

SABERES E PRÁTICAS DE PAIS OU RESPONSÁVEIS NO CUIDADO DE PRÉ-ESCOLARES
KNOWLEDGE AND PRACTICES OF PARENT OR RESPONSIBLE IN CARE PRESCHOOL
CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE LOS PADRE O RESPONSABLE EN EL CUIDADO DE
PREESCOLAR

Ethel Bastos da Silva¹
Luana Possamai Menezes²
Bruna Stamm³
Suelen Fernandes Hempel⁴
Lílian Signor Dalla Nora⁵

RESUMO: **Objetivo:** conhecer os saberes e práticas de pais ou responsáveis no cuidado à higiene e saúde de pré-escolares, que estudam nas escolas de educação infantil do município de Palmeira das Missões/RS. **Método:** pesquisa exploratória, descritiva com abordagem qualitativa. A coleta de dados se deu através da aplicação de um questionário com questões semiestruturadas, compostas por informações sociodemográficas relacionadas aos hábitos de higiene e cuidados diários das crianças e das famílias. Para análise dos dados, adotou-se a Análise de Conteúdo do tipo temática em que emergiram dois eixos temáticos. **Resultados:** evidenciou-se com o estudo que os saberes e práticas de higiene dos pais e ou responsáveis para com as crianças estão associados às condições culturais e econômicas das famílias. **Conclusão:** sugere-se maior aproximação da enfermagem e das equipes de saúde para com as famílias e Escolas de Educação Infantil, tendo em vista a promoção de ações de educação em saúde. **Descritores:** Enfermagem; Saúde da criança; Enfermagem em saúde comunitária; Cuidado da criança.

ABSTRACT: **Aim:** to know the knowledge and practices of parents or guardians in hygiene and health care of preschool children who study in kindergartens in Palmeira das Missões/RS. **Method:** descriptive, explanatory research with qualitative approach. Data collection was done through questionnaire with semi-structured questions, composed of socio demographic information and with matters related to hygiene habits and daily care of children and their families. For data analysis, a thematic type of Content analyses was adopted in which two thematic axes emerged. **Results:** it was evident with the study that parents' and guardians' knowledge and practices on hygiene are associated with the families' culture and economic condition. **Conclusion:** it is suggested closer approximation of nursing and health staff with families and Kindergarten Schools aiming at promoting health education actions. **Descriptors:** Nursing; Child health; Community health nursing; Child care.

¹Enfermeira. Doutoranda do Curso de Pós-graduação DINTER- novas Fronteiras da UNIFESP/EEAN- UFRJ e UFSM. Professora Assistente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/Centro de Educação Superior Norte do Estado. Palmeira das Missões, RS, Brasil. E-mail: ethelbastos@hotmail.com

²Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGENF- UFRGS). Membro do Núcleo de Estudos em Educação e saúde na família e comunidade (NEESFAC). Porto Alegre, RS, Brasil. E-mail: luana.possamai.menezes@hotmail.com

³Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (PPGENf/UFSM). Membro do GP - Cuidado, Saúde e Educação. Santa Maria, RS, Brasil. E-mail: bruna-stamm@hotmail.com

⁴Enfermeira. Pós Graduanda (Lato Sensu) em Enfermagem Pediátrica e Cuidados Intensivos Neonatais, Faculdades Pequeno Príncipe. Curitiba, PR, Brasil. E-mail: suhempel@hotmail.com

⁵Enfermeira. Pós Graduanda (Lato Sensu) em Obstetrícia, SETREN. Três de Maio, RS, Brasil. E-mail: liliansdn@hotmail.com

RESUMEN: *Objetivo:* conocer los saberes y las prácticas de los padres o responsables en el cuidado en relación a la higiene y salud de niños en edad preescolar que estudian en escuelas de educación infantil en Palmeira das Missões/RS. *Método:* pesquisa exploratoria, descritiva con abordaje cualitativa. La colecta de datos ocurrió a través de la aplicación de cuestiones semiestructuradas, compuestas por informaciones socio-demográficas relacionadas a los hábitos de higiene y cuidados diarios de los niños y de las familias. Se utilizó el Análisis de Contenidos del tipo temático que salieron dos ejes temáticos. *Resultados:* evidencio que los conocimientos y prácticas de higiene de los padres o responsables están asociados a las condiciones culturales y económicas de las familias. *Conclusión:* se sugiere mayor aproximación de la enfermería y de los equipos de salud con las familias y Escuelas de Educación Infantil a fin de promover las acciones de educación para la salud.

Descriptor: Enfermería; Salud del niño; Enfermería em salud comunitaria; Cuidado del niño.

