

UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ

CENTRO DE EDUCAÇÃO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Curso de Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho

Área de concentração: saúde da família

KAREN SUYAN CLEZAR FANTINI

**A FAMÍLIA EM EXPANSÃO:
UM ESPAÇO PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE BUCAL**

ITAJAÍ (SC)

Março 2005

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ

CENTRO DE EDUCAÇÃO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Curso de Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho

Área de concentração: saúde da família

KAREN SUYAN CLEZAR FANTINI

**A FAMÍLIA EM EXPANSÃO:
UM ESPAÇO PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE BUCAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dra. Ingrid Elsen

ITAJAÍ (SC)

Março 2005

KAREN SUYAN CLEZAR FANTINI

**A FAMÍLIA EM EXPANSÃO:
UM ESPAÇO PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE BUCAL**

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de MESTRE EM SAÚDE e aprovada em ___/___/2005, atendendo as normas do **Curso de Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho da Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI.**

BANCA EXAMINADORA:

DRA. INGRID ELSEN – PRESIDENTE

DR.

DR.

DR.

DR.

“Quando se viaja em direção a um objetivo
é muito importante prestar atenção no Caminho.
O Caminho é que sempre nos ensina a melhor maneira de chegar,
e nos enriquece, enquanto o estamos cruzando”.

Paulo Coelho

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por minha existência, e pela possibilidade de desenvolvimento, pois compartilho a idéia de que ninguém está aqui por acaso.

Ao meu pai, **Ari Clezar** (*in memoriam*), pelo privilégio do seu convívio por trinta e seis anos da minha vida, pela lição de amor, família, e pelos valores de integridade e honestidade que sempre passou através do seu exemplo. Meu amor para sempre.

Ao meu marido **Paulo**, meu maior incentivador e fonte de segurança, amor, companheirismo. Obrigada pelo colo, pelo carinho e pela paciência. Se há no mundo, a alma gêmea de cada um, estou certa de que as nossas se encontraram.

Aos meus filhos, **João Paulo** e **Ana Karina**, que mesmo sem entenderem os porquês, aceitaram minhas ausências e carências, sem deixar um só minuto de demonstrar seu amor.

À minha irmã, **Kátia Clezar**, e meus sobrinhos, minha “pequena grande família ampliada”, por toda nossa história e pelo amor que nos une.

À prof.^a **Ingrid Elsen**, com quem tive o privilégio de compartilhar esses dois anos de caminhada. Mais do que uma orientadora, conheci um ser humano raro, merecedor de todo o meu respeito, admiração e carinho. Pessoas como você fazem, com certeza, um mundo melhor. Obrigada pela paciência, pela delicadeza, pela confiança depositada em mim. Para sempre, obrigada.

À minha amiga **Zulmira Paes**, grata descoberta desse caminho, com quem dividi medos, angústias e alegrias. As afinidades que descobrimos nos levaram a uma amizade que se baseia em admiração e afeto.

A **Gladys Brodensen**, amiga que me deu a mão nos primeiros passos dessa caminhada, e que se fez presente com estímulo e a palavra certa.

Às **famílias** que foram objeto desse estudo, e que dividiram comigo momentos de sua vivência pessoal com confiança e um carinho especial.

Aos **meus pacientes**, que me confiam o compartilhar suas vidas e seu cuidado à saúde, e desse modo incentivam o meu crescimento pessoal e profissional.

A todos aqui não citados, mas que sabem da sua importância na minha vida, obrigada por estarem comigo, ensinando, aprendendo, dividindo a melhor experiência humana, que é o próprio viver.

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| RESUMO | 9 |
| RESUMEN | 11 |
| ABSTRACT | 13 |
| | |
| 1 PROBLEMÁTICA | 15 |
| | |
| 2 OBJETIVOS | 19 |
| 2.1. OBJETIVO GERAL | 19 |
| 2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 19 |
| | |
| 3 REFERENCIAL TEÓRICO | 20 |
| 3.1. TEORIA DO DESENVOLVIMENTO DA FAMÍLIA | 20 |
| 3.1.1. Origens | 20 |
| 3.1.2. Conceitos | 22 |
| 3.1.3. A família em fase de expansão | 24 |
| | |
| 4 REVISÃO DE LITERATURA | 29 |
| 4.1. PROMOÇÃO DA SAÚDE | 29 |
| 4.2. PROMOÇÃO DE SAÚDE EM ODONTOLOGIA | 31 |
| 4.3. O PROCESSO DE DESMINERALIZAÇÃO E REMINERALIZAÇÃO (DES X RES) | 33 |
| 4.4. FATORES PREDISPOANTES | 34 |
| 4.5. O PAPEL DA FAMÍLIA PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE BUCAL | 38 |
| 4.5.1. Família | 38 |
| 4.6. GRAVIDEZ: NUTRIÇÃO, HERANÇA CULTURAL E CRENÇAS | 39 |
| 4.7. AMAMENTAÇÃO E FUNÇÃO ORAL | 40 |
| 4.8. CUIDADOS EM SAÚDE BUCAL PARA CRIANÇAS NA PRIMEIRA INFÂNCIA – A DIFUSÃO DO CONHECIMENTO JUNTO ÀS FAMÍLIAS | 42 |
| 4.9. PRÁTICAS DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL PARA | |

| | |
|--|------------|
| CRIANÇAS NOS PRIMEIROS ANOS DE VIDA..... | 44 |
| 4.9.1. Cuidados para a saúde bucal na primeira infância | 44 |
| 4.9.2. A escovação dos dentes: técnicas e recomendações dos especialistas..... | 46 |
| | |
| 5 ABORDAGEM METODOLÓGICA | 49 |
| 5.1. LOCAL DO ESTUDO | 51 |
| 5.2. SUJEITOS DO ESTUDO | 52 |
| 5.3. INSTRUMENTAL UTILIZADO PARA COLETA DE DADOS | 56 |
| 5.3.1. Entrevista | 56 |
| 5.3.2. Observação..... | 58 |
| 5.3.3. Registro das informações | 60 |
| 5.4. ANÁLISE DOS DADOS..... | 64 |
| 5.5. RIGOR EM PESQUISA QUALITATIVA..... | 65 |
| 5.5.1. Aspectos éticos na pesquisa | 66 |
| 5.6. TERMO DE CONSENTIMENTO | 69 |
| | |
| 6 APRESENTAÇÃO DAS FAMÍLIAS: APROXIMAÇÃO ENTRE A REALIDADE E A TEORIA..... | 70 |
| 6.1. DISCUSSÃO | 71 |
| 6.2. BIEL E SUA FAMÍLIA: ENTRE O CUIDADO CULTURAL E O SISTEMA PROFISSIONAL DE SAÚDE | 80 |
| 6.2.1. A família de Biel à luz da teoria do desenvolvimento da família..... | 91 |
| 6.2.2. Papel do profissional de saúde..... | 98 |
| 6.3. RAFA E SUA FAMÍLIA: VIVER COMPARTILHADO... UMA OPÇÃO NO AGUARDAMENTO DA BUSCA PELO PRÓPRIO NINHO | 99 |
| 6.3.1. A família de Rafa à luz da teoria do desenvolvimento da família..... | 110 |
| 6.3.2. Papel do profissional de saúde..... | 117 |
| 6.4. DUDA E SUA FAMÍLIA: A FORÇA DA CULTURA POPULAR | 118 |
| 6.4.1. A família de Duda à luz do referencial teórico | 131 |
| 6.4.2. Papel do profissional de saúde..... | 141 |
| 6.5. KAKÁ E SUA FAMÍLIA: A FORÇA DA REDE FAMILIAR NA PRESENÇA DE DIFICULDADES FINANCEIRAS | 142 |

| | |
|--|------------|
| 6.5.1. A família de Kaká à luz do referencial teórico | 154 |
| 6.5.2. Papel do profissional de saúde..... | 162 |
| | |
| 7 UM OLHAR PARA A ODONTOLOGIA | 164 |
| | |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 174 |
| | |
| APÊNDICE A | 183 |
| | |
| APÊNDICE B | 184 |
| | |
| APÊNDICE C | 185 |
| | |
| APÊNDICE D | 186 |
| | |
| ANEXO | 187 |

RESUMO

A FAMÍLIA EM EXPANSÃO: UM ESPAÇO PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE BUCAL

