

ACOMPANHAMENTO DE SAÚDE DA CRIANÇA: CONCEPÇÕES DAS FAMÍLIAS DO MUNICÍPIO DE CAMBIRA, PARANÁ

Simone Gestal de Castilho *

Luciana Olga Bercini **

RESUMO

O presente trabalho trata de um estudo qualitativo desenvolvido com o objetivo de identificar as concepções das famílias pertencentes à área de atuação da Equipe Amarela do Programa Saúde da Família, do município de Cambira, PR, sobre o acompanhamento de saúde da criança no primeiro ano de vida. Para tanto, foram realizadas entrevistas semidiréticas, seguindo um roteiro básico, com 19 famílias integrantes da área de abrangência dessa equipe. As entrevistas foram gravadas, e posteriormente transcritas e submetidas à análise temática. A análise dos depoimentos apresentados pelas mães possibilitou a identificação de temas e revelou que a partir de suas vivências, o grupo investigado percebe e valoriza a importância do acompanhamento de saúde da criança, mesmo que seja de forma simplificada, como fazendo parte do conjunto de cuidados que a criança necessita no primeiro ano de vida.

Palavras-chave: Saúde da família. Saúde infantil. Cuidado da criança.

INTRODUÇÃO

A infância é uma das fases da vida em que ocorrem as maiores modificações físicas e psicológicas. Essas mudanças caracterizam o crescimento e o desenvolvimento infantil. O acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento visa à promoção e à manutenção da saúde, bem como à atuação sobre fatores capazes de comprometer a saúde da criança (PAIXÃO, 2003).

O desenvolvimento pode ser definido como “o aumento da capacidade do indivíduo na realização de funções cada vez mais complexas” (BRASIL, 2002, p. 75). Cada ser humano se desenvolve a partir de suas possibilidades e do meio em que está inserido. A criança deve sempre ser vista como um todo e em relação com seu ambiente e família (BRASIL, 2002).

De modo geral, considera-se o crescimento como o aumento do tamanho corporal. Pode-se dizer, também, que o crescimento do ser humano é um processo dinâmico e contínuo que ocorre desde a concepção até o final da vida, considerando-se os fenômenos de substituição e regeneração de tecidos e órgãos. É considerado como um dos melhores indicadores de saúde da criança, em razão de

sua estreita dependência de fatores ambientais, tais como alimentação, ocorrência de doenças, cuidados gerais e de higiene, condições de habitação, saneamento básico e acesso aos serviços de saúde, refletindo, assim, as condições de vida das crianças no passado e no presente. Nesse contexto, o crescimento e o desenvolvimento são eixos referenciais para todas as atividades de atenção à criança sob os aspectos biológicos, afetivos, psíquicos e sociais (BRASIL, 2002).

A promoção da saúde infantil compreende todas as ações diretas e indiretas que favorecem a criança a atingir seu potencial de crescimento e desenvolvimento. No que diz respeito às ações diretas, destaca-se o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, contemplando a avaliação desse processo e a educação em saúde, a qual consiste em atuar junto aos pais e cuidadores infantis, bem como junto às próprias crianças, mantendo ou promovendo a aquisição de competências para atender às necessidades da criança (VERÍSSIMO, 2001).

Essas ações de promoção da saúde infantil estão embasadas no conceito de puericultura. Segundo Paixão (2004), a puericultura teve origem na França, no final do século XVIII, e

* Enfermeira da Secretaria de Saúde de Cambira – PR. Especialista em Saúde da Família.

** Professora Doutora do Departamento de Enfermagem, UEM

era definida como um conjunto de regras e noções acerca da arte de criar fisiológica e higienicamente as crianças. Atualmente, a essência continua a mesma e, com base nessas premissas, têm-se estabelecido os programas de assistência à criança, os quais consistem:

no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança em seus primeiros anos de vida, embasando-se em um corpo conceitual traduzido por normas e regras a serem preceituadas às mães. Trata-se de uma assistência individualizada, cuja prioridade é o bem estar da criança em função das condições de vida de sua família e sociedade onde está inserida (PAIXÃO, 2004, p. 1).

De acordo com Blank (2003, p.14), o acompanhamento profissional da saúde da criança, definido como puericultura, pode ser entendido como uma “ciência que reúne todas as noções (psicologia, higiene, sociologia) suscetíveis de favorecer o desenvolvimento físico e psíquico das crianças desde o período da gestação até a puberdade”.