INTRODUÇÃO

Na infância, o processo de crescimento e desenvolvimento é marcante, sendo considerado o eixo norteador da atenção à saúde da criança. A base da assistência tem sido a vigilância de fatores que podem interferir nesse processo, que busca a redução da mortalidade infantil e de seus componentes, bem como o alcance de melhor qualidade de vida.¹

O Ministério da Saúde, no ano de 2010, criou “A Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis: Primeiros Passos para o Desenvolvimento Nacional” (Estratégia Brasileirinhos), que tem como objetivo principal fornecer elementos para implantação de uma política de atenção integral à primeira infância no âmbito do SUS e promover, junto aos segmentos chaves da Educação, Assistência Social, Justiça, Direitos Humanos, Trabalho, Cultura, entre outros, as parcerias necessárias para esta implantação.¹

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), criado em 1990, em seu artigo 4º, considera crianças e adolescentes um grupo social a ser compreendido como sujeitos em condição peculiar de desenvolvimento e que, portanto, devem receber atenção prioritária e acesso garantido aos serviços e condições de saúde, alimentação, educação, lazer, cultura, esportes, profissionalização, dignidade, respeito e convívio social.² Por isso, todos que estão próximos à criança devem zelar pelo seu cuidado e orientação.

O segmento da saúde da criança envolve várias ações tecnológicas de proteção, promoção, prevenção, tratamento e recuperação da saúde na infância. Tais ações estão associadas à sobrevivência e ao desenvolvimento integral do indivíduo, o que se refere às crianças, de qualquer origem étnica, classe social, condição física e mental, tendo grande relevância a longitudinal idade de seu crescimento e desenvolvimento. Para isto, cuidar da criança é fundamental para que ela cresça e se desenvolva de forma saudável, com especial atenção aos primeiros anos de vida e ao longo do tempo, e por isso, o desafio de que as crianças sejam fisicamente saudáveis, emocionalmente seguras, socialmente competentes e abertas para aprender.³

As crianças em idade pré-escolar tem continuidade do cuidado iniciado pela família e nas Escolas de Educação Infantil (EEI). Nesse sentido, os cuidadores da educação enfrentam dificuldades quanto ao compartilhamento e definição das responsabilidades e competências entre pais ou responsáveis, cuidadores-educadores e profissionais de saúde no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento saudável e seguro da criança.⁴

Com base nisto, para que se obtenha sucesso no cuidado prestado pelas EEI, é preciso que a família tenha conhecimento do funcionamento da instituição através de visitas e da participação em reuniões comemorativas e administrativas, tornando-se parceira da escola e corresponsável pelo cuidado das crianças, tendo um acompanhamento do seu crescimento e desenvolvimento, dos padrões de sono, repouso e da qualificação dos

profissionais cuidadores com vistas ao desenvolvimento pleno das potencialidades de vida pessoal e social dos educandos.⁴

No que se refere à participação das equipes de saúde no cuidado à criança que frequenta EEI, observa-se que quando a equipe de saúde atua na mesma, faz de maneira pontual: em campanhas de vacinação ou quando ocorrem surtos de doenças infecciosas, não desenvolvendo de maneira planejada ações educativas voltadas à promoção do cuidado, o que confirma a inexistência de ações intersetoriais entre educação e saúde. Desta forma, os cuidadores-educadores acabam realizando um tipo de cuidado limitado.⁴

Identifica-se nas últimas décadas um movimento no sentido de a família tornar-se o foco da atenção do profissional de saúde, assim como já são o indivíduo e a comunidade. Ressalta-se que prestar cuidado de enfermagem às famílias não consiste em cuidar apenas um dos seus membros, mas sim, do grupo familiar como um todo. O cuidado à família exige conhecer como ela cuida, identificando suas forças e dificuldades.⁵

Quando a equipe de saúde conhece as condições socioeconômicas em que as crianças e suas famílias estão inseridas, com menção especial às vulnerabilidades, podem promover ações de promoção à saúde integral que deem suporte a partir do envolvimento de uma rede de serviços. Ao reconhecer as vulnerabilidades socioeconômicas das crianças e famílias, a enfermagem pode planejar cuidados mais precisos, nos quais em muitos casos, os pais mudam suas condutas de cuidados com a criança resultando em melhores condições de vida e saúde.⁶

Essas reflexões mobilizaram o interesse e o desejo por realizar a presente pesquisa, de modo a olhar para essa problemática com mais profundidade. Assim, constituiu-se a seguinte questão de pesquisa: que cuidados pais ou responsáveis realizam com crianças em idade pré-escolar? Para responder a esse questionamento, delineou-se o seguinte objetivo: conhecer os saberes e práticas de pais ou responsáveis no cuidado à higiene e saúde de pré-escolares que estudam nas escolas de educação infantil do município de Palmeira das Missões/RS.