No desempenho do cargo de coordenadora municipal de saúde bucal, montamos em 2002, um projeto de atenção odontológica à gestante e às crianças de zero a três anos, buscando o mais precocemente atuar junto a esses indivíduos, por observar o elevado número de pequenos sorrisos expondo cáries incompatíveis com os ideais de saúde preconizados. Este trabalho, de natureza qualitativa, partiu da inquietação da pesquisadora diante do elevado índice de patologias bucais, sobretudo cárie, traumatismo dental e alterações de estrutura dento-faciais, ainda presentes nas crianças da nossa população, a par dos elevados esforços, quer da rede pública ou privada, pela melhoria desses índices. Tal questionamento nos levou a essa pesquisa, que trata-se de um estudo exploratório descritivo, buscando a apreensão, no sentido de compreender, os conhecimentos e as práticas em saúde bucal desenvolvidas pelas famílias no início do seu cuidado à saúde com seus filhos. Desse modo, o objetivo geral se apresenta como conhecer os saberes e práticas de promoção e prevenção em saúde bucal realizadas pelas famílias com crianças nos primeiros quinze meses de vida. O referencial teórico que pautou esse trabalho foi a Teoria do Desenvolvimento da Família, e sob essa ótica buscamos conhecer a família em fase de aquisição como espaço para a saúde bucal, norteando-nos por seus conceitos e pressupostos. A opção por essa Teoria se deu pela sua possibilidade de entender a família como um sistema móvel através do tempo, permeável às trocas sociais e, portanto, capaz de construir e rever seus valores e suas práticas, inclusive no que respeita à saúde de seus membros. A metodologia utilizada foi a observação e a entrevista semi-estruturada, orientadas por roteiros flexíveis, e adequando-se à realidade familiar nos momentos de trabalho. Oito famílias foram acompanhadas durante quatro meses, havendo, no mínimo, um encontro mensal. Já a análise dos dados se deu por análise de conteúdo, através da busca dos significados e valores atribuídos pelos indivíduos. Nas conclusões, ao propormos um quadro geral de análise, relatamos amamentação, papel materno rearranjos familiares, cuidados com a saúde geral e bucal como integrantes das

principais preocupações dessa fase de vida. Um olhar longitudinal no período proposto nos permitiu perceber as mudanças comportamentais e estruturais que foram ocorrendo, bem como as possibilidades de cada sistema familiar para gerenciar essas demandas. Assim, as relações familiares, seus aprendizados, o apoio da rede social, práticas em saúde, crenças e valores, dificuldades, são contemplados no contexto familiar e discutidos à luz do referencial teórico. Apresentamos, ainda, nossa leitura sobre a inserção da saúde bucal no universo familiar, dentro de um todo que é a sua trajetória e sua dinâmica e o papel dos profissionais de saúde, bem como um olhar mais específico sobre a odontologia como profissão e seu papel social.

Palavras-chave: Família, ciclo da vida familiar, saúde bucal, promoção da saúde.

RESUMEN

LA FAMILIA EN EXPANSIÓN: UN ESPACIO PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD BUCAL

Como coordinadora municipal de salud bucal, elaboramos, en 2002, un proyecto de atención odontológica a la gestante y a los niños de cero a tres años, buscando actuar junto a esos individuos lo más precozmente posible, por observar el elevado número de pequeñas sonrisas exponiendo caries incompatibles con los ideales de salud preconizados. Este trabajo, de naturaleza cualitativa, partió de la inquietud de la investigadora frente al elevado índice de patologías bucales, sobretodo carie, traumatismo dental y alteraciones de estructura dentofaciales, aún presentes en los niños de nuestra población, a pesar del esfuerzo, de la red pública o privada, para la mejoría de esos índices. Tal cuestionamiento nos llevó a esa pesquisa, que se trata de un estudio exploratorio descriptivo, buscando la aprehensión, en el sentido de comprender, los conocimientos y las prácticas en salud bucal desarrolladas por las familias en el inicio de su cuidado con la salud de sus hijos. De ese modo, se presenta como el objetivo general conocer los saberes y las prácticas de promoción y prevención en salud bucal realizadas por las familias con criaturas en los primeros quince meses de vida. El referencial teórico que pautó ese trabajo fue la Teoría del Desarrollo de la Familia, y bajo esa óptica buscamos conocer la familia en etapa de adquisición como espacio para la salud bucal, norteándonos por sus conceptos y presupuestos. La opción por esa teoría se dio en función de la posibilidad de entender la familia como un sistema móvil a través del tiempo, permeable a los cambios sociales y, por lo tanto, capaz de construir y revalorizar sus valores y sus prácticas, incluso en lo que respecta a la salud de sus miembros. La metodología utilizada fue la observación y la entrevista semiestructurada, orientadas por planes flexibles, y adecuándose a la realidad familiar en los momentos de trabajo. Ocho familias han sido acompañadas durante cuatro meses con por lo menos un encuentro mensual. El análisis de los datos se dio por el análisis de contenido, a través de la búsqueda de los significados y valores atribuidos por los individuos. En las conclusiones, presentamos en una tabla los análisis que se refieren al amamentamiento, actitudes de la madre, nuevos arreglos familiares,

cuidados con la salud en general y de la boca, como las principales preocupaciones de esta fase de la vida. Los datos obtenidos han permitido percibir mudanzas en los comportamientos y en las estructuras familiares que surgieron durante el trabajo. Así, las relaciones familiares, su aprendizaje, el apoyo de la red social, las prácticas en salud, creencias y valores, dificultades, son contemplados en el contexto familiar y discutidos a la luz del referencial teórico. Presentamos nuestra lectura sobre la inserción de la salud bucal en el universo familiar, dentro de un todo que es su trayectoria y su dinámica y el papel de los profesionales de salud, bien como una mirada más específica sobre la odontología como profesión y su papel social.

Palabras clave: familia, ciclo de la vida familiar, salud bucal, promoción de la salud.

ABSTRACT

THE FAMILY IN EXPANSION:

A SPACE FOR THE PROMOTION OF ORAL HEALTH

Fulfilling my responsibility as municipal coordinator for oral health, we set up, in 2002, a project aimed at providing dental care to pregnant women and children from zero to three years, seeking to provide these individuals with early treatment, due to the high number of small smiles revealing caries incompatible with the recognized ideals of health. This qualitative work was based on the unease of this researcher faced with the high level of oral pathologies, particularly caries, dental traumatism and alterations in the dental-facial structure, that were still present in the children of our study population, despite the increased attempts, whether of the public or private networks, to improve these levels. This questioning was what led us to carry out this research, in the form of an exploratory-descriptive study, seeking to understand knowledge and practices in oral health, among the families at the start of caring for the health of their children. Thus, the general objective is to discover knowledge and practices related to the promotion and prevention of oral health, adopted by the families, with children in the first fifteen months of life. The theoretical framework that guided this work was the Theory of Family Development, and under this perspective, we sought to learn more about the family in the acquisition phase, as space for oral health, guiding ourselves by their concepts and beliefs. This Theory was chosen due to the possibility of understanding the family as a system which moves through time, permeable to social exchange, and therefore, capable of constructing and rethinking its values and practices, including those relating to the health of its members. The methodology used was observation and semi-structured interviews, guided by flexible scripts, and adapted to the family context at the times when the work was carried out. Eight families were monitored for a period of four months with at least one meeting per month. The data was analyzed using content analysis, through the search for meanings and values attributed by the individuals. In the conclusions, when considering a general picture of analysis, we tell breastfeeding, maternal paper, familiar, well-taken care of rearrangements with the general and buccal health as integrant of the main concerns of this phase of life. A

longitudinal look in the period considered in allowed to perceive them the mannering and structural changes that had been occurring, as well as the possibilities of each familiar system to manage these demands. Thus, the familiar, its learnings, support of the social net, practical relations in health, beliefs and values, difficulties, are contemplated in the familiar context and argued to the light of the theoretical referencial. We still present our reading on the insertion of the buccal health in the familiar universe, inside of one all that is its trajectory and its dynamics and the paper of the health professionals, as well as a more specific look on the odontologia as profession and its social paper.

Key Words: Family, cycle of the familiar life, buccal health, promotion of the health.