O Ministério da Saúde vem intensificando sua atenção na promoção da saúde da população menor de cinco anos, criando programas que desenvolvam atividades de prevenção e tratamento das patologias mais frequentes nesse grupo etário. O Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), criado em 1984, instituiu a promoção do aleitamento materno e orientação alimentar para o desmame; assistência e controle das infecções respiratórias agudas; imunização; controle das doenças diarreicas e acompanhamento e desenvolvimento da criança (BRASIL, 1984).

Apesar dos avanços conseguidos, o atual perfil da saúde infantil no Brasil representa, ainda, um grande desafio para o Sistema Único de Saúde (SUS). No ano de 1997, foram hospitalizadas pelo SUS mais de 1.600.000 crianças menores de cinco anos, com um custo de mais de 400 milhões de reais. Destaca-se o fato de que cerca de 60% das causas que levaram essas crianças à hospitalização foram decorrentes de problemas respiratórios e de doenças infecciosas e parasitárias. Internações estas passíveis de serem reduzidas por meio de medidas de prevenção e assistência em nível primário, visando contribuir com a diminuição

desses gastos para melhor utilização dos recursos com assistência às patologias mais graves (BRASIL, 2003).

Diante dessa situação, a adoção de estratégias que levem a um maior acesso aos cuidados básicos de saúde pode ser apontada como alternativa para a reversão desse quadro. Essas estratégias incluem, prioritariamente, a focalização da atenção nas populações de maior risco e a revitalização do nível primário de atenção, tornando-o mais resolutivo e capaz de prestar atendimento de qualidade às patologias de maior prevalência na população infantil (BRASIL, 2000).

Ações concretas têm sido encaminhadas pelo Ministério da Saúde como, por exemplo, a incorporação na política de saúde dos governos federal, estaduais e municipais, do Programa de Saúde da Família (PSF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), como mecanismos de reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica (BRASIL, 2000).

O PSF foi concebido pelo Ministério da Saúde, no ano de 1994, e de acordo com Chiesa; Fracolli; Sousa (2002, p. 53), sua implantação teve o objetivo de proceder

à reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e centrado no hospital. No PSF a atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes, uma compreensão ampla do processo saúde-doença e a necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas.

Partindo da premissa de que as Equipes de Saúde da Família (ESF) devem oferecer o cuidado integral e contínuo a todos os membros das famílias da população adscrita em cada uma das fases de seu ciclo de vida, faz-se necessário a sistematização do processo de educação permanente, na qual não se aceita uma atuação restrita aos problemas de saúde biologicamente estabelecidos, mas sim o compromisso de realizar ações ainda enquanto os indivíduos estiverem saudáveis (BRASIL, 2000).

A atenção à saúde da criança sob a estratégia do PSF parte da concepção de uma

visão integral sobre o desenvolvimento humano, apontando para um conjunto de ações e intervenções direcionadas não só à criança, mas aos seus responsáveis e a todo o seu meio (BRASIL, 2000).

Para isso, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000, p. 21), a equipe de saúde deve incorporar as seguintes premissas básicas ao atendimento da criança:

Os conceitos de crescimento e desenvolvimento vistos de forma integral e pluridimensional, envolvendo os fatores biológicos, psicológicos e sociais;

A interação existente entre os aspectos psicológicos, sociais e a nutrição, com vistas ao desenvolvimento saudável da criança;

A participação ativa da criança na construção de suas características e de sua personalidade, interagindo, permanentemente, com o meio em que vive, cujo desenvolvimento pode ser considerado ideal, quando está em equilíbrio com o seu meio, seus costumes, seus valores e seus conhecimentos;

Não perder de vista os diversos setores que interagem com a criança: saúde, educação, agricultura, recreação, esporte, cultura e outros.

No entanto, para que, de fato, ocorra a promoção da saúde entre grupos sociais específicos é necessário, segundo Trindade (2000), o conhecimento das concepções referentes à saúde e à doença das pessoas, que seja capaz de levar em conta a influência social exercida sobre elas.

Para Spink (1992), são as representações, como forma de conhecimento prático, que orientam a ação e, se se quiser influenciar essa ação, precisa-se antes compreender o que a embasa.

Além disso, na atuação dos profissionais da área da saúde, essa perspectiva da construção social do conhecimento sobre saúde e doença pode trazer contribuições efetivas, diminuindo a distância social, possibilitando a compreensão da visão de mundo específica dos diversos grupos sociais e motivando os profissionais a buscarem formas de atuação mais compatíveis com os objetivos do atendimento (SPINK, 1992).

