de mútua obrigação, junto com o trabalho e a comunidade. Os laços de parentesco se constroem na forma de relações de reciprocidade nas quais dar, receber e retribuir são indispensáveis. Tais relações podem não se estabelecer com parentes de sangue.

A saúde é um bem muito apreciado pelos membros das famílias de camadas populares, especialmente por sua associação com a capacidade de trabalhar, tal como afirma Sarti³: “embora não tenha nada, tem saúde e essa disposição para trabalhar”. A mulher é o principal agente de cuidados e os mesmos são redobrados quando se trata das crianças, o que se expressa também em maior procura dos serviços de saúde para elas^{9,10,11}.

A partir de um estudo de casos comparando famílias das camadas média e popular em relação com os cuidados de saúde, Oliveira & Bastos¹⁰ descrevem que na camada média predominam práticas preventivas, acesso freqüente a profissionais de saúde e escasso apoio familiar. Na camada popular, há mais ajuda familiar e predomínio de atitudes curativas, além de automedicação. As próprias autoras referem-se a diferenças na forma em que as famílias se relacionam com os serviços de saúde. Assim, enquanto a família de camada média segue a rigor as indicações médicas, “na de camada popular há uma larga utilização dos próprios recursos, que envol-

vem adaptações de saberes populares, transmitidos no âmbito da própria família”¹⁰.

Citando Alves & Rabelo, Ferreira¹² destaca a importância da experiência social nos cuidados de saúde: **“As práticas de cuidado do corpo são orientadas por uma lógica que resulta da experiência social e, com base nesta, produzem-se interpretações que adquirem significado a partir de processos compartilhados no cotidiano”**. Além disso, é preciso considerar que a adesão a prescrições médicas está muito influenciada pelos recursos disponíveis¹⁰.

Neste trabalho, nos aproximamos do conceito de cuidado trabalhado por Ayres¹³. Na perspectiva do autor, “cuidar da saúde de alguém é mais que construir um objeto e intervir sobre ele. Para cuidar há que se considerar e construir projetos”. Ainda que sem fazer menção direta ao contexto familiar, o autor destaca a necessidade de incluir o cuidado na totalidade das “reflexões e intervenções” em saúde, o que nos leva a pensar que sua proposta se aplica também à família, na medida em que esta funciona como um espaço privilegiado para os cuidados de saúde.

Em termos mais específicos, a categoria “modos de cuidar” foi inspirada na categoria “modos de partilhar”, que inclui **[...] em um mesmo olhar práticas culturais em curso na família, o modo de inserção da criança nessas práticas e os significados que orientam essa inserção, segundo o relato dos pais**¹⁴. Os significados se apresentam em dois níveis interligados: **o primeiro, mais amplo, é o sistema de crenças parentais ligado à criação de filhos; o segundo, as justificativas imediatas às práticas narradas pelos pais ou observadas em campo**. Entendemos “modos de cuidar” como uma categoria que faz referência às práticas vinculadas ao cuidado da saúde das crianças, assim como o modo de inserção dos adultos em ditas práticas e os significados que as orientam.

O presente estudo pretendeu responder à questão de como se dão os modos de cuidar da saúde de crianças menores de seis anos em famílias atendidas pelo Programa de Saúde da Família. A escolha da faixa etária levou em conta a importância que têm os primeiros anos de vida na saúde das crianças e na vida familiar. Foram investigadas, em uma perspectiva comparada, famílias de classe popular, com estruturas familiares diversas (nuclear, extensa, etc.). Partimos da hipótese de que as diferenças na estrutura familiar implicam em diferenças nos modos de cuidar. O estudo considerou, ademais, a complexidade da experiência social que orienta os modos de cuidar das crianças, incluindo principalmen-

te: a influência de profissionais de saúde e de outras agências terapêuticas tais como terapeutas populares e espaços religiosos, assim como diferenças de gênero e de geração.

Metodologia

Realizamos um estudo exploratório de cunho etnográfico, o que nos permitiu estabelecer um contato freqüente com os informantes. A observação participante constituiu a principal ferramenta de investigação, a qual se desenvolveu através de visitas regulares às residências – duas vezes por semana, durante um período de nove meses – registradas em diário de campo. Através desta técnica, observamos o cotidiano dos informantes: as situações com que se defrontam e os comportamentos que têm diante delas, procurando nos aproximar das interpretações que têm sobre os fatos observados¹⁵.

As observações foram complementadas com entrevistas semi-estruturadas gravadas e transcritas, realizadas com dezesseis informantes, sete casais e duas avós membros das seis famílias acompanhadas.

O estudo foi realizado em um bairro do subúrbio ferroviário de Salvador, ao qual demos o nome de “Prainha”, entre agosto de 2003 e abril de 2004. Fomos introduzidos por profissionais da Unidade de Saúde da Família do bairro. Após um mês realizando visitas domiciliares, habitualmente com a companhia de agentes comunitários de saúde, contatamos uma jovem do bairro, que nos acompanhou durante dois meses.