1 A PROBLEMÁTICA

A importância da boca e do aparelho estomatognático para o homem remonta aos primórdios da sua existência. Participando do seu desenvolvimento não apenas físico, mas também psicológico, essa estrutura atua na alimentação, na linguagem, no emocional e no afetivo do indivíduo. A percepção do ser humano inicia-se na cavidade bucal, perpassa pela fisiologia da respiração, alimentação e fonação e, sendo uma zona erógena, reflete sua influência no desenvolvimento sexual (Schalka, Valente, 2002). Dessa forma, a maturação do aparelho estomatognático deve ocorrer de forma coordenada e em equilíbrio entre seus componentes, a saber: cavidade bucal (maxila, mandíbula, dentes, periodonto, língua, lábios, bochechas e mucosa bucal); articulação têmporo-mandibular (ATM) e músculos orofaciais.

Estudos demonstram que já na gravidez a família pode interferir no padrão de saúde bucal do indivíduo. Cerca de dois meses após a concepção, por volta da sétima semana de gestação, os dentes começam sua formação, incluindo além dos vinte dentes decíduos uma pequena porção do primeiro molar permanente. Uma dieta balanceada na gestação tem valor redobrado ao contribuir para a saúde da mãe e da criança. A resistência das superfícies dentais às cáries dependerá, entre outros fatores, de uma boa alimentação. A mãe, balanceando cálcio, fósforo e vitaminas (A, C e D), estará contribuindo para a plena formação dos dentes do seu bebê, uma vez que nove meses antes do nascimento o bebê é totalmente dependente da mãe.

No âmbito da família se faz também necessária uma reflexão sobre os aspectos que envolvem o estar grávida, representando um momento de grande importância não só para a mulher, mas para o casal e o sistema familiar. É no período da gravidez que a identidade feminina é definitivamente efetivada, onde o tempo dessa efetiva elaboração de estar grávida é variável, porém gera insegurança, ansiedade e tensões na maioria dos casais grávidos.

Um outro momento com diferentes características para o casal é o puerpério. Com a chegada do filho ocorrem várias mudanças na dinâmica familiar que exigem abertura de espaços, inclusão e geração de novas responsabilidades que inicialmente poderão ser motivos de desorganização e crise familiar. Segundo Nakawa (1994), a possibilidade de prevenção de cárie no primeiro ano de vida é de 95,5% , caindo para 71,5% aos dois anos. Programas voltados para pré-escolares, com freqüência, mostram dados de crianças já com severas necessidades clínicas curativas, reforçando nosso pensamento de que é necessário intervir mais precocemente no ciclo de vida. Sabe-se, além disso, que crianças infectadas pelo principal microorganismo causador da cárie com idade inferior aos dois anos de idade, apresentam 10 vezes mais cáries aos quatro anos de idade, do que as que têm contato com esse agente mais tarde. Todo e qualquer Programa Educacional ou Preventivo que se pense para pré-escolares, escolares, adolescentes ou adultos deverá contar, pois, com uma base e um envolvimento prévio dos indivíduos e das famílias se quisermos vislumbrar alguma efetividade.

No Município de Camboriú existe desde maio de 2002 o Programa de Orientação em Saúde Bucal para Gestantes e Nutrizes. Criado a partir da observação da necessidade de atuação mais precoce para prevenção da cárie e outras doenças bucais, tendo em vista o alto índice de procura por atendimento clínico para crianças em idade pré-escolar. Também nos chamou atenção depoimentos dos médicos pediatras sobre pacientes com inúmeras necessidades bucais e doenças sistêmicas recorrentes. Além disso, o trabalho realizado com escolares de 1º a 4º séries nos remetia à necessidade de iniciar essa corrente de conhecimento em fases anteriores do ciclo de vida.

O programa consta de agendamento de consultas para gestantes, em que são trabalhadas suas necessidades clínicas estimulando-se o auto-cuidado, orientações sobre dieta, nutrição e higiene bucal. Cuidados com a saúde bucal do futuro bebê são incentivados nos diálogos entre odontólogos e pacientes. Na clínica odontológica, os procedimentos abrangem orientações à gestante, ações profiláticas, adequação do meio bucal e odontologia restauradora. Esse trabalho, embora informalmente, mostrava reflexos da satisfação dos usuários e um bom índice de adesão e de aceitação dos ACS na comunidade. Contudo, carecia de um

olhar mais aprofundado ao universo das famílias, inserido na sua realidade.

A Secretaria de Saúde do município realizou ainda parceria com uma rádio local, para inserir na programação diária vários temas de Educação e Prevenção em Saúde, entre eles as orientações para higiene bucal e prevenção de cárie e lesões bucais. Pretende-se, desse modo, alcançar um maior número de pessoas e popularizar noções básicas sobre o tema. Talvez o maior diferencial desse programa esteja na atuação do Agente Comunitário de Saúde (ACS). Através de cursos de capacitação são treinados para abordagem de famílias com gestantes, nutrizes e lactentes, levando orientações sobre higiene bucal, prevenção de doenças bucais em crianças, hábitos para-funcionais e dieta. Dessa forma pensamos estar além da simples orientação, interagindo com a clientela, através de um profissional inserido na sua própria comunidade, que nos relata seus sucessos e suas dificuldades nesse trabalho. Procuramos também estimular a demanda daqueles pacientes sob potencial risco, numa busca ativa desses indivíduos.

Contudo, como se apresenta a família enquanto espaço para a promoção da saúde bucal? Nossa proposta nesse estudo consiste em estar no universo das famílias para ouvi-las. Reconhecer a saúde bucal como uma busca contínua, em um processo que envolve contemplar variados aspectos, entre eles: a qualidade dos programas e recursos dos serviços de saúde, a importância das crenças e dos valores nas práticas das famílias, o papel das pessoas significativas, os recursos existentes na própria família e a forma de transmissão do conhecimento científico por parte dos profissionais. Mais especificamente esse estudo pretende responder à seguinte questão:

Quais são os conhecimentos e as práticas de saúde bucal desenvolvidas pelas famílias com crianças em seu primeiro ano de vida?

Quando entendemos cárie como doença multifatorial e acreditamos estar na educação uma das possibilidades de controle dessa doença, devemos refletir sobre como vem se dando a construção desse conhecimento nas famílias. As orientações específicas dadas às crianças, à mulher, à família não devem ocorrer quando a doença já estiver instalada mas, sobretudo, quando ainda há chance de

prevenção. Manter a saúde bucal depende, em parte, dos serviços ofertados e disponíveis à população e, por outro lado, da atuação da própria família no seu processo de desenvolvimento.

Surge, a partir desses dados, a nossa proposta de abordar a promoção da saúde bucal mediante a realização de um trabalho de aproximação com a família, para conhecer seus significados e práticas. É imprescindível destacar que, de nada vale todo conhecimento sem a motivação e inter-relação dos pais e/ ou responsáveis com os profissionais da saúde, posto que, a atuação familiar oportuna é o fator chave para o sucesso de qualquer medida preventiva.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer os saberes e as práticas de promoção e prevenção em saúde bucal realizadas pelas famílias na fase de aquisição com crianças nos primeiros quinze meses de vida.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

O presente estudo tem como objetivos específicos:

- a) identificar as crenças, os valores e os conhecimentos das famílias associados à saúde bucal de crianças no primeiro ano de vida;
- b) descrever as práticas das famílias em relação à saúde bucal para recém-nascidos e lactentes;
- c) identificar as expectativas da família em relação à saúde bucal de seus filhos;
- d) identificar as dificuldades para o desenvolvimento das práticas de promoção e prevenção em saúde bucal pelas famílias;
- e) descrever as experiências de aprendizagem de promoção e prevenção referidas pelas famílias (com quem, o que aprenderam).

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Segundo Deslandes *et al* (1993), a definição teórica é a base de sustentação da pesquisa. Na opinião da autora, é imprescindível a definição clara dos pressupostos teóricos, categorias e conceitos que serão utilizados, relatados de forma clara e sintética, estabelecendo relação entre a teoria e o problema a ser investigado.

A orientação através de um marco teórico nos permite olhar o objeto de pesquisa dentro de um quadro de referências que permite ir além do que está sendo mostrado. Não raramente, a falta de fundamentação teórica bem estruturada pode exigir um reestudo para embasamento da pesquisa.

A escolha da teoria do Desenvolvimento da Família como marco teórico desse estudo se justifica na medida em que a) possibilita a limitação no tempo em que os fenômenos estão se apresentando nas famílias; b) oferece conceitos que orientam para o crescimento e desenvolvimento dessas e, no enfoque da promoção à saúde bucal; c) favorece ações preventivas e educativas contextualizadas à dinâmica vivenciada no ambiente familiar.