Martin e Angelo (1998), por exemplo, em pesquisa desenvolvida com famílias de crianças atendidas em um centro comunitário do município de São Paulo com o objetivo de compreender valores, crenças e práticas em relação à saúde, concluíram que esse estudo revelou não apenas características relativas a conhecimentos, valores e comportamentos culturalmente relevantes para a família no que tange ao conceito de saúde, mas também possibilitou a compreensão de aspectos da organização familiar tidos como significativos no cuidado à saúde de seus membros e o papel central desempenhado pela mãe nesse cuidado. Além disso, a pesquisa permitiu também que as autoras percebessem o quanto as definições dos profissionais de saúde estão incompletas se não procurarem alcançar o que as famílias tem a dizer sobre saúde.

Oliveira e Alvarenga (1993), em estudo realizado na grande São Paulo com mães usuárias de serviços públicos de saúde a cerca das representações sociais sobre o processo de crescimento e desenvolvimento infantil, verificaram que, para essas mães, esse processo é também entendido e representado como um campo de domínio próprio, no qual as mães se vêem como sujeitos, indicando, portanto, que seu conhecimento deve ser reconhecido.

Focalizando as representações sociais acerca das práticas de promoção da saúde da criança no universo familiar, Oliveira; Siqueira; Alvarenga (2000) consideram que a puericultura caracteriza-se como um campo no qual o papel profissional exige uma nova tecnologia de ação caracterizada pela troca de saberes com a população, por uma adequação às suas características sociais, culturais e históricas e, ainda, que a promoção da saúde se apóia, sobretudo, nas ações educativas. Ademais, as mães entrevistadas nessa pesquisa percebem a criança enquanto sujeito de cuidados e destacam a valorização do próprio conhecimento no cuidado da criança.

Com base no exposto, o presente trabalho justifica-se pela necessidade de se estruturar, no município de Cambira, PR, um programa de acompanhamento à saúde da criança que leve em consideração as concepções das famílias do município. Assim, o objetivo deste estudo é o

de identificar as concepções da mãe ou responsável pelo cuidado da criança relativo ao acompanhamento de saúde da criança no primeiro ano de vida.

METODOLOGIA

O presente estudo foi desenvolvido no município de Cambira, PR, que possui uma área geográfica de 164.510 km, uma população de 6.631 habitantes (BRASIL, 2004). Localiza-se na região noroeste do Estado do Paraná, a 380 km da capital, Curitiba. A principal atividade econômica é a agricultura, principalmente culturas de soja, milho e trigo.

O município pertence à 16ª Regional de Saúde, com sede no município de Apucarana, PR. O atendimento público à saúde da população é feito em duas unidades básicas de saúde (UBS): uma localizada na zona urbana e outra na zona rural. Os casos que necessitam de internação hospitalar ou atendimento de média e alta complexidade são encaminhados aos hospitais de referência, nos municípios de Apucarana, Arapongas e Londrina, uma vez que a cidade não possui hospital.

O PSF do município foi implantado em 1999, contando inicialmente com apenas uma ESF. No ano de 2001, foram implantadas mais duas equipes, garantindo a cobertura do PSF a 100% da população:

- Equipe Amarela: um médico, um enfermeiro, um técnico em enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde (ACS). Atende 690 famílias (2.393 pessoas) residentes em zonas urbana e rural;
- Equipe Azul: um médico, um enfermeiro, um técnico em enfermagem, um cirurgião dentista, um auxiliar de cirurgião dentista e sete ACS. Atende 842 famílias (2.831 pessoas) residentes em zonas urbana e rural;
- Equipe Vermelha: um médico, um enfermeiro, um técnico em enfermagem e quatro ACS. Atende 390 famílias (1.407 pessoas) residentes em zona rural.

O enfermeiro, de acordo com a rotina estabelecida pelo PSF do município, realiza as visitas de puerpério, em torno de 10 a 15 dias após o parto, para acompanhar a evolução do

recém-nascido e do aleitamento materno, além de prestar orientações à mãe sobre a importância do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida, higiene, curativo do coto umbilical e vacinas.