Escolhemos seis famílias que consideramos típicas do bairro. Para efeitos do presente estudo, consideramos uma família um grupo de pessoas que convive, mantendo laços, biológicos ou não, que envolvem reciprocidade. Além do fato de terem crianças pequenas em casa, a escolha teve a ver com considerações práticas – afinidade com os informantes e acessibilidade da moradia – e teóricas. Quatro famílias foram consideradas extensas dado que os parentes que moram nas imediações participam ativamente das atividades cotidianas, existindo convivência de três gerações. As outras duas famílias foram denominadas nucleares porque concentram as atividades cotidianas no grupo formado pelo casal e os filhos, embora também tenham parentes morando no mesmo bairro. Os informantes são identificados no texto através de nomes fictícios. As denominações N1 e N2 correspondem às famílias nucleares e E1, E2, E3 e E4, às famílias extensas.

Durante o trabalho de campo, a relação com os informantes foi intensa. Tal como referido na etnografia de Sarti³, desde o início nos colocamos em atitude de diálogo, respondendo perguntas e deixando que as diferenças aparecessem. Esta atitude se revelou uma valiosa fonte de dados, ao tempo em que permitiu esclarecer paulatinamente o papel da pesquisadora que realizou o trabalho de campo (a primeira autora do presente estudo).

Todos os participantes foram informados dos objetivos da pesquisa através da leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O termo era assinado por no mínimo um adulto de cada família. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA.

Seguindo a proposta de Becker¹⁵, dirigida à pesquisa baseada na observação participante, um primeiro momento de análise se deu ainda durante a coleta de dados. Tal estratégia permitiu orientar a continuidade do trabalho de campo, especialmente o roteiro da entrevista, realizada na etapa final do trabalho de campo.

Após concluir a coleta de dados, iniciamos a segunda fase processando as notas de campo e as entrevistas transcritas, de acordo com a seqüência proposta por Emerson *et al.*¹⁶: leitura do diário de campo, codificação aberta (criamos 72 códigos a partir do diário de campo), redação de memos teóricos, seleção de temas, codificação focalizada – o material do diário de campo foi organizado em dezesseis temas e o da entrevista em treze – e, por último, a construção de memos integradores.

A “análise abrangente final”¹⁵ se deu num terceiro momento, em que predominou o trabalho de síntese e interpretação. Procuramos organizar os resultados num sentido etnográfico, a partir de categorias empíricas que foram configurando-se ao longo da análise, e construir uma descrição densa¹⁷ que integrasse a compreensão dos informantes sobre cuidados em saúde e o contexto em que estas são construídas e colocadas em prática. Os resultados do presente artigo estão organizados a partir dos temas que ganharam destaque na análise, procurando integrar categorias *etic* e *emic*.

Resultados e discussão

Mudanças e permanências nas famílias de Prainha

As casas de nossos informantes, antigos mo-

radores de palafitas, foram construídas em madeirite pelo governo do estado e entregues há mais de vinte anos. Na área visitada, a maior parte das casas está “em construção”, com os filhos jovens construindo sobre a laje, ou planejando fazê-lo.

Os moradores de Prainha se consideram pobres, embora alguns tenham reparos para usar essa palavra – “pobre é o diabo, eu sou humilde”, explica Carla (E3). É comum que as famílias tenham algum tipo de renda fixa – emprego, aposentadoria ou programas do governo –, mas as quantias recebidas são sempre insuficientes. Das seis famílias acompanhadas, apenas uma dentre as extensas tinha renda igual ou superior a dois salários mínimos. Refletindo o fato de terem baixa escolaridade, os informantes desenvolvem atividades consideradas pouco qualificadas, tais como serviços gerais e de segurança, entre os homens, e serviço doméstico e de vendas, entre as mulheres.

Embora se considerem “melhor de vida” que o “pessoal dos fundos”, os informantes reclamam da baixa qualidade dos serviços oferecidos no bairro: as instalações de água e luz costumam ser clandestinas e precárias; as escolas e creches são insuficientes e “não ensinam nada”. A falta de infraestrutura – áreas com esgoto a céu aberto, formação de lama após chover, “rua esburacada”, coleta de lixo insuficiente – é apontada como fonte de doenças para as crianças, especialmente verminoses e problemas respiratórios.

Tal como referido em outros estudos¹⁴, a violência em suas várias formas, incluindo a doméstica, é fonte de intensa preocupação entre os moradores, influenciando fortemente a organização da vida cotidiana. É freqüente ouvir relatos sobre abusos – inclusive assassinatos – cometidos pelos policiais do posto do bairro contra moradores, especialmente os homens, sendo alguns deles pais de crianças pequenas.

