



FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA – UNIFOR
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS
MESTRADO EM EDUCAÇÃO EM SAÚDE



EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE NO CUIDADO DA
DESNUTRIÇÃO INFANTIL

CONCEIÇÃO DE MARIA DE ALBUQUERQUE

FORTALEZA
2005

CONCEIÇÃO DE MARIA DE ALBUQUERQUE

**EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE NO CUIDADO DA
DESNUTRIÇÃO INFANTIL**

Dissertação apresentada à banca examinadora do Programa de Mestrado de Educação em Saúde do Centro de Ciências da Saúde da Universidade de Fortaleza – UNIFOR, como parte dos requisitos exigidos para obtenção do Título de Mestre.

FORTALEZA
2005

CONCEIÇÃO DE MARIA DE ALBUQUERQUE

**EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE NO CUIDADO DA
DESNUTRIÇÃO INFANTIL**

ORIENTADORA: Prof^a Dr^a. MIRNA ALBUQUERQUE FROTA.

Grupo de pesquisa: Cultura, educação popular e saúde.

Linha de Pesquisa: Competências Comunitárias e Humanização de Cuidados

FORTALEZA
2005

EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE NO CUIDADO DA DESNUTRIÇÃO INFANTIL

Dissertação apresentada à banca examinadora do Programa de Mestrado em Educação em Saúde da Universidade de Fortaleza – UNIFOR, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre.

Banca Examinadora:

Prof^a Dr^a Mirna Albuquerque Frota (UNIFOR)

Prof. Dr. Eduardo Navarro Stotz (FIOCRUZ)

Prof^a Dr^a Andréa Gomes Linard (UNIFOR)

***Nem só de pão vive o Homem, mas também da Palavra
que vem de Deus
(Evangelho segundo Mateus, 4:4)***

*Ao meu amor e o fruto deste amor, inspiração de todos
os dias em que "abandonei-os" em prol de um ideal.
Jefferson e Juninho tenham a certeza de que...
Este sentimento é a razão da minha felicidade!*

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, pela força espiritual que me amparou a cada tropeço, não me deixando cair e ficar pelo meio do caminho.

A minha orientadora, Prof^a Dr^a **Mirna Albuquerque Frota**, não só pelo aprendizado, mas também pela humildade, momentos de estímulo, amizade, carinho e cumplicidade que partilhamos neste percurso.

Aos Professores Doutores **Eduardo Navarro Stotz, Andréa Gomes Linard e Lucilane Maria Sales da Silva**, pelas suas valiosas contribuições como membros da banca examinadora desta dissertação.

À Prof^a Dr^a **Raimunda Magalhães da Silva**, coordenadora do Mestrado em Educação em Saúde, e a todo o corpo docente, pela transmissão de conhecimentos durante esse trajeto.

Às informantes **Água Marinha, Esmeralda, Granada, Lápis Lazules, Onix, Rubi, Safira Topázio, Turmalina e suas famílias**, que em todos os momentos trilharam o meu saber através dos seus saberes, viabilizando este estudo.

Ao meu esposo **Jefferson Silva Castro**, pelo amor, apoio e incentivo incondicionais.

As minhas amigas, em especial a **Hildênia Baltazar Ribeiro, Ângela Regina Vasconcelos e Silva, Rita de Cassia Andrade Neiva Santos e Annatália Meneses de Amorin Gomes**, pela atenção e estímulo, força propulsora da minha adesão e conclusão do mestrado.

Ao grupo de pesquisa Saúde da criança, e em especial à **Erika Albuquerque Shirasu, Rose Maria Araújo Mota, Renata Solano Almeida e Mariana Cavalcante Martins**, pelo suporte fornecido no percurso desta pesquisa.

Aos **funcionários** da secretaria do Mestrado, que sempre se mostraram à disposição durante o caminho deste estudo.

À Prefeitura Municipal de Fortaleza, nas pessoas de **Vileuda Maria Benevides, Fátima Maria Dutra, Maria Irismar da Silva e Maria Cleonice Santana**, pelo apoio e cumplicidade necessários.

À Universidade de Fortaleza – UNIFOR, representada pelo Magnífico Reitor, **Carlos Batista**, pelo Vice-Reitor de Pesquisa e Pós-Graduação, **Antonio Carlos Otaviano David Morano**, e pela Diretora do Centro de Ciências da Saúde, **Dr^a Fátima Maria Fernandes Veras**, pela oportunidade que me deram de crescer profissionalmente.

Ao Núcleo de Atenção Médica Integrada - NAMI, representados pelo **Dr. Flávio Lúcio Ibiapina, Prof^a Marta Maria Nunes e Dr^a Francisca Sônia Andrade Braga Farias**, pela chance de desenvolvimento do meu potencial profissional.

A todos os profissionais do **Hospital Geral de Fortaleza- HGF, CMS Prof. Maurício Matos Dourado, Grupo Edson Queiroz e à Universidade de Fortaleza- UNIFOR** que, direta ou indiretamente, incentivaram e auxiliaram na elaboração desta pesquisa.

RESUMO

O estudo aborda a relevância da Educação Popular em Saúde para as famílias, como estratégias no cuidado da desnutrição infantil. Objetivou-se identificar os fatores culturais que interferem no cuidado do filho desnutrido; investigar o conhecimento dos informantes/pais quanto à desnutrição do filho; e propor ações de Educação Popular em Saúde na assistência à criança. O estudo caracterizou-se como pesquisa-ação envolvendo a etnografia numa abordagem qualitativa, em que a observação participante consistiu na técnica que permeou toda a pesquisa. Foi desenvolvido no Núcleo de Atenção Médica Integrada - NAMI, vinculado à Universidade de Fortaleza – UNIFOR, localizado em Fortaleza-Ceará-Brasil. Participaram do estudo nove famílias das quais os informantes foram os pais, cujas idades variavam de 20 a 48 anos. A coleta de dados realizou-se mediante um levantamento nos prontuários, visitas domiciliares, consulta de enfermagem sistematizada, entrevistas semi-estruturadas, oficinas educativas permeados pelo diário de campo. Para o processamento dos dados utilizou-se a análise temática de Bardin por ser um método no qual se trabalha com a subjetividade e a diversificação qualitativa. Após organização dos resultados identificou-se as categorias extraídas nas entrevistas, que foram: Conhecimento sobre a desnutrição do filho; Alimento como cuidado do filho desnutrido; Culpa na percepção do cuidado do filho desnutrido; Consciência do cuidado. Percebeu-se que, dentro da cultura da comunidade, os informantes revelam o despertar de uma nova consciência no cuidado para com o filho desnutrido, retomando princípios básicos os quais revelaram-se importantes. Recomendam-se intervenções de Educação Popular em Saúde adequadas para grupos culturalmente distintos. Nesta perspectiva, há que se acolher e considerar o conjunto de propostas, viabilizando e incentivando a Educação Popular em Saúde na construção de alternativas aos grandes desafios que a saúde coletiva vem enfrentando, buscando mudanças e renovando o campo, na constituição de novos sujeitos e novas práticas comprometidas com o rompimento das barreiras sociais, econômicas e políticas.

PALAVRAS-CHAVE: Desnutrição Infantil; Educação Popular em Saúde; Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

The study approaches the relevance of the popular education on health for the families, as strategies in the care of the infantile malnutrition. It was objectified to identify the cultural factors that intervene with the care of the unfed son; to investigate the knowledge of the parents about the malnutrition of the son; and to consider action of popular education on health in the [assistance](#) to the child. The study research action was characterized as involving the "etnografia" in a qualitative boarding, where the participant comment consisted of the technique that was used in all the research. It was developed in the Nucleus of Medical Attention Integrated - NAMI, connected with the University of Fortaleza - UNIFOR, located in Fortaleza-Ceará-Brazil. The informers of the study were nine families, they were the parents, whose ages varied from 20 to 48 years old. The collection of datas was fulfilled by the survey in handbooks, domiciliary visits, half-structuralized consultation of systemize nursing, interviews, educative workshops. For the processing of the datas it was used thematic analysis of Bardin for being a method in which it works with the subjectivity and the qualitative diversification. After organization of the results identified the extracted categories in the interviews, that had been: knowledge on the malnutrition of the son; Food as well-taken care of the unfed son; guilt in the perception of the care of the unfed son; conscience of the care. It was perceived that, inside of the culture of the community, the informers disclose the wakening of a new conscience in the care stopping with the unfed son, retaking principles basic which had shown important. Interventions of popular education on health adjusted for culturally distinct groups send regards. In this perspective, it has to receive and to consider the set of proposals, being made possible and stimulating the popular education Health in the construction of alternatives to the great challenges that the collective health comes facing, searching changes and renewing the field, in the constitution of new practical new citizens and compromised with the disruption of the social, economic and political barriers.

Key words: Infantile malnutrition; popular education on health; nursing cares.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
1. CONTEXTUALIZANDO A TEMÁTICA.....	25
1.1 Conceituando Desnutrição Infantil -----	25
1.2 Refletindo o contexto mundial da desnutrição -----	31
1.3 Educação Popular em Saúde-----	39
2 PRESSUPOSTOS TEÓRICOS METODOLÓGICOS	51
3 PERCURSO METODOLÓGICO.....	62
3.1 Abordagem e tipo de estudo.....	62
3.2 Cenário da pesquisa-----	65
3.3 Informante da Pesquisa -----	69
3.4 Componente ético da Pesquisa -----	70
3.5 Descrição da coleta dos dados -----	71
3.6 Análise dos dados-----	81
4 ANALISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	84
4.1 Descrevendo as informantes e seus filhos-----	85
4.2 Criando vínculos na visita domiciliar -----	89
4.3Analisando as entrevistas-----	98
4.3.1 As entrevistas iniciais-----	99
4.3.2 Desinformação sobre a desnutrição do filho-----	100
4.3.3 Alimento cuidando do filho desnutrido.....	108
4.3.4 Culpa na percepção do cuidado do filho desnutrido.....	114
4.4 Contribuições das oficinas de educação em saúde	124
4.5 Avaliando as práticas por meio da entrevista final.....	130
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	138
6 REFERÊNCIAS.....	145
APENDICE.....	159
Apêndice A: FORMULARIO DE ENTREVISTA-----	160
Apêndice B: TERMO LIVREESCLARECIMENTO-----	161
ANEXOS	163

INTRODUÇÃO

A profissão de enfermeira assistencialista no campo de saúde pública está arraigada em mim desde a graduação, quando descobri afinidades com a área de saúde coletiva relacionada a trabalhos comunitários. Principei há dezoito anos no Núcleo de Atenção Médica Integrada - NAMI por ter sido contemplada com uma bolsa de estudos destinada a alunos do Centro de Ciências da Saúde – CCS, da Universidade de Fortaleza – UNIFOR, no serviço de Enfermagem.

Esse benefício possibilitou-me, assim, o prosseguimento dos estudos até então findados com a graduação e a oportunidade de continuar vivenciando um ambiente acadêmico de experiências teórico-práticas em diversos setores do referido serviço, tais como gineco-obstetrícia, administração, centro de material e esterilização, visita domiciliar e, por fim, a pediatria, setor que me proporcionou o encontro com a temática. Tal encontro se deu pela identificação e aprofundamento da clientela infantil, sobretudo a saúde da criança associada à desnutrição.

Meu contato com a criança desnutrida deu-se inicialmente de modo formal, ou seja, mediante os programas governamentais em benefício à desnutrição, utilizando-se, para isso, de avaliações do estado nutricional realizado somente pelo enfermeiro e posterior cadastramento. Essas avaliações eram estabelecidas em parâmetros percentuais de peso/idade segundo tabelas preconizadas pelos programas. Tais benefícios chegavam às unidades periodicamente (anualmente) e em números restritos de cadastros causando descontentamento tanto por parte da comunidade como do enfermeiro que era culpalizado.

Em contrapartida a essa realidade, é notório o interesse da mãe quando surgia algum tipo de programa social e/ou governamental, no qual vislumbrava a possibilidade de tirar proveito para o filho desnutrido e benefícios a sua família. E então as mesmas se articulavam de modo a vir às unidades em busca de algum meio que as tornasse beneficiárias deste “privilegio”.

Para que a criança desnutrida continuasse a se favorecer do programa era necessário que obedecesse ao agendamento mensal e cartão de vacina atualizado. Caso a criança faltasse ao agendamento ou portasse o cartão vacinal em atraso, era fornecido um prazo e solicitada uma visita domiciliar para posterior desligamento. Nesses períodos de programas ocorriam muitas denúncias de vendas e trocas por parte de quem não conseguia o cadastro. E assim, por muitos anos, perdurou essa ligação com a desnutrição infantil.

Neste contexto vivenciei momentos de angústia mesclados de impotência por não poder ultrapassar além dos limites impostos pela unidade ou mesmo pelos programas governamentais. Na realização de inúmeras visitas domiciliares (que ocorriam semanalmente) em busca de faltosos, tive o cuidado de evidenciar o interesse na saúde da criança desnutrida para que não despertasse, no responsável, sentimento de invasão e medo da perda do benefício. Inicialmente as visitas domiciliares não eram aceitas de forma positiva por se tratar de uma “cobrança”, mas com o passar dos anos houve uma mudança no relacionamento entre cliente e profissional, aumentando a confiabilidade, passando a ser amistoso.

Compreendi que a assistência centrada no modelo biomédico favorecia o distanciamento e o descomprometimento da equipe de saúde com o seu cliente que, por conseguinte, se sentiu intimidado em expressar seus anseios. Por muito tempo perdurou o saber profissional, negando a existência de valores que retratam o contexto histórico-cultural dos envolvidos no processo.

Diante de tal circunstância, a saúde comunitária não está recebendo a atenção necessária aos cuidados assistenciais de uma população devido à fragmentação do cuidado pelos profissionais de saúde em nosso país evidenciada pelo modelo biomédico e a medicalização. Necessita-se, portanto, de programas de educação em saúde relacionada a esta problemática para o doente, a família, a comunidade e todos os profissionais de saúde, estabelecendo como um desafio à reconstituição do setor saúde para uma visão holística (PESSINI, 2004)

Sabe-se que os profissionais da saúde norteiam-se pela ótica do homem como um ser holístico, um indivíduo com funcionamento integrado entre as experiências, sentimentos e realidades; porém rotineiramente o homem é analisado de forma departamentalizada, ou seja, o aspecto biológico dirigido ao cérebro e o cultural ao espírito (MORIN, 2002).

Ao longo destes anos, no ambulatório de pediatria do NAMI, independente de ter ou não os programas beneficentes da desnutrição, presenciei mães acompanhando seus filhos para consulta, marcadas em suas faces pelos sofrimentos de angústia, medo, descrença, desvalorização humana, dentre outros sentimentos. Inúmeras vezes

(inconsciente ou não), flagrei-me contrariada com os retornos cada vez mais freqüentes dessas mães. Em certos momentos, inquietava-me vê-las novamente ali, muitas vezes, com outras queixas, mascarando a desnutrição infantil e expondo os agravos conseqüentes dessa patologia. Assim, então, surgiram os questionamentos em busca de uma resposta ou solução a essa problemática, originando o objeto deste estudo.

Constatou-se que, embora os avanços técnico-científicos venham ampliando o arsenal de recursos profiláticos e terapêuticos, e ainda que o desenvolvimento econômico e social venha ampliando a expectativa e melhorando o padrão de vida de grandes contingentes populacionais, a pobreza, a fome, principais causas da desnutrição infantil, continuam subtraindo e comprometendo a educação e a saúde das crianças na comunidade Edson Queiroz, repercutindo assim na qualidade de vida de suas famílias.

A luta cotidiana e as experiências vividas de terem de criar crianças geradas na pobreza urbana, porém, capacitaram essas mães para discernir entre as crianças que evoluem bem e aquelas que demoram a evoluir. Mas do que capacitá-las com discernimento, foi importante aguçar-lhe a consciência para identificar os problemas de saúde responsáveis pela má evolução dos agravos associando-os à desnutrição infantil.

Neste contexto, a desnutrição passou a ser vista como um problema social e não puramente de saúde pública, devido a sua natureza multifatorial transcender do domínio dos profissionais de saúde para o planejamento técnico e burocrático. Sejam resultantes de intervenção governamental ou de força externa, essas transformações têm afetado

uma grande parte da população mundial repercutindo em alterações significativas nas relações com as suas famílias.

O fato de a desnutrição ser, ainda, um dos episódios que acometem as crianças nos ambulatórios de pediatria do NAMI, refletindo, assim, na sua qualidade de vida, consistiu na motivação deste estudo. A repercussão desta patologia pode ser de grande magnitude, gerando danos graves, comprometendo seriamente o crescimento e o desenvolvimento da população infantil.

Assistindo a uma comunidade carente, que se localiza em uma área adscrita ao *campus* da Universidade de Fortaleza, acompanho de forma direta e atuante o decorrer das atividades de enfermagem relacionadas à saúde da criança em atenção primária, por meio da puericultura, imunização, consulta de enfermagem à criança, visitas domiciliares, dentre outras.

É válido ressaltar que, no extenso período de atuação no serviço do Sistema Único de Saúde (SUS), as mudanças ocorridas no âmbito social, político e econômico não foram significativas se comparadas ao tempo de prática, assemelhando-se, deste modo, à própria política de saúde vigente no país, na qual, apesar de muitas modificações em programas teóricos, observa-se um crescimento lento na realidade das instituições, caracterizado pela desvalorização de uma política própria para a saúde da criança, que valoriza a doença (patologia) e não o doente (paciente/cliente), alimentando assim a continuidade do modelo biomédico, repercutindo na qualidade de vida das populações fragilizadas e no aumento da pobreza.

Assim, Stotz (2005) discorre que a pobreza tem uma definição superficialmente simples, pois, em relação à riqueza, está ligada a uma condição na qual um indivíduo (ou uma família) não tem acesso à qualidade de vida inserida nos padrões socialmente estabelecidos em um certo momento histórico. Em um país como o Brasil, a carência dessas circunstâncias é imediatamente relacionada à deficiência de renda sob a forma monetária, caracterizando assim a pobreza.

Constatou-se, ao longo da experiência profissional, que a atenção primária à saúde é centrada no acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento em crianças menores de dois anos, apesar de o referencial bibliográfico preconizar esse cuidado até cinco anos, faixa etária que as mesmas têm recebido atenção específica dos serviços por se estabelecer um grupo vulnerável ou população de risco (CEARÁ 2002).

Monte (1999) relata que são consideradas como população de risco infantil todas as crianças de 0 a 1 ano, todas as crianças de 0 a 5 anos que apresentem algum atraso no desenvolvimento neuro-psico-motor e afetivo, todas as crianças de 1 a 2 anos consideradas desnutridas ou em risco nutricional, todas as crianças de 2 a 5 anos com índice peso/altura abaixo de 1 DP (desvio padrão).

Sabe-se, porém, que é principalmente na pré-escolaridade que surgem as deficiências nutricionais decorrentes da deficiência no acompanhamento a essa fase, relegada assim pelos profissionais de saúde por excesso de demanda ou carência de profissionais capacitados a promover esse tipo de assistência. Realizei trabalhos com

essa clientela específica, carente de recursos financeiros, pois ficava inquieta ao vê-la desassistida no dia-a-dia nas unidades de saúde.

Nesta assistência, percebi o crescimento do número de crianças acometidas de distúrbios nutricionais que, muitas vezes, passavam despercebidos nas consultas de ambulatorios, e quanto mais questionava os responsáveis pelo cuidado da criança mais proposta obtinha para a melhoria dessa assistência, sentindo que, inúmeras vezes, ocorria uma necessidade da participação da família. O distanciamento entre a família e os profissionais provoca barreiras para a educação em saúde.

Uma dessas barreiras consistiu na falta ou no desconhecimento de uma estratégia adequada que direcionasse ao estímulo à participação do cliente, a partir da realidade do próprio indivíduo, na busca de solução para suas dificuldades. Isso implica ressaltar valores e capacidades para participarem de forma independente, aumentando assim a eficácia e a eficiência das ações de educação popular em saúde.

A idéia do descompromisso da população é passada por meio de nossos discursos, quando evidenciamos que os indivíduos não têm saúde porque não querem, porque não se esforçam ou porque não têm vontade de ter saúde. Os profissionais que assistem com base na educação em saúde muitas vezes acham que são os detentores do saber e que uma grande parte da população tem problema porque é ignorante e, por isso, faltam condições de viver e ter saúde para a maioria da população brasileira (MINAYO, 1992).

Portanto, há vários conceitos e várias formas de educar que podemos encontrar nos livros e na vida escolar, na prática profissional ou no cotidiano. Discorre-se aqui sobre a educação como um processo vital de troca, baseada nas ações conscientes do profissional e pela vontade livre do cliente, e como uma forma de intervenção no mundo. Reforçando o conceito de Educação em Saúde referencia-se que é o que devemos saber para conquistar melhores condições de vida e de trabalho. A educação deveria ser desenvolvida como a verdadeira mola propulsora do bem-estar e, a partir de ações e/ou práticas educativas, dar a chance de apreender as famílias pela educação formal e informal no tocante à desnutrição. (FREIRE, 1993; VALLA E MELO, 1986),

No que tange à Enfermagem, a Educação em Saúde congregou-se a uma forte tendência humanista, da qual depreende-se um contra-senso nesta assistência que, ora se apresentava como metodológica, ora com um olhar holístico. Assim, Westphal (1998) reforça que são poucas as universidades que formam os profissionais com visão humanística, com valorização da responsabilidade educativa dos profissionais da área da saúde.

Muitas vezes parece que o enfermeiro não pode dar conta de um cuidado holístico que envolva os sujeitos com agravos à saúde (as crianças desnutridas) e a sociedade (os pais ou informantes), já que ocorre um acúmulo em suas funções do gerenciamento deste cuidado concernente à profissão. Para o enfermeiro que trabalha na saúde pública, em especial em pediatria, as preocupações com o cuidado na família nascem com a semente da vida, desde quando ele cuida, acompanha os informantes e as crianças em toda a sua trajetória de visitas à unidade de saúde.

Cuidar apresenta-se como mais uma prática dinâmica, pensada, enquanto o cuidado dá um significado de responsabilidade e zelo. Sendo o cuidado para o indivíduo uma necessidade de preservar a auto-imagem, faz-se mister aflorar no homem transformações de condutas, buscando assim a dignidade como pessoa humana (WALDOW, 1999).

Faz-se necessário refletir o cuidado de enfermagem no sentido do ser humano e, para tanto, é preciso compartilhar a reflexão sobre a concepção de cuidar de Boff (2001), na qual relata que cuidar é mais que uma ação; é uma atitude. Um período de atenção, de zelo e de desvelo. Em outras palavras, um estilo de ocupação, preocupação de envoltura emocional, que pertence à atitude do cuidado, que se encontra na raiz do ser humano, por ser ele o próprio cuidado singular e na sua essência.

Recentemente, a Enfermagem vem atentando para o cuidado da saúde na família, não somente no que diz respeito a ações ligadas à criança desnutrida, como também no intuito de desvelar sua dinâmica, seus sistemas, subsistemas, relações intrafamiliares e, sobretudo, nos âmbito saúde, doença e social, pois vivenciar o seu contexto na Educação Popular em Saúde, levando em conta a cultura, consiste num ponto fundamental para quem deseja a melhoria das condições de vida e a promoção de saúde dessas famílias.

Deste modo, ao notar a família como agente propulsor das aquisições para o desenvolvimento da criança desnutrida assistida pelo serviço de enfermagem pediátrica

do NAMI, tornou-se necessário, além do acompanhamento institucional, que fosse estimulado o entrosamento afetivo na conjuntura familiar, beneficiando o desenvolvimento saudável da criança desnutrida dentro do seu limite, a partir das transformações do comportamento e, sobretudo, da atmosfera familiar.

O cuidado de Enfermagem específico a essa clientela envolve uma complexidade de ações correlatas à família. Percebe-se que, para intervir inicialmente com os pais, faz-se necessário utilizar-se dos princípios da bioética para compartilhar sua rotina, medos, inseguranças, cansaços, ansiedades e suas experiências relatadas em discursos informais, valorizando no seu estilo de vida a cultura externada: *“já cuidei de outras crianças e sempre deu certo”*, *“tudo que eu sei, já foi minha mãe e avó que me ensinaram”*. Aproveitar-se desta vivência cultural e traçar caminhos que potencialize a lógica da humanização como princípio fundamental fazem a diferença no cuidado de enfermagem, na Educação Popular em Saúde e na conscientização da população.

No que se refere à conscientização, Freire (1980) afirma que a conscientização significa estar absolutamente convencido de que a educação é a prática da liberdade, uma ação de conhecimento, uma aproximação crítica da realidade.

Faz-se importante recordar as diversas distribuições de leite e multimisturas que ocorreram na rede pública por vários anos, intituladas “programa do desnutrido” ou “programas do leite”, os quais não eram determinados por critérios sistematizados ou estatísticos, mas sim por verbas destinadas a esse segmento da população, haja vista que o mesmo era considerado imprevisível quanto ao tempo, pois deixava de existir por

motivos desconhecidos. Dessa forma não obedeciam à necessidade das comunidades carentes. Atualmente tem-se conhecimento por tele-jornais das denúncias de fraudes nos Programas Federais, os quais, a cada dia, são desvirtuados do seu principal objetivo, qual seja, matar a fome.

Sensibilizada com essa realidade, participo inconformada de toda a problemática que envolve a clientela da periferia e, sobretudo, da problemática relacionada à criança exposta aos riscos de saúde, privando-a do direito à saúde e ao social. Surgiu, então, a necessidade de desenvolver o estudo focalizando a Educação Popular em Saúde e o cuidado diferenciado à criança desnutrida pelo sistema de saúde, no caso da pesquisa, particularmente, no NAMI.

No cotidiano da realização da consulta de enfermagem à criança, deparei-me com questões relacionadas diretamente à nutrição, sobre as quais as mães relatam: *“Doutora, não sei o que dá pra ele comer; Meu filho não engorda e come tanto; Quando vem o novo programa de leite para ele ter leite em casa? Eu não tenho o que dá para ele, será que eu não cuido bem dele?”*. Portanto, são notórias a incerteza, a insegurança e a angústia frente ao quadro instalado da desnutrição e, de certa forma, um grito de socorro na esperança de encontrar uma saída para a melhoria na qualidade de vida de seus filhos.

Nessa assistência, é freqüente encontrar diversos tipos de agravos à saúde, tais como resfriados comuns, gripes parasitoses intestinais, dermatologia, processos infecciosos, diarréias, pediculoses, tungíase e outros as quais fazem parte da rotina diária

das comunidades menos favorecidas onde se observa que a recidiva é comum nas mesmas (VASCONCELOS, 2001).

Dentre as queixas relatadas pelas mães, é possível observar que a desnutrição não é referida pelos profissionais de forma direta ou mesmo associada a algum desses agravos, pois não a vêem como um fator decorrente, desencadeante das patologias subseqüentes, ou mesmo preponderante na qualidade de saúde de suas vidas por ignorar ou mesmo por mascarar tal fato.

Desta forma, nos ambulatórios de enfermagem do NAMI, a desnutrição freqüentemente é tratada como uma patologia comum, não diferenciada e irrelevante na conjuntura dos agravos à saúde das crianças, passando despercebida diante de muitos outros fatores e/ou causas que as fazem ir à unidade de saúde em busca de assistência.

Outra causa que também acentua essa problemática é o fato de que o enfermeiro, abundantemente, responde a várias funções. Além de assistencialista, atividades administrativas também lhe são atribuídas, fazendo com que o mesmo tenha uma visão tecnicista das suas atividades no ambulatório, relegando o olhar holístico sobre a criança desnutrida em prol de suas múltiplas funções.

Situada neste contexto, percebo no dia-a-dia a luta pela sobrevivência, a busca de estímulos motivados por dias melhores, apresentando também momentos simultâneos e contraditórios de angústia, incerteza, desmotivação e conformação dessas famílias perante essa realidade, em busca ou na esperança de “ganhar” algo de diferenciado para

atender às suas necessidades (alimentos, orientações ou mesmo uma escuta de seus relatos) e não ter que lutar diariamente por dias melhores para seus filhos.

Portanto, a situação ora exposta conduziu aos seguintes questionamentos: Por que a criança desnutrida não recebe uma assistência diferenciada para a sua problemática no NAMI? Por que não envolver a família diretamente na prevenção da desnutrição? Por que o enfermeiro não assiste por meio da educação popular em saúde as famílias de crianças desnutridas? De que maneira as famílias estão sendo orientadas (despertadas) na luta pelos seus direitos à saúde, à educação e à cidadania? A prática de educação popular em saúde à família de criança desnutrida irá apresentar resultados na prevenção e qualidade de vida dessa clientela?