O acompanhamento da saúde da criança é feito mensalmente pelos ACS através de visitas domiciliares, quando é efetuada a pesagem das crianças, com balança portátil. Essa prática não está de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2002), uma vez que esse acompanhamento deveria ser executado pela equipe de saúde, na própria unidade. Além disso, esse acompanhamento é feito, também, quando a criança comparece à unidade para tomar as vacinas, ou caso apresente algum problema de saúde, já que não existe, no município, um Programa de Puericultura visando ao acompanhamento de saúde da criança menor de um ano, de forma sistematizada.

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa. A população de estudo foi constituída por 20 famílias pertencentes à área de abrangência da ESF Amarela que, em junho de 2004, período de realização da coleta de dados, tinham crianças menores de um ano de vida.

Apenas uma família não foi localizada, após três tentativas em dias e horários diferentes. Dessa forma, foram realizadas dezenove entrevistas com as mães das crianças, uma vez que, em todos os casos, estas eram as responsáveis pelo cuidado da criança.

Os critérios para inclusão na amostra foram os seguintes:

- Haver a disponibilidade de a mãe ou responsável pelos cuidados da criança menor de um ano para conceder a entrevista;
- Ser residente na área de atuação do PSF da Equipe Amarela.

Optou-se por entrevistar a mãe ou responsável pelos cuidados com a criança menor de um ano porque entende-se que seria a melhor pessoa para fornecer as informações que se desejava obter a respeito da saúde da criança.

A aproximação com a população de estudo foi facilitada pela colaboração dos ACS, que agendavam data e horário para a realização das

entrevistas. Os dados foram coletados pela pesquisadora, por meio de entrevistas semidiretivas, seguindo um roteiro básico, realizadas com a mãe, no próprio domicílio, após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. As entrevistas foram gravadas, posteriormente transcritas integralmente e submetidas à análise temática, em conformidade com Minayo (1999).

A fim de preservar a identidade das participantes, na apresentação dos resultados adotou-se a seguinte convenção, segundo modelo apresentado por Andrade (2000) e adaptado para esta pesquisa: uma letra (que se refere a inicial do nome da entrevistada) seguida de um número (que corresponde à ordem da entrevista), assim, por exemplo, P1 é usada como forma de referência à primeira mãe entrevistada e indica que o nome da mesma tem a letra P como inicial.

A presente pesquisa obteve aprovação pelo Comitê de Ética conforme a Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde (Parecer nº 139/2004).

RESULTADOS

Das dezenove entrevistadas, quinze eram legalmente casadas, duas viviam junto com seus companheiros e duas eram mães solteiras, com idades compreendidas entre 14 e 37 anos, sendo que onze possuíam entre 14 e 25 anos e oito de 26 a 37 anos.

Considerando a escolaridade, duas participantes haviam concluído o ensino fundamental (1ª a 8ª série), sete não concluíram o ensino fundamental, outras sete possuíam o ensino médio completo e três, o ensino médio incompleto, sendo que uma delas ainda freqüentava a escola.

Quatorze entrevistadas residiam na zona urbana do município e as cinco restantes, na zona rural, sendo que nenhuma delas realizava atividade profissional remunerada, dedicando-se às atividades domésticas.

As informantes possuíam de um a dois filhos, com exceção de uma, que possuía três filhos. Em relação à composição familiar, treze famílias eram constituídas apenas pelo casal e filhos, em uma situação a mãe vivia com a filha e seus pais, enquanto nos cinco casos

restantes a composição familiar incluía vários agregados, como sogra, sogro, irmão, tio ou cunhada da informante.

Informações como essas sobre a composição e as características sócio-ocupacionais dos grupos familiares envolvidos na pesquisa, aliadas àquelas de caráter mais amplo, sobre o município em geral e os seus serviços de saúde, são importantes em um estudo como este, à medida que constituem a base sobre a qual as concepções são elaboradas.

A análise dos depoimentos apresentados pelas mães possibilitou a identificação dos temas apresentados a seguir.

A mãe como responsável pelo cuidado da criança

Pelos depoimentos das participantes, percebe-se que no grupo estudado a mãe é a responsável pelo cuidado da criança, salvo em algumas situações em que pode contar com o apoio do pai e/ou da avó da criança. Essa é uma situação esperada, uma vez que recai sobre a mulher/mãe o maior peso na responsabilidade pelo cuidado dos filhos.

Eu mesma, a mãe. Porque o pai sai para trabalhá cedo (S13).

Meu marido, minha sogra e eu (R9).

Eu, a mãe né? E, meu marido, o pai das crianças que me ajuda bastante (H15).