MÉTODO

Considerando o objetivo deste estudo, optou-se por adotar uma pesquisa que se caracteriza como qualitativa descritiva e exploratória. Nesse sentido, a pesquisa qualitativa se aplica ao estudo das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, como pensam e como sentem.⁷

A pesquisa foi desenvolvida junto à cinco Escolas Municipais de Educação Infantil do município de Palmeira das Missões/Rio Grande do Sul (RS), as quais foram identificadas por números devido à necessidade de manutenção do sigilo e anonimato.

A **Escola I** conta com: Maternal II (alunos de três anos de idade), Pré A (alunos de quatro anos de idade), Pré B (alunos de cinco anos de idade), compondo o total de 72 crianças com faixa etária de três a cinco anos de idade; a **Escola II** conta com: Pré A (alunos de quatro anos de idade, sendo 26 crianças desta faixa etária), Pré B (alunos de cinco anos de idade, sendo 24 crianças desta faixa etária), totalizando 50 crianças; a **Escola III** conta com: Maternal II (alunos de três anos de idade, sendo 18 crianças desta faixa etária), Pré A (alunos de quatro anos de idade, sendo 19 crianças desta faixa etária), Pré B (alunos de cinco anos de idade, sendo cinco crianças desta faixa etária), totalizando 42 crianças; a **Escola IV** conta com: Maternal B (alunos de três a quatro anos de idade, sendo 26 crianças desta faixa etária), Pré A (alunos de quatro a cinco anos de idade, sendo 20 alunos com essa faixa etária), Pré B (alunos de quatro a cinco anos de idade, sendo 13 alunos desta faixa etária), totalizando 59 crianças e a **Escola V** conta com: Maternal B

(alunos de três anos de idade, sendo 23 alunos), Pré A (alunos de quatro anos de idade, sendo 25 alunos), Pré B turno da manhã (alunos de cinco anos de idade, sendo 14 alunos desta faixa etária), Pré B turno da tarde (alunos de cinco anos, sendo 20 alunos desta faixa etária), totalizando 59 alunos.

Os participantes do estudo foram 98 pais ou responsáveis por crianças que estudavam nas Escolas, sendo 23 da Escola I, 19 da Escola II, 18 da Escola III, 20 da Escola IV e 18 da Escola V, os quais atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ser pai ou responsável pelo cuidado prestado à criança, ter idade igual ou superior a 18 anos e aceitar livremente participar da pesquisa. Os que não atingiram os métodos de inclusão não participaram do estudo. Salienta-se que os entrevistados foram as pessoas que realizam os cuidados diretos no cotidiano da criança, a fim de que os dados coletados fossem fidedignos. Isso se deve ao fato de muitos pais deixarem seus filhos sob o cuidado de cuidadores ou familiares. O número de participantes por escola se deu por saturação de discurso, isto é, interrompeu-se a coleta de dados quando se constatou que elementos novos para subsidiar a teorização almejada (ou possível naquelas circunstâncias) não foram mais depreendidos a partir do campo de observação.⁸

O instrumento da pesquisa foi um formulário com questões semiestruturadas composto por duas partes. A primeira com dados relacionados à criança (idade, sexo, raça) e aos pais ou responsáveis (idade, sexo, raça, estado civil, escolarização, ocupação e número de filhos). E a segunda parte composta por questões referentes a alguns hábitos e cuidados de saúde da criança como: fatores ambientais, alimentação, ocorrência de doenças, cuidados gerais de higiene, condições de habitação e saneamento básico e acesso aos serviços de saúde.

As entrevistas foram realizadas nos meses de junho, julho e agosto de 2010, após o contato com as diretoras das escolas, no qual foram explicados os objetivos da pesquisa, e assim, organizado o cronograma da coleta dos dados. As escolas II, III e IV optaram por terem as reuniões com os pais ou responsáveis das crianças, sendo esta sobre alguma temática relacionada à saúde a qual seria falada na forma de palestra e depois seria realizada a coleta de dados com os pais. Nas escolas I e V, optou-se por realizar a coleta no início e fim da aula, momento em que o pai ou responsável fosse levar ou buscar a criança na escola. Nas duas opções de coleta, foram explicados os objetivos da pesquisa e também realizado o convite para a participação dos pais ou responsáveis, ficando clara a possibilidade de escolha entre participar ou não da pesquisa, como também de suspender a pesquisa a qualquer momento. Aqueles que concordaram em participar da pesquisa receberam o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) em duas vias iguais para assinar, pertencendo uma cópia para eles e a outra ao pesquisador.

O projeto foi aprovado pelo comitê de Ética, processo número 23081.006620/2010-85 na reunião de 11/05/2010. Os sujeitos do estudo foram identificados com a letra P (pais, mães ou responsáveis) seguidos do número da entrevista, identificados com o número ordinário e número da escola identificada com números romanos, sendo I, II, III, IV e V.