O compromisso com a transformação de uma prática de educação popular em saúde, somado à assistência no campo profissional e ao conhecimento teórico-reflexivo adquirido no Mestrado de Educação em Saúde, despertaram-me para a necessidade de responder a estes questionamentos. A maneira eleita para fazê-lo foi o desenvolvimento de uma conscientização crítica sobre o tema, buscando junto à família o conhecimento desta realidade de modo a contribuir, por meio da Educação Popular em Saúde e a assistência de enfermagem, para a melhoria da qualidade de vida.

Diante dessas considerações, entendo a criança desnutrida como um indivíduo em estágio de descoberta que, ao mesmo tempo, confrontado com esta condição, alterará o percurso natural do seu desenvolvimento. Tal condição a impedirá de gozar de suas aptidões concernentes a cada fase do desenvolvimento, repercutindo na sua qualidade de vida. A valorização da família e da criança como foco principal nas atividades e

assistência de Enfermagem em Educação Popular em Saúde trará benefícios na melhoria desse adulto. Ressalta-se, no entanto, que não se deve apenas questionar sobre o atual estado da situação, mas fomentar a construção da sociedade que se deseja. E isso deve partir da solidariedade, da compreensão, da busca do bem e da felicidade coletiva e, sobretudo, da humanização do cuidado. Daí a relevância deste estudo.

Portanto, ao considerar a importância da Educação Popular em Saúde junto ao cuidado na desnutrição infantil, foram traçados os seguintes objetivos: Identificar os fatores culturais que interferem no cuidado do filho desnutrido; Conhecer a percepção dos pais a cerca do filho desnutrido; Investigar o conhecimento da mãe quanto à desnutrição do filho; Propor ações de Educação Popular em Saúde na assistência à criança desnutrida.

1 CONTEXTUALIZANDO A TEMÁTICA DO ESTUDO

1.1 Conceituando a Desnutrição Infantil

A desnutrição é conceituada, segundo a Organização Mundial da Saúde (O.M. S), como:

Uma gama de condições patológicas que aparece por deficiência de aporte transporte ou utilização de nutrientes (principalmente de energia e proteínas) pelas células do organismo, associadas quase sempre a infecções, ocorrendo com maior frequência em lactentes e pré-escolares.

(O M S, 2000).

Corroborando com a definição da OMS, Sarni e Munekata (2002) afirmam que a desnutrição energética protéica (DEP) é considerada como um coligado de condições patológicas resultantes da falta concomitante de calorias e proteínas, em dimensões variáveis, que acomete com maior frequência lactentes e pré-escolares.

Acrescenta-se a este pensamento a idéia de que os lactentes e os pré-escolares são os grupos etários mais atingidos, nos quais a desnutrição é também devida a manifestações biológicas coletivas, como a fome que se manifesta histórica e socialmente de forma ora mais, ora menos evidentes (AUDERETTE, 1999).

Outra definição foi dada por Frongillo Júnior (2001, p.101), ao afirmar que a desnutrição como “A má nutrição que resulta da interação entre as dietas carentes e a doença, leva à maioria dos déficits antropométricos observados entre as crianças dos países menos desenvolvidos do mundo”.

Já Murahovschi (1995) discorre sobre o conceito de desnutrição como uma consequência, para o organismo, do déficit de nutrientes, podendo ser específica, quando falta um determinado nutriente, e global quando a carência é causada pela associação de diversos nutrientes.

A desnutrição pode ser interpretada como uma síndrome clínica caracterizada por uma piora múltipla e progressiva das deficiências nutricionais. É também uma consequência de doenças e/ou do consumo inadequado de alimentos em quantidade e/ou qualidade. Além disso, a desnutrição envolve muitos outros elementos de origem social, político econômico e cultural (MARTINEZ, 2001).

Ressalta-se que a avaliação nutricional da criança dispõe-se de métodos diretos, aqueles que exploram o problema em si, e os indiretos, os quais aceitam apenas inferências a partir de indicadores relacionados com a condição de nutrição de indivíduos ou população. Deste modo, a desnutrição, de forma indireta ou direta, é considerada a maior causa de morbidade em milhões de crianças, sendo igualmente responsável pelo retardo no crescimento e pelo déficit neuropsicomotor em grande parte das crianças (FERREIRA, 2000).

A antropometria consiste num método direto de referência na padronização de normalidade utilizado para a monitoria das variáveis de medições mais utilizadas em pediatria. O método envolve medidas corpóreas, tais como peso, estatura (comprimento e altura), perímetro braquial, cefálico e torácico, dobra cutânea, circunferência da coxa, dentre outras, variando de acordo com o sexo (gênero) e a idade. “A tomada sistemática de tais medidas tem sido utilizada para sinalizar precocemente a criança em risco nutricional promovendo um controle do crescimento evitando-se assim a desnutrição infantil” (CEARÀ, 2002).

Contudo é mister referir que os parâmetros antropométricos das crianças brasileiras, sobretudo de regiões como a Norte e a Nordeste, diferem das demais regiões por se considerar que as mesmas trazem consigo toda uma história genealógica de seus antepassados como também hábitos e costumes culturais distintos.

Corroborando com esta idéia, Ulijaszek (2000) discorre que enquanto os padrões de crescimento humano variam de acordo com múltiplos fatores socioeconômicos e sanitários, foram observadas diferenças étnicas nos parâmetros de crescimento entre nações, mesmo depois de terem sido adaptadas às diversidades hipoteticamente adjacentes ao crescimento e suas causas – tais como ingestão de energia, cuidados maternos infantis, serviços de saúde e meio ambiente, fatores políticos e ideológicos, distribuição de renda e produto nacional bruto.

Várias classificações antropométricas sobre o estado nutricional têm sido propostas. As mais adotadas são as que trabalham o critério definido por Gómez, que é preconizada pela sociedade brasileira de Pediatria para crianças até dois anos de idade,

diferenciando de acordo com a porcentagem de déficit de peso obtido pela idade (P/I) e classificando assim a criança em eutrófico, desnutrição em leve ou de primeiro grau (10 a 25% abaixo do percentual); desnutrição moderada ou de segundo grau (26 a 40% abaixo do percentual 50); desnutrição de terceiro grau ou grave, em que o percentual se encontra abaixo de 40% (BRASIL, 2004).

Outra classificação que merece ser mencionada é a de Waterlow, que relaciona o peso para idade e altura para idade permitindo que se identifiquem perdas em aguda (baixo peso para idade - hipotrofia) e crônica (baixa altura para idade – déficit -estatural).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabeleceu uma classificação que pode ser empregada, a partir do Z escore dos índices de peso/estatura e estatura/idade. Por essa nomenclatura são consideradas desnutridas as crianças que se concentrarem nos dois desvios padrões (dp) a baixo do percentil 50 para índice de peso/estatura, sendo graves aquelas com – 3 desvios padrões. A OMS recomenda o uso de um padrão de referência para avaliações do estado nutricional e sugere, desde 1986, o emprego dos valores do Nacional Center for Health Statistics (NCHS) (anexo 01) como modelo internacional, mesmo admitindo não ser este ainda o padrão ideal. O Ministério da Saúde recomenda, também, as tabelas do NCHS como padrão de referência (LESSA, 2002).

Essas recomendações priorizam o emprego das tabelas do NCHS DE 1977, divulgadas em 1979, que foram construídas com base em estudos transversais. O NCHS publicou, em maio de 2000, versões revisadas das tabelas de crescimento de 1977. As novas tabelas trazem como novidade a inclusão do IMC (índice de massa corpórea) como

medida antropométrica da avaliação nutricional. Preconiza-se a substituição do indicador peso para estatura pelo IMC para crianças e adolescentes de dois a vinte anos.

A desnutrição ainda pode ser catalogada a partir de outras referências, tais como: a origem primária (por ingestão insuficiente ou inadequada de nutrientes) e secundária (por situações que impeçam a ingestão ou a absorção de nutrientes como estenose do piloro, má absorção dos alimentos e hipertireoidismo). Quanto aos valores antropométricos: cruzando-se com valores normais de perímetros (cefálico, torácicos, braquial), dobra cutânea, circunferência da coxa com os valores encontrados na criança. O estado clínico também é considerado uma variável de classificação em Kwashiorkor (decorrente da dieta pobre em proteína); e marasmo (decorrente da dieta pobre em proteína e carboidratos). Todas essas classificações são subjetivas e freqüentemente sujeitas a distorções (ALDERETE, 1999).

Ressalta-se que crianças desnutridas são apáticas, menos curiosas e criativas, além de apresentarem redução da atenção e da capacidade de dedução/indução e resolutividade de problemas. A estrutura física também é comprometida, manifestando-se por meio do retardo no crescimento (nanismo, raquitismo), aparência desproporcional (cabeça grande, pescoço e pernas finas, contornos simples das costelas e omoplatas), cabelos quebradiços e sem brilhos, dentre outras. Quanto ao envolvimento emocional, destacam-se algumas peculiaridades deste quadro que se apresentam, tais como tristeza aparente, irritabilidade freqüente, mudanças rápidas de comportamento ocasionando momentos de irritabilidade e momentos de apatias (ISSLER, LEONE, MARCONDES, 1999).

Dada a natureza multifatorial da desnutrição, o seu diagnóstico implica na utilização de indicadores bioquímicos, antropométricos, clínicos e dietéticos, complementados com os dados socioeconômicos e culturais de uma população (ACCIOLY, SAUNDERS e LACERDA, 2003).

No tocante ao tratamento à desnutrição infantil, seguem três linhas de abordagem interligadas, ou seja, o tratamento dietético; o diagnóstico precoce e o tratamento adequado de infecções associadas e as ações educativas. No tratamento dietético, o mais importante é aumentar a oferta calórica fornecida pela dieta (150-180cal/kg/dia). Não há necessidade de grande aumento da oferta protéica 3-4g/kg/dia são suficiente, para se evitar o uso de proteína como fonte calórica. Para que esses objetivos sejam alcançados, é necessário considerar alguns pressupostos importantes, tais como consultas multidisciplinares mensais e, quando necessário, semanais, promoção e incentivo às ações básicas (BRASIL, LOPEZ, 2004).

Portanto, não basta ampliar o enfoque biológico para abranger o social, o cultural e o psicológico. Faz-se necessário mudar os pressupostos epistemológicos e ontológicos para aceitar os múltiplos e dinâmicos estados do ser e, conseqüentemente, da saúde e da doença na sociedade. O pensamento de que o biológico é interligado pelos sentidos nega a separação clássica entre mente, corpo e natureza. A Cultura explica porque a dor tem uma individualidade, apesar de sua radicalidade biológica. Percebe-se a importância da visão holística do ser humano, em desvelar todos os fatores que envolvem o homem na sua concepção,

desenvolvimento a maturação, pois o homem é um “ser” inacabado, interagindo com tudo que o cerca e com isso capaz de mudanças (SARAWA, 2003).

1.2 Refletindo o Contexto Mundial da Desnutrição Infantil

Sabe-se que o direito incontestável de todo ser humano de não morrer de fome tem sido reforçado pelos diversos meios de comunicação, debatido em várias conferências nacionais e internacionais de saúde. Porém a desnutrição, como consequência da fome, continua sendo um dos problemas mais importantes de saúde pública universal, por se tratar de uma patologia que traz seqüelas desastrosas para o crescimento, desenvolvimento e sobrevivência de crianças.

Somando a este pensamento, Monte (2000) discorre que os profissionais de saúde do século XX admitem que a pobreza, a fome e a consequente baixa ingestão de alimentos que alteram as necessidades nutricionais da criança provocam retardos no crescimento físico e no desenvolvimento mental das crianças.

Assim, a fome e a desnutrição constituem uma violação aos direitos humanos, e o Estado tem obrigação de garantir que ninguém morra de fome. Sabe-se que, quando existe fome, a capacidade para exercer outros direitos humanos é altamente prejudicada (DIOUF apud DIMENSTEIN, 2002)

Não há dúvida de que a fome, consequência da pobreza, sobretudo em circunstâncias extremas, deriva em doenças e desnutrição. Ressalta-se, porém, que o fator socioeconômico não estabelece de modo isolado e definitivo a ocorrência da

desnutrição. Desta forma, a desnutrição constitui a segunda causa de morte mais freqüente em menores de cinco anos, sendo que uma ampla percentagem de crianças do mundo cresce e se desenvolve apresentando má nutrição (FERREIRA, 2000; MONTEIRO, 2005).

A desnutrição é, comumente, tratada como um fenômeno estático, desvinculada das profundas mudanças que ocorrem na maioria dos países em desenvolvimento como resultado do fim do colonialismo, da emergência da dependência econômica e política em desenvolvimento, da industrialização e da urbanização, da deficiência da rede de comunicação e, ligado a tudo isso, de um acentuado declínio de rendas familiares e de um rápido crescimento populacional ocasionando a pobreza. Decorre, portanto, de uma doença social definida pelas conseqüências de uma expansão econômica, política, social e cultural de um país sem uma adequada distribuição de renda (NOBREGA, 2001).

A desnutrição representa mais de um terço das crianças menores de cinco anos no mundo, colaborando com mais de 29% das mortes de crianças de zero a quatro anos. Se os efeitos potencializadores das formas leves são incluídos, essa taxa se eleva para 56%. Cerca de 150 milhões de menores de cinco anos têm peso inferior ao normal (SARNI e MUNEKATA, 2002).

Telles Júnior (1994) advertiu que, apesar do progresso dos últimos quinze anos, aproximadamente 40% das crianças em desenvolvimento, abaixo de cinco anos de idade (o que equivale a duzentos milhões de crianças), são mal nutridas, se avaliadas pelo déficit ponderal no mundo.

Ressalta-se que, de cada três crianças menores de cinco anos, uma é desnutrida, constatando-se também que a taxa de desnutrição da maioria dos estados brasileiros é semelhante a dos países mais pobres da África em várias partes do mundo (DIMENSTEIN, 2002).

No Brasil, verificou-se, nas últimas décadas, grande mudança no comportamento alimentar da população e, conseqüentemente, no perfil nutricional das crianças. Neste período ocorreram expressivas diminuições nos indicadores de desnutrição. Entretanto, os valores atuais seguem mais elevados que os averiguados em muitos países, além de apresentarem grande oscilação segundo as regiões do país e a classe socioeconômica da população. Corroborando com esse pensamento Queiroz, Sarni, Torres (2003, p.161) relatam que:

O quadro da situação nutricional no Brasil tem se alterado de maneira muito importante. O país já há algumas décadas está passando pela chamada transição nutricional, com clara alteração dos padrões dietéticos e, conseqüentemente, surgiram as correspondentes mudanças na população.

Reforçando esta análise, Batista Filho (2003) refere que, em nível nacional, nas últimas décadas, houve um declínio acentuado na prevalência da desnutrição em crianças brasileiras com tendências geográficas bem definidas e distintas, constando-se que, apesar deste declínio, se evidencia um número elevado de crianças desnutridas nas regiões Norte e Nordeste, indicando que a questão não está de todo controlada.

No Nordeste, como nas demais regiões do Brasil, tem-se notado decréscimo na prevalência da desnutrição infantil. Assim mesmo, esforços direcionados pelas secretarias

estaduais de saúde continuam sendo perpetrados para colocar esses índices em níveis mais aceitáveis (CEARÁ, 2002).

Segundo Monte (1999), a prevalência da desnutrição, segundo o indicador peso/idade (com ponto de corte -2 escore z), decresceu de 12,7% para 9,2%. Uma em cada cinco crianças apresenta déficit de altura/idade. Por outro lado, cerca de uma em cada dez crianças apresentam déficit de peso/idade e apenas 2% apresentam déficit de peso/altura. As situações mais graves foram observadas no Maranhão, seguindo-se do Piauí e Ceará, demonstrando que a condição nutricional das crianças no Nordeste é muito séria.

Como um problema mundial, a desnutrição também faz parte do cotidiano cearense. E mostra que não se constitui fato isolado, pois sempre se vincula aos aspectos educacionais, socioeconômicos e culturais de uma família. Desta forma a desnutrição é destacada como uma temática que deve ser vista não apenas pelo enfoque clínico sanitário da doença, mas como um conjunto de fatores contínuos, simultâneos e interligados que formam uma complexidade. No Ceará, a mortalidade infantil chega a 40,9 por mil nascidos e, mais uma vez, a desnutrição é um fator determinante para esses dados (MACHADO, 2002).

Em 1980, oficializou-se o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC), voltado para a maximização do alcance da assistência à saúde infantil, o que significava tanto estender a cobertura dos serviços de saúde, quanto aperfeiçoar seu poder de resolução diante dos problemas de saúde mais prevalentes e relevantes para

cada região. Desde esse período, considerava-se como grupo prioritário as crianças menores de cinco anos de idade, pois pesquisa da época apontava para os índices alarmantes de mortalidade infantil (cerca de 13 milhões de crianças representando 95% das mesmas) em países em desenvolvimento (MONTE, 1999).

No combate à desnutrição, entre 1997 e 2000, foram assistidas 357.509 crianças com a distribuição de leite e óleo. Desde então os recursos foram repassados diretamente aos municípios. Em 136 municípios houve mudanças significativas e positivas na recuperação nutricional, resultado confirmado também nos achados da Quarta Pesquisa Estadual Materno-Infantil do Ceará (PESMIC IV), que aconteceu em 2001. Atualmente, são 261.415 favorecidos por meio do programa bolsa alimentação do Ministério da Saúde, cuja implantação e acompanhamento têm sido efetivados sob a coordenação da equipe estadual (SECRETARIA DA SAÚDE DO CEARÁ, 2002).

Neste sentido, Frota (1999) refere que a desnutrição infantil ainda é um problema alarmante de Saúde Pública no estado do Ceará, haja vista que no ano de 1996 foram atendidas 10.397 crianças desnutridas. No ano anterior (1995), o atendimento foi de 15.926. Este quadro é comum nas Instituições Públicas de Saúde do Estado.

Os direitos e o bem-estar da criança são essenciais para garantir o incremento de um país. Em 1990, governantes e lideranças nacionais reuniram-se em Nova York para a Cúpula Mundial pela Criança. A finalidade era definir um conjunto de estratégias para assegurar às crianças melhor qualidade de vida.

Determinadas metas foram delineadas apontando para o decréscimo da mortalidade, alargamento da cobertura vacinal e o provimento de educação básica. O tempo determinado para a implementação dessas medidas foi o ano de 2000, pois se esperava que o plano de ação com as metas e a estrutura legal permitiriam, no transcorrer dos dez anos imediatos à modificação da vida das crianças em todo mundo, uma vez que o direito à sobrevivência, desenvolvimento, proteção e educação infantil passou a ser uma imposição legal (FIGUEREDO, 2003).

A desnutrição, como se sabe, apresenta múltiplos fatores envolvidos na sua origem, como os atrelados à qualidade de vida, antecedentes gestacionais, neonatais, alimentares, e o relacionamento emocional entre mãe e filho, destacando-se a relevância deste vínculo na desnutrição infantil. Deste modo, então, o fraco vínculo gera hostilidade, rejeição, falta de afeto, indulgência excessiva, negligência e crueldade na relação pais/filhos, sendo que o mesmo é determinado por um círculo vicioso, no qual crianças que sofreram privações afetivas se tornam pais incapazes de cuidar de seus filhos, futuramente (BRASIL, LOPEZ, 2004; NOBREGA, 2001).

Graves apud Alderete (1999), observou que o comportamento da mãe do desnutrido é marcado por menos receptividade e reciprocidade na relação com suas crianças quando confrontados com outros grupos de crianças eutróficas.

Considerando todos esses fatores, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu como objetivo reduzir a prevalência da desnutrição em todos os países em desenvolvimento pelo menos em 20% até o ano de 2020, como cita Frongillo Júnior (2001), destacando que é um grande desafio no cotidiano da assistência à criança.

Trata-se, portanto, de uma doença social determinada, em última instância, pelos modelos de desenvolvimento econômico, político, social e cultural de um país.

Veras (2001, p.445) reforça que:

Apesar dos esforços feitos até agora para as ações primárias de saúde nos países em desenvolvimento ainda são poucos os resultados no que diz respeito à efetividade, uma vez que 40% ou mais das crianças do mundo padecem de desnutrição e que 70% da população mundial ainda não dispõe de ações primárias de saúde de modo integral, deixando dúvidas, portanto, quanto ao progresso destas ações no que foi proposto em Alma Ata, no ano de 1978.

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde ocorrida em Alma Ata, referida pela autora, deu ao profissional de saúde uma visão holística sobre o seu cliente no que se refere aos conceitos de saúde/doença e tratamento/prevenção, assunto este evidenciado na citada conferência de Alma Ata. A partir desse momento, não cessam debates sobre tão importantes temas (BRASIL, 2001).

Um dos grandes resultados dos encontros de diversos países do mundo sobre educação e promoção da saúde foi também a Carta de Ottawa (1986) que conceituou, saúde, como “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”. Deste modo, capacitar é mostrar que o ser humano é apto a desempenhar ações relevantes e admissíveis, dentro de seu contexto socioeconômico e cultural, promovendo o seu bem-estar.

A Carta de Ottawa traz o conceito de promoção da saúde consistindo em proporcionar aos povos os meios necessários para alcançar um estado adequado de bem-estar físico, mental e social. Trata-se de um conceito que acentua os recursos sociais e pessoais, tendo como pré-requisitos para alcançá-la: a paz, a educação, a moradia, a alimentação, a renda, um ecossistema estável, justiça social e equidade (BRASIL, 2001).

Dimenstein (2002) discorre sobre esses recursos onde a família é pobre e mora numa casa onde não existe saneamento básico. O ambiente favorece a transmissão de doenças. As doenças enfraquecem o corpo, que já é desnutrido. A criança desnutrida não aprende direito o que é ensinado, e quem não estuda não consegue arrumar um bom emprego. Este ciclo retrata a realidade em nosso cotidiano, e nos faz refletir que existem meios para interromper esse círculo tenebroso. Um dos caminhos é investir na Educação Popular em Saúde, pois pessoas conscientes e orientadas poderão defender melhor os seus direitos e cumprir suas obrigações, propiciando a si mesmas melhor qualidade de vida.

Torna-se oportuno discorrer sobre a família como um conjunto de indivíduos ligados por vínculo de casamento, de sangue, de sentimentos ou de doação, que compõem um único lar inter-atuando e inter-comunicando com os outros no seu próprio papel social de marido e de esposa, de mãe e de pai, de irmãos e que partilha uma cultura comum. Neste contexto definiu-se família como uma unidade epidemiológica social, administrativa do trabalho, composta de pessoas de diversas faixas etárias, diferentes papéis sociais, que buscam o entendimento de suas necessidades básicas.(VANZIN & NERY, 1999),

Segundo Frota e Barroso (1999), cada família tem uma história que ajuda a identificar a origem e a prever as conseqüências do quadro clínico da desnutrição infantil. Observa-se que famílias com esses problemas apresentam um desenvolvimento organizacional de baixo nível no que se refere às condições mínimas capazes de favorecer a auto-satisfação de suas necessidades básicas e manifestação do exercício da cidadania.

1.3 Educação Popular em Saúde

Especialmente num país como o Brasil, caracterizado ainda pelas as profundas desigualdades socioeconômicas, o acesso aos serviços de saúde com conseqüente responsabilização de acompanhamento das carências de cada usuário permanece com graves lacunas. A este fato acrescenta-se, também, os baixos investimentos na melhoria do processo de educação fragilizando assim o vínculo Saúde e Educação (BRASIL, 2004).

Czesrenia e Freitas (2003) defendem a idéia de que promoção da saúde traduz-se em expressões próprias da realidade, como “políticas públicas saudáveis”, “colaboração intersetorial” e “desenvolvimento sustentável”. Trazem a possibilidade de interligar saúde e condições de vida. Partilhando desse pensamento, acredita-se que as situações culturais, econômicas, psicológicas, sociais e ambientais exercem forte impacto no processo saúde-doença.

Levando em consideração as condições acima citadas, a saúde é analisada como produto de amplo espectro de fatores relacionados à qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação e nutrição, de habitação e saneamento, boas condições de trabalho, oportunidades de educação ao longo da vida, ambiente físico limpo, apoio social para famílias e indivíduos, estilo de vida responsável e um espectro adequado de cuidados (BUSS, 2003).

Os aspectos reforçados pelo autor surgiram quando, a partir da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em 1978, voltou-se à atenção para os fatores que contribuem ou impedem o desenvolvimento saudável das pessoas como circunstâncias oferecidas pelas autoridades, deveres e direitos dos cidadãos, pré-requisitos para a saúde, ações para ambientes favoráveis etc. Portanto, desde então, são apresentados desafios tanto aos detentores de poder como aos cidadãos que são conscientes de que a saúde de todos depende da ação de cada um.

Analisando o termo promoção da saúde, ressalta-se que esta visa a assegurar a igualdade de oportunidades e a proporcionar meios que permitam a todos potencializar sua saúde. Os indivíduos e as comunidades devem ter oportunidade de conhecer e controlar seus fatores determinantes. Ambientes favoráveis, acesso à informação, habilidades para viver melhor, bem como oportunidades para fazer escolhas saudáveis, estão entre os principais elementos capacitantes (CANDEIAS, 1997).

Percebe-se, mediante os meios de comunicação e a alguns quilômetros de nossas residências, que a população não é beneficiada com o que foi exposto e,

conseqüentemente, passa a sofrer horas de espera em filas intermináveis, para ser atendida, aguarda meses para receber uma assistência, uma medicação ou realizar algum exame solicitado etc. As pessoas tentam cuidar da saúde, mas o atual sistema muitas vezes as impede. Com isso, decepcionam-se e perdem a esperança em um tratamento digno. O ideal apresenta-se longe do real.

Retomando o contexto mais amplo, Pereira, Penteado e Marcelo (2000) acreditam que a promoção da saúde só se concretiza em estilos de vida e políticas públicas saudáveis se ações educativas ocorrerem simultaneamente, viabilizando a participação de indivíduos, grupos, enfim, da sociedade como um todo. Tal pensamento expressa a interação entre promoção e educação em saúde, favorecendo o incremento da qualidade de vida.

Entusiasmados com conhecimento europeu, em que se via a obrigação de compreender a influencia cultural das condições de vida sobre a saúde das pessoas e de interferir sobre elas, a educação em saúde tem origem taxada por um discurso e prática normatizadoras. A Educação em saúde surge com o desenvolvimento da atenção primaria de saúde-APS, desde a Conferencia Mundial de Saúde de Alma –Ata, como uma tecnologia fundamental na busca de promoção e prevenção da saúde. Após um momento de franca imposição, vai surgindo espaços de porosidade maiores destinados à legitimação da permuta do bloco europeu pelo estadunidense e pela nova ordem econômica e política do período desenvolvimentista (VASCONCELOS, 1998, 2001).

A educação em saúde estabelece-se como uma categoria imprescindível ao desenvolvimento social, associando-se aos fatores político e cultural do indivíduo. É por meio da educação que a sociedade poderá ascender nos mais diferentes aspectos e tornar-se verdadeiramente autônoma. Nivelada à educação, a saúde detém expressiva significação, uma vez que a qualidade de vida de um povo pode ser avaliada pelos coeficientes de saúde de seus cidadãos. Deste modo a educação em saúde consiste em dois pólos impulsionadores na construção de uma associação promissora e sadia que venha propiciar aos indivíduos a autonomia e a melhoria na qualidade de vida (SABOIA,2003).

Durante muito tempo, a educação em saúde esteve associada ao ensino e à transmissão de conhecimentos em saúde, objetivando práticas de cuidados à saúde individual ou à higiene do ambiente. Essa visão sobre educação em saúde era exalada e transportada no emprego de saúde que se impõem em manuais que refreavam nas diretrizes governamentais conduzidas para o controle e terapia de doenças preveníveis por avaliações de saúde pública.

Corroborando com a idéia, as autoras Barroso, Vieira e Varela (2003) referem que é importante destacar que a expressão Educação em Saúde faz referências às práticas educativas originadas da educação popular que vêem o ato educativo como processo de construção coletiva de conhecimento e de apreensão da realidade pelos sujeitos nele envolvidos, ensejando a possibilidade de transformação das situações vivenciadas. Assim, Barroso, Vieira e Varela (2003, p.21) discorrem sobre o assunto:

Neste sentido, Educação para a saúde é o processo de qualificação do indivíduo (inserido em um grupo historicamente situado) para a convivência social harmoniosa e o exercício da cidadania em todos os níveis e contextos em que interage – pessoais, grupais, coletivos, institucionais – norteando-se pelos valores humanísticos e utilizando-se de princípios e instrumentos democráticos visando á promoção da qualidade de vida no planeta.