Para Arruda (1985, p. 50), a administração da saúde e da higiene da família é feita pela mulher/mãe de família, cabendo a ela “a tomada de decisão quanto ao que fazer, o encaminhamento a dar, assim como as práticas e as concepções que circulam no lar neste terreno, sendo também as depositárias das tradições a esse respeito”.

Assim sendo, de forma geral, entre as participantes a mulher é a personagem principal no trato de questões de saúde e doença, sendo ela quem cuida da criança e toma a decisão de procurar o serviço de saúde quando necessário, e, também, quem tem um contato mais freqüente com os profissionais de saúde. Desta forma, qualquer intervenção na área da saúde do município deve levar em conta essa atribuição social de papéis.

Concepções sobre saúde

Nos discursos analisados, observou-se que as mães possuem conceitos de saúde que vão desde “a saúde como a ausência da doença” até uma visão mais abrangente de saúde.

Ah! Saúde... Ausência de doença, né? Evitar a doença (R3).

Ai... É viver bem! Não ter nada! (B6).

A saúde também está relacionada com um estado de bem-estar, alegria e paz, aparecendo como um dos elementos mais importantes da vida.

Saúde... Saúde é o bem-estar. Saúde é tudo! Você tanto bem, bem emocionalmente. A saúde pra mim... a saúde é isso! É tá bem. O bem estar da família, pra mim já é saúde. Saúde é tudo! (V2).

estar tranquila, uma criança tranquila, que não te dê... Ah! Normal, assim... Que não dê trabalho (L4).

É... sem saúde não somos nada! É ter paz e alegria (G7).

é tudo! Sem saúde não somos nada! (G10).

Ainda em alguns casos, verifica-se que a saúde está ligada às necessidades de alimentação e de sono da criança, além da importância que o ato de brincar representa para a saúde da criança.

Transbordando saúde e se alimentando bem (A5).

Ai... é ver minha filha sorrindo, se alimentando bem, corretamente e tendo um bom sono (R9).

é ver meu filho brincando, dormindo bem, brincando no banheiro na hora do banho. E, principalmente, se alimentando bem (I₁₄).

Diante dessas verbalizações, apreende-se que a noção de saúde das informantes passa, portanto, por um estado de espírito de sentir-se bem, de bem-estar e de ser feliz. Além disso, para algumas mães, a saúde é não precisar de assistência médica.

Eu acho assim, é o bem-estar da minha família. E se, por algum acaso, tiver que ir no Posto, é alguma doença que está para vir, se não vai ao Posto é sinal que está tudo bem, graças a Deus, já não precisa da Unidade de Saúde (P1).

Por esse depoimento, constata-se a presença de uma concepção de que a UBS atende apenas a doença. Isto justifica o fato da maioria das mães não procurarem a unidade para a realização de práticas preventivas de saúde. Na verdade, elas até o fazem, como no caso das imunizações, porém não valorizam essa ação como sendo uma medida de prevenção de doenças.

Considera-se essa constatação essencial quando se pensa em medidas preventivas de saúde, como é o caso do programa de acompanhamento de saúde da criança no primeiro ano de vida, uma vez que se existe a cultura de procurar o serviço de saúde quase que somente nos casos de doença, podem ocorrer dificuldades no desenvolvimento de programas desse tipo, que possuem forte conteúdo de promoção da saúde.

As concepções sobre saúde presentes nos depoimentos são interligadas e interdependentes, mostrando a complexidade que as elaborações sobre esse tema atingem no universo conceitual das entrevistadas.

Os problemas de saúde das crianças

Os problemas de saúde apresentados pelos filhos das participantes estão mais frequentemente relacionados às afecções das vias respiratórias, principalmente das vias aéreas superiores, tais como resfriado, otite e gripe. De fato, essas patologias são causas frequentes de procura de atendimento de saúde na infância.

graças a Deus teve apenas dois resfriados (L4).

Não, só teve uma gripe, mas foi muito forte (I14).

Só dor de ouvido (G10).

Além desses estados mórbidos, bronquite, rinite, virose e cólicas também foram citadas pelas mães.

cessão (com exceção) da rinite é... Não teve nenhuma outra doença a não ser uma crise de bronquite (V2).

Não, graças a Deus não é... Ela teve uma virose apenas, mas foi uma coisinha rápida (P1).

Só cólica, mas isso é normal em criança (S18).