Os dados sociodemográficos foram analisados no Programa Excel XP-2007, e estão descritos com frequência e percentual seguidos de discussão à luz da literatura. Para análise dos dados qualitativos, optou-se pela metodologia “Análise de Conteúdo Temática” proposta por Minayo⁷ e após várias leituras do discurso dos sujeitos, construíram-se dois eixos temáticos sendo eles: práticas de higiene de vida da família e da criança e práticas de cuidado com a saúde da criança.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterizando a criança e os responsáveis nos aspectos sociodemográficos e econômicos

Reconhece-se que as condições sociodemográficas e ambientais em que vivem as crianças e suas famílias são fatores que determinam a saúde das crianças¹, por isso, apresentam-se as características do grupo de crianças e suas famílias que fizeram parte do estudo.

Quanto às características dos escolares no que se refere ao sexo, idade e raça, o estudo mostra que houve predominância do sexo masculino com 57,1% das crianças que frequentam as escolas. Resultado semelhante foi encontrado em estudo realizado em quatro Centros de Educação Municipal na cidade de Alfenas/Minas Gerais.⁹

Quanto à idade, 42,35% tinham quatro anos, sendo a idade de maior prevalência nas escolas I, II e IV. Estes achados são similares ao estudo realizado em Minas Gerais.⁹ No que se refere à raça, houve predominância da raça branca dos escolares com 59,18%.

Quanto aos aspectos sociodemográficos e econômicos dos cuidadores, o estudo revela que a maioria era do sexo feminino com 79,5%, mostrando a concepção cultural vigente de que a mulher é a cuidadora e responsável pela saúde e a vida das crianças e da família. Esta concepção é reforçada em estudo realizado em São Paulo com mães de escolares em que também é observado no discurso de profissionais de saúde e professores. Percebe-se que há uma responsabilização da mulher pelo cuidado a saúde do filho.¹⁰

Nesse aspecto, a mulher tem sido responsabilizada pelo cuidado prestado à família e às crianças. Espera-se que ela faça e ofereça a alimentação, forneça o leite materno, educação, e cuidados em geral que promovam melhores condições de vida para seus familiares. Para a mãe, é atribuída a responsabilidade maior sobre a saúde dos filhos, mostrando uma visão tradicional do papel feminino.¹⁰

Quanto à idade, 44,9% tinham entre 29 e 39 anos, seguido de 33,67% entre 18 e 28, revelando ser um grupo jovem. A raça de maior prevalência é a branca, com 60,20% do total e quanto ao estado civil, 59,1% eram casados.

Em relação à escolaridade, 50% dos pais possuíam o ensino fundamental incompleto e 16,32% com ensino médio completo. Embora as famílias das crianças pertençam a escolas de bairros distintos, as características sociodemográficas são semelhantes. Resultado similar foi encontrado em estudo realizado com dez mães em uma creche comunitária no município de Porto Alegre/RS, cuja escolaridade predominante foi ensino fundamental incompleto.¹¹

Sabe-se que a maior escolarização de mães e cuidadores/responsáveis promove melhor apreensão de conhecimento para a realização dos cuidados com as crianças, o que é revelado em estudo realizado nas Unidades de Internação Pediátricas de um Hospital Universitário do Município de Porto Alegre/RS, no qual se observou que a escolarização dos participantes está diretamente ligada à questão das vulnerabilidades socioeconômicas em uma relação de causa e consequência. Isto demonstra a ordem social atual, na qual o nível de escolaridade oferece maiores e melhores oportunidades e, conseqüentemente, condições melhores de vida.⁶

No que diz respeito à ocupação, 41,83% se ocupam de diversas profissões entre elas: Artesã, Assistente de Escritório, Atendente, Autônomo, Auxiliar de Limpeza, Babá, Comerciante, Contador, Cozinheira, Estudante, Funcionário de Mercado, Funcionário Público, Marceneiro, Operadora de Caixa, Pedreiro, Profissional da Saúde, Professor, Servente, Serviços Gerais, Técnico de Informática e Vendedora/Balconista; 4,1% diaristas, 32,65% do lar e 21,42% domésticas. Observa-se a predominância de profissões relacionadas ao gênero e, nesse aspecto, salienta-se que há um componente cultural que influencia nas escolhas das atividades, caracterizando-as ao longo do tempo como basicamente

femininas. Mulheres de classe popular, que trabalham fora, tem dificuldade em harmonizar sua vida com estudo e trabalho, e acabam deixando de estudar, embora o trabalho signifique complementar a renda da família e o tipo de trabalho exercido, na maioria das vezes, é mal remunerado e com uma carga horária extensa.¹⁰

No que se refere ao número de filhos dos cuidadores, 62,24% tem entre nenhum e dois filhos e 31,63% entre três a cinco filhos. O estudo confirma a redução da taxa de fecundidade, que diminui de acordo com o número de anos de estudo. Em 2009 a taxa de fecundidade no Brasil em mulheres com mais de oito anos de estudo foi de 1,68 e na região sul foi de 1,72.¹²