3.1 TEORIA DO DESENVOLVIMENTO DA FAMÍLIA

3.1.1 Origens

A teoria do Desenvolvimento da Família tem suas origens nas teorias do desenvolvimento do indivíduo. A partir do pós-guerra, começou-se a admitir a ligação da saúde mental não só a processos internos do próprio ser, como também do seu meio, contribuindo para que a visão social e ambiental viesse a ser considerada na perspectiva desenvolvimental. Sociólogos americanos foram os pioneiros na utilização do conceito de ciclo das famílias, ampliando posteriormente para a conceituação de tarefas ou funções de desenvolvimento com base na psicologia freudiana.

Ao final da década de 40, a socióloga Evelyn Duvall escreveu o livro “O Desenvolvimento da Família”, em que apresentava o ciclo da vida familiar em oito estágios, todos referentes aos eventos nodais relacionados às idas e vindas dos membros da família: casamento, o nascimento e a educação dos filhos, a saída dos filhos do lar, aposentadoria e morte. Rodgers (1960) *apud* Hoffmann (1999) propôs uma análise mais expandida, em que 24 estágios incluem o progresso de vários filhos através dos efeitos nodais do ciclo de vida. Hill (1970) *apud* Hoffmann (1999) enfatizou três aspectos geracionais desse ciclo, formando uma “ponte geracional” onde em cada estágio existe um complexo de papéis distintos para os membros da família.

A teoria do desenvolvimento aborda a modificação da família com o passar do tempo através do uso dos estágios do ciclo de vida familiar de Duvall, com base nas alterações previsíveis na estrutura, na função e nos papéis da família, usando como referência a idade do primogênito como marcador para a transição dos estágios. Em todos os estágios, a família depara-se com determinadas tarefas de desenvolvimento e, simultaneamente, cada membro da família deve realizar tarefas de desenvolvimento individuais, integrantes de cada estágio do ciclo da família.

De acordo com Carter; Goldrick (1995), novas normas do ciclo de vida foram desenvolvidas, atendendo versões mais contemporâneas da família, a saber: famílias divorciadas, reconstituídas, com diferentes níveis de renda, famílias em que ambos os pais trabalham. Segundo Walley; Wong (1999), normas de desenvolvimento para famílias homossexuais têm sido mais complexas, devido à ausência de marcadores que delineiem tipicamente os estágios de vida.

Cerveney (1997), relata que, ao realizar um estudo com famílias paulistanas, observou certas particularidades devido à realidade em que vivem. As crises e seus significados, bem como os modelos culturais para o seu enfrentamento, levaram à discussão sobre o contexto a ser trabalhado, formulando uma caracterização das fases diversa daquela encontrada na literatura estrangeira.

Assim, a autora descreve a família passando por quatro etapas, não rigidamente circunscritas, porém com demandas comuns aos indivíduos e ao núcleo

familiar. As etapas identificadas são: 1) fase de aquisição; 2) fase adolescente; 3) fase madura e 4) fase última. (Cervený, 1997). Para a autora “[...] é impossível pensar em ciclo vital dissociado de desenvolvimento, movimento, crescimento, ordenação, etapas e assim por diante”. A idéia de crise, relatada por alguns teóricos, aparece para a autora como “passagem”. Associa a transposição de cada etapa com percurso, mudança, e não necessariamente com alteração, dificuldade ou complicação.

As diversas classificações e nomenclaturas das fases relatadas na literatura baseiam-se em diferentes realidades, contudo há, no fio condutor da teoria, a essência da evolução do sistema familiar, das fases e do seu agir frente às ações cotidianas.

A Teoria do Desenvolvimento da Família tem como foco as mudanças sistemáticas e padronizadas vivenciadas pelas famílias enquanto se movem através dos estágios da vida familiar. Seus pressupostos podem ser assim sintetizados:

- a) os processos de desenvolvimento na família são inevitáveis e importantes na compreensão da unidade familiar;
- b) o grupo familiar é afetado por três níveis de análise. A análise da família, segundo a teoria, se dá em diferentes níveis: 1) como grupo; subgrupos: marido/mulher, entre irmãos; individual; 2) agregado de famílias, estruturadas por classe social e etnicidade; 3) família como instituição social – com normas e expectativas;
- c) a família é um grupo semi-fechado ou semi-permeável.

3.1.2 Conceitos

Família: O conceito de família refere-se a um sistema social semi-permeável composto por indivíduos ligados entre si por compromisso mútuo (geralmente afetivo) que possuam posições e funções ou tarefas definidas pela cultura e pela sociedade na qual a família ocupa posição peculiar (Rowe, 1981).

Posição: Refere-se à localização dos membros da família na estrutura familiar. Exemplo na família nuclear: marido-pai, esposa-mãe, filho-irmão, filha-irmã (Rowe, 1981).

Desenvolvimento: Os estágios de desenvolvimento descritos por Duvall são os seguintes:

Estágio I – Casamento em um lar independente. A união das famílias.

Estágio II – Família com lactentes

Estágio III – Família com pré-escolares

Estágio IV – Família com escolares

Estágio V – Família com adolescentes

Estágio VI – Família como centro de partida

Estágio VII – Famílias de meia-idade

Estágio VIII – Família em envelhecimento.

Além desses estágios descritos pela referida autora, outros teóricos propuseram análises em categorizações distintas com diferentes fases. Entre eles, Rodgers (1960), Hill (1970), Haley (1991), (*apud* Hoffmann, 1999) e também Cerveny (1997) e Carter & Goldrick (1995). Contudo, a variação na categorização dos estágios tem mantido os pressupostos da teoria e o reconhecimento da sua essência para as vivências de família.

Carreira/Trajetoária: Dentro do seu desenvolvimento, a família vive uma trajetória entendida como carreira familiar. Essa carreira compõe-se de todos os eventos e estágios vividos pela família. Os estágios ou etapas da vida familiar são inferidos a partir de mudanças nos membros que compõem a família ou na forma de organização do sistema no espaço e nas relações (Carter; Goldrick, 1995).

Função de desenvolvimento ou tarefa de desenvolvimento: É aquilo que se espera que um determinado membro da família, ou a família como grupo, desempenhe. Estas funções são dinâmicas e mudam de acordo com os estágios do ciclo da família (Carter; Goldrick, 1995).

Eventos nodais: São os acontecimentos comuns e incomuns na família que criam instabilidade na associação e na função, eventos que trazem a possibilidade de perda ou ganho de membros e desafiam a integridade e o desenvolvimento do sistema . (Carter; Goldrick, 1995).

3.1.3 A família em fase de expansão

Na Teoria do Desenvolvimento da Família, vários estágios são categorizados pelos estudiosos. Sob a ótica da formação do sistema familiar, o primeiro desses, reconhecido como Fase de Aquisição, é o que nos parece oferecer grandes desafios para os seus membros. É o marco zero da conformação familiar, que sustentará as demais fases que se seguirão. Inclui desde a escolha do parceiro até a vida com filhos pequenos, e se estende por vários anos da vida familiar. Contemporaneamente, essa fase tem se apresentado com as mais diversas variações temporais, tendo em vista as mudanças sociais, culturais e todo o processo que envolve questões das relações de trabalho e capital.

Quando nos referimos ao termo “Aquisição”, segundo Cervený (1997), estamos pensando o envolvimento familiar em todos os sentidos, quer seja material, emocional, ou psicológico. É o momento em que os indivíduos estão abertos a trocas, a conquistas e ao estabelecimento de regras explícitas ou implícitas de convivência, da resolução dos conflitos iniciais para estabelecer as bases para o relacionamento na família.

Estão em fase de aquisição várias modalidades de estrutura familiar, desde o modelo nuclear tradicional, passando por recasamentos, casais adolescentes, uniões homossexuais, famílias monoparentais e uma gama de variáveis de constituições das famílias desses novos tempos. A vivência das famílias na fase de aquisição resulta, como exposto, de diversas combinações e fatores como idade, maturidade, experiências anteriores, redes de apoio possíveis, entre outros. Cada família constrói sua trajetória, permeada sempre em processos de construção e compartilhamento.