Os informantes fazem alusão a mudanças na vida familiar ligadas tanto a papéis e relações de gênero quanto a formas de criar e cuidar da saúde dos filhos. Em relação às práticas de saúde, a implementação do Programa de Saúde da Família, acontecida um ano e meio antes do início do trabalho de campo, é considerada uma mudança, embora as repercussões positivas na saúde sejam consideradas insuficientes.

É comum ouvir falas de mulheres idosas referindo que muitas coisas têm mudado nos últimos anos e que na cidade tudo é diferente da roça, onde elas moraram e criaram alguns de seus filhos mais velhos. Em comparação com as mulheres idosas, os jovens – mulheres e homens – tendem a aderir mais ao pensamento médico hege-

mônico, o que se expressa nas referências que fazem a indicações médicas como justificativa para as práticas vinculadas com o cuidado da saúde, embora isto não implique uma completa adesão às ditas indicações.

O contraste entre as gerações também se expressa com clareza na crescente incorporação do planejamento familiar. Na atualidade, tal como a literatura refere¹⁸, a tendência é ter poucos filhos. Dois é considerado o mais adequado¹⁹, embora na prática tenham apenas um – como no caso dos dois casais da família E2 – ou tenham tido mais de dois – como no caso das famílias E3 e E4. A partir de três é considerado excessivo, o que leva ao uso de métodos de controle da natalidade, especialmente por parte das mulheres, sendo muito comum a esterilização cirúrgica.

Nas falas sobre mudanças em curso, também aparece o tema do envolvimento do homem na vida doméstica e no cuidado dos filhos, associado à maior inserção da mulher no mercado de trabalho, o que traria maior necessidade de participação masculina.

Necessidades de crianças e necessidades de cuidadores

O interesse no cuidado das crianças pequenas pode ser pensado a partir de dois eixos. Por um lado, o sistema de crenças sobre o que é certo para a criança, em que é importante a experiência prévia, assim como as mensagens transmitidas por parentes, profissionais de saúde, terapeutas alternativos e instâncias religiosas. Neste eixo, a ênfase está colocada nas necessidades da criança. Por outro lado, em forma menos explícita, o cuidado das crianças é perpassado pelas gratificações que os adultos obtêm.

As diferenças de gênero e idade são fundamentais para pensar as necessidades das crianças. Os informantes diferenciam entre criança “pequeninha” e criança “já crescida”, embora não coincidam sobre a idade que marcaria a diferença entre um estado e outro. No entanto, indicam que uma criança que não fala precisa de mais cuidados, pelo fato de não poder comunicar suas necessidades e sentimentos. Adicionalmente, consideram que as crianças nos primeiros anos, até quatro ou cinco, são mais vulneráveis a doenças: “criança de três anos é tudo molinho”, explica Ana (N2). Com relação ao gênero, os informantes consideram que a menina precisa de mais cuidados corporais – na roupa, higiene, penteado, arrumação, e no “ficar de olho” –, enquanto o menino precisa de mais controle e diálogo, especialmente com o pai.

As gratificações que os cuidadores obtêm estão ligadas ao que é socialmente valorizado. Nesta perspectiva, o dever de pais e mães de ensinar os filhos, dando o exemplo, considerado fundamental para criá-los bem, ao mesmo tempo tem implícita a expectativa de que os filhos mostrem publicamente seu respeito pelos pais, pedindo a bênção, chamando-os “o senhor” e “a senhora”.

Existe uma estreita relação entre as fontes de gratificação para homens e mulheres e as expectativas vinculadas com a divisão sexual do trabalho. Frequentemente o que funciona como fonte de gratificação para a mulher – por exemplo, mostrar filhas bem penteadas e arrumadas – não o é para o homem, que costuma ser valorizado a partir de sua capacidade de ser provedor e de estar presente como fonte de respeito para sua família. Isto é concordante com estudos anteriores que chamam a atenção sobre a permanência da divisão sexual do trabalho nas famílias de camadas populares, a partir da qual o homem é valorizado como provedor econômico e a mulher, como cuidadora e administradora da casa em que pese existir práticas não condizentes com a dita perspectiva, homens desempregados e mulheres que sustentam a casa, por exemplo^{3,4}.

Encontramos coexistência da preocupação com as necessidades das crianças e o cuidado como fonte de satisfação e reconhecimento social para mulheres e homens. Neste ponto, discordamos da perspectiva de Oliveira¹¹, autor que estudou a relação entre as concepções de saúde em moradores de um bairro popular e a relação destes com os serviços de saúde, considerando que: **A preocupação com a saúde das crianças parece denotar bem mais do que a simples busca de seu bem estar. Na verdade é resposta ante a exigência da comunidade e também do posto de saúde.**