Através desses relatos, evidencia-se que a adoção de medidas profiláticas em relação aos problemas de saúde mais comuns na infância, principalmente as afecções respiratórias, deve fazer parte das orientações feitas às mães durante as consultas de puericultura, para que elas possam realizar cuidados específicos com a criança e, também, estabelecer medidas profiláticas ambientais, no caso das alergias respiratórias.

Interferência dos problemas de saúde da criança na dinâmica familiar

Por meio dos depoimentos das entrevistadas, percebe-se que esses problemas de saúde acabam interferindo no cotidiano da família, principalmente em relação aos aspectos emocionais e financeiros.

Em gastos financeiros é... Interfere no emocional, na preocupação com a melhora da saúde dela (P1).

Ah! A gente fica preocupada porque a criança é pequena e não sabe dizer o que sente (R3).

Principalmente na situação financeira (V12).

Além disso, a criança doente requer atenção constante da mãe, dificultando que a mesma realize os afazeres domésticos.

Dificulta na realização do meu serviço (em casa) porque eu vou dedicar o maior tempo prá ela (R9).

Interfere no sentido de me dedicar mais a ela né? A criança quando tá doente... Por causa do horário de remédio, que tem que ser certo (V2).

Como a maioria das entrevistadas era jovem (entre 14 e 25 anos), possuía de um a dois filhos e não exercia atividade profissional remunerada, os gastos financeiros adicionais que a doença representa, bem como o desgaste emocional determinado pelo sofrimento da criança doente interferem negativamente na dinâmica familiar.

Encaminhamentos nos casos de doença

Pelas narrativas das mães, observa-se que, quando a criança adoece, a maioria delas busca assistência médica na unidade de saúde do município, com exceção de duas mães que

possuem planos de saúde. Nota-se também a associação de outros meios, tais como: farmácia e hospital (de municípios vizinhos), particularmente nos períodos em que a UBS está fechada. Algumas mães referiram procurar benzedeira como uma forma alternativa de tratar os problemas de saúde da criança.

A gente leva ela no Posto de Saúde e, às vezes, no final de semana, a gente traz ela na farmácia (H15).

Ao Posto de Saúde, à farmácia, ao hospital e à benzedeira (G7).

No final de semana quando não tem médico, nós vamos na farmácia perguntar o que nós pode usar. E durante a semana nós vamos no Posto de Saúde passar com a pediatra (G10).

Esses trechos revelam um grande envolvimento das mães no cuidado da criança pequena, uma vez que nessa faixa etária elas não referiram usar medicamentos caseiros ou mesmo a automedicação (utilizando medicamentos já conhecidos), recorrendo ao serviço de saúde em primeiro lugar.

O uso da benzedura está baseado em uma tradição cultural de benzimento, especificamente de crianças, para tentar resolver alguns problemas que não são graves e que estão relacionados com alguma força do mal desconhecida, capaz de tornar o bebê choroso, “assustado”, com “mau olhar”, ou “quebrante” (BERCINI, 2003).

Ações de promoção de saúde da criança

As participantes mencionaram executar várias medidas preventivas em relação à saúde da criança, entre as quais destacam-se: (a) ações para prevenir infecções do aparelho respiratório; (b) oferecimento de leite materno e cuidado com a alimentação infantil; (c) cuidados de higiene do bebê e do ambiente; (d) controle mensal do peso da criança; (e) trabalho da Pastoral da Criança; e (f) vacinação.

As primeiras medidas preventivas são propostas pelas mães como formas de evitar as doenças mais frequentes entre seus filhos: as infecções das vias aéreas superiores. Neste sentido, a maioria das mães se preocupa muito com a questão da temperatura do ambiente, procurando evitar que a criança se resfrie.

Agasalho bem, de acordo com a temperatura é... Não deixo ela no chão, porque ela tem apenas seis meses e pode pegar uma gripe, não saio à noite no sereno (P1).

Ah! Não deixo ele pegar resfriado, cuido bem dele, agasalho bem para que não pegue nenhum tipo de resfriado (A5).

não dou banho tarde, para evitar resfriado (G7).

Nóis não sai no vento! Ainda mais nesse frio que venta bastante. Quando sai, agasalha bem [...] (G10).

Em relação aos cuidados com a alimentação infantil, as participantes ressaltaram a importância do aleitamento materno e também da oferta de uma dieta adequada tanto quantitativa quanto qualitativamente ao bebê.

dou leite materno e uma boa alimentação (R9).

Ah! Tento manter a alimentação no horário certo [...] (J19).

se preocupá sempre com a alimentação do bebê (R3).