O fato comum a qualquer dessas conformações é o momento de

construção no qual elas se encontram. Dada a singularidade de cada uma delas, os processos vivenciados são únicos e pautados em objetivos a serem alcançados pelo novo sistema, na dependência do que lhe seja prioritário: aquisição de bens materiais, formação profissional, relações inter-familiares, espaço para o novo casal, reconstrução de vínculos, entre outros. (Carter; Goldrick, 1995). Nessa fase predomina, no entendimento de Cerveny (1997), a tarefa de adquirir, envolvendo diferentes áreas da estruturação familiar. Há também um grande envolvimento dos indivíduos nos movimentos de trocas, conquistas e adaptações. Para as transições dessa fase se faz necessário tempo e maturidade, buscando a resolução dos conflitos inerentes.

Hines (2001), em seu relato sobre estudos realizados nos Estados Unidos, identifica diferenças entre os ciclos de vida das famílias dependendo do seu nível socioeconômico e etnia. As famílias pobres e negras se apresentam geralmente multiproblemáticas, e sua condição social de opressão econômica e preconceito racial são potencializadores e mantenedores dessa condição, não raro, por várias gerações. Os estressores que se apresentam para essas famílias são distintos daqueles da classe média, dizendo respeito principalmente às necessidades básicas de subsistência e sobrevivência, e a busca de apoio na assistência pública, permitindo, por vezes, uma indesejada intervenção das instituições na sua vida familiar. O ciclo de vida dessas famílias é diferenciado em função de suas limitações e dificuldades, ocorrendo um encurtamento desses, com a conseqüente inadequação para cumprir as tarefas de desenvolvimento de cada estágio. A fase de aquisição sofre aqui significativas alterações quanto ao padrão conceitual de papéis e tarefas. É uma fase que ocupa a maior parte da vida dessas famílias, e que inclui estruturas domésticas de várias gerações.

Consideramos relevante o conhecimento sobre as diferenças de características na vivência dos ciclos das famílias de diferentes níveis sociais. A generalização tende para o erro, contudo algumas condições nos fazem refletir o que há de comum e o que há de particular em cada abordagem que fazemos, pensando nas suas possibilidades e suas limitações.

Faz sentido lembrar que a união do casal surge como necessidade

intrínseca do ser humano de buscar cumplicidade, complemento, apego. Ocorre que, ao unirem-se para formar um casal, esses dois indivíduos estão trazendo consigo suas famílias de origem, suas crenças, seus anseios, mitos, e a dualidade do “ser com o outro” e do “ser sozinho”. A construção da identidade de casal é um dos momentos determinantes da trajetória dessa família, posto que é um processo de ajustamento que envolve os objetivos de cada um e a motivação que os levou até essa união. Desmistificar e solucionar conflitos enquanto díade têm se mostrado o caminho mais saudável para a evolução da família que possivelmente se ampliará pela inclusão de novos membros através do nascimento dos filhos.

O nascimento do primeiro filho é um marco na vida familiar, de tal forma significativo e complexo que se constitui em uma nova fase do Ciclo de Aquisição, denominada “família em expansão”. Assim, ao nos referirmos nesse trabalho, à **família em expansão**, estamos entendendo-a como uma “sub-fase” dentro da categorização já descrita. Na opinião de Carter; Goldrick (1995, p. 42):

[...] com a transição para a paternidade, a família se torna um grupo de três, o que a transforma em um sistema permanente. Se um cônjuge sem filhos parte, não resta nenhum sistema, mas, se uma pessoa deixa a nova díade do casal e do filho, o sistema sobrevive [...].

Cerveney (1997) reflete que, no processo de evolução da família, a chegada do primeiro filho aparece como um evento que é o marco definitivo da formação do novo sistema, alterando papéis, tanto da família nuclear, quanto da família ampliada. Nesse momento se estabelecem alterações definitivas nos sistemas familiares envolvidos, evidenciando a transição e a crise maturacional que permeia tal processo. A autora afirma que na transição do casal para um sistema com filho, haverá sempre mudanças profundas e irreversíveis nos níveis individual, conjugal e familiar.

As tarefas de desenvolvimento que se apresentam a cada fase do ciclo da família são norteadoras para a seqüência normal da sua história. O não cumprimento das tarefas no seu tempo pode levar a disfunções, e os acontecimentos predizíveis podem ser trabalhados no sentido de se evitar patologias e de se promover o bem-estar desse sistema (Wilson, 1996).

Na fase de aquisição, por se tratar de um período que compreende desde o início da vida a dois, até a chegada dos filhos à adolescência, diversas são as tarefas a serem cumpridas. Inicia-se pela necessidade de se estabelecer um relacionamento mutuamente satisfatório, aumentar a autonomia em relação à família de origem, decidir sobre gravidez, educação e filhos e desenvolver novas amizades. Com o nascimento do primeiro filho, surge a necessidade de ajustar a unidade familiar para o ingresso de novos membros, encorajar o desenvolvimento da criança e oportunizar uma vida satisfatória para todos os membros. Cabe também o realinhamento com a família ampliada, na redefinição dos papéis. Já em idade pré-escolar, as tarefas estão relacionadas a enfrentar os custos financeiros da família, prover espaço para a família, amadurecimento dos papéis e satisfação mútua. As famílias com crianças em idade escolar devem se empenhar em facilitar a transição do mundo doméstico para a escola, estar aptos às necessidades de tempo e financeiras que surgem e manterem sua relação de casal (Wilson, 1996).

A Teoria do Desenvolvimento da Família preconiza que a vida familiar desenvolve-se em ciclos, a partir e com a evolução do primeiro filho. É com ele que a família vai aprendendo a ser. A partir dos acontecimentos em sua vida vai se construindo a trajetória desse núcleo e, mesmo que outros filhos cheguem, é com o primeiro que as transições e crises são experienciadas como marcos de desenvolvimento.

O desafio da inclusão de um filho, tenha ele sido planejado ou não, demanda em uma reorganização do sistema familiar, na mudança de posições, no estabelecimento de funções ou tarefas de desenvolvimento. Como pano de fundo desse cenário, aparecem questões culturais, sociais, ansiedades, mitos, e uma gama de estressores passíveis de desestabilizar a família. Contextualizando socialmente essa fase, não é difícil imaginar as situações conflituosas que podem surgir quanto aos movimentos individuais, conjugais e profissionais que precisam ser feitos.

Atender a demanda dos filhos exige uma constante transformação, exigindo dos pais um processo contínuo de adequação. O papel cuidador dos pais muitas vezes é gerador de conflitos e dificuldades, que devem e podem ser

trabalhados pelos profissionais da saúde.

Para famílias em fase de aquisição, incluir os cuidados de saúde bucal como tarefa de desenvolvimento equivale estimular a adoção de hábitos favoráveis à saúde bucal o mais precocemente em seus filhos. Os profissionais de saúde precisam estar aptos a reconhecer, acompanhar e intervir, quando pertinente, para auxiliar as famílias na organização da nova estrutura familiar no sentido de favorecer condições de se auto-cuidarem e de praticarem os procedimentos necessários à manutenção do bem-estar, da saúde e da prevenção de todos os seus membros.

Nesse contexto, trabalhar as questões de saúde nas famílias requer, por parte dos profissionais de saúde: conhecimento, sensibilidade e disponibilidade para prestar o apoio que se faça necessário ao desempenho satisfatório desses cidadãos.

4 REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo abordamos inicialmente a conceituação de promoção à saúde, o processo de desmineralização e remineralização, os fatores predisponentes à doença cárie e à doença periodontal. Num segundo momento, tratamos o papel da família para a promoção da saúde bucal, a importância da amamentação e a dentição da primeira infância. A nutrição materna, hábitos e crenças durante a gestação também estão contempladas, haja vista a intensa inter-relação entre saúde da mãe e da criança. Em seguida são apresentadas as práticas de promoção e prevenção em saúde bucal para crianças nos primeiros anos de vida, destacando-se a significativa importância da atuação da família no processo preventivo.