No cotidiano de Prainha, a idéia de que as crianças pequenas precisam de cuidados o tempo todo se entrelaça com o que socialmente é considerado próprio de uma boa mãe: aquela que está sempre perto dos filhos, que deixa de lado seus próprios interesses para se dedicar a eles. Em forma complementar, a apreciação de que a menina precisa de mais cuidados corporais que o menino se integra com indicadores que ajudariam no reconhecimento da mulher como boa mãe: como as filhas estarem sempre bem penteadas e arrumadas. O acompanhamento realizado com Carla (E3) permite-nos perceber estes movimentos. Por um lado, estabelece diferenças entre o que é mais adequado para meninos e meninas: **É diferente, porque o menino você dá banho, penteia o cabelo, se tiver cabelo, bota a cuequinha, já cabou. E a**

menina, não, ajeita o cabelinho, bota uma calcinha de florzinha, uma calcinha de babadinho [...]. Na ocasião da visita de pessoas que não moram no bairro, Carla expressa seu propósito de pentear as filhas, vinculando-o com a valoração social de tal prática: **ainda não penteci as meninas, é porque tou cansada, mas daqui a pouco vou começar. Gosto de penteá-las bem para que ninguém fale que sou uma mãe desligada.**

“Conviver com o risco é foda, viu?”

Os informantes consideram que Prainha é um bairro violento, inadequado para se criar os filhos, o que os leva a tentar protegê-los, tal como expresso por Alícia (E4): “O bairro já é ruim, tem briga e drogado na rua, e se ainda tiver briga em casa a criança fica traumatizada [...]”. Por outro lado, incrementar as condições de segurança da moradia é uma preocupação central para os adultos, o que está relacionado à impressão de que a casa não oferece suficientes condições de segurança.

Os informantes procuram proteger a menina diante do risco de agressão sexual. Quando perguntados, expressam que esta preocupação se estende aos meninos, porém em menor medida, já que a menina, por ser menina, está mais exposta: “Pode ser criança ou o que for, tem homem que deseja, porque é mulher” (Jussara, E2).

Além de ser constantemente monitorada por adultos, alguns informantes consideram que a própria criança precisa saber se cuidar, e para isso deve ser ensinada: **Então eu dou bastante [informação]: não deve sentar no colo de adulto, não deixa ninguém tocar [...] Esse aqui mesmo sabe, com a idade de três anos já sabe** (Diogo, N2).

Homens e mulheres se preocupam ainda em evitar expor as crianças a assuntos próprios dos adultos – tais como sexo, vida financeira, ou acontecimentos tristes – buscando assim preservar sua condição de crianças, que envolve inocência e despreocupação.

“Quando uma criança está sadia mesmo é quando ela tá brincando”

A brincadeira é considerada um aspecto constitutivo da criança e também um direito que deve atualizar-se no cotidiano, sob o controle dos adultos: **A criança [...]. ela nasce só com uma missão: brincar. Não quer mais nada da vida, só brincar. A gente bota para fazer outras coisas, né?, mas porque não tem jeito, tem que estudar, tem que dormir, tem que comer [...]** (Paula, N1).

O sentido dado à brincadeira varia. Pode ser uma forma de passar o tempo ou um meio para conseguir outras coisas: uma forma de aprender: “A gente diz que não aprende, mas aprende muito brincando. Eu mesmo, eu aprendi a arrumar casa, fazer comida, essas coisas...” (Alicia, E4) – ou uma oportunidade para fortalecer a saúde física – “criança tem que brincar, pra pegar as bactérias, né? [...] para poder ver se a criança é forte” (Ana, N2). No plano emocional, a brincadeira pode ser uma forma de lidar positivamente com os problemas: **É bom também pra mente deles. Porque às vez ele só vê briga, violência, essas coisa. Aí já vai dando risada, brincando. Já não fica uma criança com a cara fechada, querendo bater em todo mundo na rua, entendeu?** (Alícia, E4). A valorização do brincar como indicador de saúde das crianças por parte dos informantes é concordante com os aportes de vários psicanalistas, especialmente Winnicott²⁰, que enfatizou que o brincar é um meio privilegiado para expressar e elaborar conflitos psíquicos, especialmente tratando-se de crianças.

Com relação ao lugar dos adultos na brincadeira, quatro dos sete casais colocam-na como espaço exclusivo das crianças: **A criança se diverte da maneira dela, que ela acha que deve se divertir. Infelizmente, não é eu que vou caracterizar a maneira como ela deve se divertir** (Cristóvão, E2). Caberia aos adultos cuidar que as brincadeiras não atentem contra a integridade física e emocional – [...] **não aconselho mãe nenhuma dar arma. Meus menino mesmo não têm revólver de brinquedo, porque eu não gosto. Porque isso aí já vai influenciar já eles... ser uma má pessoa** (Alícia, E4) – assim como controlar os programas que os filhos assistem na tevê. Os outros três casais consideram importante participar e inclusive orientar a brincadeira dos filhos. Neste sentido, Luzia passa tempo com o filho Emerson (3 anos), o “faz brincar” – faz com que ele tire os brinquedos do armário e depois os guarde, faz quebra-cabeça, “lego”, entre outros, junto com ele – e assistir programas na TV Educativa.