Quanto à renda, 72,44% tem entre um e três salários. Achados semelhantes foram encontrados em estudo realizado em Alfenas/MG em que 67,7% das famílias tinham renda mensal entre um e três salários mínimos. A renda mensal de um a três salários mínimos pode ser uma condição limitante no acesso aos bens de consumo e utilização de serviços que refletem na qualidade de vida e de saúde das crianças e de suas famílias.⁹

O tipo de moradia prevalente entre os cuidadores é a casa própria com 81,63% sendo que 100% delas tem água encanada e tratada pela Companhia Riograndense de Saneamento (CORSAN) e luz elétrica. O estudo realizado na cidade de Alfenas em Minas Gerais revelou que a maioria das famílias possuía casa própria (74,2%), onde residiam de quatro a cinco membros (57,6%).⁹

Quanto ao sistema de esgoto 65,30% das famílias não tem rede de esgoto, situação que pode levar a riscos maiores de produção de doenças quando comparada às populações com acesso a estes serviços. Em um estudo realizado com famílias do município de Teixeira/MG, 82,6% da população que reside na área urbana possui sistema de esgoto.¹³

O conhecimento das condições do meio pertinente à saúde, como saneamento e moradia, é de singular relevância no estabelecimento de medidas de promoção e prevenção da qualidade de vida do indivíduo, em especial das crianças.¹¹ Várias doenças parasitárias apresentam-se como problemas de saúde pública. É verificável que tais obstáculos à saúde das populações estão diretamente relacionados com precariedades em saneamento básico. Nessa problemática também assumem relevância a escolaridade e o conhecimento sanitário da população exposta. O equacionamento das problemáticas esbarra no custo das obras de saneamento básico, à falta de programas educativos capazes de envolver as comunidades e que são de fundamental importância para a mudança de hábitos e crenças que contribuem para os mecanismos de transmissão de doenças.¹⁴

Eixos temáticos

No eixo temático **Práticas de higiene de vida da família e da criança**, pode-se observar que a higiene relacionada ao cuidado corporal da família é percebida pelos cuidadores como necessária. Os cuidados de higiene são apreendidos pelas mães em seus convívios com suas famílias e repassados aos seus filhos. Esses saberes relacionados ao cuidado dependem das transferências intergeracionais, das condições socioeconômicas, ambientais e culturais que influenciam no modelo de cuidado das famílias.¹⁵ O conhecimento do senso comum dos pais somado à ciência da educação em saúde pode contribuir para a adoção de novas práticas e hábitos saudáveis das crianças.¹⁶

Neste estudo, os cuidados são representados pelo banho, escovação dentária, lavagem das mãos, corte de unhas e o andar calçado. As falas abaixo confirmam:

[...] tomar banho, escovar os dentes, lavar as mãos antes das refeições. (P17 I)

[...] dá banho, cortar as unhas, escovar os dentinhos. (P11 II)

O banho como um cuidado de higiene é visto por mães cuidadoras como um componente saudável e de inclusão social e isto as estimulam a manterem essa prática de higiene. Em muitos casos, o reconhecimento por parte da sociedade de que uma criança está bem higienizada pode servir como fonte de incentivo para que a cuidadora mantenha o hábito e também como confirmação de que está desempenhando o papel de modo eficaz, pois seu filho está limpo e isto o faz ser aceito no grupo social.¹⁷

Quanto aos desafios enfrentados por mães cuidadoras, observa-se que as famílias vulneráveis, econômica e culturalmente, têm menos condições de executar a higiene corporal em seus filhos, justificando a falta de materiais necessários para realizar o cuidado. No entanto, algumas mães cuidadoras, mesmo com poucos recursos, relatam que fazem a higiene com água e sabão.¹⁷

Com relação ao cuidado corporal das crianças, todas fazem sua higienização (banho, escovação dos dentes, corte de unhas) com ajuda da mãe, possivelmente devido à incapacidade de crianças de três, quatro e cinco anos fazerem sozinhas. As falas abaixo confirmam:

[...] depende, mas geralmente sou eu, que dou banho e escovo os dentinhos dele. Isso quando ele deixa (mãe). (P11 II)

[...] com ajuda, tanto a mãe quanto a avó ajudam. (P4 II)

Entre as práticas de higiene de vida da família, os cuidados prestados à alimentação são de fundamental importância para o crescimento e desenvolvimento infantil e neste aspecto, o estudo revela que a alimentação da família e da criança, baseia-se em refeições com alimentos como arroz, feijão e carne, e eventualmente consomem frutas e verduras. O tipo de alimentação consumida pelas famílias depende da região em que vivem e das condições socioeconômicas, dos hábitos e da cultura.¹⁵ As falas abaixo confirmam:

[...] normal, tem todo dia, é salada, arroz, feijão e carne. (P8 I)