4.1 PROMOÇÃO DA SAÚDE

A Conferência sobre promoção da saúde em Ottawa (1986), derivou-se de discussões mundiais acerca do princípio de que, a saúde dos mais ricos não poderia se construir sobre a exploração dos mais pobres, desse modo, surgindo como norteadora do esforço mundial no sentido de promover melhor a saúde para os povos. Existem grandes variações nas condições de vida e de trabalho nas diferentes classes sociais, bem como no que se refere à educação e a outros fatores gerais relacionados à saúde. O mesmo se aplica aos países quanto ao seu desenvolvimento e industrialização. Dessa forma, embora as estratégias e os atores da promoção à saúde mostrem-se distintos em diferentes partes do mundo, a filosofia básica deve ser similar, bem como os princípios que a fundamentam. O termo promoção à saúde foi utilizado primeiramente em 1945 por Sigerist, que apontou a promoção da saúde como a adoção de medidas protetoras especiais, além da prevenção da doença (Kickbusch, 1996).

Promoção da saúde, em sentido amplo, envolve ações globais para a melhoria na qualidade de vida das pessoas. Constitui uma mudança de paradigma na qual sugere-se que a saúde não é, necessariamente, apenas a ausência de

doença. Para Pinto (2000, p. 293) “[...] um estado saudável não é assegurado pela ausência de doenças, podendo até mesmo ser compatível com um certo nível de doença”.

A OMS (1984) define promoção da saúde como: “[...] o processo que permite às pessoas adquirir maior controle sobre sua própria saúde e, ao mesmo tempo, melhorá-la”. Essa perspectiva deriva de um conceito de saúde que propõe como a magnitude em que um indivíduo ou grupo podem, de um lado, realizar suas aspirações e satisfazer suas necessidades e, de outro, mudar seu contexto ou enfrentá-lo. Portanto, saúde é considerada um recurso aplicado à vida cotidiana e não um objetivo em si; é um conceito positivo que se apóia em recursos sociais, pessoais e na capacidade física. (Kickbusch, 1996).

O modelo de promoção da saúde, no entendimento de Paúl (2001) “[...] foca as conseqüências positivas da adoção de um novo comportamento, mais do que os riscos associados à manutenção do outro, aplicando-se assim não só a indivíduos doentes, mas também a pessoas saudáveis”. A autora acrescenta que, tanto a expectativa da auto-eficácia, quanto a expectativa de resultados, influenciam a intenção dos sujeitos positivamente, para desempenhar um comportamento de promoção à saúde, em uma situação não baseada no medo ou na ameaça de conseqüências nefastas.

A OMS (1984), em seu relatório, considera que a promoção da saúde fundamenta-se nos seguintes princípios: a) envolve a população como um todo no seu contexto de vida, mais do que os doentes ou as pessoas em risco para dada doença; b) dirige-se para ações relativas aos determinantes ou às causas da saúde; c) combina diversos métodos e perspectivas; d) objetiva conseguir a participação concreta das populações; e) embora não sendo um serviço médico, coloca aos profissionais de saúde (especialmente os da atenção primária), um importante papel na educação e defesa da saúde.

A mesma Organização identifica como principais áreas de intervenção:

- a) o acesso à saúde, eliminando as desigualdades;

- b) a melhoria do ambiente que envolve a pessoa, principalmente no trabalho e no domicílio;
- c) o fortalecimento das redes sociais de apoio;
- d) a promoção de estilos de vida saudáveis, através da aprendizagem de novos comportamentos e do desenvolvimento de estratégias de enfrentamento;
- e) o aumento do conhecimento e da informação sobre a saúde.

Assim, segundo Paúl (2001), é essencial a adaptação de programas de intervenção às necessidades específicas das populações as quais se destinam, além da articulação entre informação e comportamentos. A autora aponta como subjacente à maioria das ações, a filosofia da ênfase na responsabilidade individual da saúde. Nesse enfoque, alguns dilemas são enfrentados na promoção da saúde, desde localização de recursos, classificação de grupos de risco, legitimação da escolha das pessoas a as diferentes perspectivas sobre causas das doenças. Paúl (2001, p. 93) afirma que “[...] alterar comportamento das pessoas não é, seguramente, uma tarefa fácil, mesmo que tal se revele benéfico para elas mesmas e para a comunidade”.

A carta de Ottawa afirma que “a promoção da saúde transcende a idéia de modo de vida saudável para incluir as condições e requisitos para a saúde que são: paz, moradia educação, alimentação, renda, economia estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade” (Carta de Ottawa, 1986).

4.2 PROMOÇÃO DE SAÚDE EM ODONTOLOGIA

A natureza multifatorial da cárie constitui um grande desafio para clínicos e pesquisadores. Abordagens isoladas dos fatores presentes no processo cariogênico produzem frustrações, por não darem conta de melhores resultados no que respeita o surgimento, evolução ou estabilização da doença.

Kramer (2000, p. 15), afirma que “[...] apesar da concordância quase unânime sobre a necessidade de mudanças, sobre as limitações de um sistema de saúde com bases terminais e da inadequação do profissional formado à realidade

social e às necessidades da comunidade, as ações inovadoras de sistemas de saúde são embrionárias e isoladas”. O autor acrescenta ainda que a cultura humana parece aceitar com naturalidade as perdas dentais em algum momento da vida, como uma fatalidade não passível de prevenção. Faz-se necessária a compreensão de que “dentes fracos” não são herança familiar. Kramer diz: “[...] o que é transferido de uma geração para outra são costumes, estilo de vida e atitudes em relação à saúde ou doença” (*ibidem*).

O entendimento de que saúde e doença têm determinantes sociais, culturais, econômicos e psicológicos, demanda dos profissionais de saúde, dos gestores e de todos os atores sociais, o envolvimento para promover discussões e políticas macro e locais adequadas a cada realidade. Pinto (2000) afirma que é importante a familiarização de cirurgiões-dentistas e médicos com esse novo modelo, a fim de situarem-se numa melhor perspectiva de papéis, e na definição de metas mais apropriadas para os cuidados clínicos.

Pinto (2000, p. 295), afirma que enquanto a meta da educação em saúde é equipar os indivíduos para que possam realizar escolhas saudáveis, a promoção de saúde tenta fazer com que essas escolhas sejam mais fáceis. Na busca desse objetivo, a promoção de saúde busca modificar as normas da sociedade e meio ambiente, a fim de torná-los mais favoráveis à obtenção da saúde.

Para o autor citado, na busca de ajustamento ao movimento da promoção da saúde, a prevenção da doença bucal deve envolver três temas principais: estratégia populacional, abordagem de fatores de risco comum e ação intersetorial. Como estratégia populacional entende-se uma ação com base ampla, para problemas intensamente disseminados na população, a exemplo da cárie e doença periodontal. A prevenção de enfermidades bucais deve objetivar mudanças e/ou manutenção de normas sociais relacionadas a riscos ambientais, beneficiando indivíduos de todos os níveis. A abordagem de fatores de riscos comuns entende que esses fatores se apresentam freqüentemente interligados. Desse modo, estratégias para uma boa alimentação, por exemplo, concorreriam não apenas para a saúde bucal, como também para a saúde geral do indivíduo. Da mesma forma quanto ao tabagismo, à higiene corporal e outros fatores que relacionam doenças

buciais com doenças gastrintestinais, câncer, cardiopatias, entre outros. A ação intersetorial compreende várias vertentes sociais aliadas no mesmo propósito. Como exemplo, o autor cita: recomendações governamentais amplas que estabeleçam o foco da atenção para metas de saúde para a população, o treinamento de obstetras para que orientem em saúde bucal as mulheres grávidas, políticas alimentícias para a produção de alimentos saudáveis e a parceria das escolas para incentivo de merenda saudável e da incorporação de higiene bucal ao cuidado pessoal.

Ainda de acordo com Pinto (2000):

[...] a saúde bucal do indivíduo é determinada principalmente pela casa, escola, local de trabalho, indústria, comércio e mídia. O sucesso de promoção de saúde em evitar doenças bucais depende da odontologia sair do consultório e advogar pela saúde bucal.

4.3 O PROCESSO DE DESMINERALIZAÇÃO E REMINERALIZAÇÃO (DES X RE)

O grande desafio em relação à cárie é entendê-la como um processo holístico, com diferentes fatores interdependentes e de uma dinâmica onde fatores de ordem local, geral, social e cultural, além do fator econômico participam de forma inequívoca. Denota-se assim a cárie como uma doença comportamental, que envolve hábitos de higiene oral e alimentares, que por sua vez referem-se aos fatores supra-citados. (Kramer, 2000, p. 7).

O processo de desmineralização e remineralização (DES X RE) aparece como fundamental para a experiência de cárie, uma vez que está na dependência desse equilíbrio o surgimento ou não de lesões cariosas.