Primeiramente, a alimentação. Uma boa alimentação pra ele [...] (V2).

Os cuidados de higiene corporal do bebê e também do ambiente foram bastante destacados pelas participantes.

é o cuidado com a casa, devido ele ter rinite, né? Não ter tapete, cortina é lavada a cada 15 dias, né? Limpeza com produto de cheiro forte, nenhum. Troca de lençóis cada duas vezes por semana (V2).

Ah! A gente sempre procura arejar a casa, estar bem limpa (R3).

Cuido bem da higiene dela (V₁₂).

A maioria das mães realiza acompanhamento do peso da criança, mensalmente, pelas ACS no domicílio, ou pela Pastoral da Criança; em alguns casos a mãe leva a criança na UBS.

Levo na pesagem que as agentes comunitárias e a Pastoral da Criança fazem (A11).

Peso ela todo mês, no centro de saúde (L4).

Algumas mães reconhecem a importância da vacinação e das campanhas de vacinação

como instrumentos de promoção da saúde do seu filho e de prevenção de doenças no primeiro ano de vida.

Sempre procurá que evite (a doença) com vacina, vacinando... contra alguma coisa que o médico pede. A gente tem que tá sempre vacinando prá prevenir (R3).

Participo das campanhas de vacinas, faço as vacinas agendadas (G7).

Os discursos analisados revelam que as entrevistadas identificam a necessidade de ações de promoção de saúde infantil e que as consideram importantes para o crescimento e desenvolvimento da criança.

Analisando o conjunto dos temas apresentados, percebe-se que as concepções de saúde estão vinculadas aos aspectos existenciais e significativos da vida e da morte e concorda-se com Minayo (1999, p. 193) quando este aponta que “saúde/doença constituem-se em metáforas privilegiadas para explicação da sociedade: engendram atitudes, comportamentos e revelam concepção de mundo”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tentar compreender saúde na ótica do outro se constitui em um grande desafio. Os resultados revelam o saber dessas mães sobre o processo saúde-doença e a importância que o cuidado dos filhos tem sobre a dinâmica familiar.

Sendo assim, pode-se considerar que as mães estudadas percebem e valorizam a importância do acompanhamento de saúde da criança, mesmo que seja de uma forma simplificada - verificação de peso e vacinação - como fazendo parte do conjunto de cuidados que a criança necessita no primeiro ano de vida.

As concepções das entrevistadas refletem a realidade vivida por elas e devem ser consideradas em qualquer intervenção que se pretenda executar na área da saúde no município, de modo a se obter resultados efetivos.

Para Minayo (1999), qualquer ação de tratamento, de prevenção ou de planejamento deve estar relacionada aos valores, atitudes e crenças dos grupos a quem se dirige a ação.

Portanto, o conhecimento das concepções sobre saúde das entrevistadas, dos problemas de saúde mais frequentes entre as crianças menores de um ano, bem como as formas de tratar e prevenir tais intercorrências constituem um corpo de informações importante no

sentido de embasar o trabalho da ESF Amarela, do município de Cambira, PR.

Deste modo, esse arcabouço de conhecimento deve ser levado em consideração para o estabelecimento de metas de atuação e de formas de acompanhamento da saúde da criança nessa área de abrangência.

FOLLOW-UP ON CHILDREN'S HEALTH: CONCEPTS OF FAMILIES FROM CAMBIRA , PARANÁ STATE

ABSTRACT

This is a qualitative study that aims at knowing and understanding the concepts of families assisted by the Yellow Staff Family Health Program in Cambira city, Paraná State, in what concerns children's health follow-up during their first year of life. Semi-direct interviews were carried out based on standard pilot instructions, and applied to 19 families. The interviews were tape-recorded, transcribed and submitted to thematic analysis on the sequence. The analysis of the testimonies given by the mothers allowed us to identify the themes and revealed that, based on their life experience; the investigated individuals acquired some knowledge on children's health follow-up, concerning both the social and environmental contexts where they were inserted.

Key words: Family health. Children's health. Childcare.