[...] é o básico, alimentação com pouca verdura. (P10 II)

[...] é variada, comemos frutas e verduras também. (P4 V)

A alimentação infantil constitui um dos aspectos fundamentais para a saúde da criança e é de extrema importância para a adoção de práticas alimentares adequadas principalmente nos seus primeiros anos de vida. O acompanhamento da situação nutricional das crianças constitui um instrumento de grande importância para aferição das condições de saúde da população infantil, sendo a vigilância nutricional por meio da avaliação do consumo alimentar um dos pontos de estrangulamento na implementação das políticas públicas.⁹

Estudo realizado em Ribeirinha no estado do Espírito Santo mostrou que as famílias oferecem pequenas quantidades de frutas, verduras e folhosos verdes para as crianças apesar de terem acesso à horta comunitária e a preparação dos alimentos é realizada pelas mulheres da família. Salienta-se que as crenças e tabus influenciam a alimentação das crianças.¹⁸ Neste estudo, a preparação dos alimentos nas famílias também é realizada pela figura materna. As falas confirmam:

[...] eu mesma que preparo (mãe). (P6 IV)

[...] minha esposa. (P13 IV)

O cuidado com o preparo da alimentação baseia-se na lavagem dos alimentos e utensílios da cozinha, seleção dos alimentos, e a higiene das mãos. Exceto em duas famílias que relataram não possuir nenhum cuidado com os alimentos a serem preparados. As famílias possuem o hábito de lavar as mãos antes das refeições. Este é um aspecto positivo, pois mostra a preocupação que têm em cuidar para a não contaminação por micro-organismos, os quais podem prejudicar a saúde.

No segundo eixo temático representado por **Práticas de cuidado com a saúde da criança**, observou-se um cuidado centrado na doença, pois a maioria das crianças é levada pela mãe ao médico quando aparece algum problema de saúde. Algumas crianças são encaminhadas ao médico de duas a três vezes por semestre para avaliação do crescimento e desenvolvimento. Os locais são as Unidades Básicas de Saúde (UBS), Estratégias de Saúde da Família (ESF), consultórios médicos conveniados ou particulares e hospital. As falas abaixo confirmam:

[...] *só levo quando ela fica doente, ai levo no posto de saúde.* (P7 IV)

[...] *ela vai quando é necessário, eu ou meu marido que levamos, e levamos no consultório médico.* (P2 I)

Estudo realizado na comunidade de Ribeirinha no município de Linhares/Espírito Santo (ES) revelou que as mães levam seus filhos ao médico e à unidade de saúde somente quando apresentam algum problema. Quando não encontram o médico, as mães utilizam-se de conhecimento e vivência familiar, além de pessoas da comunidade com conhecimento passado de geração a geração, ou seja, utilizam o saber popular para tratamento de doenças com chás e ervas.¹⁸

Quanto ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças todas possuem carteira com esquema vacinal completo, mostrando que os programas de vacinação e as informações sobre as imunizações e sua importância são efetivos na realidade estudada. Estudo realizado no município de Linhares no estado do Espírito Santo revelou que as crianças tinham acesso ao serviço de imunização concordando com o presente estudo.¹⁸

Parte das crianças nunca foi ao dentista e parte não vão com frequência, porém, quanto à higiene oral, as mães relataram que escovam os dentes de duas a três vezes ao dia. As crianças que já frequentaram o dentista foram na ESF ou Unidade Básica de Saúde próxima a sua residência, levadas também pela mãe. As falas abaixo confirmam:

[...] *nunca foi.* (P7 V)

[...] *nunca levei, só as vezes que o dentista vem na escola.* (P10 IV)

A maioria das crianças não possui diagnóstico para nenhum tipo de doença. Aquelas que possuem, os problemas são respiratórios (bronquite, asma, pneumonia), problemas neurológicos (convulsões) e alergias. O uso de medicamentos é para o tratamento dessas doenças. Algumas delas foram hospitalizadas, pelos motivos relacionados. As falas abaixo confirmam:

[...] *duas vezes por causa da bronquite.* (P16 II)

[...] *sim, por convulsões.* (P3 I)

No Brasil a mortalidade infantil tem apresentado quadros menos agressivos nos últimos anos devido a mudanças no campo da saúde. No entanto, ainda é alto o número de doenças

respiratórias, gastrointestinais, infecciosas e parasitárias, e por isso, ações de promoção da saúde à família de crianças têm sido intensificadas na Atenção Primária de Saúde. Em pesquisa realizada em São Paulo, em unidades de saúde, observou-se que o conhecimento e o cuidado materno ainda não são ideais, inclusive com informações superadas pela ciência, revelando a necessidade de ampliar as ações de educação em saúde nas ESF.¹⁹