Kramer (2000, p. 6), assinala que o:

[...] processo de DES X RE que ocorre no esmalte se dá a partir da presença de bactérias aderidas na superfície dental, constituindo a placa bacteriana. A DES X RE envolve processos fisiológicos e bioquímicos, pH dependentes, isto é, o pH presente na interface placa-dente determina em que direção o processo está ocorrendo.

Diante de condições bucais favoráveis, as bactérias da placa produzem ácidos resultantes do seu metabolismo, que ao baixarem o pH do meio tornam solúveis as hidroxiapatitas do esmalte e/ou da dentina, constituindo uma perda mineral do dente para a placa e daí para o meio oral. Desse modo a remineralização mostra-se particularmente importante, de tal forma que pode proporcionar o referido equilíbrio e a evolução ou não de processos cariosos.

Assim, uma das conseqüências objetivas dessas observações é a de que o controle da atividade DES X RE é a essência preventiva em relação à cárie.

Citando Kramer (2000, p. 9):

[...] o principal objetivo da Odontologia de promoção de saúde é buscar o equilíbrio no processo DES X RE, seja no indivíduo ou coletividade, de maneira que a sua atividade não redunde em lesões irreversíveis que demandem restaurações de estruturas dentárias.

4.4 FATORES PREDISPONENTES

A cárie e a doença periodontal são as doenças mais freqüentes da cavidade bucal, sendo que a primeira é, destacadamente, a mais comum em crianças. Pinto (2000), ao estudar o índice CPO-D de 165 países do mundo, constatou que a cárie é uma doença em declínio, particularmente em países onde investiu-se precocemente em saúde oral.

No Brasil, a incidência de cárie ainda é bastante alta, estando acima da meta estabelecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para esta década. O projeto “SB Brasil – condições de saúde bucal na população brasileira”, apresenta em seu relatório um perfil atual da saúde bucal no país. Este projeto, cujo objetivo geral constitui a produção de informações e o subsídio ao planejamento de ações nessa área nos diferentes níveis de gestão do SUS, mostra que a cárie é ainda, a doença mais prevalente na cavidade oral. Segundo este documento, a inclusão do grupo etário de 18 a 36 meses permite estimar a ocorrência de doenças bucais, particularmente a cárie dentária, em um segmento da população usualmente não contemplado em levantamentos.

Quanto à prevalência da cárie, o relatório mostra que quase 27% das crianças brasileiras de 18 a 36 meses apresentam pelo menos um dente com experiência de cárie. Aos 5 anos de idade, esta média cresce para quase três dentes atacados pela doença, totalizando quase 60% das crianças. Indivíduos com 12 anos de idade apresentam 2,8 dentes com experiência de cárie, elevando-se esse índice para 6,2 dentes atingidos na faixa etária de 15 a 19 anos.

Na análise segundo o porte populacional, os resultados mostram que, por exemplo, crianças com 12 anos de idade de municípios com menos de dez mil habitantes possuem, além de um índice de cáries não tratadas mais elevado, também um alto índice com experiência de cárie.

Traçando um comparativo entre as metas propostas pela OMS /FDI para o ano 2000 com relação à cárie dentária, observamos o seguinte: para a idade entre 5 e seis anos, nosso país apresenta 40,6% das crianças livres da doença, estando aquém do preconizado por aquelas instituições, que corresponde a 50% das crianças livres de cárie. Para a idade de 18 anos, no Brasil 55,09% dos adolescentes apresentam todos os dentes na boca, enquanto a OMS /FDI preconizam um índice de 80%. Já para a faixa etária de 65 a 74 anos de idade, a OMS indica 50% dessa população com 20 ou mais dentes na boca, enquanto nossa realidade mostra um percentual da população nessa condição de apenas 10,23%. O estudo mostra ainda que, para os adultos na faixa etária de 35 a 44 anos, o componente “dente perdido” é o maior responsável pelo aumento do índice (cerca de 66% do total do CPO-D de 20,1 dentes).

Este quadro sugere que a evolução da doença cárie deve receber uma atenção especialmente planejada, no sentido da prevenção precoce, redução dos agravos da doença e reabilitação dos indivíduos já com a patologia instalada. Políticas públicas de promoção e prevenção mostram-se instrumentos particularmente úteis na reversão do quadro da saúde bucal no Brasil, incluindo estratégias que contemplem as reais necessidades dos cidadãos e das famílias na construção da sua saúde oral.

A cárie dentária é conceituada como uma doença de caráter infeccioso,

de etiologia multifatorial (fatores primários, secundários e gerais), sendo imprescindível a interação desses fatores para o surgimento da doença. Cavalcanti (2003) enumera os seguintes fatores:

- a) primários: microorganismos cariogênicos e dieta rica em carboidratos;
- b) secundários: higiene bucal deficiente e ausência de flúor no ambiente;
- c) gerais: fatores sócio-econômicos e culturais.

Os fatores básicos para a instalação da cárie são: hospedeiro, microbiota e substrato, associados por um determinado período. As bactérias presentes devem ser acidúricas e acidogênicas, produzindo ácidos capazes de causar a dissolução mineral do dente. Conforme reforçam Issáo e Guedes-Pinto (1999, p. 291), “[...] são três os fatores essenciais para o aparecimento desta doença: flora bucal cariogênica, substrato metabólico adequado e hospedeiro susceptível, devendo haver a interação desses três fatores entre si”.

A progressão da cárie, principalmente na faixa etária de 6 a 48 meses, relaciona-se aos seguintes fatores de risco: transmissibilidade, aleitamento noturno, consumo excessivo de carboidratos, ausência de higiene, ausência de flúor, defeitos congênitos (Marcondes *et al*, 2002).

Como relatam Issáo e Guedes-Pinto (1999, p. 135):

[...] a literatura odontológica tem demonstrado cabalmente que a incidência da cárie dentária na dentição decídua é altamente significativa, apesar dos métodos e meios de prevenção que vêm sendo pesquisados e utilizados há longos anos.

Segundo Nakawa (1994), a possibilidade de prevenção de cárie no primeiro ano de vida é de 95,5% , caindo para 71,5 % aos dois anos. Programas voltados para pré-escolares com frequência nos mostram dados de crianças já com severas necessidades clínicas curativas, reforçando nosso pensamento de que é necessário intervir mais precocemente no ciclo de vida.

O quadro epidemiológico bucal brasileiro com sua alta prevalência de cárie sinaliza que a doença inicia na infância, numa progressão geométrica da população, onde 40% dos brasileiros aos 53 anos são totalmente desdentados. (Araújo, 2003).

Weyne (1997, p. 7) reforça essa afirmativa. Segundo ele:

No nosso país, o quadro das doenças bucais ainda é preocupante, pois nossas crianças e adolescentes continuam ostentando elevados índices de cárie e doença periodontal. Muitos adultos e idosos, em conseqüência dos resultados avançados dessas patologias e dos desfavoráveis condicionantes sócio-econômico-culturais ainda prevalentes, não conseguem manter mais do que alguns dentes na boca, o que faz com que a necessidade ou o uso de extensas próteses e dentaduras seja quase inexorável na faixa etária próxima dos 60 anos.

Em que pese a cárie e a doença periodontal serem doenças de origem semelhante, a proximidade dos microorganismos com tecido conjuntivo e vasos sanguíneos, possibilita à doença periodontal um risco aumentado a bacteremias (Oppermann; Rösing, 2001). Os pacientes geralmente não associam problemas de saúde sistêmicos às cáries e doenças periodontais. Deficiências nutricionais em ferro, Vit. B12 e fluoretos levam o indivíduo à predisposição para desenvolver processo carioso e inflamações gengivais (Newbrun, 1988).

Na opinião de Oppermann; Rösing (2001, p. 278), está ocorrendo uma mudança de paradigma na ciência, segundo o qual o estudo isolado e estanque vem sendo substituído pela compreensão do todo “para uma trama harmoniosa entre as diversas áreas do conhecimento”. Essa mudança sugere que as patologias que afetam os tecidos periodontais possam influenciar a saúde geral do indivíduo e, bidirecionalmente, algumas patologias gerais podem desencadear e interferir no curso de doenças periodontais. Essa influência diz respeito, principalmente, às alterações cardiovasculares, doenças pulmonares a alterações na gravidez e parto. Estudos demonstram que há uma relação entre parto prematuro e doença periodontal. Uma das possibilidades avaliadas é que a infecção periodontal resulte em uma disseminação sistêmica que, pela via placentária induza a uma resposta materna e/ ou fetal que leve a prematuridade, possivelmente devido à estimulação

de prostaglandina.