Este marco teórico preconizado pela Educação para a Saúde utiliza-se de metodologias participativas em que a equipe de saúde e a população interagem em um processo de troca e acumulação de saberes coletivos que repercutirá no indivíduo como um todo. Portanto, a ampla finalidade da educação em saúde é a promoção da qualidade de vida e os instrumentos para trabalhar a consecução destas metas são os democráticos e os valores humanísticos.

Numa perspectiva mais inovadora, a educação em saúde constitui um campo de conhecimento que pode facultar à sociedade uma melhor compreensão sobre as relações entre condições de vida e de trabalho e a saúde e doença, e do ponto de vista da ação social, apontar os meios para pressionar os governos a aplicar os recursos públicos mais de acordo com as necessidades da população (VALLA, STOTZ, 1993).

Atualmente, depara-se com um contexto de desafios das diversidades e afinidades culturais entre os vários saberes na saúde, vindo à tona as múltiplas leituras sobre as articulações entre Políticas Públicas e Sociedade Civil, notadamente quando se aumentar, em nível local e municipal, a rede institucionalizada de participação popular por intermédio de recomendações (VASCONCELOS, 2001).

E SMEKE e OLIVEIRA (2001, p.128) complementam:

Levando em conta que há avanços nesta vertente, uma vez que procura avaliar os componentes culturais da população, há que se ressaltar a mesma matriz explicativa, com pouca ou nenhuma reflexão sobre os condicionantes sócio-econômicos e políticos de acessos às informações obtidas e as decisões tomadas, que poderiam levar ou não a determinados componentes desejados.

Neste sentido, o papel do educador em saúde seria mais do que ajudar o conjunto a pensar do que pensar pelo conjunto, mais de questionar do que discursar, mais de assessorar do que de decidir, contribuindo assim para o crescimento do grupo no tocante à solidariedade, autonomia e consciência.

A participação de profissionais de saúde nas experiências de Educação Popular traz para o setor saúde uma cultura de afinidades com classes populares, concebendo, assim, uma ruptura com tradições autoritárias e normatizadoras de Educação em Saúde (CARVALHO, PETRIS, TURINI, 2001).

Compreendendo os conceitos de antropologia, cultura, saúde e doença, torna-se difícil para o profissional que olha seu cliente em todos os aspectos não considerar a educação popular em saúde e a promoção da saúde como componentes do tratamento e da prevenção de doenças crônicas tais, como a desnutrição.

A educação em saúde, que não deve ser confundida com informação em saúde, procura desencadear mudanças de comportamento individual, enquanto a promoção em saúde, muito embora inclua sempre a educação em saúde, visa a provocar mudanças de

comportamento organizacional, capazes de beneficiar a saúde de camadas mais amplas da população (CANDEIAS, 1997).

Desde 1986 que Pilon definiu a Educação em Saúde como a promoção do desenvolvimento do homem, partindo de um ambiente completo e incluindo os aspectos biológicos, psicológicos, sociais, econômicos e físicos que compõem sua existência. É considerada parte da qualidade de vida e não pode ser parcial ou segmentada: ou ocorre a transformação total do homem e seu projeto de vida ou nada ocorre. O autor ressalta que todos possuem habilidades para desenvolver recursos pertinentes ao projeto de vida, a partir do que acreditam ser significativo para si.

Nessa conjuntura, a tarefa da educação não é dizer-lhes o que é mais importante, mas agir como facilitadora para que os próprios indivíduos vejam a importância das coisas, estimulando-os a serem ativos no fenômeno da transformação.

Baseando-se no humanismo e na aprendizagem participativa, cabe ao educador contribuir para o desenvolvimento da personalidade individual, mediante a potencialização da comunicação, da gestão do tempo, da auto-estima, de saber lidar com grupos, entre outras, a fim de incrementar as ações autônomas. Ele deve ainda envolver os usuários em movimentos reivindicatórios visando a desenvolver uma consciência sanitária sobre os limites e possibilidades de sua ação como sujeitos, promovendo mudanças políticas, econômicas e sociais (SMEKE, OLIVEIRA, 2001).

Neste sentido, STOTZ (2005) discorre que:

A Educação Popular e Saúde atualmente é parte de um movimento mais amplo ou, seria mais correto falar, que é patrimônio comum das pessoas que participam em redes de movimentos sociais. A Educação Popular em Saúde é um campo de teoria e prática que enraizadas em matrizes diferentes - humanista, cristã e socialista -, encontra seu denominador comum no pensamento de Paulo Freire. Ela se contrapõe ao autoritarismo vigente na cultura sanitária e no modo tradicional de definir técnica e politicamente intervenções na área da saúde e orienta-se por modos alternativos e bastante diferenciados de lutar pela transformação das relações de subordinação e de opressão, em favor da autonomia, da participação dos indivíduos comuns e da interlocução entre os saberes e práticas.

Inserido neste contexto, é de suma importância que o educador em saúde busque no crescimento humano a consciência de seus próprios limites e qualidade de vida e do reconhecimento de situações análogas vivenciadas por outros indivíduos. Com isso, fortalece a concepção de que o sujeito não se encontra sozinho diante dos agravos, sendo apto a partilhar as barreiras superadas e as conquistas alcançadas ao longo do desenvolvimento da desnutrição.

Barroso Vieira e Varela (2003) destacam que a educação em saúde pode ser vislumbrada sob a ótica de uma educação crítica e transformadora, na qual o ser humano é agente promotor, objetivando atender suas necessidades psicobiológicas, psicossociais e psico-espirituais numa perspectiva pessoal e coletiva.

As autoras crêem que a Educação em Saúde é concebida de forma interdisciplinar e é mais do que uma atividade é uma atitude que implica reunir ações e realizações de atenção à saúde para atingir fins comuns, objetivando a qualidade de vida. Utiliza estratégias que associem saberes interdisciplinares e da cultura popular, constituindo-se numa rede de comunicação que desvenda desejo, crenças e valores dos indivíduos de acordo com as condições socioeconômicas.

Já em 1986, Pilon acrescentava que a educação é parte do processo de desenvolvimento cultural, social, político e econômico do indivíduo, está a seu serviço, mas o produto final depende das interações nas diferentes camadas da sociedade: família, escola, trabalho, grupos primários e meios de comunicação social. Para atingir mudanças favoráveis à saúde, todos os setores devem contribuir e a coordenação dos esforços muitas vezes depende da adequação dos interesses de cada um em um projeto comum e solidário.

O processo educativo se estabelece em aprender e ensinar, consistindo em aprendizagem, construção, reconstrução, constatando mudanças. Portanto, não cabe aos educandos apenas ouvir explicações e informações, manter posição ingênua perante os conhecimentos adquiridos, mas agir em busca da transformação da realidade. Do contrário, serão em vão os ensinamentos fornecidos pelos educadores. A educação em saúde contribui, portanto, para a aprendizagem e conscientização das pessoas sobre os diversos aspectos de uma doença e, conseqüentemente, para o desenvolvimento da promoção da saúde (FREIRE, 2005).

Verifica-se, assim, que a educação em saúde e a promoção da saúde encontram-se aliadas, interligadas e, quando bem aplicadas, podem transformar atitudes, crenças, valores, medos, angústias e dúvidas e, conseqüentemente, incrementar a qualidade de vida da criança desnutrida tanto na família, na escola ou no grupo social. A aplicação de tais conceitos pode transformar também os profissionais de saúde pela valorização do saber popular e respeito à autonomia do usuário (SABOIA, 2003).

Na década de 1970, prestigiou-se a concretização da participação pública na dinâmica do funcionamento dos serviços de saúde. Até o começo da década, era baixo o grau de organização dos setores populares subordinados, produto da ditadura e repressão militar.

Destaca-se que nos anos de 1970 a situação política nacional, que era de pouca liberdade com ausência de democracia e de participação política por parte da população, fez com que muitas das propostas de participação comunitária fossem anuladas na sua dimensão participativa. Algumas experiências, porém, transformaram-se em práticas de organização e politização comunitária contestatória da situação dominante, na perspectiva da reforma do setor saúde no Brasil, ou seja, da construção de um projeto sanitário contra-hegemônico (VALLA, STOTZ, 1994).

Neste contexto de crise social e também do sistema de saúde, surge uma outra forma de participação da população no Brasil: a "participação popular". Nesse período, a proposta da medicina comunitária foi reinterpretada, haja vista a limitação das ações no que tange à conquista da saúde pelas classes populares. A participação popular tem o

sentido de combate ao Estado e representa o aprofundamento da crítica e a radicalização das práticas políticas de oposição ao sistema dominante. A categoria comunidade é substituída pela categoria povo, entendido como a parcela da população excluída do acesso aos bens e serviços (CARVALHO, PETRIS, TURINE, 2001).

Os autores supracitados narram que as dificuldades sociais da população deslocam-se da dimensão técnica para a dimensão política. A concepção do processo saúde e doença estendem-se à dimensão que o meio social exerce no curso da doença, com os riscos sanitários passando a ser permanentemente associados à dificuldade de acesso da população aos bens e serviços essenciais, entre eles a educação, a moradia, a saúde e o lazer. E foi nesta conjuntura que a “saúde como um direito de todos e um dever do estado” estabeleceu-se decisivamente em uma conquista do povo brasileiro. A saúde pública deve se constituir prioridade para o Estado e a promoção da saúde, sobretudo numa perspectiva de atuação mais abrangente, torna-se responsabilidade dos governantes. Assim, a Constituição brasileira respalda em seus escritos:

A saúde como um direito de todos e um dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Constituição Federal de 1988, Artigo 196).

O paradigma de a saúde ser um direito é definido em termos do preceito à solidariedade social que, como diz o artigo 196 da Constituição, decreta políticas sociais e econômicas que apontem para a diminuição do risco de doenças e outros agravos à

saúde, enquanto o sistema organizado para garantir esse direito replicar (precariamente, com baixa resolutividade) à doença no plano pessoal (STOTZ, 2005).

Vasconcelos (2000) relata que se o estado mudou, os movimentos sociais também se transformaram neste processo e passaram de uma postura basicamente de contestação para uma postura de negociação, reconhecendo o caráter contraditório do estado de alojar múltiplos interesses e alianças, que passam a se capacitar tecnicamente no sentido de poderem acompanhar e direcionar os serviços e os benefícios conquistados. Ao se entender que os investimentos públicos dos governos têm relação direta com a qualidade dos serviços básicos (transporte público, água, saneamento básico, energia elétrica, energia e saúde), pode-se concluir que as autoridades gastam pouco e/ou mal produzindo uma rede de serviços precários ou insuficientes.

Com base no que foi exposto neste capítulo, percebe-se a importância da participação popular na prevenção e no tratamento da desnutrição para obter maior controle sobre sua autonomia. Por isso, faz-se necessária uma assistência de modo que possa servir de suporte para as necessidades da criança desnutrida, propiciando uma auto-ajuda para a família, com o auxílio dessa população, por entender que esse material facilitará seu “empoderamento” e a “apropriação” do saber, a fim de prevenir, ou mesmo tratar, tal patogenia.

Neste estudo, toma-se como desígnio que a educação Popular em Saúde como metodologia contínua e participativa aponta para o entrosamento do processo saúde-doença-saúde, sendo a promoção da saúde fundamental para a consecução da integralidade das ações.

2 PRESSUPOSTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS

A década de 70 foi especialmente próspera, principalmente a partir da sua segunda metade. Tratava-se de um período moderno assinalado pelo colapso dos padrões totalitários na ciência e na política. A revalorização da antropologia para a informação não só das comunidades ditas primitivas, mas também das sociedades complexas em seu pluralismo e multiculturalidades, a força da sociedade civil advogando o papel positivo das diferenças, a relevância do conhecimento dos indivíduos e grupos até para impulsionar o mercado, a propaganda e o marketing contribuíram para a redescoberta do sentido dos estudos qualitativos. A perspectiva técnica de planejamento na melhoria dos resultados nos serviços de saúde mediante os métodos qualitativos é bastante utilizada e a literatura traz um acervo muito grande de estudos com este fim (MINAYO E GOMEZ, 2003).

Sabe-se que a ciência se dispõe a apreender e a trabalhar a realidade tal como ela é, sendo que o exercício básico desta ação se dá por meio da pesquisa. O estudo dos métodos consiste, então, em uma inquietação para o instrumento de coleta de dados por se tratar de um modo de se fazer ciência. O cuidado com os procedimentos, as diretrizes e os meios para se atingir os objeto pesquisado dependerá da escolha de uma metodologia apropriada (LEOPARDI, 2001).

Diante dessas considerações, e abordando estritamente sob o ponto de vista metodológico, propõe-se uma breve descrição da antropologia por se tratar de um método relevante para este estudo.

A antropologia emprega métodos qualitativos para investigar os diferentes fatores do contexto (imediato de vida, rede social, estrutura familiar, organização social, cultura e o sistema coletivo de normas e valores) que intervêm na atribuição de significado aos diversos eventos e situações da vida. A mesma utiliza o trabalho de campo como possibilidade de aproximação daquilo que se deseja conhecer e estudar, para que, mediante a realidade presente no campo e a partir de questionamentos, se permita criar um conhecimento (UCHÔA, VIDAL, 1994).

A valorização da antropologia para a apreensão de fenômenos saúde –doença é indiscutível. Unidos com os informes qualitativos e com os conhecimentos técnico-científicos deste processo (saúde – doença), completa-se qualquer ação de prevenção, tratamento ou mesmo planejamento de saúde necessitando levar em conta valores, atitudes e crenças de uma população. Os estudos antropológicos pesquisam, com base na visão dos usuários, as razões de sua utilização ou rejeição, do aumento da procura e da expectativa produzida pelos serviços, e por meio dos profissionais de saúde, a relação com seus pacientes considerando suas preocupações e pontos de vista (GATTINARA, 1999).

Seu objetivo principal é investigar as influências que as características sociais e culturais da população exercem sobre as percepções, as interpretações e as ações no campo da saúde. Assim, a contribuição fundamental da antropologia é demonstrar que qualquer apreensão do que seja a natureza já é feita com base em um universo cultural (PAIM, 2000).

Helman (2003) define antropologia como o estudo do desenvolvimento da natureza humana, e está preocupada em elucidar as causas da diversidade atual das populações humanas. A antropologia focaliza as semelhanças e as diferenças entre os homens, ou seja, adota um ponto de vista comparativo e, ao tratar das perspectivas de espaço e tempo, estuda o homem tanto sob suas características físicas (biológicas) como culturais e sociais. Os antropólogos buscam generalizações sobre o homem e seu comportamento, analisadas em todas as suas dimensões. É uma ciência que se divide em vários ramos, muitas vezes considerados subciências, sendo um deles a antropologia cultural, que estuda a cultura no sentido de comportamento adquirido por aprendizado. Para alcançar seus objetivos, a antropologia cultural utiliza-se da etnografia pela descrição dos costumes ou de uma cultura específica, isto é, um estilo local de vida.

Para o autor supracitado, a antropologia cultural descreve e interpreta os “costumes” humanos, ou o “comportamento cultural” humano. O antropólogo cultural examina com rigor científico algumas questões que têm desafiado a curiosidade humana. Porque se comportam os homens dessa ou daquela maneira? Como surgiram os costumes de determinado grupo? É a vida uma seqüência de acontecimentos alheios ao controle humano, ou pode o homem influir nos rumos do seu destino? As respostas para tais questionamentos são encontradas a partir do momento em que o pesquisador está inserido na realidade dos indivíduos, vivenciando, observando, analisando, questionando ações, ou seja, buscando pelos próprios sujeitos as soluções para suas inquietações que, muitas vezes, surpreendem as expectativas.

Portanto, a antropologia responsabiliza-se pelas descobertas inesperadas podendo surgir com informações antes desconhecidas. Promove-se cada vez mais a compreensão

do enigma que é o ser humano que, a partir do nascimento, começa a receber a herança cultural, assegurando formação, orientação e desenvolvimento de ser social. As idéias, valores e atos, até mesmo as emoções, são produtos culturais manufaturados a partir de tendências, capacidades e disposições com as quais nascemos (GATTINARA, 1999).

Keesing, já em 1961, afirmou que existe uma certa confusão entre o emprego técnico do termo cultura e seu emprego mais popular. Às vezes dizemos: “Fulano é culto”, ou “Ele tem cultura”. Queremos dizer que a pessoa é hábil nas artes ou nas figuras sociais. O termo cultura é também usado por autores humanistas, o sentido científico, aproxima-se mais do sentido original da palavra, que é derivada do verbo latino *colere* (cultivar ou instruir) e do substantivo *cultus* (cultivo ou instrução). Assim, a cultura, no sentido mais amplo, é o comportamento cultivado, isto é, a totalidade da experiência adquirida e acumulada pelo homem e transmitida socialmente, ou ainda, o comportamento adquirido por aprendizado social.

Na visão de Morin (1979), a cultura constitui-se num sistema de alta complexidade sem o qual essa alta complexidade se desmoronaria para dar lugar a um nível organizacional mais baixo, devendo ser transmitida, ensinada, aprendida, isto é, reproduzida em cada indivíduo no seu período de aprendizado (*learning*) para poder autoperpetuar-se e perpetuar a alta complexidade social.

Para o autor, a cultura reúne em si um duplo capital: por um lado, um capital técnico e cognitivo de saberes e de conhecimentos que pode ser transmitido, em princípio, a toda e qualquer sociedade, e, por outro lado, um capital específico que

constitui as características de sua identidade original e alimenta uma comunidade singular por referência a seus antepassados, seus mortos, suas tradições.

Para Geertz (1989), o homem é um animal amarrado a teias de significados que mesmo teceu. A cultura é como essas teias e a sua análise, portanto, não é como uma ciência experimental em busca de leis, mas como uma ciência interpretativa à procura do significado. O autor entende a cultura, não como complexos de padrões concretos de comportamento (costumes, usos, tradições e hábitos), mas um conjunto de mecanismos de controle (planos, receitas, regras, instruções) para governar o comportamento. O homem é precisamente o animal mais desesperadamente dependente de tais mecanismos de controle extragenéticos, fora da pele, de programas culturais, para ordenar seu comportamento.

A cultura também pode ser entendida como um conjunto de regras que orienta e dar significado às práticas e à visão de mundo de um determinado grupo social. Dependendo do ambiente em que o indivíduo se encontra e de seu papel na sociedade, tais mecanismos existem para satisfazer as pessoas que o cercam, mesmo que não satisfaça a si próprio. Um exemplo é o hábito alimentar, que para muitos inicialmente expressa poder, dependência emocional, sensualidade ou mesmo estar ligado ao ato de comer muito, para outros tem pacto com a fome e, ao longo dos anos, leva ao aparecimento de doenças com sérias repercussões, como a obesidade ou a desnutrição. Nesse caso, o homem acredita ter consciência sobre o que faz, controlando seu comportamento da forma mais correta e, no entanto, termina por atingir uma situação jamais esperada quando se depara com uma doença crônica (KUPPER 2002).

Paim (2000) admite a heterogeneidade como particularidade fundamental da cultura popular e que qualquer sistema cultural apresenta diversidades e tensões internas que deverão ser consideradas pelo antropólogo. Sendo assim, é preciso ter claro que a cultura de um grupo é produzida historicamente em condições sociais e materiais específicas.

Refletindo sobre o tema, o autor supracitado compreende que a cultura está sujeita a transformações e, com efeito, sempre tende a sofrer constantes alterações, pois os comportamentos individuais variam, ocorrem inovações internas nos grupos, até as configurações básicas podem mudar. Por isso a cultura e a descrição de grupos na etnografia são consideradas inacabadas. A sensibilidade, os sentimentos e os afetos, tomados em geral, como dados naturais ou biológicos, têm sido objetos de estudo para demonstrar as dimensões sociais, históricas e culturais destes fenômenos. Do mesmo modo, as concepções de saúde, doença e corpo também têm sido apontados como construções sociais.

A antropologia apresenta grande relevância na área da saúde, pois revela que os comportamentos de uma população frente aos problemas, incluindo a utilização dos serviços de saúde disponíveis, são construídos a partir de universos sócio-culturais específicos. Revela também a necessidade de se enraizarem os programas de educação e de planejamento em saúde a partir do conhecimento prévio das formas características de pensar e agir predominantes nas populações junto às quais se quer intervir, incluindo os modelos culturais dos usuários e a adequação sócio-cultural (UCHÔA, VIDAL, 1994).

Um instrumento fundamental da antropologia para a compreensão do outro, dá-se por meio da cultura que expressa a forma como a diferença é pensada e como é concebido o outro. Essa cultura hoje é entendida como o conjugado de normas que dirige e dá significado às práticas e à visão do mundo de um determinado grupo social, a qual é assimilada e abarca principalmente tudo o que se pode pensar, com exceção da biologia. (KUPPER, 2002).

Concone (2003) discute sobre os muitos sentidos possíveis da saúde no sentido de que eles se devem primeiro à diversidade cultural, o que nos remete a uma leitura transcultural e/ou intracultural; segundo, às subjetividades no interior de cada cultura e, terceiro, à interação entre os dois termos.

Ressalta-se a importância do entendimento e a influência da cultura na desnutrição, repercutindo na sua evolução e possibilidades de tratamento. Entretanto, há situações não visíveis clinicamente que perpassam a vida de nosso pequeno cliente e da família que devem ser investigadas pelo profissional para a melhor compreensão do contexto em que este se encontra. As manifestações clínicas podem ser semelhantes para um determinado grupo, mas os sentimentos, problemas, angústias, perturbações e sofrimentos vivenciados são específicos, já que as condições socioeconômicas, psicológicas e culturais diferem de indivíduo para indivíduo.

Portanto, a subjetividade caminha juntamente com a cultura no contexto da saúde, necessitando ser explorada por parte dos profissionais da área para desvelar o interior do homem e seu entendimento sobre o processo saúde-doença que vivencia. As

experiências da saúde e doença são experiências que estão a um tempo fora e dentro, objetivas e subjetivas, pessoais e coletivas, universais e culturais. Ao se pensar a saúde ou a doença objetivamente, sobretudo cientificamente, estar-se-á lidando apenas com um dos seus aspectos. Porém, tomar estes fenômenos apenas a partir desse ângulo é não se permitir a dimensão da doença como construção sociocultural. É não percebê-los como objetos de indagação ampliada, não questionando sobre processos inesperados de remissão e cura e menos ainda a experiência do profissional de saúde (CONCONE, 2003).

Assim, a experiência mostra a relevância de se problematizar e compreender como os indivíduos vivem seu mundo, integrando as idéias de consciência e subjetividade do sujeito. É o que se estabelece em sua mente, a interpretação dos fatos vivenciados de forma positiva ou negativa. Para os antropólogos, a cultura tem um conceito próprio que inclui um conjunto de princípios (explícitos e implícitos) herdados pelos indivíduos enquanto membros de uma sociedade particular. Admiti-se, portanto, que cada uma dessas abordagens engloba diferentes tipos de métodos, dentre os quais está a etnografia inserida na abordagem qualitativa (HELMAN, 2003).

Em se tratando de etnografia, Turato (2003) conceitua como uma apreensão por um antropologista das vidas e do mundo dos componentes de uma sociedade, normalmente diferente da sua e a pesquisa etnográfica, aquela que procura uma explicação descritiva da vida social e da cultura em um dado sistema social baseada em observação detalhada do que as pessoas de fato fazem.

A etnografia é um método predominantemente de investigação social, levando em consideração o fato de que o comportamento humano requer que se entenda os significados sociais (intenções, motivos, atitudes e crenças) na vida das pessoas. Ressalta ainda que um requisito importante na investigação social é ser fiel aos fenômenos que estão sendo estudados e não a um princípio metodológico, ainda que este esteja fundamentado em uma corrente filosófica. (ATKINSON E HAMMERSLEY, 1994),

Polit e Hungler (1995) também vêem a etnografia como um método de investigação utilizado por antropólogos e que tem como objetivo focar a cultura de um grupo de pessoas, cultura esta que é o que vai orientar a visão de mundo e a maneira como os membros desse grupo irão estruturar suas experiências.

Entende-se como método etnográfico um conjunto de concepções e procedimentos utilizados tradicionalmente pela antropologia para fins de dados científicos de um fato ou acontecimento social. Esse acontecimento social também vai ao encontro das concepções de realidade de resistências das classes ao nível de senso comum. Porém ela inclui a visão mais abrangente do homem - corpo/alma, matéria e espírito, assim como suas condições de vida e trabalho, como as expressões de resistências culturais (MINAYO, 2002).

Outro conceito foi proposto por Victoria, Knauth, Hansen (2000) no qual os autores descrevem a etnografia como um método etnográfico de pesquisa, ou seja, um conjunto

de concepções e procedimentos utilizados tradicionalmente pelos antropólogos para fins de conhecimento científico da realidade social. Uma abordagem qualitativa dos problemas de saúde identifica-se de várias formas com o método etnográfico.

A etnografia possibilita ao investigador compreender as práticas culturais dentro de um contexto social mais amplo, estabelecendo as relações entre o outro e os fenômenos específicos. Um elemento essencial da antropologia para pesquisar o outro é a definição de cultura. Assim a etnografia constitui-se método de investigação, sobretudo nos estudos dos antropólogos junto a culturas tribais, mas também os sociólogos utilizam esse método para estudar grupos, organizações, comunidades, como escolas, hospitais, bairros étnicos, associações religiosas e outros. Desta forma o recurso etnográfico tem função relevante na etnologia que é o ramo de antropologia que se preocupa em estudar o desenvolvimento das culturas e de fazer comparações entre elas.

Portanto, o objetivo geral da etnografia de campo é estabelecer o contorno claro da constituição da comunidade e delinear as leis dos fenômenos culturais separando-os de fatos irrelevantes, descobrindo os mecanismos básicos da vida da comunidade, sendo que a meta do etnógrafo é compreender a visão de mundo que um determinado grupo cultural tem do seu próprio mundo (TURATO, 2003; POLIT & HUNGLER, 1995).

A etnografia, tal como veio a ser concebida, é por um lado parte integrante do universo cultural e estético modernista. No coração da experiência etnográfica, encontra-se a mesma atitude cultural, presentes nos escritores, em busca de uma experiência

autêntica. O método etnográfico aplica-se nas exposições científicas de grupos culturais com o objetivo de entender a visão que os nativos têm do seu mundo, ou a óticaêmica. Essa ótica é confrontada com a visão ética, solicitando que o pesquisador penetre no mundo cultural e real dos participantes (CLIFFORF, 2002; WOOD, 2001).

Geertz (1988) refere que a etnografia é um instrumento da antropologia social e que a sua prática, além de estabelecer relações, selecionar informantes, transcrever textos, levantar genealogias, mapear campos e manter um diário, é definida por um esforço intelectual, um risco elaborado para uma descrição densa. O autor concebe a descrição cultural como um universo de símbolos e significados que permite aos indivíduos de um grupo interpretar a experiência e guiar suas ações.

As ferramentas da etnografia são as entrevistas, a observação participante e as discussões em grupos, além dos questionamentos com questões abertas que possibilitem interpretar achados à luz de temas sociais e psicológicos. Para coleta das informações necessárias recorre-se ao campo, no sentido de coletar dados etnográficos dos elementos sociológicos e antropológicos dos atores sociais.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Abordagem e Tipo do Estudo

A metodologia é definida como o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade. Neste sentido, a metodologia ocupa um lugar central no interior das teorias e está sempre referida a elas (MINAYO 2002).

Designa-se método qualitativo umas abordagens sistemáticas, intersubjetivas, utilizadas para descrição de experiências de vida e para lhes atribuírem significados. Este vem sendo utilizado pelas ciências sociais e comportamentais há vários anos, sendo que, na saúde, o interesse por esse método data da década de 70. O seu foco principal é a compreensão do global a qual é consistente com as visões holísticas da saúde (DEMO, 1996).

A metodologia com base no objeto de estudo direcionou-se para uma abordagem qualitativa, modelo selecionado por ser pertinente à averiguação realista das expressões humanas.

O estudo qualitativo ocupa-se com a natureza das ações e relações humanas, motivos, costumes, representações, opiniões, crenças, culturas, valores e estilos, em espaços amplos e profundos das relações, dos processos e dos fenômenos, com variáveis subjetivas que não podem ser reduzidas a operacionalizações das equações, médias e estatísticas próprias da pesquisa quantitativa (SABOIA, 2003).

O estudo concentrou-se na identificação dos fatores que interferem no cuidado pela mãe com a criança desnutrida, bem como numa investigação do conhecimento da mãe quanto à desnutrição do filho. Com base nos resultados, propor estratégias de educação popular em saúde na assistência à criança desnutrida no Núcleo de Assistência Médica Integrada – NAMI. Utilizou-se, para isso, as ações educativas em saúde articuladas ao contexto cultural do qual faziam parte.