Os cuidadores das crianças apresentam dúvidas com relação às práticas de cuidado à higiene do corpo, da alimentação e problemas de saúde. As dúvidas referentes à higiene do corpo são: higiene íntima, tratamento para piolho, corte de unhas, prevenção de assaduras e higiene bucal, revelando a preocupação quanto à maneira como estão realizando estes cuidados. A fala confirma:

[...] era bom abordar o assunto de cortar as unhas, de andar descalço. (P21 I)

As dúvidas referentes à higiene na alimentação se relacionam a limpeza de utensílios como a mamadeira e o uso de água sanitária, dores abdominais após as refeições e dieta alimentar para a faixa etária de pré-escolares. Quanto ao uso de água sanitária, em estudo realizado em Ribeirinhas-MG observa-se uma preocupação com o uso da água e as doenças de veiculação hídrica, já que o Agente Comunitário de Saúde entrega aos moradores hipoclorito de sódio para que acrescentem na água para consumo e limpeza e, para reforçar a aplicabilidade prática no cotidiano da população, essa informação, juntamente com outras, é repassada em uma cartilha denominada “criança saudável”.¹⁵ A fala abaixo confirma:

[...] hipoclorito altera a composição do leite consumido pela criança? (P22 I)

No que tange a problemas de saúde, as dúvidas são sobre problemas de crescimento, administração correta de medicamentos e doenças tais como: cardiopatias, infecção urinária, alergias, gripe e H1N1, sinusite, infecções respiratórias, fimose, entre outras. As falas abaixo confirmam:

[...] quando dou a medicação e ela melhora eu paro, daí fico me perguntando se tinha que continuar dando o medicamento. (P1 III)

[...] tenho dúvida quanto à infecção urinária infantil. (P4 II)

[...] eu acho que ela é meio pequena pra idade dela. (P6 II)

Observa-se que o contato das mães com os profissionais de saúde permite um aprendizado com relação à forma de enfrentar e cuidar dos problemas de seus filhos.¹⁰ Outro aspecto importante a ser salientado é a inclusão da mãe cuidadora como parte do cuidado à criança entendendo que, muitas vezes, ela precisa ser cuidada também para que possa realizar um cuidado mais apropriado ao filho.¹⁰

A educação em saúde é uma estratégia valiosa para abordar a saúde da criança a partir de um cuidado educativo baseado em uma escuta sensível de cada realidade. As ações propostas devem levar em consideração a necessidade das famílias envolvidas por meio do conhecimento do seu contexto.¹⁵

Observa-se que as famílias se preocupam com a saúde da criança, mas reconhecem a necessidade dos serviços de saúde como apoio e complemento. Elas precisam de orientação para fazer os cuidados que habitualmente realizam, devido aos

limites que identificam que tem. Assim é relevante tematizar junto às famílias os assuntos de seus interesses, fortalecendo as experiências de vida e conhecimento para juntos intervir em uma realidade com perspectiva integradora e participante.¹⁶

A partir do conhecimento de saberes e práticas de cuidados de pais e familiares, a criança consolida a máxima de que o cuidado não pode ser generalizado e esta aproximação da realidade das crianças desafia os profissionais a elaborar novas estratégias de educação em saúde.¹⁶

CONCLUSÃO

A alta prevalência da atuação do sexo feminino no cuidado à saúde e à vida das crianças possivelmente se remete a não divisão do trabalho na família, na qual a mulher ainda exerce a função de responsável e zeladora pelos cuidados familiares, além de assumir outras responsabilidades de caráter social. Neste contexto de transformações, as pesquisas a respeito destes arranjos familiares tornam-se relevantes para produções teóricas da enfermagem.

As condições socioeconômicas das famílias apresentam-se associadas a quase todos os resultados investigados, reafirmando que estes estão em consonância com vários outros já publicados e apontam para o importante papel do Estado em minimizar as desigualdades observadas neste país. Isso pode ser realizado com a implantação, por parte do poder público, de programas de vigilância das condições de saúde bucal e seus fatores de risco nas escolas públicas e também no Sistema Único de Saúde (SUS). Essa medida permitirá o monitoramento da ocorrência de agravos e do impacto das medidas adotadas, tanto para preveni-los como para evitá-los.

O estudo mostra que os saberes e práticas de higiene dos pais e/ou responsáveis estão associados às condições culturais e econômicas das famílias. Há uma preocupação com as condições de alimentação, cuidados pessoais de higiene e busca por maior informação quanto ao cuidado com as doenças apresentadas pelos filhos. Nesse sentido, a utilização de instrumentos teórico-metodológicos para fundamentar o cuidado prestado pelos pais ou responsáveis das crianças torna-se uma proposta para intervenções das equipes de saúde, em prol da promoção do cuidado à criança.