A brincadeira no dia-a-dia, dentro de casa e na rua, é considerada importante mas não suficiente para o bem-estar das crianças. Os informantes consideram que elas precisam sair do bairro: “nós, como os pais, temos sempre que levar ela assim, um lazer, levar ela no Parque da Cidade” (Jussiara, E2). O ideal de lazer é que pai e mãe saiam com os filhos, com dinheiro suficiente. Dado que isto acontece raramente, na prática aparecem alternativas tais como dar um passeio nas imediações da residência ou assistir rodas de

capoeira que acontecem no bairro aos finais de semana.

O contato com familiares fora de Prainha é sentido como uma alternativa à monotonia do bairro – “Aqui não tem nada para fazer, por isso quem tem parentes se manda” (Paula, N1) – além de se considerar importante que as crianças mantenham contato com parentes. Por outro lado, as crianças têm lazer acompanhando os adultos em visitas à igreja, que podem ser cotidianas ou envolver saídas para grandes eventos fora do bairro.

“Dando educação... a gente cria a criança bem”

Os informantes consideram que é preciso “dar amor” aos filhos, o que se expressa de diferentes maneiras: fazendo carinho ou através de atitudes que mostrem às crianças que são queridas, porém sem deixar de considerar que as circunstâncias devem ser oportunas, dado que “tem momento para tudo, para dar amor e também para ter mão firme” (Pedro, E1).

É fundamental dar uma boa educação desde que o filho é pequeno. Em tal sentido, os informantes coincidem em apontar a obediência como condição indispensável, não só na educação, mas no cuidado de forma geral. Assim, ao obedecer – ficando dentro de casa, retirando-se quando tem uma conversa de adultos, vestindo o chinelo, alimentando-se, entre outras atividades cotidianas – a criança facilita que os adultos possam cuidá-la melhor.

Na medida em que acham fundamental criar os filhos na obediência, evitando a ousadia e a gaiatice, os informantes consideram que o castigo físico é necessário e útil, quando dado no momento e na proporção adequados, embora o ideal seja não precisar bater. Seis dos sete casais aplicam cotidianamente algum tipo de castigo físico – geralmente um “tapa” –, enquanto que o casal Paula e Ed usa apenas a ameaça de castigo físico para conseguir que os filhos obedeçam.

O fato de dar bom exemplo aos filhos também é considerado importante, especialmente para o futuro deles, para o momento em que os pais não possam mais impor sua vontade. Em tal sentido, Cristóvão (E2) considera que, se ele não tiver dado bom exemplo para Anita (3 anos), ela não fará nada do que ele disse e ainda ficará com raiva dele. Por outro lado, se bem é fundamental que a criança obedeça sem questionar, também se considera importante explicar-lhe as coisas, na medida em que isso ajudará a que se sinta querida pelos pais e que desenvolva sua inteligência.

Os informantes consideram importante que a criança freqüente a escola, existindo diferenças com relação à idade considerada adequada para o início da vida escolar, o que também se relaciona à falta de acesso a escolas para crianças menores de seis anos. Por outro lado, existe coincidência em considerar que a escola pública não ensina bem; por tal motivo, algumas famílias se esforçam por matricular os filhos em uma escola particular, que avaliam como de melhor qualidade. Existe preocupação com que as crianças aprendam os conteúdos da educação formal, ainda que nem sempre este processo seja estimulado em casa. Também se espera que a escola ajude na educação moral da criança.

Alguns informantes se preocupam em criar os filhos dentro de uma identidade de grupo étnico-racial ou religiosa, o que está relacionado a comportamentos e vivências diferenciados – tais como proibir que uma criança evangélica dance, estimular que uma criança negra jogue capoeira –, que se espera contribuam para o adequado desenvolvimento da criança dentro do grupo a que pertence.

Cuidados com a alimentação e contato com serviços de saúde

A alimentação e a relação com serviços formais e práticas populares de saúde são aspectos chave no cuidado cotidiano das crianças pequenas. A frase “dar alimento na hora certa”, se bem se refira explicitamente à disciplina na alimentação, é também uma forma de dizer que não deve faltar comida para a criança – “que menino, quando tá poucos alimento, não alimenta na hora certa, atrapalha o crescimento” (Rodrigo, E2) – e que a família prioriza a alimentação delas acima de outras necessidades.

Com freqüência, para se aproximar do objetivo da boa alimentação, se ativam redes de reciprocidade entre familiares e vizinhos, especialmente quando se trata de uma família extensa: “Dona Sônia (avó E2) fez o prato do neto Emerson, lamentou que só tinha feijão e galinha e foi na casa de dona Rosa pedir arroz, trouxe e fez o prato do menino. Pouco depois, chegou dona Rosa com cenoura, deu um pouco a Emerson, disse a ele que é bom que ele coma verduras” (Extrato do diário de campo).