A abordagem qualitativa pareceu propícia, por muitas razões, mas a principal é que a área do estudo envolve duas práticas sociais, a educação e a saúde. Por isso o objeto deste estudo envolve a subjetividade, valores e dimensões ideológicos, e não poderia ser analisado sob o estatuto das ciências naturais na sua vertente cartesiana.

Segundo Bodgan & Biklen (1994), os pesquisadores estão constantemente a interrogar os sujeitos de investigação, com a finalidade de compreender o que experimentam. Deste modo o método direcionado de investigação qualitativa reflete uma espécie de relação entre pesquisadores e o informante da pesquisa.

Os métodos qualitativos destacam as especificidades de um elemento em termos de suas ascendências e de sua razão de ser, não se distingue exclusivamente em dados numéricos, e sim em decorrência de que mostram as ações humanas de modo criativo, afetuoso e coerente, as quais podem ser percebidas no dia-a-dia, na vivência e no esclarecimento do senso comum (HAGUETTE, 2003).

Pretendeu-se que a assistência realizada por meio deste estudo qualitativo favorecesse um avanço na qualidade de vida da criança desnutrida como também no contexto familiar, de forma consciente e participativa e, com isso, cuidar da criança como um sujeito com necessidades especiais e não como um objeto de tratamento. Partindo-se dessa premissa, o estudo caracterizou-se como pesquisa-ação envolvendo a etnografia numa abordagem qualitativa. Elegeu-se a pesquisa ação por se diferenciar como ação educativa composta de avaliação diagnóstica, orientação e devolução da assistência, adequando o envolvimento da pesquisadora com os informantes para assim alcançar resultados expressivos e que satisfaçam o objeto de estudo.

Nos relatos de Barbier (2002), a pesquisa ação é tratada como um recurso deliberado de transformação da realidade, a qual possui objetivos de modificar a realidade e abrolhar conhecimentos relativos a esta transformação. Norteia-se para um conhecimento ampliado das populações envolvidas, passando do pesquisador interventor para agente de mudanças com a corrente praxiológica do "*planned change*". Considera-se a pesquisa ação primordialmente pedagógica e política, pois atua na educação dos homens preocupados em organizar a existência coletiva da cidade, pertencendo, por excelência, à categoria da formação, quer dizer, a um processo de criação de formas simbólicas interiorizadas, estimuladas pelo sentido do desenvolvimento do potencial humano.

Corroborando com esse autor, Thiollent (2003, p.14) revela que a pesquisa ação é conceituada por:

(...) um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo.

3.2 Cenário da Pesquisa

O estudo foi desenvolvido no Núcleo de Atenção Médica Integrada - NAMI, vinculado à Universidade de Fortaleza – UNIFOR, fundada em 1973 e criada como uma instituição particular, situada na Avenida Washington Soares Nº 1321, no bairro Edson Queiroz, Fortaleza-Ceará-Brasil. Para a rede pública municipal de saúde, o NAMI está geograficamente localizado na Secretária Executiva Regional VI (SER VI).

Para atender à necessidade de saúde da comunidade, a Universidade de Fortaleza (UNIFOR) e a Fundação Kellog (de Kentucky - Estados Unidos) firmaram convênio em 1977 com o objetivo de criar um espaço que conciliasse a prestação de assistência à população carente, em especial à Comunidade do Dendê, posteriormente designada comunidade Edson Queiroz, e ao aprimoramento prático dos alunos matriculados nos cursos do Centro de Ciências da Saúde e Humanas da instituição. Em 1978, o NAMI foi fundado, realizando atendimentos sistemáticos e integrados à referida comunidade.

A Universidade de Fortaleza (UNIFOR) inaugurou, em janeiro de 2004, as novas instalações do NAMI, prestando atendimento multiprofissional nas áreas Médicas (pediatria, gineco-obstetrícia, cardiologia, clínica geral, otorrinolaringologia, trauma-ortopedista, neuropediatria, patologia), de Enfermagem, Fisioterapia, Terapia

Ocupacional, Fonoaudiologia, Psicologia, Nutrição, Bioquímica. Todas em caráter ambulatorial. Conta também com o apoio de uma equipe técnica composta de auxiliares em todas as áreas e apoio administrativo. Continuando na mesma área, o NAMI recebe, além da população adscrita, clientes dos mais diversos bairros, sendo considerado como uma instituição de referência em todo o estado do Ceará.

Sua localização está numa área aproximada de 14 mil metros quadrados, onde cerca de 3.500 alunos são beneficiados a cada semestre com os serviços do complexo. Nesta área também funcionam um laboratório de análises clínicas e uma academia de ginástica. O prédio possui subsolo, térreo e três andares. Cada pavimento é equipado com dois tipos de salas: uma para aula e outra para discussão de casos clínicos. No térreo, funciona a recepção do prédio, farmácia, academia de ginástica e laboratório de análises clínicas.

O processo de interdisciplinaridade consiste em um dos pontos fortes desta instituição, permitindo a integração entre os cursos de saúde e áreas correlatas da UNIFOR. Todos os cursos trabalham em conjunto, realizando uma triagem interdisciplinar em pacientes sem diagnóstico para que, em seguida, este paciente seja encaminhado a um profissional específico. Sua política administrativa é norteadada por meio de um organograma e um planejamento estratégico. Com isso, são definidas as suas áreas de negócio em serviço, estágio e pesquisa em saúde. Quanto à missão, a referida instituição propõe-se a *Desenvolver ações de saúde para a população adscrita em nível de atenção primária, protegendo, promovendo, prevenindo, diagnosticando, tratando e reabilitando de*

maneira integrada e interdisciplinar, visando à melhoria da qualidade de vida de seus usuários (NAMI, 2003).

Sua visão para o futuro (até o ano de 2009) é “ser um centro de referência em saúde, extensão e pesquisa universitária do Norte e Nordeste com destacada imagem no Brasil”. Os seus valores estão pautados “em Interdisciplinaridade; Ética; Responsabilidade Social; Auto-sustentabilidade; Parcerias Estratégicas; Qualidade do Serviço; Respeito aos Princípios do SUS; Humanização; Atuação Proativa; Desenvolvimento de Novas Tecnologias” (NAMI, 2003).

Desde a fundação dispõe de uma equipe de enfermagem, atualmente composta de nove enfermeiras e vinte e cinco técnicos de enfermagem. Das diversas atividades desenvolvidas pelos enfermeiros, está a triagem. Especificamente na triagem no setor de pediatria, as mães, de acordo com critérios e regimentos internos, poderão ser encaminhadas à consulta de enfermagem e/ou consulta pediátrica. Dentre as atividades que o enfermeiro desenvolve no serviço de pediatria estão a consulta de enfermagem à criança portadora de vários agravos à saúde e a consulta de puericultura, a supervisão da sala de imunização e coordenação da equipe de enfermagem.

Como o NAMI constitui-se campo de estágio para os vários cursos de saúde e, especificamente em relação à enfermagem, da Universidade de Fortaleza - UNIFOR, aos enfermeiros assistencialistas são agregadas, sistematicamente, as funções de orientadores/ professores de alunos que ali se encontram.

Como os demais profissionais de saúde, o Enfermeiro segue as normas de consulta preconizadas pelo Ministério da Saúde, realizando em média quinze consultas/dia, o que faz a sua produção mensal ultrapassar a meta estipulada.

A consulta de enfermagem (CE) obedece a uma sistematização composta de um roteiro, o qual é amparado por um regimento interno da instituição, que prevê o desenvolvimento dos seguintes passos: Dados Antropométricos (D.A.): referem-se a dados como idade, peso, temperatura e pressão arterial em alguns casos; Queixa Principal (Q.P.): consiste em uma frase sucinta do motivo pelo qual a mãe trouxe a criança à consulta; História da Doença Atual (H.D.A.): anota-se num breve histórico todas as queixas, como sinais e sintomas, seus sentimentos e percepções sobre a doença; Antecedentes Imunológicos (A.I.): refere-se a uma análise do cartão de saúde da criança ou cartão de vacina, e também se avalia o estado nutricional, já que o peso é inserido no gráfico de crescimento e desenvolvimento contido no cartão; O Exame Físico (E.F.): obedece a uma inspeção completa do corpo no sentido céfalo-caudal, detendo-se a minúcias da queixa principal, como também se utiliza técnica de ausculta, percussão, palpação, dentre outras, se necessário; A Conduta de Enfermagem (C.E.): incide em uma tomada de decisão na qual deverá ser levado em conta todo o apanhado deste roteiro, consistindo assim em orientações básicas, prescrições de medicamentos (preconizados no regimento interno); e, por fim, o aprazamento e/ou encaminhamentos, se necessário. (NAMI, 2003)

3.3 Informantes da Pesquisa

Participaram do estudo nove famílias, das quais os informantes foram oito mães e um pai, congregados nas faixas etárias de 20 a 48 anos. No tocante ao grau de instrução, um dos participantes era analfabeto e quatro eram alfabetizados. Dois tinham o ensino fundamental incompleto, um concluiu o ensino fundamental, e um concluiu o ensino médio. Verificou-se o predomínio de casos de união consensual (cinco), uma estava casada nos regimentos civil e religioso, uma era viúva, uma separada e uma solteira.

Os informantes se encontravam na rede de economia informal, dos quais seis exerciam as profissões de vigia noturno, faxineiras, vendedora ambulante e costureira. Quanto à renda disponibilizada por suas famílias, oscilou em torno de um a dois salários mínimos representada por sete das famílias, e de três salários mínimos, em duas famílias.

Os critérios de inclusão estabelecidos para a pesquisa foram às mães de crianças avaliadas e diagnosticadas desnutridas durante a consulta de enfermagem classificadas segundo a tabela preconizada pelo NCHS; as crianças residiam na comunidade Edson Queiroz e consentimento prévio dos responsáveis. Como critério de exclusão, não participariam da pesquisa as famílias de crianças desnutridas com distúrbios neurológicos, não residentes na comunidade do Dendê e com recusa dos responsáveis.

3.4 Componente Ético da Pesquisa

A ética da compreensão entre as pessoas deve permear com a ética da era planetária que pede a mundialização da inclusão. A única e verdadeira mundialização que estaria a serviço do gênero humano é a da compreensão, da solidariedade intelectual e moral da humanidade. A conduta ética significa alma, o lugar onde se guardam seus valores, seu propósito de vida, a imagem do tipo de pessoa que se quer ser. Ser ético significa conduzir-se eticamente o tempo todo, e não apenas quando for conveniente (MORIN, 2002; DIÓGENES, 2001).

Como garantia do anonimato, decidiu-se por nomes fictícios de pedras por representar solidez, força e resistência quando comparadas aos informantes, objetivando também a preservação das identidades destes, ressaltando que estes nomes foram escolhidos de forma aleatória.

O estudo seguiu as diretrizes e normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo os seres humanos, com base na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética da Universidade de Fortaleza – UNIFOR, sendo aprovado pelo parecer nº 529/2004 (ANEXO 3) juntamente com o termo de consentimento a cada sujeito da pesquisa (APENDICE 01).

Aos responsáveis explicou-se a natureza, riscos, danos associados ou decorrentes da pesquisa assim como os objetivos deixando claro que o responsável poderiam pedir para sair da pesquisa caso assim desejasse.

3.5 Descrição da Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada mediante um levantamento nos registros diários dos profissionais de saúde que assistiam crianças desnutridas no NAMI. Nestes registros foram anotadas as classificações nutricionais de cada cliente. Então se investigou os prontuários nos quais se verificava o histórico das crianças desnutridas selecionadas, correspondendo à faixa etária de seis meses a cinco anos.

A pesquisa aos prontuários permitiu a identificação das crianças com suas idades e pesos documentadas como desnutridas, assim como a disponibilização do endereço para as visitas domiciliares decorrentes. Nesta ocasião, na visita domiciliar, houve o primeiro contato com as informantes, a explicação sobre a pesquisa e, posteriormente, o convite para a participação do estudo que, quando aprovado, apresentou-se o termo de consentimento livre e esclarecido, o qual foi lido pela pesquisadora juntamente com a responsável pela criança.

A visita domiciliar proporcionou uma interação entre pesquisador e informante, sendo de grande relevância na pesquisa etnográfica. Posteriormente, em outras visitas domiciliares, foram iniciadas as observações de campo, como também as entrevistas informais.

A técnica utilizada durante a visita domiciliar foi a observação participante que, segundo Minayo (2002), é o modo pelo qual o pesquisador mantém contato direto com o objeto de sua pesquisa para que o mesmo consiga informações sobre a realidade dos atores sociais em seus próprios contextos. Assim, o observador, enquanto componente da averiguação, impõe uma relação face a face com os observados, podendo simultaneamente modificar e ser modificado pelo contexto.

A observação participante consistiu na técnica que permeou todo o percurso da investigação científica, necessitando mencioná-la freqüentemente como uma forma complementar de captação da realidade empírica, em que o observador é parte do contexto de observação, sem perder o instrumental teórico (TRIVINOS, 1992; MINAYO, 1997).

Haguette (2003) ressalta que o “calcanhar de Aquiles” da observação participante situa-se inicialmente na relação observador-observado, na bilateralização da percepção em consequência do envolvimento na situação pesquisada e, finalmente, na impossibilidade de generalização dos resultados.

Os informantes, durante a visita domiciliar, foram convidados a comparecer ao NAMI para uma consulta de enfermagem. Por meio desta, realizou-se uma avaliação da saúde da criança, utilizando-se do roteiro padronizado da consulta de enfermagem do NAMI, incluindo em seu histórico (HDA) um olhar direcionado para o estado nutricional atual e anterior da criança desnutrida.

Desta forma, a consulta de Enfermagem à criança desenvolvida no NAMI constou de três etapas, sendo adaptada a consulta à criança desnutrida. Na primeira etapa, os dados antropométricos foram colhidos seguindo a tabela do NCHS. A segunda etapa, de natureza exploratória, incluiu uma anamnese com uma história nutricional clínica atual e pregressa. Também foi levantada neste histórico a condição social, econômica, cultural e espiritual dessa família, considerando-a como fator primordial para esta avaliação. Foram analisados os exames clínicos laboratoriais existentes no prontuário, permitindo um diagnóstico de enfermagem mais fidedigno.

O cartão da criança ou a carteira de vacina preconizada pelo programa de imunização nacional (PNI) constou de um dado importante, já que a mesma contém em seu interior o gráfico de crescimento e desenvolvimento de acordo com a tabela preconizada pelo NCHS, pois a curva de crescimento e desenvolvimento é preenchida a cada consulta. A terceira etapa refere-se ao somatório das informações contidas nas etapas descritas anteriormente. Daí, então, perpetrou-se um diagnóstico de enfermagem baseado em dados reais.

Após a consulta, realizou-se uma entrevista semi-estruturada (APÊNDICE 02) com os informantes, a partir das seguintes questões iniciais norteadoras: O que você sabe sobre a desnutrição? Como você percebe o cuidado do seu filho? O que é ter um filho desnutrido?

Ressalta-se que as entrevistas podem ser de diversos tipos, compondo um espectro que vai desde uma conversa informal até um questionário unificado. A decisão

vai de acordo com os objetivos da pesquisa, dependendo do tema a ser tratado e, sobretudo, tendo em vista o que é adequado, culturalmente para o grupo pesquisado, sendo que uma mesma pesquisa pode conter vários tipos de entrevistas, sendo ela conceituada como uma técnica em que o investigador está presente junto ao informante e formula questões relativas ao seu problema (VICTORIA, KNAUTH E HANSEN, 2000; LEOPARDI, 2001).

Entretanto, as entrevistas podem ser estruturadas e não estruturadas, obedecendo ao fato de serem mais ou menos administradas. Deste modo, torna-se admissível trabalhar com a entrevista aberta ou não estruturada, na qual o informante aborda francamente o assunto aventado; bem como com as estruturadas, que implicam perguntas antecipadamente formuladas. Há configuração, no entanto, que profere essas duas modalidades, caracterizando-se como entrevistas semi-estruturadas (MINAYO, 2002).

Após as entrevistas realizou-se um convite às mães para participarem de reuniões mensais, por meio de oficinas educativas, envolvendo temáticas sobre a saúde e o cuidado com a criança desnutrida, sendo priorizada a participação dos informantes sob a orientação da pesquisadora. Para as oficinas, traçou-se um cronograma (APÊNDICE 3), o qual foi apresentado e seguido pelo grupo, ocorrendo mensalmente, e utilizando-se técnicas de dinâmica de grupos e de observação participante. Priorizou-se nas oficinas estratégias de educação popular em saúde, assim como a socialização do grupo. Uma semana antes do encontro agendado com o grupo, a pesquisadora realizou visita

domiciliar a cada família do estudo, com a finalidade de observação participante, oportunidade em que lembrou a participação na oficina na semana seguinte.

O desenvolvimento das oficinas educativas realizadas por meio de seis encontros está descrito a seguir. Para tanto, priorizou-se a Educação Popular em Saúde por meio de suas participações. Vale ressaltar que a escolha dos temas das oficinas se deu mediante as observações participantes realizadas nas visitas domiciliares. Assim, associou-se o tema a uma dinâmica que, por sua vez, operacionalizou-se aos objetivos e ao número de participantes.

A **primeira oficina** consistiu no encontro inicial do grupo e teve como tema a integração. Utilizou-se como dinâmica o “círculo da amizade”. O objetivo desta oficina foi conhecer o grupo, criando vínculos de convivência e desenvolvendo o respeito e reciprocidade mútua. Contou-se com nove participantes.

Deu-se início a oficina com a recepção e acolhimento, esclarecimento das atividades planejadas com a finalidade de responder às inquietações, expectativas e/ou curiosidade do grupo para aquele momento. A dinâmica ocorreu com a formação de um círculo em que cada participante se apresentava referindo e de seu filho e o que achava mais importante em sua vida. Logo em seguida ao término da dinâmica e agradecimento a todos os participantes, foi solicitado que cada participante caracterizasse o encontro com apenas uma palavra.

Com o tema: Parasitose intestinal e higiene ocorreu a **segunda oficina**. Utilizou-se a dinâmica “rosa dos ventos na saúde”, objetivando-se assim conhecer, tratar e prevenir as verminoses; e desvelar os cuidados básicos para a higiene pessoal e do lar. Contou-se oito participantes. Inicialmente foi realizado o acolhimento do grupo e depois a explanação da dinâmica, como também o provimento de informativos sobre o tema, divisão das mães em duplas. Cada grupo teria que fazer um desenho de uma rosa, a qual teria no mínimo cinco pétalas, e em cada pétala se escreveria como se contraía e se tratava as verminoses e uma medida de higiene na prevenção as parasitoses. Em seguida foi aberta uma discussão com o grupo sobre o que foi exposto. O encerramento se deu com a solicitação de uma palavra que representasse como foi aquele momento da oficina.

Na **terceira oficina**, que teve o tema: Gripe ou resfriado na infância utilizou-se a dinâmica “desenhos a mão livre”, com a finalidade de investigar o conhecimento e desenvolver a criatividade por meio de desenho. Contou-se com nove participantes nessa oficina. Como as demais oficinas, começou-se com o acolhimento do grupo, fornecimento de informações e materiais (papel madeira, canetas e pincéis coloridos) para o desenvolvimento da dinâmica. Foi solicitado a cinco participantes um desenho individual que representasse a prevenção e cuidados da gripe nas crianças. E os outros participantes realizariam desenhos individuais sobre a cura e os cuidados de higiene pessoal relacionados ao tema. Após a exposição dos participantes, abriu-se uma discussão do grupo, em que os participantes expressavam, com base em saberes populares, seus conhecimentos, permitindo, assim, uma troca e enriquecimento. As atividades foram encerradas com a solicitação de uma palavra que expressasse seus sentimentos de como foi a tarde, convite para o lanche e o sorteio de brindes.

A dinâmica “O carteiro” foi utilizada na **quarta oficina**, cujo tema foi: A desnutrição infantil. Objetivou-se investigar o conhecimento e a percepção das mães sobre o tema e identificar as peculiaridades do cuidado, levando-se em conta o contexto. Participaram nove informantes, ocorrendo o acolhimento do grupo. De posse de nove perguntas dobradas em folhas de papel ofício, uma dentro da outra e em forma de uma carta, anunciou-se que a pesquisadora assumiria o papel de um carteiro e entregaria uma carta a cada participante. Com isso a carta foi passando de mão em mão e cada informante abria uma folha e respondia à pergunta quando lhe era solicitado. Em seguida, iniciou-se uma roda de conversa sobre o tema e novamente retomou-se a dinâmica até que se lessem todas as perguntas. O grupo solicitou que as perguntas fossem lidas pela pesquisadora e respondidas pelo grupo, diminuindo, assim, o nível de tensões para suas respostas. As perguntas relacionadas ao tema foram: o que é desnutrição; Desnutrição se transmite de uma criança para outra; Como prevenir a desnutrição; O que fazer com a criança desnutrida, dentre outras. Cada pergunta lida abria um leque de respostas e de conhecimentos a respeito do tema, surgindo novas formas de relacionamento. Ao final da dinâmica, houve troca de informações pelos participantes, solicitações de cópia das receitas de medicamentos caseiros (que estimulam o apetite e ajudam no desenvolvimento das crianças) que foram dadas por participantes.

A **quinta oficina** se deu com o tema: “Vínculo mãe-filho”. A dinâmica utilizada para esse momento foi a leitura do texto “O que é ser mãe” e a “dinâmica do toque”. Objetivou-se investigar a relação da mãe frente ao filho desnutrido; Vivenciou-se a afetividade e o vínculo mãe e filho com base no texto. O número de participantes foi de oito pessoas

(sete mães e um pai). Iniciou-se com a acolhida do grupo e a solicitação de formação de um círculo; Início da dinâmica propriamente dita, começando com a pergunta “o que é ser mãe?”, após a saturação da pergunta por meios das falas. Partiu-se para a leitura do texto “o que é ser mãe” pelo grupo, momento em que todos liam fragmentos do texto. Foi realizado um comparativo entre o que todos falaram no momento anterior e após a leitura do texto. Então foi complementada pelo grupo a idéia central da dinâmica.

Passou-se para a dinâmica do toque em que foi solicitada a divisão dos participantes em dois grupos e foi pedido para que um grupo permanecesse de olhos fechados enquanto o outro realizasse o toque. No segundo momento, inverteu-se os papéis e quem ficou de olhos fechados ficaria de olhos abertos e faria o toque nas pessoas de olhos fechados. Após a dinâmica, houve o agradecimento à participação do grupo. Foi solicitado ao grupo que, no próximo encontro, cada um trouxesse um convidado que convivesse com uma criança de baixo peso, objetivando dar continuidade mesmo com o término do estudo.

E assim ocorreu a **sexta oficina**, intitulada de "compartilhando experiências". Todos os participantes trouxeram pessoas de vínculos afins (irmãos, primos, amigos, vizinhos) que possuíam em seus lares crianças de baixo peso.

Iniciou-se com a formação de um círculo e, em seguida, foi realizado o acolhimento e apresentado sobre o início da formação do grupo até os dias atuais por um dos participantes, que foi eleito pelo o grupo. Solicitou-se que os participantes do grupo apresentasse a pessoa trazida. Desta forma, houve uma socialização. Em seguida foi

lançada uma pergunta "Por que você veio aqui?". Esse questionamento ocorreu para oportunizar aos novos participantes um momento de suas falas e com isso percebessem a relevância de sua participação. A finalização da oficina se deu por meio da dinâmica de grupo "círculo da amizade", com o objetivo de conhecer o novo grupo estimulando a convivência e o respeito mútuos. Contou-se com a presença de 18 participantes (17 mães e 1 pai). Solicitou-se que cada um deixasse o seu nome completo e endereço com as colaboradoras, para uma posterior visita domiciliar.

Posteriormente às oficinas, todas as mães agendaram os filhos para consultas sistemáticas mensais e individuais. Nessas consultas, houve um acompanhamento relacionado ao crescimento e ao desenvolvimento, observação/evolução das mesmas, como também, quando necessário, foram referenciadas aos profissionais de saúde dentro da instituição respeitando o princípio da interdisciplinaridade.

Como instrumento final da pesquisa foi aplicada novamente a entrevista, que é o procedimento mais usual no trabalho de campo. Por meio dela, o pesquisador busca obter informes contidos na fala dos atores sociais. As entrevistas semi-estruturadas resultam da necessidade de combinação de perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem a chance de relatar, espontaneamente, porém sem deixar de se envolver com o tema que envolve a pesquisa. Seguindo roteiros previamente executados pela pesquisadora, partem certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante (MINAYO, 2002; TRIVINOS 1992).

A seriedade desta técnica está no fato de que podemos apreender uma multiplicidade de circunstâncias dos acontecimentos que não são obtidos por meio de indagações, uma vez que, observados diretamente na própria realidade, transmitem o que há de mais misterioso e evasivo na vida real. Portanto, a questão norteadora final que guiou a entrevista foi: Quais as contribuições das oficinas educativas para o cuidar de seu filho desnutrido? (APÊNDICE 2)

É válido ressaltar que, em todo o percurso deste estudo, lançou-se mão do recurso de um diário de campo, no qual foram feitas as anotações concernentes à coleta de dados, constituindo-se em um instrumento de coleta de dados de valiosa relevância. Anteriormente às entrevistas, foi solicitada a permissão do uso de gravador, câmara fotográfica, bem como de câmeras de vídeo, sempre que se fez necessário. Durante as reuniões grupais, que ocorreram mensalmente, utilizou-se técnicas de dinâmicas de grupos com o objetivo de fortalecer o grupo quanto à coletividade e cumplicidade.

Segundo Fritzen (2004), a dinâmica de grupo constitui a abordagem metodológica mais indicada quando se pretende o desenvolvimento de grupos, por meio da aprendizagem vivencial. Se tivermos consciência das habilidades de cada membro do grupo, melhorando, aperfeiçoando e dispersando o crescimento destas habilidades individuais, então estaremos preparando o grupo para que tenha um crescimento contínuo e chegue então ao sucesso do projeto.

De acordo com o autor supracitado, o ciclo da aprendizagem vivencial compreende cinco fases, ou seja: a vivência propriamente dita (o jogo, a tarefa e a atividade); o relato de sentimentos, emoções e reações; o processo da vivência, pelo qual avaliamos nossa performance e recebemos “feedback” das pessoas envolvidas no processo; a exploração, caracterizada por generalizações, analogias, avaliações de situações passadas e presentes semelhantes às vivenciadas e o “insight”, aquele famoso “Ah!” – que surpreende quando se descobre algo novo; e, por último, o compromisso pessoal com mudanças de comportamento, atitudes ou reações que se façam necessárias. Portanto, por meio da aprendizagem vivencial, podem ser atingidos os seguintes objetivos fundamentais: aprender a aprender, aprender a dar ajuda e participação eficiente em grupo.

Na finalização dos encontros foi solicitado que cada participante indicasse e trouxesse uma pessoa (amiga, vizinho, familiar) que também convivesse com crianças desnutridas, visando a multiplicar o grupo e a divulgar os encontros por meio de suas informações.

3.6 Análise dos Dados

Como ocorreu com o método da teoria fundamentada em dados, os documentos foram coletados e analisados simultaneamente por meio do diário de campo. A análise de dados progrediu por diversos planos à medida que se buscou o significado de símbolos culturais sobre a linguagem dos informantes.

Foi utilizada a análise temática de Bardin por ser um método que trabalha com a subjetividade e a diversificação qualitativa, obtendo, assim, maiores resultados quanto aos objetivos do estudo. Sabe-se que a mesma engloba um conjunto de técnicas de análise das comunicações no campo de uma pesquisa qualitativa, utilizando-se de sutileza na obtenção dos dados.

Assim, Luz (2003) discorre sobre sutileza como a sensibilidade, os sentidos quando recuperados com o objetivo de auxiliar nas transformações necessárias à melhoria da qualidade de vida das populações, podendo nos permitir uma conjunção essencial entre sujeito e ação.

Análise temática tem por finalidade as descrições objetivas, sistemáticas e qualitativas do conteúdo manifesto da comunicação. Trata-se, portanto, de um tratamento de informações contidas nas mensagens. É conveniente, no entanto, precisar de imediato que, em muitos casos, a análise não se limita ao conteúdo e sim a um panorama geral do discurso. Assim a análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentidos, que compõem a comunicação e cuja presença ou frequência da aparição pode significar alguma coisa para o objeto a ser analisado (BARDIN, 1997).