ACOMPANIAMIENTO DE LA SALUD DEL NIÑO: CONCEPCIONES DE LAS FAMILIAS DEL MUNICIPIO DE CAMBIRA, PARANÁ

RESUMEN

El presente trabajo trata de un estudio cualitativo con el objetivo de conocer y comprender las concepciones de las familias que pertenecen al área de actuación del Equipo Amarillo del Programa Salud de la Familia, del municipio de Cambira, Paraná, acerca del acompañamiento de la salud del niño en su primer año de vida. Por tanto, fue realizado entrevistas semidirectivas, siguiendo un guión básico, con 19 familias que pertenecen al área de actuación del equipo. Las entrevistas fueron grabadas, posteriormente transcritas y sometidas al análisis temático. El análisis de las declaraciones presentadas por las madres posibilitó la identificación de temas revelando que, a partir de sus experiencias, el grupo investigado percibió y empezó a valorizar la importancia del acompañamiento de la salud del niño, mismo de forma sencilla, como haciendo parte del conjunto de cuidados que el niño necesita en su primer año de vida.

Palabras Clave: Salud de la familia. Salud infantil. Cuidado del niño.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, O. G. de. **Representaciones sociales de salud y enfermedad en la vejez entre un grupo de ancianos de una ciudad del sur de Brasil**. 2000. 77f. (Memoria de Investigación) Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, 2000.
- ARRUDA, A. M. S. A representação social da saúde num bairro de baixa renda de Campina Grande, Paraíba. **Revista de Psicologia**, Fortaleza, v. 3, n. 1, p. 49-61, jan./jun. 1985.
- BERCINI, L. O. “Sem saúde a gente não é nada”: estudo das representações sociais de saúde e ambiente em uma comunidade ribeirinha. 2003. 104f. Tese (Doutorado) Ecologia de Ambientes Aquáticos Continentais, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2003.
- BLANK, D. A puericultura hoje: um enfoque apoiado em evidências. **Jornal de Pediatria**, v. 79, São Paulo, p. 13-22, maio/jun., 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da criança**: ações básicas, Brasília, DF, 1984.
- _____. Ministério da Saúde. **Atenção integrada às doenças prevalentes na infância**: AIDPI. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 29 dez. 2003.
- _____. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família**. Brasília, DF, 2000. Caderno de Atenção Básica nº 3.
- _____. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família. **Saúde da criança**: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília, DF, 2002. Caderno de Atenção Básica, nº 11, Brasília, 2002. 100 p.
- _____. Ministério da Saúde. **Sistema de informação da Atenção Básica**: Banco de dados do município de Cambira, Paraná, 2004.
- CHIESA, A. M.; FRACOLLI, E. A.; SOUSA, M. F. de. Enfermagem, academia e saúde da família. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, DF, ano 2, n. 4, p. 52 – 59, jan. 2002.
- MARTIN, V. B.; ANGELO, M. Significado do conceito saúde na perspectiva de famílias em situação de risco pessoal e social. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 5, p. 45-51, 1998.
- MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 6. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1999.
- OLIVEIRA, D. C. de; ALVARENGA, A. T. de. Representação social: práxis e conhecimento sobre o desenvolvimento da criança. **Rev. Bras. Des. Hum.**, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 51-68, 1993.
- OLIVEIRA, D. C. de; ARNALDO, A. A. F. de; ALVARENGA, A. T. de. Práticas sociais em saúde: uma releitura à luz da teorias das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiânia: AB, 2000. p. 163-190.
- PAIXÃO, E. C. G. **Crescimento e desenvolvimento infantil**. Disponível em: <<http://www.hospivit.org.br/enfermagem/port/crescimento.htm>> Acesso em: 29 dez. 2003.
- PAIXÃO, E. C. G. **Puericultura e Enfermagem**. Disponível em: <<http://www.hospivit.org.br/enfermagem/port/puericultura.htm>>. Acesso em: 20 abr. 2004.
- SPINK, M. J. P. A construção social do saber sobre saúde e doença: uma perspectiva psicossocial. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.1, n. 2, p. 125-139, 1992.
- TRINDADE, Z. A. Em busca da maternidade: dilema reprodutivo de mulheres inférteis. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. de O. (Org.). **Estudos interdisciplinares de representação social**. 2. ed. Goiânia: AB, 2000. p.191-203.
- VERÍSSIMO, M. de L. O. R. Ações de enfermagem para a promoção da saúde infantil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família. **Manual de Enfermagem**: saúde da criança. Brasília, DF, 2001. p. 119-125, 2001.

Endereço para correspondência: Simone Gestal de Castilho. Av. Brasil, 66. Centro. 86890-000. Cambira – PR. monegestal@hotmail.com

Recebido em: 04/04/2005

Aprovado em: 11/07/2005