Sugere-se maior aproximação da enfermagem e das equipes de saúde com essas famílias e as EEI, com vistas à promoção de ações de educação em saúde, especialmente no que se refere às dúvidas, à identificação de necessidades e situações de vulnerabilidade socioeconômicas e com isso articular-se a outros setores como a secretaria de Assistência Social e conselhos de proteção à criança para estabelecer melhorias de saúde. É preciso que a enfermagem repense e articule a sua prática cotidiana, para redirecionar sua práxis e ações, no sentido holístico, em que a saúde da criança é vista no seio familiar e comunitário, desenvolvendo ações educativas adequadas às reais necessidades delas e de suas famílias, envolvendo os sujeitos nesse processo.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Ações Programáticas e Estratégicas em Saúde. O futuro hoje: estratégias brasileiras e brasileiras saudáveis: primeiros passos para o desenvolvimento nacional. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010. p. 128. (Série B. Textos básicos de saúde. Série ODM Saúde Brasil; v.4).
2. Eduardo LP, Egry EY. Estatuto da criança e do adolescente: a visão dos trabalhadores sobre sua prática. Rev Esc Enferm USP. 2010;44(1):18-24.



3. Verissimo MLOR, Chiesa AM. A promoção do desenvolvimento infantil: instrumento para o acompanhamento dos cuidados familiares. In: Fujimori E, Ohara CVS, organizadoras. *Enfermagem e a saúde da criança na atenção básica*. São Paulo (SP): Manole; 2009. p. 328-53.
4. Rezende MA. Uma proposta de cuidado a crianças em creches e pré-escolas: a busca de superação dos determinantes históricos e sociais brasileiros. *Acta Paul Enferm*. 2004;17(1):102-7.
5. Elsen I, Souza AIJ, Prospero ENS, Barcellos WBE. O cuidado profissional às famílias que vivenciam a doença crônica em seu cotidiano. *Ciênc Cuid Saude*. 2009;8 Supl:11-22.
6. Pedrosa MLR, Motta MGC. Vulnerabilidades socioeconômicas e o cotidiano da assistência de enfermagem pediátrica: relato de enfermeiras. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2010;14(2):293-300.
7. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 10^a ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2007. 406 p.
8. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(2):388-94.
9. Martino HSD, Ferreira AC, Pereira CNA, Silva RR. Avaliação antropométrica e análise dietética de pré-escolares em centros educacionais municipais no sul de Minas Gerais. *Ciênc Saúde Colet*. 2010;15(2):551-8.
10. Olivi ML, Fonseca RMGS. A mãe sob suspeita: falando da saúde da criança em idade escolar. *Rev Esc Enferm USP*. 2007 [acesso em 2010 mar 10];41(2):213-21. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/705.pdf>.
11. Remor CB, Pedro VL, Ojeda BS, Gerhardt LM. Percepções e conhecimentos das mães sobre higiene de seus filhos. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2009;13(4):786-92.
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese de Indicadores Sociais. Uma Análise da População Brasileira em 2010. Aspectos Demográficos. [acesso em 2011 mar 10]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsois2010/default_tab.shtm.
13. Azeredo CM, Cotta RMM, Schott M, Maia TM, Marques ES. Avaliação das condições de habitação e saneamento: a importância da visita domiciliar no contexto do Programa de Saúde da Família. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007;12(3):743-53.
14. Giatti LL, Rocha AA, Santos FA, Bitencourt SC, Pieroni SRM. Condições de saneamento básico em Iporanga, Estado de São Paulo. *Rev Saúde Pública*. 2004;38(4):571-7.
15. Teixeira E, Siqueira AA, Silva JP, Lavor LC. Cuidados com a saúde da criança e validação de uma tecnologia educativa para famílias ribeirinhas. *Rev Bras Enferm (REBEN)*. 2011;64(6):1003-9.
16. Mello DF, Furtado MCC, Fonseca LMM, Pina JC. Seguimento da saúde da criança e a longitudinalidade do cuidado. *Rev Bras Enferm*, Brasília. 2012;65(4):675-9.
17. Almeida SA. Mãe, cuidadora e trabalhadora: as múltiplas identidades de mães que trabalham. *Rev Dep Psicol, UFF*. 2007 jul/dez;19(2):411-22.



18. Hoffmann MV, Oliveira ICS. Conhecimento da família acerca da saúde das crianças de 1 a 5 anos em uma comunidade ribeirinha: subsídios para a enfermagem pediátrica. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2009;13(4):750-6.

19. Prado SRLA, Fujimori E. Conhecimento materno/familiar sobre o cuidado prestado à criança doente. Rev Bras Enferm (REBEN). 2006 jul-ago;59(4):492-6.

Data de recebimento: 19/08/2012

Data de aceite: 29/08/2013

Contato com autor responsável: Ethel Bastos da Silva

E-mail: ethelbastos@hotmail.com

Endereço postal: Av. Independência, nº 3751, Bairro Vista Alegre, CEP 98300-000 - Palmeira das Missões/RS. UFSM Campus Palmeira das Missões.