A organização e a análise dos dados se deram por meio de três fases assim descritas: a pré-análise, tendo como objetivo a sistematização das idéias iniciais de maneira a conduzir ao desenvolvimento das etapas subseqüentes. Nesta fase, ocorreram várias leituras flutuantes de todo o material colhido com ênfase no diário de campo,

reportando-se aos contextos vivenciados para que se perpetrasse a escolha dos documentos indicadores condizentes com os objetivos.

A segunda fase veio com a exploração desse material já explorado e familiarizado pela pesquisadora na primeira fase e que teve como objetivo a administração sistematizada das decisões tomadas anteriormente. Consistiu então numa fase longa e fastidiosa, na codificação, consolidação e enumeração de todo o material selecionado. Por último, veio o tratamento dos resultados obtidos pela interpretação buscando a especificidade e a subjetividade dos elementos de maneira a serem significativos e válidos aos objetivos do estudo.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A problemática da desnutrição infantil e a necessidade da elaboração de estratégias de Educação Popular em Saúde direcionada a essa comunidade carente fizeram com que esse estudo ocorresse, sendo necessário discorrer sobre esses informantes ora representados pelas mães, ora representados pelas crianças.

A análise dos dados levou a reportar a cada momento anterior da pesquisa, concebendo a imagem do cenário e dos informantes, quase que compelindo a pesquisadora a retornar integral e estruturalmente às fases anteriores, garantindo a validação dos dados, associados ao material coletado escrito e gravado, ao diário de campo e, em muitas ocasiões, surgindo a necessidade de regressar no contato com os informantes para colher mais esclarecimentos.

Partiu-se para um diagnóstico constituído de elementos concernentes às informações fornecidas por meio dos informantes que, juntamente com as atividades realizadas, compuseram os resultados da pesquisa. Tais resultados foram compostos inicialmente pelas características dos nove participantes e de suas crianças. Em seguida foram enfatizadas as falas agrupadas pelas similaridades de significados e adquiridas pelas entrevistas semi-estruturadas iniciais e finais. Ressalta-se ainda que não se pode caracterizar, no entanto, pessoas de forma generalizada, pois cada indivíduo é um sujeito único e singular, apresentando diferentes maneiras de ser. Para os pais, participar do grupo foi um momento de subjetividade, pois se fez respeitar o significado, a individualidade e a relevância dos mesmos.

4.1 Descrevendo os Informantes e seus Filhos

O perfil dos informantes foi formado por meio de uma exposição minuciosa a partir dos dados colhidos nas visitas domiciliares, na entrevista inicial e durante as observações realizadas no percurso das oficinas educativas. Descreveu-se cada informante associando-os as suas crianças.

Água Marinha - Vinte e quatro anos, separada, do lar, mãe de dois filhos e estava grávida. A separação conjugal ocorreu devido à não aceitação da sua gravidez por seu cônjuge que, mesmo com a separação, fornece os alimentos semanalmente. Estudou até a quinta série do ensino fundamental, eventualmente faz faxinas em casas de pessoas conhecidas. Mora com sua mãe, onde residem oito pessoas. Mostrava-se extrovertida, dinâmica e participativa nas oficinas educativas. A renda da família é de cerca de dois salários mínimos. Sua filha tem três anos e seis meses, nasceu de parto normal a termo, pesando 3.250g. Foi amamentada por quinze dias e logo iniciou a alimentação artificial. Segundo informações da mãe, a criança desenvolveu alergia ao leite de lata, daí então ela freqüentemente desenvolve patologias gastro-intestinais. Atualmente come de tudo, mas ainda tem agravos intestinais.

Granada - Vinte e seis anos, mãe de duas filhas, casada há três anos. Concluiu o segundo grau da educação básica. Possui curso profissionalizante de telefonista e comércio, mas no momento não trabalha. Mora em casa própria com as filhas, seus sogros e seu marido, totalizando seis pessoas. Esclarecida e centrada em suas colocações, cooperava com o grupo sempre que se fazia necessário. O esposo, servidor público municipal, é responsável pela renda da família, em torno de quatro salários mínimos. A filha tem um ano e dois meses, nasceu de parto cesariana a termo, pesando

2,870g. Foi amamentada exclusivamente por seis meses Atualmente, é acompanhada pelo Serviço de Puericultura do Ambulatório do NAMI.

Esmeralda - Trinta e três anos, em união informal há cinco anos, alfabetizada, não tem vontade de retornar aos estudos, é mãe de uma filha. No momento, concilia os afazeres domésticos e a profissão de costureira para ajudar no orçamento doméstico. Aprendeu a costurar com sua vizinha. Seu cônjuge é caixa de um supermercado do bairro em que mora. Bastante cooperativa ativa e empolgada com as oficinas, estava sempre atenta às rodas de conversas que se formavam nas oficinas educativas. Em sua casa residem sete pessoas, entre pais e irmãos. E a renda da família é em média de dois salários mínimos. A sua filha de três anos e oito meses nasceu de parto normal a termo, pesando 3090g. Não foi amamentada devido à mãe ter desenvolvido a "psicose puerperal". Sempre teve dificuldades na alimentação devido a vômitos freqüentes.

Ônix - Quarenta e três anos, vigia noturno, em união informal há dez anos. Pai de três filhos. Seu nível de instrução é alfabetizado. Responsável pelos afazeres domésticos e o cuidado com as crianças enquanto sua esposa trabalha como secretária do lar, só retornando para casa no domingo. Demonstra muita devoção à religiosidade. Em sua casa residem cinco pessoas com renda familiar de um salário mínimo. Seu filho de cinco anos nasceu de parto normal pré-termo, pesando 2.050g, mas o mesmo não sabe informar o motivo que levou ao trabalho de parto prematuro. Foi amamentado exclusivamente até dez meses apesar da prematuridade. Por ter prolongado o período de amamentação demorou a adaptar-se a outros tipos de alimentos. Freqüenta creche (só pela manhã) desde um ano.

Topázio - Vinte e sete anos, mãe de uma filha, estudou até a quarta série do ensino fundamental. Exerce a profissão de vendedora ambulante de produtos de beleza.

Em sua casa residem sete pessoas, sendo a renda da família de cerca de dois salários mínimos. Sua filha tem 4 anos e dez meses e nasceu de parto normal pré-termo, pesando 1712kg, após saber que seu irmão foi atropelado. Foi alimentada por aleitamento misto por seis meses e começou a perder peso após um ano de idade quando iniciou a dieta da casa. A criança não come qualquer tipo de alimento, mas aceita muito bem "mingau d'água" e adoece constantemente. Frequenta a creche desde um ano de idade.

Rubi - 48 anos, viúva, sabe ler e escrever o seu nome, porém foi observado nas oficinas educativas que era analfabeta. Engravidou vinte vezes, nas quais praticou alguns abortos, outros morreram depois de nascidos e hoje conta com seis filhos vivos. Mora em casa própria. Trabalha catando lixo da comunidade em busca de algo para vender nas fábricas de reciclagem. A renda mensal é de cerca de um salário mínimo conseguido por meio da pensão do seu esposo. Sua filha tem três anos e dois meses e nasceu de parto normal a termo, pesando 2800g. Foi amamentada por um mês, começando a perder peso após seis meses de idade, quando ficou mais freqüente o mingau de água. Atualmente come qualquer tipo de alimento, mas fica doente com freqüência.

Lápis Lazules - Filha da Rubi, 20 anos, em união informal há cinco anos, mãe de três filhos, analfabeta, diz nunca ter se interessado pela escola, pois gostava era de namorar, não teve oportunidade de trabalho. Na casa moram seus filhos e seu companheiro (alfabetizado), que trabalha como vigia de carros num estacionamento comercial e cata lixo nos finais de semana, ajudando a sua mãe. A renda familiar fica em menos de um salário mínimo. Seu filho tem dois anos e dois meses e nasceu de parto normal pré-termo ocasionado por agravos na gestação (infecções urinárias de repetição), pesando 1.960g. A criança desenvolveu reação aos imunobiológicos ocasionando "convulsão" após a aplicação de vacinas. Na época foi encaminhado para as demais

aplicações em hospitais de referência. Devido a esse fato, a mãe atribuiu a uma falha no serviço e desistiu da cobertura vacinal. Foi amamentado por um período que ela não lembra. Começou a perder peso após quatro meses de idade quando os agravos à saúde ficaram freqüentes. Atualmente, melhorou das doenças, mas não consegue se manter no peso normal para a idade.

Turmalina - Vinte anos, do lar, mãe de duas filhas, com uma relação instável de dois anos. Concluiu o ensino fundamental e já trabalhou como auxiliar de escritório. Mora com sua mãe e seu companheiro e dividem as responsabilidades financeiras. Na casa residem oito pessoas e a renda da família é de cerca de três salários mínimos. Sua filha tem quatro anos e um mês e nasceu de parto normal a termo, pesando 3,100g. Foi amamentada por seis meses e começou a perder peso após um ano de idade quando as doenças ficaram freqüentes. Atualmente ela escolhe o que quer comer, porém não dispõe de qualidade nesta escolha. Melhorou das doenças, mas não consegue ter o peso normal.

Safira - Vinte nove anos, do lar, em união instável há cinco anos. Convive com seu cônjuge há mais de seis anos. Refere gravidezes anteriores (cerca de quatro) que não conseguiu evoluir por ter sido usuária de drogas. Estudou até o segundo ano do ensino fundamental, faz faxina em casa de pessoas conhecidas. Foi usuária de drogas (apesar de seu cônjuge continuar usuário) e sente preconceito nos vizinhos por conta de ter sido usuária. Na casa residem três pessoas e a renda da família é menor que um salário mínimo. A sua filha de um ano e dez meses nasceu de parto normal pré-termo, pesando 1,090g (ocasionado pelo uso de drogas excedentes). Devido à prematuridade extrema permaneceu por três meses em unidade de UTI neonatal recebendo alta com peso

adequado para a idade e não foi amamentada. Começou a perder peso após um mês em domicílio e atualmente não gosta de comer.

Seguiu-se, então, para uma análise constituída de informações das visitas domiciliares, das entrevistas iniciais e finais, o desenrolar das ações educativas e, posteriormente, as entrevistas finais das quais ocorreu um *feedback*. Faz-se necessário ressaltar que todas as informações foram respaldadas nas observações em campo realizadas pela pesquisadora.

4.2 Criando Vínculos na Visita Domiciliar

Durante o trajeto da visita domiciliar, percebeu-se um crescimento do vínculo entre pesquisadora e informantes, comprovado por meio das oportunidades surgidas e vivenciadas nas relações familiares, crianças e agregados aqui envolvidos. As visitas ocorreram por meio de um a dois encontros mensais no período de janeiro a junho de 2005. Desta forma a pesquisadora realizou observações participantes e suas anotações no diário de campo de modo mais espontâneo possível.

Os domicílios consistiam em casas construídas de alvenaria, sendo que todos os informantes residiam em casas próprias. O número de pessoas variava entre cinco e oito por domicílio. Dois dos informantes habitavam com a família, enquanto os outros sete dividiam seus lares com familiares (pais, sogros, irmãos, cunhados e sobrinhos). Quanto à separação da área física das residências, predominou a divisão de dois cômodos em cinco casas.

Chegava-se em dias, horas e turnos determinados e diferentes para que se pudesse presenciar o cenário mais natural possível. Desta forma os informantes estavam desempenhando as mais variadas atividades domésticas, tais como lavagem de roupa, preparando o desjejum ou o almoço, arrumando o lar, ou mesmo numa roda de conversa de rua, da qual pude participar, assistir e intervir em suas colocações e práticas de educação popular em saúde.

Nessas rodas de conversas, o saber popular das famílias e seu “empoderamento” também se fizeram presentes para a troca de informações, bem como o crescimento mútuo. Priorizou-se, durante esses encontros, as atividades mais corriqueiras às mais complexas e, principalmente, as rodas de conversa de rua, a fala dos informantes, as quais foram de grande valia para o desvelar dos mesmos e conseqüentemente para o enriquecimento do estudo.

Na primeira visita aos informantes, experimentaram-se sensações diversas desde o sentimento de troca *“O que eu vou ganhar com isso? Porque doutora isso leva tempo e disposição. Eu no momento estou desempregada e não tem por onde eu faltar às reuniões, mas a qualquer hora eu acho um bico, né?”*, medo, e até sensações de agradecimentos foram evidenciados *“Doutora o meu interesse é de cuidar de minha filha, acho que me meto em qualquer coisa para ver minha filha bem e se a senhora quer me ajudar eu sou muito agradecida. Posso dar as informações necessárias que pode ser útil para o tratamento da minha filha”*.

O cuidado com os filhos foi outro fator de observação durante as visitas domiciliares onde se apreendeu este tratamento, na casa da Água Marinha, nas primeiras horas da manhã o preparo do desjejum de seus filhos em que a mesma relatou que as crianças (de cinco e dois anos de idade), eram capazes de providenciar tal refeição sem a sua presença. Em outra ocasião, na casa seguinte, quando perguntado sobre seu filho de cinco anos, a mesma narrou não saber ao certo o seu paradeiro, referindo que *ele estava por aí nas redondezas*.

O embasamento essencial do exercício profissional de enfermagem é o cuidado, o qual não pode ser restrito ao cumprimento de técnicas num corpo doente instalado dentro de um ambiente institucionalmente oficializado. Esse cuidado deverá transcender os muros de instituições de saúde até chegar aos lares. Esta visão limita e compromete a possibilidade de abranger outras dimensões desse cuidado e garantir seu impacto na sociedade (VARGAS, 2005).

Chegou-se, então, à casa de Rubi no horário do almoço, quando se pôde vivenciar a realidade daquela família. Notou-se que as crianças comiam em bacias pequenas (uma espécie de baidão de dois em pouca quantidade) pelo chão, não dispondo de um local limpo e arejado para tal momento. A forma como servia tal iguaria e tratava as crianças era apática, ou seja, tanto fazia comer ou não, justificando o seu modo *pelo cansaço de já ter parido, cuidado de muitas crianças e a sua idade avançada*.

Em contrapartida a esse modo de cuidar, presenciou-se em outra casa o preparo dos filhos para irem à escola e à creche, percebendo o cuidado por meio da apresentação

física. Todos estavam banhados e penteados. Seu cuidador manifestou a sua preocupação em levá-los à escola da melhor forma possível, revelando os seus cuidados de higiene e alimentação. Outros informantes se mostraram, durante as observações de campo, com cuidados relevantes em relação às suas crianças, relatando que se levantavam cedo para preparar o café e arrumar os filhos para a escola. Suas casas sempre se encontravam limpas e organizadas quando eram visitadas. Esmeralda demonstrou um cuidado direcionado à educação da filha, referenciado por meio do ensino de auto-cuidar-se em suas ações, dentro de um contexto natural e saudável. Na casa de Topázio, percebeu-se ansiedade em suas ações quanto aos cuidados de sua filha, atribuindo este modo a sua ausência relacionada ao seu trabalho.

Presenciou-se situações nas quais questionou-se este cuidado por parte das informantes, por meio de situações práticas que incidiram na saúde das crianças. Em uma das visitas deparou-se com sua criança com um quadro de diarreia ocasionada pela ingestão de alimentos condimentados, conforme relato da mãe, que se mostrava indignada *por não dormir a noite passada dispensando cuidados à filha.*

Nesta ocasião, Água Marinha estava estendendo a rede em sua janela, onde os populares se faziam presentes. Aproveitou o momento para interagir com os mesmos por meio de uma roda de conversa. Todos foram se aproximando e se inteirando do assunto. A princípio, tímidos, mas com a acolhida da comunidade, o entrosamento logo aconteceu naturalmente. Surgiram, por meio desta roda de conversa, várias formas populares do tratamento da diarreia. Os participantes expuseram os seus conhecimentos e práticas de seus familiares acerca do tema. Relevaram-se as falas dos populares associando-as à

intervenção de enfermagem e finalizou-se com as contribuições de aprendizagem em seus relatos.

Gripes, parasitoses intestinais, problemas dermatológicos foram outras situações encontradas comumente durante as visitas domiciliares, nas quais priorizaram-se os saberes populares, a valorização de suas práticas, associando-as às intervenções de enfermagem. O relato sobre os agravos à saúde das crianças fez com que a prática do cuidado e a assistência de enfermagem se fizessem presentes. Encontraram-se situações, as quais não se pode intervir de forma satisfatória por estar em seus domicílios, sendo necessário encaminhá-los ao NAMI, mas na medida do possível as intervenções ocorreram de modo satisfatório.

A assistência às crianças e, por conseguinte, às famílias nos domicílios pode modificar consideravelmente o presente modelo epidemiológico da saúde da criança. O diagnóstico precoce e decisões apropriadas quer seja na assistência ao nível local ou referenciadas para a unidade de saúde, podem ser facilitados a partir do uso de protocolos e normas de atendimentos (CEARÁ, 2002).

A questão financeira despertou a atenção da pesquisadora em suas observações de campo e nos relatos dos informantes. Apesar de as famílias residirem na mesma área geográfica, perceberam-se contrastes financeiros na comunidade. Enquanto na casa de Rubi, Lápiz Lazules e Safira, as pessoas vivem com recursos financeiros mínimos para a sobrevivência, onde o fornecimento de água e energia é mediante instalações ilícitas, há famílias, como a de Granada e Turmalina, que dispõem de condições e qualidade de vida

melhores. Contrabalançando este contraste, ou seja, considerando-as em situação precárias, porém com melhores condições financeiras que as citadas, estão as famílias de Ônix, Águas Marinhas, Esmeralda e Topázio, que passavam por privações financeiras, mas que conseguem manter as condições mínimas de sobrevivência.

Como exemplo desta realidade, vivenciou-se a chegada de Rubi, por volta das oito horas da manhã em sua casa, com vários produtos retirados do lixo, para tentar vendê-los em fábricas de reciclagem. Representando boas condições financeiras está a família de Granada, em que se constatou, por meio de recursos materiais (aparelhagem de som, televisões e geladeira), tal diferença.

A luta pela sobrevivência e dias melhores foi abordada por Topázio, que necessita todo os dias deixar sua filha sob os cuidados da irmã para conseguir o sustento por meio de vendas domiciliares, relatando que, apesar de sua irmã ficar com sua filha, ela ainda ajuda no sustento de sua filha por meio de seu namorado, que é estrangeiro, e lhe fornece dinheiro (em moedas estrangeira - dólares) que auxilia nas despesas domésticas.

A sociedade vivencia constantemente situações de violência em casa, no trabalho, no trânsito, na escola e, principalmente, nos meios de comunicação. Infelizmente a sociedade impõe às crianças essas manifestações devido às precárias condições em que sobrevivem, à situação educacional nas escolas, à instabilidade das relações familiares e de renda.

No que concerne à violência na comunidade Edson Queiroz, constatou-se um fator de grande preocupação para as famílias. Percebe-se que em alguns informantes se

evidenciam maiores incômodos, enquanto noutros se instala um quadro de imparcialidade, conformação em relação a esses fatos considerados corriqueiros, despertando, ainda, para outros, sentimentos de piedade.

Lápis Lazules foi uma das informantes que vivenciou momentos de conflitos quanto à violência, cuja conseqüência a fez sair do seu domicílio e pedir abrigo em casa de amigos, pois seu companheiro expôs sua família a situações constrangedoras. O mesmo, em uma briga na comunidade, foi em defesa de um amigo e com isso foi ameaçado de morte.

Esta questão vem abrolhando e movimentando todos os domínios da sociedade, além de ser reconhecido como terrível problema de saúde pública. A violência é considerada um fenômeno gerado nos processos sociais levando as pessoas, grupos, instituições e sociedades a se agredirem mutuamente, a tentarem dominar umas às outras, a tomarem à força a vida, o psiquismo, os bens e/ou os patrimônios alheios.

Situações de turbulências foram experimentadas por outra moradora. Seu companheiro, usuário de drogas, negociou tal produto com os integrantes de gangues e trouxe à família situações de angústia. Porém, conseguiu livrar-se da dívida por meio de um pagamento exorbitante que resultou em dois anos de negociação. A informante afirma que a família passou por momentos difíceis e que até hoje tem traumas.

Percebe-se que a violência tornou-se mais um agravante na comunidade Edson Queiroz devido à formação de gangues de tráfico e comércio de drogas, visto que esses

grupos delimitam os espaços físicos e sociais da comunidade, e isso, cada dia, aumenta o quadro de instabilidade nas ruas.

Stotz (2005) relata que a venda de narcóticos como a maconha, a cocaína, o *crack* e o *ecstasy* consiste em uma saída para muitos adolescentes humildes em comunidades e bairros populares, e, conseqüentemente, tornou sua existência mais curta, no momento em que se trata de um comércio disputado com armas, outra fonte altamente rendosa para os intermediários da indústria das drogas.

Um dos informantes, sempre temente a Deus e O invocando em suas colocações, referiu a sua indignação e descontentamento frente à violência na comunidade, ironizando a situação de desconforto em que se encontra, relatando que *os homens de bem estão trancados enquanto os marginais estão soltos e armados*. Para outra informante, a violência do bairro é atribuída à *falta de oportunidade e preparo desses grupos por parte dos pais para o mundo, ou mesmo uma doença*. *A falta de Deus também contribuiu para o desvirtuado caminho em suas vidas*.

Pereira (2005) reforça a idéia ao aduzir que crianças que vivem em ambientes violentos tendem a pensar ser esta a única forma de convivência e sofrem muito até descobrir que podem viver de forma mais saudável. Infelizmente, sabe-se que ainda há subnotificação da violência doméstica como se imperasse uma lei do silêncio. Sabe-se, ainda, que, na maioria dos casos, os pais e os familiares são os principais agressores.

Alguns momentos de impedimento foram vivenciados, durante os quais não se pôde ir aos domicílios dos informantes. O motivo principal foi a revolta ocasionada pela

prisão de um integrante de uma das gangues de traficantes. A Rua do Comércio, que consiste na área física de demarcação entre duas gangues e é a principal via de acesso central do lugar, transformou-se em território proibido para quem mora na baixada. Dias (2005) ressalta que baixada ou favela de baixo é o nome popular da parte mais pobre do lugar. Quem é da favela de baixo tem que omitir o local onde mora. Na Rua do Comércio fala-se pouco e quem se arrisca pede para não colocar o nome.

Neste contexto, orientou-se, pela clientela vinda ao NAMI, a suspensão de atividades que seriam realizadas na comunidade, relatando momentos turbulentos e perigosos naquela semana. Com essa manifestação optou-se na suspensão das visitas até que se normalizassem as rotinas da comunidade.

No retorno às visitas domiciliares percebeu-se nas informantes sentimentos de alegria e satisfação, as mesmas sabiam, por meio da comunicação informal, os motivos da ausência e segundo elas a comunidade não inspirava confiança nem segurança naqueles dias turbulentos de violência.

É claro que a questão da violência perpassa por questões sociais, econômicas e culturais, mas não se pode se eximir desta responsabilidade. É preciso ajudar a construir um país com cidadãos saudáveis e felizes capazes de contribuir para a solução desse problema.

Vale ressaltar que as visitas foram relevantes para o estudo, pois se oportunizou vivenciar e apreender a realidade, interceder por meio da educação popular em saúde junto às famílias; participar, atuar ou assistir ao dia-a-dia da vida das famílias das informantes e, assim, percorrer diversos campos do conhecimento científico e popular, utilizando-se de uma linguagem científica mesclada de um conhecimento popular.

4.3 Analisando as entrevistas

Após incansável leitura na busca de validação dos dados, mediante a descrição cuidadosa da documentação das falas dos informantes das crianças desnutridas, e, quando necessário, retornando ao encontro para a revalidação do estudo, sempre com a finalidade de evitar vieses nas informações, identificou-se significados que proporcionaram a reflexão da influência econômica, social e, sobretudo, cultural.

Segundo Monticelli (1997), durante o preparo dos conceitos, o pesquisador está lapidando pedras brutas, elucidando dúvidas e constituindo afinidade. Deste modo, os conceitos são extremamente úteis e imprescindíveis para conduzir os estudos, mas percebendo também que não são fundamentalmente rigorosos, como se fossem “*variáveis relacionais a priori*”. Eles são usados essencialmente como norteadores das práticas assistenciais. A análise das transcrições e as observações *in loco* durante as entrevistas reforçaram os dados obtidos com os demais instrumentos e com os achados da literatura.

Foram analisados os discursos de três questões norteadoras iniciais e uma questão considerada como *feed back* do estudo. Posteriormente, foram destacadas e agrupadas por convergência, o que possibilitou a classificação do conteúdo em sua totalidade e fizeram emergir as seguintes categorias iniciais: o alimento cuidando do meu filho; desconhecimento sobre a desnutrição; a remissão de sua culpa.

4.3.1 *As entrevistas iniciais*

A compreensão do objeto de estudo fez-se pela descrição das categorias extraídas dos discursos das informantes, após análise interpretativa e reflexiva. Essas categorias vão ao encontro do foco do estudo, ou seja, educação popular em saúde no cuidado da desnutrição infantil.

É válido ressaltar que os informantes abordaram em seus depoimentos aspectos relacionados ao fator financeiro, à cultura do cuidado, sofrimentos junto ao filho, incertezas da cura da doença sendo cogitadas nas categorias.

Assim, as categorias **Desinformação sobre a desnutrição do filho; Alimento cuidando do filho desnutrido e Culpa na percepção do cuidado do filho desnutrido** foram refletidas e analisadas nos aspectos interligados.

Corroborando com esta idéia, Frota e Barroso (2003) relatam que o contexto cultural é intrínseco e condiciona aspectos integrados na analogia entre saúde e doença, desvendando os significados e modos de cuidar de pessoas, com valores e estilos de vida diversos.

4.3.2 Desinformação sobre a Desnutrição do Filho

Sabe-se que a população menos favorecida, de um modo em geral, enfrenta inúmeras dificuldades de assistência nas unidades de saúde em busca de um acompanhamento. Dada essa dificuldade, as mães se condicionam a cuidar dos filhos nos domicílios a sua maneira, superando assim as suas expectativas de ida e vinda ao posto de saúde por meio de medidas paliativas. Em contrapartida associa-se também a esta problemática o número restrito de profissionais de saúde, os quais limitam-se ao atendimento do maior número de clientes, perdendo-se na qualidade da assistência ao cliente. Esta problemática repercutiu na troca de informações entre usuários e profissionais de saúde.

Assim, diariamente, assistimos passivamente nas unidades de saúde à chegada de inúmeros clientes portadores de diferentes enfermidades, sem que se questione e se investigue até que ponto a unidade de saúde interage no contexto social, político e cultural em que vivem interferindo na saúde (SABOIA, 2003).

Tavares (2005) discorre sobre esse fato descrevendo que, para os profissionais de saúde, o comportamento é o mesmo, ou seja, dissimulam que estão ajustando o cuidado que gostariam de proporcionar. Assim como sua clientela, eles buscam em suas potencialidades subjetivas formas criativas de fazer o concreto em comunidades tão adversas. Em meio a essa distorção de atendimento e assistência, surge uma lacuna da informação ou da desinformação sobre os agravos de saúde sofridos por essa clientela.

Neste contexto, torna-se relevante estratégia de Educação em Saúde, por serem capazes de, isoladamente, ensinar a clientela o que poderiam e deveriam fazer para manter a saúde e evitar as doenças.

Assim, a Educação em Saúde foi considerada um conjugado de atividades e práticas, método e recursos de ordens institucionais, governamentais ou da cidadania. Norteia-se por fomentar a benfeitoria de qualidade de bem-estar e acesso a bens de serviço sociais, patrocinando a ampliação de conhecimentos, atitudes e comportamentos favoráveis ao cuidado da saúde e ao desenvolvimento de estratégias que permitam à população um maior controle sobre a sua saúde e suas condições de vida, tanto individual quanto coletivamente, por meio de informações (GUTTIERREZ *et al* 1997),

A desinformação sobre a desnutrição foi encontrada em relatos, em decorrência da falta de conhecimento que poderia ter recebido pelos profissionais de saúde responsáveis pelo "atendimento" desta clientela. Algumas vezes, houve referência a informações sobre a desnutrição, porém havendo falha nesta comunicação devido à informação não conter uma linguagem acessível, portanto não condizente com o seu nível de entendimento ou com a sua escolaridade.

Eu perguntei a um aprendiz de doutora e ela me disse que não sabia explicar para mim entender pois no livro só ensina difícil (Granada).

Eu só sei que é uma doença horrível e minha filha tem... E na creche teve algumas vezes que as doutoras falaram o que era isso, mas eu não entendi a fala delas (Esmeralda).