Alguns informantes afirmam saber o que é melhor para a criança em termos de alimentação, à diferença dos profissionais do posto de saúde, que ao dar as indicações não consideram as condições de vida dos usuários. O relato de uma

avó, recolhido no diário de campo, é ilustrativo deste ponto: “Dona Aurelina (avó, E1) nos conta que não concorda com a indicação médica de dar aleitamento exclusivo até os seis meses, pois considera que ‘uma mulher que está dando de mamar tem que se alimentar muito bem para sustentar o filho, mas uma mulher pobre não pode comer tão bem, por isso é melhor que a criança se alimente de outras coisas também’”.

O uso dos serviços de saúde para atender as crianças está bastante estendido e é muito valorizado, o que coincide com resultados de outros estudos, que indicam a tendência a que as crianças sejam levadas aos serviços de saúde com mais facilidade e freqüência que os adultos^{9,10,11}.

Para os informantes, é fundamental que a criança tenha acompanhamento pediátrico com fins preventivos, o que implica ter as vacinas em dia, controlar o peso periodicamente e fazer exames de sangue, fezes e urina uma vez por ano. Quando as crianças adoecem, predominam a insatisfação e o desconcerto com relação à Unidade de Saúde da Família, dado que esta não oferece atendimento imediato, tendendo-se a procurar estabelecimentos de maior complexidade, que ficam longe do bairro.

Na relação com os serviços de saúde, se bem predomina a insuficiência no acesso, existem dimensões nas quais os informantes têm a possibilidade de escolher. Independente do nível de acesso, e coincidindo com achados de outros estudos^{9,10}, é freqüente que os informantes façam tentativas de atender os problemas de saúde das crianças no contexto familiar antes de procurar os ditos serviços. Também faz parte de suas prerrogativas decidir se é uma “doença de médico” ou “doença espiritual”, e neste caso ainda é possível escolher entre várias agências de cura: a reza tradicional, a reza na igreja evangélica ou o candomblé. É comum se procurar os serviços de **rezadeiras** tradicionais, embora se trate de uma prática que está perdendo prestígio, dadas as fortes críticas que recebem por parte das igrejas pentecostais, em aumento no bairro.

O uso de remédios caseiros e naturais está bastante estendido e é muito valorizado entre os informantes, sendo que a função que eles cumprem varia a depender das circunstâncias. Podem ser usados como um último recurso diante da falta dos remédios adequados: “Alicia conta que levou o filho Anderson (três anos) ao hospital, porque estava cansando muito. No hospital deram uma receita (salbutamol, paracetamol e um antibiótico). Foi em vários postos para ver se tinha, mas ‘tava em falta’, então deu um restinho de sal-

butamol que ainda tinha, e agora que acabou está dando remédio caseiro (xarope de cebola com açúcar)” (Extrato do diário de campo).

Por outro lado, os remédios caseiros podem ser considerados uma alternativa melhor que os remédios médicos, especialmente por avós que têm mais presente a experiência de vida no meio rural. A fala de dona Sônia (E2) é expressiva deste ponto: ***Criei meus filhos na roça, nunca levei eles em médico nenhum, curava eles com plantas, fazendo chá, assim também faço hoje com meus netos. Sei cuidar de meu filho. Eu faço remédio caseiro para ele, cuido dele direitinho. Com isso, mais o remédio que o médico passou, ficou logo bom.***

Encontramos diferenças na forma com que as famílias, habitualmente as mulheres, se relacionam com os serviços de saúde. Enquanto Alícia (E4) frequenta o posto de saúde aceitando as regras do mesmo, Paula (N1) prefere não usar os serviços do posto do bairro, frequentando uma emergência pediátrica, em que se sente melhor atendida. Por outro lado, Ana (N2) expressa que em geral não gosta de médico e que ela já sabe o que fazer quando os filhos adoecem: “Sei o que fazer em casa, não gosto que filho meu faça nebulização no posto, porque a máscara é cheia de bactérias”.

As colocações precedentes trazem complexidade ao nosso tema, ao mostrar que as avaliações que cada informante faz não estão determinadas pelas condições de vida. O que para uns é o mais adequado para outro pode ser apenas “o possível”. Isto tem a ver com o fato de alguns informantes terem posições mais críticas diante das carências dos serviços..

As diferenças entre as famílias

Ao comparar as famílias extensas com as nucleares, encontramos diferenças na inserção dos adultos no cuidado das crianças. Nas famílias nucleares, encontramos maior exclusividade na relação entre pais e filhos, maior envolvimento do pai no cuidado destes últimos. O ponto de vista da mulher tende a predominar, sendo que o marido se coloca e é colocado como um auxílio para cuidar dos filhos, da forma em que ela considera melhor, tal como ilustra a fala de Ana (N2): “tem que dar as coordenadas, dizendo o que tem que fazer, porque homem nunca é como a gente, né?”.