Em alguns episódios, as relações entre profissionais de saúde e paciente se apresentam, também, conflituosas. Sendo em função da imagem social do doente que o profissional determina suas estratégias, faz-lhe prevalecer sua autoridade e aceitar sua vontade todo-poderosa, desapropriando-o de sua doença e até mesmo de seu corpo e sensações. É uma relação de força desigual. A esta circunstância o paciente costuma responder pela passividade e submissão que levam à desinformação sobre a doença. Algumas informantes referiram o interesse em perguntar sobre a doença de sua filha, porém o tempo e a pressa do profissional não lhes permitiram.

Sei que a minha filha tem, é preocupante, que está ligada à falta de alimentos e cuidados com a criança... eu queria até saber como foi que ela teve essa doença, mas a correria da gente e as doutoras atende tanta criança que eu fico assim em perguntar as coisas (Turmalina.)

De acordo com Di Loretto (2004), a relação com o paciente infantil é "alargada, por ser muito indireta e intermediada". O profissional que imagina que sua relação só se faz com a criança, ou não saiu dos bancos universitários, ou ainda é muito inábil e desatento. O profissional necessita estar atento para que essa comunicação seja realizada com sucesso.

O que eu sei sobre a desnutrição é que quando a criança não tem aquela alimentação, e precisa comer tudo para o peso aumentar. A minha come de tudo e não engorda (Água Marinha).

É quando o menino fica magro... Não fica no peso que é pra ser, daí por qualquer motivo ele adocece, cai de peso não quer comer, e fica desnutrido (Ônix).

Eu... Sei mais ou menos. Né? Sei que deixa as crianças magras, e a minha filha tem. Tem doutora que diz que é porque ela não se alimenta direito, mas eu sei de criança que passa é fome e não fica assim magra. E ela é sempre assim... (Topázio).

Percebe-se o universo complexo de incertezas sobre a influência do cuidado para com o filho como consequência da desinformação. Pais sedentos de informações sobre as doenças que acometem seus filhos, as quais possam guiá-los para a formação de uma consciência crítica.

A busca de mudanças do modelo vigente de assistência à saúde aponta para as ações de prevenção e promoção, resultantes de novos paradigmas, segundo o qual a atenção deve centrar-se na saúde e não mais na doença. O enfermeiro está diante de um novo desafio que consiste em ampliar a consciência da população sobre os determinantes da saúde por meio de informações.

Como um dos componentes da Atenção Primária de Saúde, a educação em saúde tem um papel fundamental na mudança de práticas assistenciais sociais e institucionais

no campo da saúde. A educação em saúde tem a potencialidade de ser promotora de saúde e de ser um instrumento a mais para superar as dificuldades enfrentadas pelos profissionais em suas práticas, informando os clientes sobre sua saúde.

Na concepção de Stotz e Valla (1993), o indivíduo é visto dissociado do seu meio, mas como um todo social e cultural, a intervenção “medicalizante” por si, somente, não satisfaz como principal ação e torna-se premente se buscar outras metodologia que interfira neste processo.

Destaca-se que a utilização da expressão Educação em Saúde usada neste estudo perpetra referências às práticas oriundas da educação popular que encaram o ato educativo como processo de construção coletiva de conhecimento e de apreensão da realidade pelos sujeitos nele envolvidos, ensejando a possibilidade de transformação das situações vivenciadas. Este marco teórico foi sistematizado pela primeira vez por Freire (1979) e, como preconiza o seu método, utilizam-se metodologias participativas em que equipe de saúde e população interagem em um processo de troca e acumulação de saberes.

Eu queria mesmo é que alguém soubesse o que aconteceu com a minha menina...
(Safira).

Será que eles não podiam falar pra nós sobre essa desnutrição de um jeito que eu pudesse ensinar como se cuida dela (Turmalina).

Revela-se nestes depoimentos o anseio de se aprender sobre o agravo que acomete suas famílias para que possam de diversas formas intervir no percurso da vida de suas crianças de modo a se cumprir os objetivos da educação e promoção da saúde.

Assim, a educação em saúde alcança uma definição mais ampla quando associada ao alcance da promoção da saúde, sendo entendida como um processo de capacitação das pessoas, por meio de uma abordagem sócio-educativa que assegure conhecimentos, habilidades e consciência crítica. Entretanto, durante muito tempo, perdurou e ainda continua a persistir uma visão positivista e reducionista da educação em saúde, tratando-se de transmissão de conhecimentos, hábitos de cuidados e higiene com base em manuais governamentais de controle e tratamento de doenças preveníveis. (BARROSO; VIEIRA; VARELA, 2003).

É válido ressaltar que novos desafios vêm sendo colocados à prática da educação popular em saúde, decorrentes do contexto de globalização, do estilo de vida, da crescente exigência por direitos de cidadania e novas descobertas no campo da biotecnologia e da comunicação e informação. Esses desafios exigem uma mudança complexa e multidimensional desta prática, influenciados pelas condições históricas e sociais dos conceitos de saúde e educação (CARVALHO, PETRIS e TURINE, 2001)

Neste contexto, a saúde é definida como o perfeito estado de bem-estar bio-psico-social e espiritual que um indivíduo podia atingir, reforçando os determinantes biológicos em detrimento das condições sociais, que não consideravam a autonomia e a capacidade de superação das pessoas no enfrentamento da situação saúde-doença, conduzindo a

educação em saúde ao nível informativo. Essa visão tem resultado na instrução de caráter individual, sem o devido questionamento sobre as políticas públicas e a participação comunitária enquanto reflexão de sua realidade de vida e saúde (OMS, 2000).

Com a Declaração de Alma-Ata sobre Promoção da Saúde (1978), a saúde passou a figurar como um direito humano fundamental e como meta social mundial. A saúde e a doença passaram a constituir processos dialético, social e histórico que se manifestam sobre o biológico na expressão do padrão de vida e da estrutura social. Essa visão implica em uma percepção da totalidade do homem como ser social e histórico indissociável (BRASIL, 2001).

Minha filha não tem saúde... eu sei que é porque ela é magrinha por causa da doença dela... será que eu poderia melhorar e não sei como? (Esmeralda).

Para Buss (2003), a saúde é identificada como bem-estar e qualidade de vida e não simplesmente ausência de doença, necessitando enfocar a educação sanitária e a comunicação para a saúde na ampliação das capacidades pessoais e da comunidade de melhorar as condições físicas e psicossociais nos espaços onde vivem, estudam, trabalham e se divertem.

Corroborando esta perspectiva, Levy (2004) considera que a educação em saúde deve promover, por um lado, o senso de identidade individual, dignidade e responsabilidade e, por outro, a solidariedade e a responsabilidade comunitária.

Observa-se, com freqüência, a busca de assistência às necessidades dos usuários frente à crescente consciência de cidadania e se avança na noção de acolhimento no atendimento, assim como surge a necessidade de redefinir o pensar e o fazer na prática educativa em saúde, em função da relevância assumida pelas experiências de promoção da saúde, porém fatores extrínsecos se associam a este contexto dificultando a transformação desta realidade.

Segundo Pedrosa (2001), essas práticas compreendem relações entre sujeitos sociais, ocorrem em diferentes espaços, portam diferentes saberes, são práticas dialógicas, estratégicas, mediadas pela ação instrumental, apresentando-se de maneira formal ou informal, utilizando metodologias progressistas ou conservadoras, desenvolvidas em espaços públicos ou privados. O autor supracitado lembra que a educação popular em saúde pode transformar a consciência crítica para que pessoas bem informadas, aptas a decidir, assumam o domínio da situação compreendendo a necessidade de se reforçarem social e politicamente sob vários aspectos na consecução dos objetivos traçados, ou seja, de promover qualidade de vida a seus filhos.

4.3.3 Alimento Cuidando do Filho Desnutrido

A alimentação é um procedimento espontâneo e consciente presente no homem, influenciado pelos fatores culturais, econômicos e psicológicos, por meio do qual cada indivíduo escolhe uma lista determinada de produtos naturais ou artificiais para acatar as

suas carências biológicas e de material e energia, a partir do meio externo (BATISTA FILHO, 2003).

A influência que a nutrição exerce sobre a saúde infantil é conhecida. Está amplamente comprovado que o potencial de crescimento e desenvolvimento do organismo, sua capacidade de reagir às doenças e suas próprias chances de sobrevivência dependem do cuidado dispensado para um bom estado nutricional.

Perneta, desde 1988, relata que são múltiplas e variadas as causas da desnutrição. Mas uma dentre elas, a carência alimentar, é incomparavelmente mais importante que todas as outras reunidas, pois a mesma é decorrente de problemas socioeconômico, cultural e político de um país. A desnutrição infantil, assim como as morbidades decorrentes de infecções associadas, estão intensamente ligadas ao cuidado e a práticas alimentares desfavoráveis para as crianças menores de cinco anos, particularmente em populações menos favorecidas.

Sabe-se que a saúde tem como uma das causas determinantes e condicionantes, entre outras, a alimentação. Assim, a Declaração dos Direitos da Criança afirma, no seu princípio 4º, que a criança deve beneficiar-se da seguridade social, crescendo e desenvolvendo de modo sadio, do direito a uma alimentação, moradia e assistência adequada a todas as modalidades de saúde (ONU, 20/11/1959).

Para isso, Helman (2003) relata que o alimento é mais do que apenas uma fonte de nutrição, pois desempenha diversas funções nas várias sociedades humanas, e está intrinsecamente relacionado com os aspectos sociais, religiosos, culturais e econômicos da vida cotidiana.

Nesta categoria apreendeu-se que os informantes atribuem ao alimento, fonte primordial, como fator determinante para o cuidado de seu filho. Desta forma, percebeu-se que, apesar dos informantes viverem em condições precárias com baixos níveis socioeconômicos, ocorre uma priorização da alimentação. Muitos deles, por não ter nenhuma condição de renda, são impedidos de escolher ou mesmo de ter acesso a alimentos necessários à sobrevivência.

Eu acho que cuido bem. Alimentação nas horas certas, quando tem comida, tudo que me explico sobre a alimentação, eu tento colocar em prática, (...) às vezes eu faço (Granada).

Às vezes eu cuido bem, outras vezes não, acho que ela não ganha peso, porque não dou a comida que ela precisa nas horas certa? Tem vezes que não tem o que dar de merenda e quando vejo já estar na hora de almoçar (Esmeralda).

Nos depoimentos foi possível perceber as dificuldades enfrentadas para conseguir práticas alimentares saudáveis para a criança. A alimentação complementar chega, muitas vezes, precocemente aos cardápios infantis e os alimentos utilizados são freqüentemente de baixo teor energético, como os leites artificiais com diluições

inadequadas. Depara-se com o ensino de técnicas de diluições de líquidos (tais como leite, sucos de frutas) e orientações como subsídios para obtenção do aproveitamento destes alimentos. Também, é comum a queixa *de não querer comer* pelos informantes das crianças desnutridas.

Pensa-se em inapetência quando a criança alimenta-se abaixo do mínimo cientificamente esperado ou aceito, dando-se devido a uma diminuição dos alimentos e, por conseguinte, da redução da capacidade gástrica comuns em crianças desnutridas. Então, devido à carência do organismo, rejeitam ou recusam abertamente os alimentos ou os retêm na boca por um bom tempo, ou ainda vomitam logo que os ingerem (ACCIOLY, SAUNDERS e LACERDA, 2003).

Freqüentemente criam-se nestas circunstâncias um ambiente intolerável entre a criança e a família. Neste caso todas as possibilidades devem ser investigadas, desde as causas orgânicas, aos distúrbios psicológicos adquiridos anteriormente. Desta forma, reforça-se a literatura quando refere à problemática vivenciada nas famílias.

Ninguém cuida como é para ser... Como a mãe cuida, né? Quando eu chego meio dia, a menina ainda não comeu. A comida está na mesa, mas ela mal tocou, bibicou... Brigo, brigo muito com ela (...) acho que ela não tem fome, por isso é que ela não vinga (Água Marinha).

Diversos alimentos regionais de elevado valor nutritivo de baixo custo e facilmente disponíveis, embora consumidos pelas famílias, não são ofertados às crianças menores

de dois anos. Existem tabus culturais de “quente” ou “frio”, “reimoso” (com características inflamatórias) ou “pesados” para vários alimentos. Além disso, o valor nutritivo desses alimentos é uma incógnita para mães e profissionais de saúde que, então, enfrentam dificuldades, respectivamente, no preparo e aconselhamento de alimentos complementares adequados (CEARÁ, 2002).

Quando tem comida é repartido por igual, e sempre o prato dele fica com comida sobrando, também procuro na feira as coisas mais baratas (...) que é do tempo e tem na nossa terra como o milho, o jerimum e as frutas do mês, mas ele não gosta e come muito pouco e sempre sobra (Ônix).

Eu cuido dele, mas ele não gosta de comer. E quando chega a noite eu tenho medo de dar as coisas. Eu não dou a ele comida de panela à noite... Ele pode adoecer (Topázio).

Nem sempre se pode contar com programas sociais de suplementação alimentar (leite e cestas básicas) que favoreçam as famílias carentes tampouco dispor da ajuda de uma nutricionista nas unidades de saúde com a finalidade de suprir as orientações adequadas, sendo necessário neste contexto a valorização dos costumes locais e das condições socioeconômicas das famílias, bem como orientar alternativas na obtenção de alimentos alternativos e/ou regionais de baixo custo e de considerável valor nutritivo. Não tem sido rotina nos serviços orientar alimentos alternativos do tipo farelo, sementes de girassol, casca de ovos, já que não fazem parte dos hábitos alimentares da região,

ocorrendo assim uma recusa por parte da comunidade.

Com a finalidade de proporcionar ganho de peso em crianças desnutridas, deve-se fornecer uma dieta balanceada em micronutrientes capazes de suprir as necessidades básicas das mesmas. Para isso, grandes quantidades de calorias devem ser oferecidas. Em geral, as recomendações são de que haja ingestão de proteínas de alto valor biológico. Nesta fase, recomenda-se a administração de vitamina A, vitamina D, ferro, zinco e cobre em diferentes quantidades (WASSALL, 1999; WORD FOR PROGRAMME, 2005).

Eu cuido muito bem. Ele está indo para a creche todo dia. Lá ele estuda come comida que aqui não tem. Eu só botei ele na creche porque lá ele tem tudo que eu não posso dar, até a comida quem faz é uma doutora. Mas quando ele não vai ou quando ele volta, aí eu cuido dele (Lápis Lazules).

Na procura ininterrupta de saciar a fome, os informantes recorreram, como opção para as crianças, à alimentação fornecida pela creche, sendo esta, na maioria das vezes, o fundamental motivo para colocá-los em tal espaço, ou seja, como um jeito de assegurar que o filho tenha o direito ao alimento durante o período em que se encontram na creche, assim a angústia da mãe abrandava até que retornem solicitando comida.

Sobre este aspecto, Frota (2003) relata que é como se as famílias ganhassem tempo para impetrar o recurso que procuram para obter os alimentos. Mas, na realidade, deparam-se com inúmeras dificuldades que refletem não só na desnutrição dos filhos,

mas de toda a família. Práticas alimentares incorretas têm levantado a problemática, que envolve a introdução precoce de alimentos, muitas vezes de baixo teor energético e/ou pobres em micronutrientes, como leites artificiais diluídos erroneamente, mingaus e sopas e dietas monótonas. Percebe-se que a desnutrição infantil está diretamente interligada às dificuldades em que sobrevivem as famílias carentes. O estado nutricional infantil depende basicamente do consumo alimentar e do estado de saúde da criança. E esses fatores dependem da disponibilidade de alimentos no domicílio, da insalubridade do ambiente e do cuidado destinado à criança.

Considera-se que a alimentação como meio de prevenção do quadro de desnutrição fornece à criança a energia necessária às atividades de todas as funções da vida, bem como o material indispensável à manutenção dos órgãos, ao crescimento, ao desenvolvimento e à formação de proteínas sérias, hormônios, enzimas e anticorpos. Para atuar nestas funções, os alimentos devem estabelecer números (quantidade) que expressem limites energéticos adequados, como também taxas convenientes de itens vitais de alimentos (ACCIOLY, SAUNDERS, LACERDA, 2003; MONTEIRO, 2003)

4.3.4 Culpa na Percepção do Cuidado do Filho Desnutrido

Em todo o processo da vida, o cuidado está presente e faz parte da história da enfermagem. Rotineiramente a atenção da equipe de saúde na pediatria se concentra na criança, principalmente no seu agravo à saúde. As necessidades dos informantes são relegadas ou têm a atenção secundária, a despeito do fato de que a relação dos pais define e dirige o nível de tensão emocional da criança. Dessa forma, cuidar da criança implica cuidar também dos pais.

Nesta categoria, em especial, constatou-se a necessidade de um cuidado direcionado aos informantes, o que exige do enfermeiro um comportamento e saberes diferenciados, que concorram no mesmo momento e ambiente com aqueles destinados à criança desnutrida, que é o centro das atenções.

Aprende-se que se é responsável pelo cuidado para com os outros e com isso usa-se posturas de "*tomar de conta*", ou seja, supervisionar, comandar, insistir, seduzir, chorar, acusar, produzindo culpa nos contextos cotidianos e solicitando intervenções milagrosas, a fim de se redimir e se salvar deste sentimento. Nesta conjuntura, em que o informante consiste numa mola propulsora para as questões norteadoras sobre a subjetividade deste estudo, envolvendo assim a cultura, seus medos e angústias, além de um provável sentimento de culpa e desapontamento, podem aflorar a insegurança ocasionada pela doença da criança que perpassa para uma doença familiar.

Em função dos problemas vivenciados e decorrentes da desnutrição infantil, a família pode estar sob efeito da ansiedade, originada de relações emocionais não resolvidas ocasionadas pela culpabilização. A culpa é um sentimento penoso demais para ficar solto na mente. Assim, o informante tende a perder a flexibilidade e a espontaneidade nas relações pessoais, interpreta mal os acontecimentos e as comunicações verbais (DI LORETO, 2004).

Abordou-se, nesta categoria, a percepção da mãe sobre o seu filho desnutrido, na qual se percebeu a prevalência do sentimento de culpa. As aflições dos pais evidenciam-se em seus depoimentos. A ansiedade traz consigo a sensação de medo, insegurança, inquietação contínua, perda de confiança em si, em face das pessoas e da situação em que se encontra o filho, manifestando-se por meio da culpabilização.

Ferreira (1999, p.590) define culpa como “sentimento despertado em consequência de uma negligência, sem propósito de lesar, mas que causou danos ou ofensa a outrem. Violação de uma regra de conduta, de que resulta lesão do direito alheio, provocando no indivíduo um estado ou qualidade de culpado”.

Tais definições partem das regras de moralidade estabelecidas pela sociedade, nas quais se considera o ato praticado, e no âmbito da justiça determina o grau de punição, de acordo com os padrões determinados de se ter ou não culpa em função da característica e gravidade do ato.

A gente olha para ele e dá um desgosto. De vez enquanto olho e acho ele com um olhar tão triste que me dar um aperto no coração. Às vezes nos culpamos... (Esmeralda).

Tenho remorso (...) eu me sinto culpada. Já pensou se ela nascesse sem perna, com algum defeito no corpo por minha culpa? Eu acho que eu me mataria de vergonha em saber que eu fiz uma coisa dessas para a minha própria filha (Safira).

A doutora falou que ela estava desnutrida, eu fiquei arrasada achando que eu errei no cuidado (Granada).

Nos dias de hoje, é comum o sentimento de culpa. O que influiu esse sentimento ancestral a ponto de transformá-lo num martírio da vida moderna foi o surgimento de uma variedade de causas para se sentir culpado. Numa sociedade livre, o indivíduo continuamente vai se arrepender em maior ou menor grau por ter optado por esta ou aquela escolha. A ansiedade associada a angústias foram os sentimentos predominantes. Percebeu-se que estes sentimentos partiam da insegurança perpetrada nos entraves de informações que as informantes não obtiveram.

Assim, Oliveira (2002) referencia que a ansiedade se acha estreitamente ligada à culpa e à tendência de reparação. A ansiedade é o processo pelo qual o ego sintetiza os impulsos destrutivos e os sentimentos do amor por um único objeto.

No Brasil e no exterior questiona-se sobre os motivos relacionados à culpa. Dentre as respostas mais citadas, estão a falta de tempo para a família, não ter as condições

financeiras exigidas pela sociedade, princípios religiosos e a culpa pelo que não fez. Conhecendo esses motivos, cria-se oportunidade de reflexão do momento em que se vive denominado de "crise existencial da vida moderna", pelos *expert* da área (BUCHALLA, 2003).

Considera-se a culpa como um sentimento penoso demais para ficar solto na mente. Quando associados ao pecado e ao temor a Deus, por exemplo, diminuíram a importância. Enquanto o pesar está ligado à dedicação insuficiente aos filhos e à família e às relações no trabalho, ganharam destaque. Assim as informantes relatam o remoço em ter que deixar os filhos para irem trabalhar.

(...) eu me sinto culpada por que tenho que ir trabalhar e o pai deles está desempregado, (...) Às vezes eu me culpo (Água Marinha).

O impacto mais poderoso no que diz respeito ao sentimento de culpa está relacionado às alterações nas relações familiares. O modelo tradicional, em que o pai centralizava as normas da casa no tocante ao financeiro, foi substituído pelo surgimento de oportunidades profissionais para a mulher. Com isso, a mãe passou a assumir funções no mercado de trabalho para dar garantia do sustento familiar. Atualmente, conciliar as atividades de mãe e profissão consiste num grande dilema na vida das mulheres.

Outra informação que chama a atenção no arcabouço familiar é o crescimento do número de domicílios em que as consortes cumprem a dupla função de afazeres profissionais e do cuidado de seus lares. Sabe-se que esse percentual chega a 30% e

que a incidência de extrema pobreza é mais nesses lares. É significativo ressaltar, também, que muitas famílias dependem da renda da mulher mesmo quando o homem está presente (GUIMARÃES, 2005).

Vários questionamentos são originados da culpa e com isso a autopunição e o desequilíbrio emocional ocorrem porque comumente abrolha de uma cobrança, de algo que não se deseja fazer e, com isso, leva-se à sujeição. A culpa é o processo mais eficaz de fazer com que um sujeito se submeta aos caprichos ou desejos de outra pessoa (DE LORETO, 2004).

Ressalta-se, portanto, que quando não se faz algo que se gostaria de fazer ou que poderia ter sido feito, sente-se um pequeno desapontamento que subitamente se vai, a isso chamamos “contrição”. Quando se exige algo que não se tem vontade, que não se tem capacidade ou que não se tem vocação para fazer, e por falsa compreensão exige-se isso de nós mesmo, vem em forma de condenação a culpa de não termos conseguido. O remorso que gera sofrimento e impotência é o principal sintoma da culpa. Trata-se de uma das sensações mais insuportáveis que o ser humano pode vivenciar.

Eu fico às vezes a mim perguntar o que foi que aconteceu com ela (Topázio).

Sei que eu não fiz o que era pra fazer (...), mas acho que só eu que tinha de sofrer e não nós duas (Ganada)

Às vezes nos fica pensando porque não deu certo com ele e nós nos culpamos...
(Esmeralda).

De acordo com a história, culpa e punição são as duas faces de uma mesma moeda. É natural que alguém atingido por uma desgraça pergunte de forma retórica o que fez para merecer uma punição. Como o castigo só existe em razão de um pecado, essa pessoa passa a se sentir culpada e conclui que realmente algum erro cometeu para receber imolações. Como um sentimento que não nasce dentro de nós, a culpa precisa ser implantada por outra pessoa e em seguida ser contraída como uma doença, quanto mais sugestionável ou ingênuo for o paciente, maior é seu poder de autodestruição (BUCHALLA, 2003).

Na medida que vai sendo cultivada, vai-se criando maior dependência no locutor, aumentando o desconforto interior e com isso maior submissão. Constatou-se que o sentimento de culpa foi impetrado nos informantes por meio de seus círculos de convivência, os quais familiares amigos e vizinhos referenciam.

Os vizinhos ficam perguntando porque ela é magra. O pai dela fala e eu fico muita chateada. Ai eu me sinto culpada por que tenho que ir trabalhar e o pai dela está desempregado, (...) Às vezes eu me culpo (Água Marinha).

O pessoal cobra, os vizinhos, os parente, de vez em quando minha mãe, mas... É como eu já disse, deixo para lá, mas é muito ruim essa cobrança, eles acham que é só culpa da família (ônix).

Eu sinto que o pessoal me culpa e diz que ela nunca vai ter saúde na vida por causa da droga e isso aumenta a minha culpa e me deixa muito triste. Eu e ela vamos ter que conviver com esse problema, para o resto da vida (Safira).

Doutora as pessoas acham que é falta de cuidado, ou culpa da mãe quando a criança fica assim (Esmeralda).

Como mostra o referencial teórico, sabe-se que para se livrar da culpa não basta fazer apenas o que é correto, e sim fazer o que não causa danos a si próprio ou aos outros, ocupar-se apenas o que está dentro da sua capacidade de fazer ou aceitar. A consciência de ter débito para com a divindade não se extinguiu após o declínio da forma de organização da sociedade. Crer em uma divindade que castiga, ou seja, punitiva, apenas criou pessoas que não se identificam, pessoas que não acreditam em seus próprios sentimentos, que fazem apenas o que é bom para os outros. Com isso, essas pessoas vão vendo a vida passar, vendo os outros seguirem seus caminhos, restando para si apenas a solidão, criando vácuos. Nada vai ficando, a não ser suas culpas causando doenças psicossomáticas (OLIVEIRA, 2002).

É porque eu fiz muita coisa de ruim e agora veio essa criança para me castigar? (...) na minha mocidade eu fui muito danada... (Topázio).

A dívida com seus antepassados é lembrada pela informante que acredita ser este o fator desencadeante de tal culpa, e assim ela relata:

É um carma que eu vou levar para o resto da vida, esse peso na minha consciência. Por um lado eu penso que poderia ter sido até pior (Safira).

O sentimento de culpa em relação à divindade não parou de crescer durante milênios, e sempre na mesma razão em que neste mundo cresceram e foram levados as alturas o conceito e o sentimento de Deus. O advento do Deus cristão, o Deus máximo até agora alcançado, trouxe também ao mundo o máximo de sentimento de culpa. A culpa nada mais é que o desejo que os outros têm em dominar outra pessoa, cultivar esse sentimento é aceitar essa dominação, é responsabilizar-se pelos remorsos dos outros, pelas incompetências dos outros, pelas frustrações dos outros (SANTOS, 1998).

No ser humano, sentir remorso faz parte do nosso aprendizado, consistindo num aviso de que algo está para ser corrigido, e não imperativo como a culpa. Não se foi criado para errar, ou pagar por erros dos outros, ou para ser condenado. O ser humano existe para fazer o melhor e para aperfeiçoar-se qualitativamente a partir de seus erros e acertos, segundo a consciência e a capacidade evolutiva humana. Na verdade, sempre se faz o melhor e na medida que aumentam as vivências adquire-se uma consciência mais ampla e com isso aprimoram-se os conceitos e se adquire uma evolução.

Fui logo tratar de me inscrever nos programas, procurei ajuda no IPREDI, pois fiquei com vergonha das minhas amigas... (Esmeralda).

Teve um tempo que eu não saía de casa só cuidando dela e percebi que ela ficou muito grudada em mim (Ônix).

Para a psicanálise, no entanto, a dor da culpa configura-se como um aspecto do desenvolvimento do sujeito, cuja experiência colabora para o crescimento emocional, sendo que sua propriedade e intensidade irão auxiliar a deliberar a originalidade e amadurecimento do sujeito (OLIVEIRA, 2002).

O caráter desconhecido da desnutrição infantil para os pais leva-os à sensação de culpa por ter provocado o agravo à saúde. A distorção das relações familiares mediante ter um filho “doente”; a ansiedade associada à desinformação sobre como conviver com a doença favorecem a imprevisibilidade do quadro de saúde e à fragilidade dos mesmos. Como se não bastasse, o fator socioeconômico agrega-se às dificuldades encontradas. Assim a desnutrição vincula-se à culpa junto aos aspectos socioeconômico e cultural, sempre se questionando sobre as razões do acometimento de tal patologia na criança.

Para compreender o processo saúde-doença, é importante evitar culpar o doente ou o responsável por ele, vendo seu mau estado de saúde como decorrente exclusivamente da cultura em que vive, em vez de considerar também sua situação econômica e social (HELMAN, 2003).

Ressalta-se, portanto, como pontos positivos do sentimento de culpa junto às famílias de crianças desnutridas, a capacidade de se preocupar e a aquisição de valores morais que são primordiais para uma vida saudável em sociedade. A capacidade de sentir culpa encaminha o indivíduo para as vivências, momentos cruciais para o

amadurecimento emocional e determinante das escolhas de objeto para uma vida adulta saudável.

Deve-se aproveitar cada momento da vida para melhorar as atitudes sem medo do sentimento de culpa, e de ser com isso egoísta, mas sim por que leva à prosperidade e à evolução. Não bastam dívidas materiais, castigos morais e introversão da crueldade para explicar a gênese da consciência de culpa. Portanto, culpa só existe onde o sentimento de impotência de quem deve corresponde à onipotência amorosa de quem doa. A aquiescência do devedor quanto ao valor inestimável do bem recebido e sua capacidade de reverter o sentimento de doação é condição necessária ao nascimento de culpa (COSTA, 2004).

4.4 Contribuições das Oficinas de Educação em Saúde

Sabe-se que o modelo biomédico centrado na medicalização norteou as ações de assistência permeando as unidades de saúde pública, conduzida pela maioria dos profissionais de saúde. Assim, a concepção dos profissionais de saúde, desde meados do século XX, é norteada pelo modelo fragmentador, guardando relação com o paradigma de atenção à saúde atual, centrado nas consultas de enfermagem, direcionadas ao tratamento dos agravos com o auxílio de recursos tecnológicos (MELO, CUNHA, TONINI, 2005).

Incluir nessa prática um direcionamento para a promoção e prevenção de saúde por meio das ações de educação popular em saúde tornou-se necessário ao estudo, como ruptura de um padrão centrado na medicalização e na cura.

Neste processo de reconstrução de uma política de saúde, marcado por embates de interesses e lutas, a educação popular foi um instrumento metodológico central, visando a uma atenção integral à saúde, com maior controle das pessoas e grupos sobre sua vida e saúde, e mudanças da racionalidade do modelo biomédico.

Vasconcelos (2001) considera que o movimento de educação popular trouxe práticas alternativas ao modelo mercantil e biologista dominante, sobretudo a partir da década de 70. Refere ainda que a participação dos profissionais nesse movimento trouxe uma cultura de relação com as classes populares, que contribuiu para romper com a tradição autoritária e normatizadora da prática educativa.

Nesta pesquisa, relevou-se a coletividade e a cidadania, pois se aventurou a proporcionar aos participantes o desvelar de um aprendizado em conjunto e simultâneo, como também o conhecimento de seus direitos perante a sociedade. Deste modo, as diferenças e as singularidades que cada participante trouxe foram subsídios fundamentais para a assimilação no outro de sua própria problemática, criando possibilidades de transformação em suas ações diárias.

Ao assistir aos serviços ambulatoriais, por meio de oficinas educativas, o enfermeiro visa a abrir o espaço para discussão, reflexão e compreensão das dificuldades encontradas pelas famílias quanto aos cuidados cotidianos de modo mais complexo e satisfatório. Consideraram-se também os componentes ambientais, físicos, culturais, sociais, econômicos associados às diversidades de cada família, ressaltando que, em todas as oficinas educativas, trabalhou-se exaustivamente os conceitos de promoção da saúde no contexto saúde e doença.

Deste modo, Czesrenia e Freitas (2003) defendem a idéia de que promoção da saúde traduz-se em expressões próprias da realidade. Resgatam a perspectiva de relacionar saúde e condições de vida, compartilhando desse pensamento, as situações culturais, econômicas, psicológicas, sociais e ambientais que exercem forte impacto no processo saúde-doença.

Nas primeiras oficinas oportunizou-se a familiarização e uma reflexão sobre a formação do grupo. Na intenção de fortalecer a busca pela construção de um projeto, o

grupo expressou sua maneira de organizar-se e conhecer-se ao longo das oficinas de educação popular em saúde, constituindo-se pela demanda individual e pelas relações sociais e de ajuda entre os participantes. Vale ressaltar que se priorizou trabalhar em todas as oficinas em círculo a valorização de suas falas, escutas e mesmo a observação participante.

As práticas educativas devem permitir aos indivíduos-sujeitos sociais históricos e culturais do ato de conhecer e reconhecer a obtenção de destreza para a tomada de decisões na busca de uma melhor qualidade de vida. É dentro dessas concepções de educação, saúde e educação em saúde o papel de defensor - facilitador para os grupos sociais com os quais interagem e que necessitem de mudanças sociais. E com isso os indivíduos resgatam a sua cidadania, colaborando para a promoção da saúde (VALLA e STOTZ, 1993).

Durante as apresentações, que se constituíram na suas percepções individuais, percebeu-se uma dificuldade em demonstrar suas idéias acerca dos assuntos, impedindo que assimilassem a percepção do outro. Cada participante esteve preocupado com sua problemática e dificuldade de expor-se diante do outro, demonstrando com isso um incômodo natural vivenciado por todos que se encontravam naqueles primeiros momentos de formação do grupo. Com o desenrolar das demais oficinas, constatou-se uma evolução, percebida por meio do envolvimento e do amadurecimento dos participantes.

Apreendeu-se também que Lápis Lazules e Turmalina participavam de modo mais entusiasmado e envolvido no auxílio de desvelar os enigmas da desnutrição infantil, com

a finalidade de que, num futuro mais próximo, pudessem prevenir seqüelas à saúde de seus filhos e promover a melhoria na qualidade de vida de suas famílias.

As presenças de Ônix e Rubi, representando pessoas mais velhas (43 e 48 anos), deixaram o grupo mais coeso para falar de sua experiência no cuidado para com o filho desnutrido como também garantiram uma tomada prática de vivência do cotidiano indispensável à problematização de situações/dificuldade, aproximando-as quanto às experiências vivenciadas frente ao quadro da desnutrição infantil.

O relacionamento entre os participantes foi satisfatório, demonstrando para isso espírito de cordialidade e respeito mútuo. Conseguiu-se formar uma relação de presteza e segurança já que os mesmos compartilhavam de experiências em comum. Presenciaram-se cenas de carinho e corporativismo, em Safira, que, por algum motivo, não podia estar presente. Como também as informantes começaram a se visitar em suas necessidades de doenças ou quando a pesquisadora as visitava e não estavam presentes no momento, eles mesmos se mobilizavam para que todos ficassem informados sobre a presença na comunidade. Esta comunicação informal também foi constatada por Esmeralda, que quando não era encontrada em sua casa, no outro dia procurava a pesquisadora no NAMI, referindo ter sido informada sobre a visita a sua residência pelas informantes. Isso fez com que se percebesse que realmente formou-se um vínculo de amizade a partir desses encontros mensais.

A maioria dos informantes (cerca de seis) se mostrava mais participativa mediante comunicação oral. Notificou-se a participação por expressões de gestos, facilidade na

apreensão de informações, disposição e disponibilidade durante os momentos vivenciados nos diferentes níveis de escolaridade. Percebeu-se, em razão da quantidade de filhos, que os participantes com menor número de filhos mostrava-se com mais intensidade de envolvimento nas atividades do grupo, constatada por meio da sua participação e do seu interesse, podendo esse fato ter relação, com a insegurança de uma mãe primipara comum ao novo momento vivenciado.

O fator cultural mostrou-se constante no processo das oficinas, pois representou um conjunto de princípios que nortearam o sujeito do estudo a vivenciá-los emocionalmente e a se comportar e dentro deste contexto aflorando a educação popular em saúde. Notou-se tal fator por meio do cuidado desenvolvido pelos informantes na prevenção e tratamento dos agravos à saúde dos filhos, ficando caracterizado que dentro da cultura da comunidade as mães valorizavam seus conhecimentos, constatados por meio de seus relatos: *As lombrigas crescem e ficam aí vagando no corpo. Outra coisa é que não pode comer fruta que tenha já verme, como a goiaba e o milho, à noite, porque aí é que elas crescem no corpo, de dia pode!; Eu sei que a folha do mamão verde é muito bom para cortar as vermes; Faz um chá de quebra preda bem forte, sem açúcar e dar de manhã cedo que é tira e queda pra tudo que é ruim?*

Ressalta-se que os informantes respaldam-se no saber popular para a terapêutica dos agravos surgidos no dia-a-dia, como o cuidado ambiental e a utilização de remédios caseiros à base de plantas medicinais. A utilização de plantas como forma de cuidado de doenças é comum na população, e na maioria das culturas que se conhece, e esse

recurso terapêutico de cura tem efeito, seja simbolicamente ou de modo mensurável, por meio de comprovação. (FROTA E BARROSO, 2003).

Os fatores que se relacionam ao estilo e às condições de vida de um indivíduo ou coletividade são causas determinantes da cultura de uma comunidade. Neste grupo de determinantes incluem-se as características como costumes, educação, crenças e hábitos de vida. Assim, em seu sentido mais amplo, Taylor (2002) define a cultura como um todo complexo que abrange conhecimento, crença, arte, princípios morais, leis, costumes e quaisquer outras aptidões e hábitos adquiridos pelo homem como membro da sociedade.

A cada oficina realizada, percebia-se o anseio dos informantes em aprender mais sobre o cuidado para com o filho desnutrido por meio de troca de experiências intragrupais, evidenciando esse interesse por meio de demonstrações práticas comprovadas na visita domiciliar. A participação continuava evoluindo, averiguando-se praticamente no processo de mudança que estava presente na participação popular de educação em saúde, ocorrendo assim no período das oficinas educativas. Cogitou-se o desejo de torná-los agentes multiplicadores dos conhecimentos adquiridos em que se percebeu que a idéia foi aceita pelos mesmos.

Verificou-se que os informantes se encontravam em processo de mudança, confiantes para atuar, junto as suas famílias com determinação, significando que se instrumentalizaram como futuros cuidadores dos filhos desnutridos mediante seus aprendizados, ou mesmo congregando a autonomia de forma totalitária. É importante ressaltar que esses resultados provêm do próprio envolvimento e das constantes

interações com o meio social. As oficinas de educação em saúde serviram de suporte, contribuindo para a sua própria mudança, repercutindo na melhoria do cuidado dos filhos, na estrutura familiar, na evolução do crescimento e no desenvolvimento e favorecimento de interações que emergiram na vida social.

4.5 Avaliando as Práticas por meio da Entrevista Final

As avaliações das práticas educativas remetem ao conhecimento da situação final resultante de intervenções em uma dada situação, de modo a considerar os componentes do cenário, características da situação inicial, objetivos do estudo, metas e estratégias de intervenção. O resultado da ação educativa foi pesquisado na ampliação da consciência, aquisição de habilidades, surgimento de novos interesses e mudança de comportamento.

Portanto, é desafiador avaliar práticas de educação em saúde neste estudo, uma vez que exigiu o acompanhamento prolongado dos sujeitos envolvidos e, assim, poder identificar o impacto da informação dada sobre os comportamentos desses informantes.

Como resultante da entrevista final surgiu a categoria **consciência do cuidado**. Emergiu nesta categoria que, dentro da cultura da comunidade na qual estão inseridos, os informantes, apesar das noções básicas do cuidado, aludiram o despertar de uma nova consciência.

Vai contribuir para cuidar desse menino que eu estou esperando. Não vou cair nos mesmos erros de deixar com qualquer pessoa cuidar como eu deixei ela (Água Marinha).

Comecei a ver o que eu fazia sem me sentir com a minha filha. Poucas coisas que a gente faz e pensa que não tem importância no cuidado dela, aprendi muito... (Esmeralda).

Digo que vou me cobrar mais no cuidado de meu filho, pois aprendi que o cuidado com ele é que faltou. Tudo está junto quando se deseja dar saúde para nosso filho (Ônix).

A ciência das potencialidades e entraves perante a complexidade do cuidado para o desenvolvimento de uma consciência crítica capaz de superar tais fronteiras se tornou relevante. Precisa-se superar os limites e simultaneamente saber-se que não se é onipotente e infalível. É preciso, a cada dia, a cada nova experiência, tentar construir a própria identidade sobre a missão, que é cuidar da vida dos seres humanos.

Já em 1989, Colliere referenciava que cuidar é uma necessidade humana e não uma obrigação específica de uma categoria profissional, ou apenas dos progenitores. Cuidar no significado de assistir, tomar de conta, é antes de tudo um ato de vida, pois simula uma diversidade de ações que se propõe a alimentar e a amparar a existência de um ser humano.

O ser humano necessita de cuidados em sua totalidade, exercendo, assim, uma ação preferencial em relação a sua consciência crítica nas dimensões física, psíquica, social e espiritual, com competência e tecnologia e humana. Quem cuida e se deixa tocar pelo sentimento humano torna-se um radar de alta complexidade, humaniza-se no processo e, para além do conhecimento científico, tem a preciosa chance e o privilégio de crescer em sabedoria. Essa sabedoria coloca o ser humano na rota da valorização e descoberta de que a vida não é um bem a ser privatizado, mas um dom a ser vivido e partilhado solidariamente com os outros (PESSINI, 2004).

Deste modo, os profissionais de saúde poderão transformar não só a prática da assistência à saúde, mas também ampliar a consciência da população sobre os determinantes da saúde, o autocuidado (*empowerment*), as relações com o meio ambiente em que se vive e o direito à saúde como meios para a promoção da qualidade de vida.

A gente não sabe de muita coisa, mas quando percebe na prática é que se vê o que a gente realmente sabe e até pode mudar os pensamentos, ficar mais entendido (Turmalina).

Como um dos componentes desta mudança, a Educação em Saúde constitui-se um forte marco em nossas práticas sociais e institucionais neste campo. Educar em saúde é o procedimento pelo o qual o indivíduo é habilitado, harmonizando seu autoconhecimento da realidade, para a identificação das forças que interagem em seu

ambiente de vida – cultura e participação na busca conjunta de alternativas de transformação das suas condições de vida (D' EL REY, 1996).

Gadotti (1991) considera "*empowerment*" como "a potencialidade criadora, dinâmica da educação para mudança". Descrito no conceito de promoção da saúde, revisto no encontro internacional em Otawa diz que: "Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo".

A prática de aprendizagem permanente e gradativa com base nas experiências de cada um, em que as mudanças ocorrem a partir das necessidades sentidas, com uma comunicação aberta de respeito e valorização das pessoas envolvidas, traduz sem dúvida um processo democrático de autocuidar-se.

A senhora sempre escutava e dava valor às besteiras que a gente falava de cuidar e como a gente tinha conhecimento, pois a gente ia aprendendo umas com as outras... a gente trocou as figuras.... (Topázio).

Depois eu vi que a senhora queria era que a gente falasse da nossa vida para ajudar umas às outras e melhorar nossa vida, (...) ensinar e aprender como cuidar de nossos fio (Rubi).

Neste estudo, atuou-se como sujeito de ação, compartilhando e cultivando crenças e valores culturais dos informantes. Stotz e Valla (1993) referem que os profissionais de

saúde, quando se relacionam com indivíduo leigos e comuns, não são professores a registrar num livro de folhas limpas. E, ainda que seja relevante assimilar criticamente os subsídios teóricos a este respeito, principalmente dos estudos sobre os aspectos sociais da saúde e doença, é necessário conhecer e alcançar na experiência, na infinita complexidade da vida. Neste sentido, os educadores também precisam ser educados.

Desde 1979 que Freire referenciava os ensinamentos destes autores quando ensinava a tentativa da conscientização dos indivíduos com quem se trabalha, enquanto com eles também se conscientiza. Para o autor, este e não outro parece ser o verdadeiro papel do trabalhador social que optou pela mudança.

Em sentido mais amplo, destaca-se que a missão da educação é fortalecer as condições de possibilidade da emergência de uma sociedade-mundo composta por cidadãos protagonistas, conscientes e criticamente comprometidos com a construção de uma civilização planetária. Tudo isso leva a crer que esse homem, sujeito e autônomo, se forma no processo de educação libertadora (MORIN 2004).

É necessário, portanto, uma prática educativa em saúde que considere as necessidades reais das pessoas e populações, favorecendo a sua autonomia, liberdade e participação na prevenção, promoção e restabelecimento de sua qualidade de vida e cidadania. O protagonismo e a responsabilização desses sujeitos pela vida compreendem a sua inserção sócio-política e humanitária, numa relação ética consigo mesmo, com o

outro e com o planeta na sua totalidade, possibilitando uma vida plena. Este seria o papel fundamental da educação em saúde, articulando diferentes conhecimentos no contexto das políticas de saúde, sociais, econômicas e educacionais.

Tradicionalmente, a educação em saúde tem sido um utensílio predominando um saber dominante, de responsabilização das pessoas pela diminuição dos agravos à saúde. A educação popular pode ser utilizada como instrumento auxiliar na inclusão de novas práticas por profissionais e serviços de saúde. Sua concepção teórica, valorizando o saber do outro, apreendendo que o conhecimento é um método de construção coletiva, tem sido utilizada pelos serviços propendendo a um novo entrosamento das ações de saúde, como ações educativas (ALBUQUERQUE, 2004).

Faz-se necessário lembrar o conceito de Freire (1980), a respeito de conscientização, o qual significa estar absolutamente convencido de que a educação é a prática da liberdade, uma ação de conhecimento, uma aproximação crítica da realidade. É notório que, cada vez mais, se busquem formas de atender às necessidades dos usuários frente à crescente consciência de cidadania e se avancem na noção de acolhimento no atendimento, assim como surge a necessidade de redefinir o pensar e o fazer na prática educativa em saúde, em função da relevância assumida pelas experiências de promoção da saúde.

Passa-se a criar formas inovadoras no processo de aprendizagem entre um número significativo de profissionais de saúde que, adequando-se de uma metodologia de ação pedagógica, na relação de serviços de saúde/ população, onde o fundamental

objetivo é a colaboração no esforço das classes populares pela conquista dos seus direitos e uma maior habilidade de acordo e enfrentamento de seus problemas de saúde. Essas práticas compreendem relações entre sujeitos sociais, ocorrem em diferentes espaços, portam diferentes saberes, são práticas dialógicas, estratégicas, mediadas pela ação instrumental, apresentando-se de maneira formal ou informal, utilizando metodologias progressistas ou conservadoras, desenvolvidas em espaços públicos ou privados. A sua avaliação consiste em julgar se o esforço empreendido para atingir determinados fins foi alcançado com sucesso, como foi realizado e quais foram os beneficiados com tais ações. (VASCONCELOS, 2000; PEDROSA, 2001),

Nós aqui não temos muita condição, mas a senhora mostrou que tem que fazer com o que possui e querendo a gente consegue mudar. Eu quero dar o melhor para eles (Ônix).

Ressalta-se, portanto, que se faz necessário levar em consideração as condições em que os informantes existem, reconhecendo a importância dos “conhecimentos de experiência feita para que se torne possível o respeito aos educandos, à dignidade, à autonomia e à identidade de cada um. É papel do educador saber escutar para, posteriormente, interferir, pois ele não é aquele que simplesmente transmite conhecimento, mas que interage com os sonhos, desejos, esperanças tímidas ou fortes e até frustrações dos educandos” (FREIRE, 2005).

Portanto, constatou-se que os informantes se encontravam em completo processo de mudança, acreditando na liberdade para agir, na sua autonomia, com consciência e

determinação, o que denota que eles se instrumentalizaram como futuros cuidadores dos filhos por meio de suas práticas, ou mesmo incorporando a pedagogia da autonomia de forma horizontalizada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa retratou a síntese do caminho que se trilhou na construção do conhecimento concernente à Educação Popular em Saúde no cuidado da criança desnutrida. Refletindo sobre o princípio deste estudo, a vontade de realizá-lo associada ao objeto do estudo e ao planejamento dessa trajetória, reafirma-se com veemência a motivação profissional.

O estudo buscou identificar os fatores culturais que interferiram no cuidado do filho desnutrido e investigar o conhecimento dos pais quanto à desnutrição do filho, assim como tornou possível propor ações de educação em saúde para as crianças desnutridas que freqüentavam os ambulatórios de pediatria do NAMI, inúmeras vezes, mascaradas por diferentes agravos à saúde, ressaltando patologia, pelos retornos cada vez mais freqüentes. Diante deste quadro, ao pesquisar os aspectos culturais do cuidado da família com o filho desnutrido, fortaleceu-se uma reflexão acerca dessa temática, assim como a influência das causalidades relacionadas ao comprometimento da desnutrição infantil.

Inspiraram a pesquisadora, nesta caminhada, os desafios impostos pelo amadurecimento humano enquanto pessoa, enfermeira e, sobretudo, cidadã. Amadurecimento este percebido e compartilhado com os informantes por se fazer necessário que se despissem de características da própria personalidade para se tornarem participantes do estudo. No momento em que aceitaram a ajuda diferenciada por meio de um grupo experimental, ocorreu a exposição diante de pessoas desconhecidas, o detalhamento (a sua maneira) o cuidado e o progresso do mesmo sobre

suas crianças, a troca de idéias. Assim, incorporaram novos conceitos sobre a cultura do cuidado para com os filhos desnutridos, revelando as mudanças geradas de uma nova consciência nos sujeitos da pesquisa.

Neste sentido, a articulação entre o modelo biomédico vigente, associada à prática em Educação Popular em Saúde, foi o método escolhido para a consecução dos objetivos deste estudo. Sabe-se sobre a importância do modelo biomédico, porém defende-se a incorporação do saber popular com sua cultura e crença das famílias atuando diretamente na qualidade de vida da comunidade. Assim concebe-se uma parceria entre os dois padrões, muito embora revelem haver necessidade de se resguardar os limites e as especificidades de cada um desses modelos.

Após a elucidação dos dados, recai sobre os profissionais de saúde a responsabilidade de ser instrumento de fortalecimento dos pais cuidadores dos filhos, reforçando que a educação em saúde tem importância fundamental no desenvolvimento de informações e práticas educativas, que quando em respeito a cada cultura específica pode transformar a realidade.

Ressalta-se que o contato com a família por meio das visitas domiciliares proporcionou uma melhor apreensão, aceitando a transformação de condutas adquiridas nas oficinas de Educação em Saúde e estabeleceu uma dinâmica familiar mais benéfica, além de colaborar para a mudança nos âmbitos social, econômico, físico e cultural. Assim, a cultura foi interpretada como um campo fértil apreendendo outros elementos de sentido e significado que auxiliaram na compreensão da realidade, emergindo das

interações familiares, reunindo-as e conferindo-lhes valor enquanto indivíduo/sociedade/espécie, sustentando-se no seu sentido pleno.

As categorias extraídas nos depoimentos dos pais revelaram a desinformação sobre a desnutrição do filho e que a alimentação está presente como característica primordial no cuidado do filho desnutrido, predominando neste cuidado um sentimento de culpa empírico, mas ao mesmo tempo forte ao depararem com a percepção do cuidado do filho desnutrido. Mediante os achados partiu-se para uma reflexão e análise dos aspectos interligados, incidindo, assim, sobre o objeto da pesquisa gerando diversos esclarecimentos.

Alguns desses esclarecimentos cominaram-se ao fato de se constatar o elevado índice de desinformação sobre a desnutrição infantil pelos informantes, tornando necessário um repensar sobre a assistência destinada a essa clientela. A atribuição do alimento como a principal fonte de cuidado do filho desnutrido, sendo que o fator financeiro contribui diretamente na obtenção deste alimento impossibilitando a família deste cuidado; E o sentimento de culpa mantido pela maioria dos informantes, mostrando na cultura, a necessidade de um repensar da prática profissional. Que essa prática perpasse, pelo exercício da escuta trilhando pelo intercambio e troca de informações. Por conseguinte haverá uma comunicação efetiva entre o profissional de saúde e seu cliente, aflorando a cultura como forma de assistência no cuidado da criança desnutrida.

Constatou-se por meio das oficinas educativas que os pais/informantes se encontravam em processo de mudança, inspirando segurança para agir, junto às famílias

com poder de resolutividade, significando que se instrumentalizaram como futuros cuidadores dos filhos desnutridos mediante seus aprendizados, ou mesmo congregando a autonomia de forma totalitária. É importante ressaltar que esses resultados provêm do próprio envolvimento e das constantes interações com o meio social. Assim, as oficinas de educação em saúde foram relevantes no sentido da contribuição para a sua própria mudança, repercutindo na melhoria do cuidado dos filhos, na estrutura familiar, na evolução do crescimento e desenvolvimento e no favorecimento de interações que emergiram na vida social.

Como resultado final foi possível perceber o despertar de uma consciência do cuidado para com o filho desnutrido revelado pelos pais, evidenciando com isso o contexto cultural da comunidade e os princípios básicos os quais relevaram a sua importância. Neste contexto a Promoção da saúde pode ser entendida como meios para a conquista dos direitos à cidadania. Conseqüentemente, a Educação em Saúde deverá fazer parte dessas transformações de forma urgente, visando à conscientização tanto dos profissionais de saúde, no desenvolvimento de informações, quanto para os informantes de crianças desnutridas, colaborando para uma efetividade na prevenção e promoção de saúde dessa clientela.

Mais uma vez faz-se mister retratar o pensamento de Freire (2005) quando aduz que só é possível respeito aos educandos, à dignidade, à autonomia e à identidade de cada um se considerar as condições em que eles existem, reconhecendo a importância dos “conhecimentos de experiência feita”. A escuta é de suma importância para o

educador, sabendo que poderá, posteriormente, interagir com os sonhos, desejos, esperanças tímidas ou fortes e até frustrações dos educandos.

Como se sabe, muito ainda falta ser feito para que se consiga a integração na sociedade dos verdadeiros valores perante a problemática vivenciada por muitas famílias de crianças desnutridas. O cuidado diferenciado por meio da educação popular em saúde para com as crianças e suas famílias que comparecem às instituições de saúde acometidas de desnutrição é de suma importância para uma promissora integração social e a melhoria da qualidade de vida.

A prática de enfermagem relacionada à Educação em Saúde e, sobretudo, à Educação Popular em Saúde, tem recebido amplo reconhecimento, embora não tenha ainda produzido os resultados necessários e desejados. Permanece com uma lacuna, como um desafio para o profissional que, apesar de consciente, assiste e colabora com os programas estabelecidos pelos órgãos públicos, porém não consegue atingir melhores resultados devido às barreiras socioeconômicas, políticas e de educação em saúde, que consistem fatores fundamentais para o avanço do conhecimento e da conscientização dos próprios trabalhadores da área.

O estudo revela a necessidade de uma assistência às crianças desnutridas em que sejam contemplados os aspectos físicos, emocionais, sociais e culturais nos quais estão envolvidos os pais assim como todos os contextos familiares, priorizando um planejamento que vislumbre a prevenção da desnutrição infantil, com enfoque educacional materno durante o próprio acompanhamento da mãe/família nas salas de

espera dos ambulatórios do NAMI, utilizando material educativo, acompanhando o cartão da criança, centralizando um olhar no crescimento e desenvolvimento da criança desnutrida, consultas especializadas em desnutrição durante os dois primeiros anos de vida, e a implantação de oficinas educativas visando à troca de informações nos grupos.

Sugere-se a intervenção por meio de Educação Popular em Saúde como forma da assistência, vislumbrando a sensibilização e a autonomia, por parte dos atores (profissionais e clientes) aqui envolvidos acerca do cuidado com a saúde. Assim, o cuidado com a criança desnutrida relaciona-se ao procedimento de capacitação, aquisição de conhecimentos acerca da saúde e de consciência crítica, consistindo em uma ferramenta para mudança social, ligando-se ao processo de libertação e autonomia. Esse processo tem suas raízes na liberdade pedagógica, sendo um fenômeno contínuo com reflexão sobre a ação que levará ao desenvolvimento e mudanças. A relevância dessa transformação está na valorização da cultura referenciada pelo conhecimento popular e sua participação social, então a cidadania se fará presente na base da promoção da saúde.

Na certeza de que muito ainda deve ser pesquisado na melhoria da assistência de enfermagem à criança desnutrida, o estudo oportunizou um aprendizado, assim como uma reflexão sobre os valores culturais e modo de vida dessa clientela, levando a repensar a atuação profissional na qualidade de enfermeira e educadora em saúde. Para tanto, faz-se necessária à utilização de metodologias educativas que possibilitem o confronto de saberes, a apreensão da realidade e os seus questionamentos, buscando identificar as raízes culturais, econômicas e sociais presentes e que ocasionam situações vivenciadas por famílias de crianças desnutridas e, conseqüentemente, a busca de uma

transformação. Isso, porém, não se deve limitar ao repasse de informações, ou mesmo sugerir o auto-cuidado frente aos agravos de saúde, mas desvelar conhecimentos, formas de enfrentamento e atitudes diante das políticas de saúde das mesmas.