Os membros da família extensa tendem a oferecer maior suporte em casos de emergência quando participam mais ativamente do cotidia-

no das crianças. O contraste entre Alícia (E4) e o casal Paula e Ed (N1) exemplifica este ponto. Alícia está habituada a levar o filho Anderson (3 anos) à emergência do hospital “Pan de Roma”, para cuidar da “gripe de sempre”, que já virou princípio de pneumonia. No início da pesquisa, ela não contava com apoio do pai biológico, de quem estava separada. Tinha apenas o auxílio da mãe para tomar conta dos dois filhos mais velhos enquanto levava Anderson. A situação melhorou quando conheceu Adilson – o atual parceiro –, possibilitando o acesso a uma nova rede de apoio, já que agora Alícia também recebe ajuda da mãe e irmãs do mesmo.

A situação de Paula e Ed é diferente. Eles formam um casal que se complementa no cuidado dos filhos, com limitada participação de familiares. Assim, o casal passou por momentos muito difíceis quando a pequena Sandra, de quatro anos, precisou ser hospitalizada por quatro dias. Nesta ocasião, eles tiveram que se revezar para ficar com a menina e ao mesmo tempo cuidar de Jorge, de um ano e meio, e frequentar o trabalho, no caso específico de Ed. Contaram apenas com a ajuda de uma amiga, que passou uma das quatro noites com Sandra no hospital.

Consideramos importante refletir sobre as diferentes formas em que se estruturam as relações nas famílias de camadas populares, no sentido de que o contato frequente com familiares e amigos nem sempre se traduz em ajuda. É preciso mencionar que as seis famílias acompanhadas têm parentes morando nas imediações e, no entanto, as duas famílias nucleares parecem ter estabelecido padrões de relação diferentes: menor participação da família extensa no cotidiano e nas decisões, o que também implica menor envolvimento em vínculos de reciprocidade e menos conflitos entre mãe e avó – frequentes nas famílias extensas. Estes achados estão na linha das colocações de Fonseca⁶ sobre a existência de dinâmicas familiares heterogêneas nos setores populares, e nos permitem problematizar a afirmação de Oliveira & Bastos¹⁰ que, ao diferenciar entre famílias de camada média e de setores populares, consideram que nas camadas populares existe maior acesso a redes de suporte.

Considerações finais

O presente estudo mostra a coexistência de valores tradicionais – a centralidade da família na organização do cotidiano³, o lugar das mulheres como cuidadoras das crianças^{4,9,10}, a distinção es-

sencialista entre meninos e meninas – e referências a mudanças. As ditas mudanças estariam acontecendo tanto na vida familiar – mais trabalho da mulher, maior participação masculina, diminuição do número de filhos – quanto nas práticas de saúde, a partir do maior contato com profissionais de saúde e a implementação do Programa de Saúde da Família. Pensamos que a forma em que as mudanças afetam o cuidado das crianças precisa ser mais estudada. Este texto está longe de esgotar o tema, mas já mostra que as mudanças agregam complexidade, por exemplo, ao mostrar que a presença do PSF não é tão boa quanto desejável, tanto por seu alcance limitado quanto porque contraria práticas tradicionais.

Na construção das idéias sobre as necessidades das crianças, encontramos preocupações que são produto da experiência social, tal como sugerido por Ferreira¹²; por exemplo, a intensidade da preocupação com preservar a criança diante do risco que envolve a precariedade da casa e da rua. Curiosamente, isto parece preocupar mais aos informantes do que algumas sugestões dadas por profissionais de saúde: proteger do risco de vermes tomando água fervida e mantendo a criança calçada. Por outro lado, é importante destacar a presença de dimensões vinculadas com promoção da saúde que se expressam especialmente na possibilidade de brincar.

O presente estudo deixa perguntas para futuras pesquisas e permite chamar a atenção sobre desafios colocados para os profissionais de saúde, especialmente no contexto do Programa de Saúde da Família. Considerando que as necessidades das crianças são priorizadas e que os serviços de saúde são mais freqüentados quando se trata de crianças⁹, pensamos que o cuidado infantil é um espaço privilegiado para o contato entre cuidadores e profissionais de saúde.

Para pensar esse contato, é essencial considerar o caráter intersubjetivo do cuidado, de modo que ao atender uma criança está se atendendo também a sua família, pois a criança é em si mesma um projeto familiar, assim como uma importante fonte de gratificação para quem a cuida. Desta forma, os profissionais de saúde têm como desafio conhecer a criança e sua família, conhecer seus projetos e, de alguma forma, participar deles. Isto sem esquecer que os profissionais de saúde não são os únicos que contribuem para a construção das práticas de saúde.

É importante também identificar eventuais fragilidades do cuidado no ambiente familiar. Em tal sentido, a partir dos achados do presente estudo, cabe refletir sobre a centralidade da obediência como estratégia chave na criação e sua associação com rígidas exigências e freqüente castigo físico, aguçados por causa da intensa violência e insegurança de grande parte dos bairros populares das grandes cidades. Perguntamo-nos como ajudar pais e mães a diminuir o sofrimento das crianças, que depois serão adolescentes, e estimulá-los a construir projetos de vida, em um contexto de ausência de perspectivas educacionais e laborais? Este é um aspecto sobre o qual convém continuar refletindo e pesquisando.

Ao finalizar este artigo, é preciso destacar a importância, teórica e etnográfica, do conceito de cuidado – entendido como preocupação pelo outro e construção conjunta de projetos de felicidade¹³, em suma, como espaço de intersubjetividade. O dito conceito nos permitiu ter uma boa aproximação etnográfica, especialmente através de sua representação na categoria modos de cuidar. Por outro lado, trata-se de uma ferramenta teórica importante, que permite pensar de forma integrada sobre relações de gênero, dinâmicas familiares e relações entre cuidadores e serviços de saúde.

Colaboradores

V Bustamante e e LAB Trad participaram igualmente de todas as etapas de construção do artigo.

Agradecimentos

O presente trabalho foi beneficiado com uma bolsa de estudos concedida à primeira autora pelo Programa Interinstitucional de Metodologia de Pesquisa em Gênero, Sexualidade e Saúde Reprodutiva, financiado pela Fundação Ford.

Referências

1. Bruschini C. Teoria crítica da família. In: Azevedo MA, Guerra V, organizadoras. *Infância e violência doméstica: fronteiras do conhecimento*. São Paulo: Cortez; 1993. p.49-79.
2. Sarti C. Família e individualidade: um problema moderno. In: Carvalho M de CB, organizadora. *A família contemporânea em debate*. São Paulo: EDUC; 1995. p. 39-49.
3. Sarti C. *A família como espelho: um estudo sobre a moral dos pobres*. São Paulo: Cortez; 2003.
4. Heilborn ML. O traçado da vida: gênero e idade em dois bairros populares do Rio de Janeiro. In: Reicher MF, organizadora. *Quem mandou nascer mulher? Estudos sobre crianças e adolescentes pobres no Brasil*. Rio de Janeiro: Record/Rosa dos Tempos; 1997. p.292-339.
5. Szymanski H. Teorias e “teorias” de famílias. In: Carvalho, M de CB. *A família contemporânea em debate*. São Paulo: EDUC; 1995. p.23-28.
6. Fonseca C. Mãe é uma só? Reflexões em torno de alguns casos brasileiros. *Psicologia USP* 2002; 13(1): 49-68.
7. Brasil. Ministério da Saúde. *Saúde da família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial*. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.
8. Trad L, Bastos AC de S. O impacto sócio-cultural do PSF: uma proposta de avaliação. *Cad Saúde Pública* 1998; 14 (2): 429-435.
9. Loyola MA. *Médicos e curandeiros: conflito social e saúde*. São Paulo: DIFEL; 1984.
10. Oliveira MLS, Bastos AC de S. Práticas de atenção à saúde no contexto familiar: um estudo comparativo de casos. *Psicologia: reflexão e crítica* 2000; 13(1): 97-107.
11. Oliveira FJA de. Concepções de doença: o que os serviços de saúde têm a ver com isso? In: Duarte LFD, Leal OF, organizadores. *Doença, sofrimento perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998. p. 81-94.
12. Ferreira J. Cuidados do corpo em Vila de Classe Popular. In: Duarte LFD, Leal OF, organizadores. *Doença, sofrimento perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998. p. 49-56.
13. Ayres R. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Rev C S Col* 2001; 6(1):63-72.
14. Bastos AC de S et al. Novas famílias urbanas. In: Lorde E da R, Carvalho AMA, Koller SH, organizadoras. *Infância brasileira e contextos de desenvolvimento*. São Paulo: Casa do psicólogo; Salvador: Editora da Universidade Federal da Bahia; 2002. p. 99-136.
15. Becker H. *Métodos de pesquisa em Ciências Sociais*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 1994.
16. Emerson RM et al. *Writing Ethnographic Fieldnotes*. Chicago: The University of Chicago Press; 1983.
17. Geertz C. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Zahar; 1989.
18. Berquó E et al. *Saúde e direitos reprodutivos no Brasil: impacto da Conferência do Cairo nas Políticas Públicas*. Salvador: MUSA; Brasília: CNPD; 2000.
19. BEMFAM (Sociedade Civil Bem-estar Familiar no Brasil)/DHS (Demography and Health Survey). *Brasil Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde*. Rio de Janeiro: BEMFAM/DHS; 1997.
20. Winnicott D. *Realidad y juego*. Barcelona: Gedisa; 1996.

Artigo apresentado em 02/06/2005

Aprovado em 29/03/2006

Versão final apresentada em 22/09/2006