Portanto, para se enfrentar os grandes desafios das políticas de saúde, faz-se mister a transformação das práticas, enfocando as ações concernentes às políticas públicas e sanitárias que satisfaçam os objetivos do incremento social, ou seja, imprescindíveis para responder à realidade de pobreza em que vivem as famílias de crianças desnutridas. É igualmente necessária a expansão de políticas de saúde sustentáveis voltadas à promoção da saúde global, ressaltando-se ser esse um princípio base, considerado como um direito humano universal e um pré-requisito para o desenvolvimento humano.

Faz-se necessário à implantação de ações eficazes que contemplem o empenho dos profissionais de saúde, levando em consideração as interações dos fatores sociais e as diversidades culturais das famílias, pelas quais torna-se possível atingir metas positivas nesta temática. Nesta perspectiva, o estudo sugere a viabilização da Educação Popular em Saúde na construção de alternativas aos grandes desafios que a saúde coletiva vem enfrentando, assim promovendo mudanças e constituindo novos sujeitos e práticas comprometidas com o rompimento das barreiras sociais, econômicas e políticas, bem como no desenvolvimento da cidadania.

REFERÊNCIAS

ACCIOLY, E; SAUNDERS,C; LACERDA, E. M. A. **Nutrição em obstetrícia e pediatria**. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2003.

ALBUQUERQUE, P.C; STOTZ, E.N. *A Educação popular na atenção básica a saúde no município: em busca da integralidade*. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, SP. v.8,n15,p259-74,mar/ago 2004

ALDERETE, J.M.S. *Desnutrição energético-protéica*. In: ISLLER, Hugo; LEONE, Cláudio; MARCONDES, Eduardo. **Pediatria na atenção primária**. 1. ed. São Paulo: Savier, 1999. Cap. 18, p.156-164.

ATKINSON, P.; HAMMERSLEY, M. **Etnografía: métodos de investigación**. Barcelona: Paidós Ibérica, S.A., 1994.

BARBIER, R. **A Pesquisa – ação**. Tradução de Lucie Didio Brasília: Planos, 2002.

BARDIN, I. **Análise de conteúdo**. Tradução de Luís Antero Reto. Edições 70, Ltda. Portugal, 1977.

BARROSO, G.T. VIEIRA, N.F. VARELLA, Z.M.V. (Org.). **Educação em saúde: no contexto da promoção humana**. Fortaleza-CE: Edições Demócrito Rocha, 2003.

BATISTA F. M. Alimentação, nutrição & saúde. In: ROUQUAYROL, M. Zélia. **Epidemiologia & saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. Cap. 13, p.353-360.

BECKER, H. *Problemas de Interferências e prova na observação participante*. In: **Métodos de pesquisa em ciências sociais**. 3.ed. São Paulo: Hucitec,1997. Cap. 2, p.47-64.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. 9. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001.

BRASIL, A. L. D; LOPEZ, F. A. **Nutrição e dietética em clínica pediátrica**. São Paulo: Editora Atheneu, 2004.

BRASIL. **Constituição da Republica Federativa do Brasil**. São Paulo: Atlas 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza-sus: política nacional de humanização, documento básico para gestores e trabalhadores**. Brasília, DF, 2004. (série B. Texto básico de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Promoção da saúde**. Declaração de Alma-Ata. Carta de Otawa Declaração de Adelaide. Declaração de Sundsvall. Declaração de Santa Fé de Bogotá Declaração de Jacarta. Rede de Megapaíses. Declaração do México. Brasília,DF: Ministério da Saúde,2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde**. Comissão Nacional de Ética em pesquisa-CONEP Resolução No. 196/96. Dispõe sobre a pesquisa envolvendo seres humanos. Decreto No. 93.9333 de Brasília. 1996b.

BOGDAN, R. C; BIKLEN, S. K. **Investigação qualitativa em educação**. (Tradução de Maria João Alvarez, Sara Bahia dos Santos e Telmo Mourinho Baptista. Revisão de Antonio Branco Vasco).Porto: Porto Alegre, 1994.

BUCHALLA, A. P. ; ZAKABI , R. *A culpa de cada um*. **Veja**, São Paulo. V.35, n.30, p.76-83, jul 2003.

BUSS, P. M. *Uma introdução ao conceito de promoção da saúde*. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fundação Oswaldo Cruz, 2003.

CANDEIAS, N. M. F. *Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais*. **Rev. Saúde Pública**, v. 31, n. 2, p. 209-213, 1997.

CASTIEL, L. D. *Dédalo e os dédalos: identidade cultural, subjetividade e os riscos à saúde*. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fundação Oswaldo Cruz, 2003.

CEARÁ, Secretária de Saúde do Estado. **Manual de normas para a saúde da criança na atenção primária**. Módulo I puericultura. Fortaleza, 2002

CARVALHO, B.G; PETRIS, A.J; TURINE, B; *Controle social em saúde*. In ANDRADE, S.M; SOARES, A.D; CORDONE JUNIOR,L (org); **Bases da saúde coletiva**. Londrina: UEL, 2001.

CLIFFORD, J. **A experiência etnográfica: antropologia e literatura no século XX**. 2. ed. Rio de Janeiro: UFRJ, 2002.

COLLIERE, M. F. **Promover a vida: da prática de mulheres de virtudes aos cuidados de enfermagem**. Lisboa: Princípio,1989.

_____ **Utilizacion de la antropologia para abordar lãs situações de cuidados**. *Rev. Rol de enfermagem*, Barcelona,n.179/180,p.71-80, jul/ago 1993.

CONCONE, M. H. V. B. **Os sentidos da saúde: uma abordagem despretensiosa**. In: GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R. M. G.; GOMES, M. H. A. **O clássico e o novo: tendências, objetos, e abordagens em ciências sociais e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

COSTA, J. F; *Da dádiva como culpa ao cuidado com o outro*. **Saúde, sexo e Educação**. Rio de Janeiro, RJ. V.73, n.34/35, p.25-33, out 2004.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (org.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2003.

D' EL REY, D. C. H; **Paradigmas de educação em saúde**. Rio de Janeiro: Pinel, 1996.

DEMO, Pedro. **Introdução à metodologia da ciência**. São Paulo: Atlas, 1988.

DEMO, P. **Avaliação qualitativa**. Coleções polêmicas do nosso tempo. Campinas: Autores associados, 1996.

DIAS, D. T.; Cotidiano interdito. **O Povo** - Caderno: Cotidiano. Fortaleza, p.04 e 05, 09 de maio 2005.

DIGULEM, D. M.; DEVINCENZI, M. U.; LESSA, A. C. Diagnóstico do estado nutricional da criança e do adolescente. **Jornal de Pediatria**. V. 76, sup. 3. Porto Alegre: Sociedade Brasileira de Pediatria, p. 275-284, dez. 2000.(ISSN 0021-7557).

DI LORETTO, O. D. M. *Aspectos psicológicos da alimentação*. In LOPEZ, F. A; BRASIL, A. L. D. **Nutrição e Dietética em Clínica Pediátrica**. São Paulo: Editora Athneu, 2004. Capítulo 02.

DIMENSTEIN, G. **O Cidadão de papel**. A infância, a adolescência e os Direitos Humanos no Brasil. São Paulo: Ática, 2002.

DIOGÉNES, M. R.; RESENDE, D. S.; PASSOS M. N. **Prevenção do câncer**: aspectos éticos e legais da profissão. Fortaleza: Pouchain Ramos, 2001.

DIOUF, J. APUD. DIMENSTEIN, G; **O cidadão de papel**. A infância, a adolescência e os Direitos Humanos no Brasil. São Paulo: Ática, 2002.

FERREIRA, A.B.H.; **Novo dicionário Aurélio**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999, p.590.

FERREIRA, H. S. **Desnutrição, magnitude, significado social e possibilidade de prevenção.** Maceió: EDUFAL, 2000.

FIGUEREDO, N. M. **Práticas de enfermagem.** Ensinando a cuidar da criança. São Caetano do Sul: Difusão Enfermagem, 2003.

FREIRE, P. **Conscientização: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire.** Tradução de Kátia de Mello e Silva 3. ed. São Paulo: Moraes, 1980.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.** 31. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

FREIRE, P. **Educação e mudança.** Tradução de Moacir Gadotti e Lillian Lopes Martins. 32 ed. São Paulo: Paz e Terra, 1979 (Coleção Educação e comunicação, v.1).

_____ **Política e educação: ensaios.** São Paulo: Cortez, 1993.

FRITZEN, S. J. **Dinâmicas, recreação e jogos para educadores e orientadores educacionais.** Petrópolis: Vozes, 2004.

FRONGILLO JUNIOR, E. A. **Prevalência mundial e regional da má nutrição na infância.** Aspectos clínicos e tratamento. Anais Nestlé: má nutrição protéico-energético. São Paulo; v. 61. 2001.

FROTA, M. A.; BARROSO, M. G. T. **Desnutrição infantil na família: causas obscura.** Sobral: Edições Uva, 2003.

FROTA, M. A; FORTE, B. P. **Desnutrição como fator que interfere no desenvolvimento organizacional da cultura familiar.** In: ALVES, M^a D. S; PAGLIUCA,

L. M. F; BARROSO Ma G. T. (Org.). *Cultura e poder nas práticas de saúde: sociedade, grupo, família*. Fortaleza: pós-graduação DENF/UFC, 1999.

FROTA, M. A.; BARROSO, M^o G. T. **Família de criança desnutrida**. Cap. 2. Sobral: Uva, 1999.

GADOTTI, M. **Convite à leitura de Paulo Freire**. 2. ed. São Paulo: Scipione, 1991.

GATTINARA, B. C. ; et. Al. A. *Percepcion de la comunidad acerca de la calidad de los servicios de salud públicos en los distritos Norte e Ichilo*. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p.425, jul./set. 1999.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC Editora, 1989.

GIL, A.C. **Como elaborar projeto de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002, p.134.

GRAVES APUD ALDERETE, J.M.S. *Desnutrição energético-protéica*. In: ISLLER, Hugo.; LEONE, Cláudio; MARCONDES, Eduardo. **Pediatria na atenção primária**. São Paulo: Savier, 1999. Cap. 18, p.157.

GUIMARÃES, M.B.L. **Feminização da pobreza e religiosidade**. In VALLA. V.V.; STOTZ, E.N.; ALGEBAILLE.E.B. (Org). *Para compreender a pobreza no Brasil*. Rio de Janeiro: Contraponto. Escola Nacional de Saúde Pública, 2005.

GUTTIERREZ , M. L.; et..al. **La promocion di salud**. In ARROYO, H.V; CERQUEIRA, M.T. (Org) . *La promocion de la salud y la educacion para la salud en América Latina*. San Juan: Editora de la Universidad di Puerto Rico, 1997.

HAGUETTE, T.M.F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. Petrópolis: Vozes, 2003.

HELMAN, C.G. **Cultura, saúde e doença**. Tradução de Claudia Bitwertnet. Porto Alegre: Artes Médicas, 2003.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Senso demográfico**. Rio de Janeiro: IBGE, 2001. Vol1.

ISLLER, H. LEONE, C. MARCONDES, E. **Pediatria na atenção primária**. São Paulo: Savier, 1999.

KEESING, F. M. **Antropologia cultural**. v. 1. Rio de Janeiro: Fundo de Cultura, 1961.

KLEINMAN, A. **Patients and healers in the context of culture**: na exploration of the bordeland between anthropology, medicine, and psychiatry. Berkeley: University of California Press, 1988.

KUPER, A. **Cultura na visão dos antropólogos**. Bauru: Edusc, 2002.

LEOPARDI, M^o T. BECK, C. L. C. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria: Pallotti, 2001.

LESSA, A. C.; SIGULEM, D. M. Diagnóstico do estado nutricional da criança e do adolescente. In. **Jornal de Pediatria**. v. 76, sup. 3. Porto Alegre: Sociedade Brasileira de Pediatria,. p. 285-297, dez. 2000. (ISSN 0021-7557).

LEVY, S. N.; et al. (SILVA, J. J. C.; CARDOSO I. F. R.; WERBERICH P. M.; MOREIRA L. L. S.; MONTIANI, H.; CARNEIRO R. M.,). **Educação em saúde**: históricos conceitos e propostas. Ministério da Saúde. 2004.

LOPEZ, F. A; SIGULEM, M. D.; TADDEI, J.A.A.C. **Fundamentos da terapia nutricional em pediatria**. São Paulo: Sarvier, 2002.

LUZ, MADEL, T.; PINHEIRO, R. *Práticas eficazes X modelos ideais*: ação e pensamento na construção da integralidade. In Matos, R. A.;PINHEIRO.R. (ORG.); **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003.

MACHADO, M^a. F. A. S.; VIEIRA, N. F. C. *Participação materna em um programa de desnutrição infantil e suas implicações na promoção da saúde da família*. In: BARROSO, M^o G. T.; VIEIRA, N. F. Cunha.; VARELA, Z. M. V. (Org.). **Saúde da família: abordagem multireferencial em pesquisa**. Sobral: UFC Edições, 2002. p. 141-148.

MARTÍNEZ, H. **Aspectos clínicos e tratamento**. Anais Nestlé: má nutrição protéico-energético. São Paulo; v. 61. 2001.

MELO, E.C.P.; CUNHA,F.T.S.; TONINI,T. *Políticas de saúde pública* in FIGUEREDO, N. M. A. **Ensinando a cuidar em saúde pública**. (Org.). São Caetano do Sul: Yends, 2005.

MINAYO, M. C. de S.(Org.). *A pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 21. ed. Petrópolis: Vozes. 2002. MELO, E.C.P.; CUNHA,F.T.S.; TONINI,T.; Políticas de Saúde Pública in FIGUEREDO, N. M. A. **Ensinando a cuidar em saúde pública**. (Org.). São Caetano do Sul, SP.Yends, 2005.

MINAYO, M. C. de S. **Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 2. Ed. Rio de Janeiro: Hucitec. ABRASCO, 1997.

MINAYO, M.C.de S.; GOMEZ, C.M. *Difíceis e possíveis relações entre método quantitativos e qualitativos nos estudos de problemas de saúde*. In GOLDENBERG, P. GINFFONE, M. R.; MARSIGLIA; GOMES,M. H. *O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. Cap. 8, p. 117.

_____ *Construção da identidade da antropologia na área da saúde. O caso brasileiro*. In ALVES, P. C.; RABELO, M.C; (Org.). **Antropologia da saúde: traçando identidades e explorando fronteiras**. Rio de Janeiro: Relume Dumará,1998.

_____ (Org.). **A saúde em estado de choque**. 3. ed. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo/fase,1992.

MONTE, C. M. G. **Desnutrição**: um desafio secular à nutrição infantil. *Jornal de Pediatria*. V. 76, sup. 3. Porta Alegre: Sociedade Brasileira de Pediatria, P. 285-297, dez. 2000. ISSN 0021-7557.

MONTE, C. M. G.; SÁ, M.L.B. (EDITORES). **Guias alimentares para crianças menores de dois anos no Nordeste do Brasil**: da teoria a prática. Brasília, DF. Ministério da Saúde, 1999.

MONTEIRO, C.A. **Fome, desnutrição e pobreza: além da Semântica. Saúde e Sociedade**. V.12, n.1, jan/jul 2003. Disponível em: http://apsp.org.Br/saúdesociedade/XII-1/fome,desnutricao_e_pobreza.htm>. Acesso em 25 de jun 2005

MONTICELLI, M. **Nascimento como rito de passagem**: abordagem para cuidado as mulheres e recém-nascidos. São Paulo: Robe Editorial, 1997.

MORIN, Edgar. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNESCO, 2002.

MORIN, E. **O Enigma do homem**: para uma nova antropologia. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1979.

_____. **A cabeça bem-feita**: repensar a reforma, reformar o pensamento. 9. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.

MURAHOVSKI, J. **Pediatria**: diagnóstico e tratamento. 5 ed. São Paulo: Sarvier, 1995.

NAMI. **Manual de Organização do Núcleo de Atenção Médica Integrada – NAMI**. Fortaleza: UNIFOR, 2003 (Em elaboração).

NÓBREGA, F. J. **Atenção à criança desnutrida em áreas urbanas**. Temas de nutrição em pediatria. Ed. Especial. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2001.

OLIVEIRA M. A. *O papel do sentimento de culpa no desenvolvimento humano*. **Fragmentos da Cultura**, Goiânia, v.12,n2,p.233-238, mar/abr 2002.

OLIVEIRA, N. L. S; SMEKE, E. L. M. **Educação em saúde e concepções de sujeito**. In VASCONCELOS, M.E. A saúde nas palavras e nos gestos. Reflexões da rede educação popular e saúde. Ed.Hucitec. São Paulo, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Manejo da desnutrição grave**: um manual para profissionais de nível superior (médicos, enfermeiros nutricionistas e outros) e suas equipes auxiliares. Brasília, 2000.

PAIM, J.S. E ALMEIDA ,FILHO. **A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva**. Salvador: casa da qualidade, 2000.

PEDROSA, I. *Avaliação das práticas educativas em saúde*. 2001. In VASCONCELOS, EM. In **A saúde nas palavras e nos gestos**: reflexões da rede de educação popular e saúde. São Paulo: Hucitec, 2001.

PERNETTA, C. **Alimentação da criança**. 7. ed. São Paulo: Fundo Editorial byk-prociex, 1980.

PEREIRA, A. L. **Educação em saúde** in FIGUEREDO, N. M. A. *Ensinando a cuidar em saúde pública*. (Org.). São Caetano do Sul: Yends, 2005.

PEREIRA, I. M. T. B; PENTEADO, R. Z; MARCELO, V. C. **Promoção da saúde e educação em saúde**: uma parceria saudável. O mundo da saúde. São Paulo, v. 24, n. 1, jan/fev, 2000.

PESSINI, L; BERTACHINI, L. (ORG) **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Ed Loyola, 2004.

PILON, A. F. **Desarrollo de la educación en salud** – Una actualización de Conceptos. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 20, n. 5, p. 391-6, 1986.

POLIT, D.F. & HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**; trad. Regina Machado Garcez.- 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

QUEIROZ, S.S.;SARNI,R.S.;TORRES,M.A.A.; *Carências nutricionais*. In LOPEZ, F.A.; BRASIL,A. L. D. **Nutrição e dietética em clínica pediátrica**. São Paulo: Atheneu, 2004. Capítulo 07.

SABOIA, V.M; **Educação em saúde: a arte de talhar pedras**. Niterói: Intertexto, 2003.

SANTOS NETO, F.E. psicografado pelo espírito de Hammed. **As dores da alma**. Catanduva, SP: Boa nova editora, 1998.

SARAWA, B. B. *O sentido ético e político da saúde na era do triunfo da tecnologia e do relativismo*. In GOLDENBERG, P. GINFFONE, M. R. MARSIGLIA; GOMES,M. H. A.O (Org.). **O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

SARNI, R. S.;MUNEKATA,R.V. **Terapia nutricional na desnutrição energético-protéica grave**. In LOPEZ, F. A;SIGULEM, M. D.; TADDEI, J.A.A.C. Fundamentos da terapia nutricional em pediatria. São Paulo; Sarvier, 2002. Cap. 08, p.115.

SESA (SECRETÁRIA DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ), **A Saúde no Ceará em Grandes Números: uma avaliação da situação de saúde e das ações implementadas pelo Sistema Público Estadual 1995 – 2002**. Fortaleza: 2002. 240p.:il.

SMEKE, E. L. M., OLIVEIRA, N. L. S. Educação em saúde e concepções de sujeito. In: VACONCELOS, E. M. (org.) *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde*. São Paulo: Hucitec, 2001.

STOTZ, E.N; VALLA, V.V. **Participação popular, educação e saúde: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Relume- Dumará,1993.

STOTZ, E. N. **Os desafios para o SUS e a Educação Popular** Uma análise baseada na dialética da satisfação das necessidades de saúde. Disponível em: <http://educacaopopularemsaude/2005.html>. Acesso em 05 maio 2005.

STOTZ, E.N. *Pobreza e capitalismo*. In VALLA. V.V.; STOTZ, E.N.; ALGEBAILLE, E.B. (Org). **Para compreender a pobreza no Brasil**. Rio de Janeiro: Contraponto. Escola Nacional de Saúde Pública. Cap 12, 2005.

TAVARES, F. *Um olhar da arte sobre a saúde pública: Ampliando conceitos*. In (2005;P.02), N. M. A. *Ensinando a cuidar em saúde pública*. (Org.). São Caetano do Sul: Yends, 2005.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 12. ed. São Paulo: Cortez, 2003. (Coleção temas básicos de pesquisa-ação)

TELLES JR, M; TANNURI, U. **Suporte nutricional em pediatria**. São Paulo: Atheneu, 1994.

TRIVINOS, AV.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. 12. ed. São Paulo: Atlas, 1992.

TURATO, E.R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**. Construção teórico-epistemológica, discurso com parada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

UCHOA, E.; VIDAL, J. M. **Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 497-501, out/dez, 1994.

VALLA, V. V; STOTZ, E. N. (Org.). **Participação popular e saúde: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1993.

VALLA, V. V; STOTZ, E. N. **Educação, saúde e cidadania**. Petrópolis: Vozes, 1994.

VALLA, V.V.; MELO, J.A.C. *Sem educação ou sem dinheiro?* In MINAYO, M.C. (Org.). **A saúde em estado de choque**. 3. ed. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo/fase, 1992.

VALLA.V.V.;STOTZ,E.N;ALGEBAIL.E.B. (Org.). **Para compreender a pobreza no Brasil**. Rio de Janeiro. Contraponto. Escola nacional de Saúde Pública. 2005.

VANZIN, A S.;NERY,M. E. S. **A família integradora da atenção à saúde da criança**: um enfoque epidemiológico. 2. ed. Porto Alegre: Editora: RM&L, 1999.

VARGAS, L. A. *Enfermagem e a questão ambiental*. in FIGUEREDO, N. M. A. Ensinando a cuidar em saúde pública. (Org.). São Caetano do Sul: Yends, 2005.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

VASCONCELOS, E. M. (Org.). **A saúde nas palavras e nos gestos**: reflexões da rede de educação popular e saúde. São Paulo: Hucitec, 2001.

_____. **Educação popular como instrumento de reorientação das estratégias de controle das doenças infecciosas e parasitárias**. Cad. Saúde Pública, v.14, supl. 2, p. 39-57, 1998.

VASCONCELOS, E.M. **Os movimentos sociais no setor saúde**: um esvaziamento ou uma nova configuração? In VALLA,V.V. (ORG.) Saúde e Educação. DP&A, Rio de Janeiro: 2000.

VERAS, F.M.F. **Atenção primária em Saúde**. In ROUQUAYROL, M^oZ. Epidemiologia & saúde. 5. ed. Rio de Janeiro; MEDSI, 2000.

VICTÓRIA, C.G.; KNAUTH, D.R. ; HASSEN, M.N.A. **Pesquisa qualitativa em saúde: Uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo, 2000.

WALDOW,V.R. **Cuidado humano: o resgate necessário.** Porto Alegre: Sagra Luzzato,1999.

WASSALL, P.; FERREIRA, P.C.N. **Pediatria dia a dia.** Rio de Janeiro: EPUC, 1999.

WESTPHAL , M. F. **A promoção da saúde no Brasil.** São Paulo: USP,1998.

WOOD, G. L.B. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização.** 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

WORLD FOOD PROGRAMME. **O Preço da fome: Impacto da desnutrição nas mulheres e nas crianças.** Disponível em:< <http://www.wfp.org>>. Acesso em 26^{de} jun. 2005

ULIJASZEK, S.J. *Diferenças étnicas nos padrões do crescimento estatural do ser humano.* In **Nutrição e Crescimento.** Nestlé Nutrition Worksop Séries. Programa pediátrico v. 47. Santiago, 2000.

APÊNDICES

APÊNDICE A TERMO DE CONSENTIMENTO DE LIVRE ESCLARECIMENTO

APÊNDICE B CRONOGRAMA DA PESQUISA

APÊNDICE C FORMULÁRIO DE ENTREVISTA INICIAL E FINAL

APENDICE A - Termo de consentimento de livre esclarecimento

Eu Conceição de Maria de Albuquerque, sou aluna do curso de Mestrado em Educação em Saúde da Universidade de Fortaleza - UNIFOR, e estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada: EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE NA PREVENÇÃO DA DESNUTRIÇÃO INFANTIL, como requisito parcial para o título de mestre em educação em Saúde, sob a orientação da professora Doutora Mirna Albuquerque Frota.

Com essa pesquisa pretendemos Identificar fatores que interferem no cuidado da mãe ao filho desnutrido; Investigar o conhecimento da mãe quanto à desnutrição do filho; Propor estratégias de educação popular em saúde na assistência à criança desnutrida no Núcleo de Assistência Médica Integrada – NAMI. Os dados serão coletados por intermédio de informação pela sua pessoa através de entrevistas, observações realizadas durante as atividades propostas no decorrer das reuniões em grupo e das consultas de acompanhamento realizadas com os seu filho, além da sua colaboração durante todo o percurso desta pesquisa.

Esclareço que:

- Receberá esclarecimento a qualquer dúvida acerca da pesquisa e do caráter de sua participação;
- Poderá se recusar ou retirar o seu consentimento a todo o momento da pesquisa, sem que isso ocorra em penalidade de qualquer espécie;
- Terá a garantia da continuidade do tratamento do seu filho quando solicitar a desistência;
- Receberá a garantia de que não haverá a divulgação de nomes ou mesmo de qualquer outra informação que ponha em risco a sua privacidade e anonimato do seu filho.

Caso necessite entrar em contato comigo, informo-lhe meu endereço e telefone:

Nome: Conceição de Maria de Albuquerque

Endereço: Núcleo de Atenção Médica Integrada – NAMI/ UNIFOR

Setor de Enfermagem pediátrica, Telefone: 34773129

Consentimento Pós - esclarecimento:

Declaro que após convenientemente esclarecida pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado, concordo em participar desta pesquisa.

Fortaleza, _____ de _____ 2004.

Assinatura do participante

Assinatura da pesquisadora

APÊNDICE B - CRONOGRAMA DAS PESQUISAS EM CAMPO**JANEIRO**

INVESTIGAÇÃO NOS PRONTUARIOS NA BUSCA DOS SUJEITOS DA PESQUISA

FEVEREIRO

DIA 16 QUARTA FEIRA (TARDE) VISITA DOMICILIAR

DIA 18 SEXTA FEIRA (MANHÃ) VISITA DOMICILIAR

DIA 18 SEXTA FEIRA (TARDE) VISITA DOMICILIAR

DIA 25 SEXTA FEIRA (TARDE) REUNIÃO COM O GRUPO

MARÇO

DIA 09 QUARTA FEIRA (TARDE) VISITA DOMICILIAR

DIA 11 SEXTA FEIRA (MANHÃ) VISITA DOMICILIAR

DIA 11 SEXTA FEIRA (TARDE) VISITA DOMICILIAR

DIA 18 SEXTA FEIRA (TARDE) REUNIÃO COM O GRUPO

ABRIL

DIA 20 QUARTA FEIRA (TARDE) VISITA DOMICILIAR

DIA 22 SEXTA FEIRA (MANHA) VISITA DOMICILIAR

DIA 22 SEXTA FEIRA (TARDE) VISITA DOMICILIAR

DIA 25 SEXTA FEIRA (TARDE) REUNIÃO COM O GRUPO

MAIO

DIA 11 QUARTA FEIRA (TARDE) VISITA DOMICILIAR

DIA 13 SEXTA FEIRA (MANHÃ) VISITA DOMICILIAR

DIA 13 SEXTA FEIRA (TARDE) VISITA DOMICILIAR

DIA 20 SEXTA FEIRA (TARDE) REUNIÃO COM O GRUPO

JUNHO

DIA 01 QUARTA FEIRA (TARDE) VISITA DOMICILIAR

DIA 03 SEXTA FEIRA (MANHÃ) VISITA DOMICILIAR

DIA 03 SEXTA FEIRA (TARDE) VISITA DOMICILIAR

DIA 10 SEXTA FEIRA (TARDE) REUNIÃO COM O GRUPO

APÊNDICE C

FORMULÁRIO DE ENTREVISTA INICIAL

1 IDENTIFICAÇÃO

NOME DA CRIANÇA: _____

ENDEREÇO: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

NOME DOS PAIS: _____

PROFISSÃO: ____/____ IDADE: ____/____

2 PERGUNTAS INICIAIS

- ◆ Como você percebe o cuidado do seu filho?
- ◆ O que você sabe sobre a desnutrição?
- ◆ O que é ter um filho desnutrido?

3 PERGUNTA FINAL

- ◆ Quais as contribuições das oficinas para o cuidar de seu filho desnutrido?

ANEXOS

Tabela preconizada pelo NCHS em anexo (ANEXO A)

Parecer nº529/2004 (ANEXO B)