Embora existam controvérsias na comunidade científica, o fato é que há, em comum nos quadros das doenças bucais relacionadas a doenças sistêmicas, hábitos de vida considerados pouco saudáveis. Mais que tentar evidenciar ou comprovar tais questões, cabe ao odontólogo reconhecer a necessidade da promoção à saúde, visando dietas mais equilibradas, atividades físicas e combate ao tabagismo, entre outros (Oppermann; Rösing, 2001).

Cavalcanti (2003), chama a atenção para o fato de aqueles pais que não têm uma higiene bucal adequada, apresentando inúmeras lesões ativas de cárie, potencialmente se constituírem nos principais vetores de transmissão para os filhos. Outrossim, a falta de informação ainda faz com que as pessoas pensem que o tratamento para crianças só se inicia com a erupção do primeiro dente e, mesmo assim, muitos acreditam que a doença cárie na dentição decídua não se constitui em um problema.

4.5 O PAPEL DA FAMÍLIA PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE BUCAL

4.5.1 Família

O que é família? Uma palavra que, dependendo da área de análise e das variáveis selecionadas pode despertar diferentes interpretações, gerando assim uma ampla possibilidade de definições. Para fins operacionais em um processo de trabalho, é necessário que os membros da equipe envolvida adotem uma definição.

Podemos pensar família como um sistema ou uma unidade cujos membros podem ou não estar relacionados e viverem juntos, conter ou não crianças sendo elas de um único pai ou não. Nela existe um compromisso e um vínculo entre os membros e as funções de cuidado da unidade consistem em proteção, alimentação e socialização (Angelo; Bousso).

No entendimento de Szymanski (2002), família deve ser compreendida como um núcleo em torno do qual as pessoas se unem, primordialmente por

questões afetivas, dentro de um projeto de vida em comum, em que compartilham um cotidiano e, no decorrer das trocas intersubjetivas transmitem tradições, planejam seu futuro, acolhem-se, atendem idosos, formam crianças e adolescentes.

A instituição família tem se apresentado de modo bastante variado, de acordo com a literatura. Apesar de tantas definições quantas sejam as áreas de interesse, os elementos “cuidado” e “vínculo” estão freqüentemente referidos. Citando Fukui (1988), há em alguns domicílios pessoas não relacionadas por parentesco, que convivem sem partilhar da responsabilidade em comum. Ocorre um arranjo domiciliar comum, porém é difícil classificar os moradores como agrupamento familiar. Já os grupos familiares propriamente ditos mantêm vínculos de parentesco e enfrentam sua própria sobrevivência como responsabilidade comum.

Podemos ainda pensar família do ponto de vista jurídico, lembrando diversas configurações familiares possíveis, algumas delas ainda não reconhecidas legal e socialmente. Nesse sentido, é pertinente lembrar que é imprescindível conhecer as famílias para podermos direcionar nossa prática, compreendendo o seu papel e sua inserção social.

De acordo com Gueiros (2002):

[...] o mais fundamental é que o indivíduo e sua família tenham condições para prover sua autonomia, sejam respeitados em seus direitos civis e sociais e contem com a possibilidade de elevação do nível de qualidade de vida, aspectos estes inerentes à construção da cidadania.

4.6 GRAVIDEZ: NUTRIÇÃO, HERANÇA CULTURAL E CRENÇAS

O feto é altamente suscetível ao padrão alimentar e nutricional da gestante, dependendo exclusivamente dos processos de ingestão, absorção e digestão que dela provêm. O impacto da nutrição materna se estende para além do nascimento, resultando em influências na amamentação e no ambiente da refeição dos bebês. (Peckenpaugh, 1997).

A disponibilidade de nutrientes adequados no primeiro trimestre da gestação e mesmo no período pré-gestacional, é de grande valia para o bom desenvolvimento dos órgãos do feto, inclusive estruturas dentais, haja vista que a formação dos germes dentais inicia-se por volta da sétima semana da gestação.

Pica é o nome que se dá ao ato de comer itens não alimentares. Durante a gravidez, esse ato, especialmente ligado à ingestão de argila e goma de passar roupa, constitui-se numa tradição africana, em que se buscava nesses itens fontes de cálcio, ferro e outros minerais. A prática da pica deve ser desestimulada, por interferir na absorção adequada de outros nutrientes. Contudo, requer dos profissionais de saúde habilidade e sensibilidade para lidar no conflito, uma vez que se trata de uma questão ligada à herança cultural, valores e crenças. (Peckenpough, 1997). Como esse, outros mitos e crenças populares são comuns durante a gravidez, a saber: “comer por dois”, “não submeter-se a tratamento odontológico durante a gestação”, “a gestação prejudica os dentes”.

Os desejos alimentares aparecem com freqüência durante a gestação. No estudo realizado por Melo *et al* (1999), a maioria das gestantes (52%), manifestou esses desejos, sendo o mais citado os doces (28%). Para o público leigo, os desejos são expressões naturais das demandas fisiológicas da gravidez; para psicólogos e sociólogos, tais manifestações evocam o envolvimento de familiares no processo de gestação (Melo, 1999).

Diferentes estudos relacionados aos hábitos dietéticos e de higiene bucal em mães no período gestacional, mostraram que a maioria das gestantes aumentaram a freqüência da ingestão de açúcar e diminuíram a freqüência das escovações.

4.7 AMAMENTAÇÃO E FUNÇÃO ORAL

O aleitamento materno tem sido encarado como a forma ideal de nutrição do lactente, sendo considerado um alimento completo, exclusivo e suficiente, além de ter ação imunizante, garantindo crescimento e desenvolvimento adequados aproximadamente durante os seis primeiros meses de vida. As

vantagens do aleitamento para o lactente e para a mãe têm sido documentadas com bases científicas , como explicado por Monte Alto *et al* (2000, p. 62):

Em relação ao recém-nato, há redução do risco de adquirir doenças agudas e crônicas, além da sua importância sob os pontos de vista psicológico e imunológico. Traz também benefícios para a mãe, diminuindo a incidência de hemorragias pós-parto, auxiliando na recuperação mais rápida do peso anterior à gravidez e no aparecimento mais tardio da ovulação, condicionando menor possibilidade de nova gravidez.

Sabe-se que, nos seis primeiros meses de vida da criança, o leite materno é a alimentação ideal para o bebê, suprimindo todas as suas necessidades vitamínicas e proteicas. O desmame ocorre por volta dos 6 meses de idade, quando o leite materno já não atende essas demandas, tornando-se necessária a introdução de uma alimentação mais rica, que propicie a continuidade do crescimento e desenvolvimento do indivíduo. Porém, hábitos como o da alimentação noturna com leites ou bebidas açucaradas constitui-se na maior causa de cáries rampantes, conforme enfatizam Medeiros *et al* (1998).

Além dos mencionados benefícios da amamentação, não se pode deixar de citar o fato de existir menor probabilidade de desenvolvimento de doenças sistêmicas pela criança que é alimentada ao peito, e dos benefícios econômicos, isto é, dos custos relacionados com a aquisição de leite para lactentes durante o período de amamentação, alertam Monte Alto *et al* (2000, p. 63).

Moraes (2003) esclarece que a amamentação desempenha papel importante no processo de amadurecimento da função oral estimulando a tonicidade muscular e o desenvolvimento da ATM (articulação têmporo-mandibular) durante o período em que os dentes ainda não erupcionaram. O grande desenvolvimento da maxila e mandíbula se dá do nascimento à erupção dos dentes decíduos, que coincide com a perda do reflexo de protrusão (que é o reflexo que faz com que o bebê jogue para fora tudo que o que for colocado em sua boca) e primeiros movimentos mastigatórios (abrir e fechar a boca mais coordenadamente). A partir da introdução de alimentos peneirados e gradualmente passando para amassados, mal amassados e picados, a tonicidade muscular continuará a ser estimulada através

dos movimentos mastigatórios, e a criança no decorrer do segundo ano de vida, já está acompanhando a alimentação da família.

Demais benefícios da amamentação poderiam ser enumerados da seguinte forma, como salienta Duarte (2003):

- a) padrão correto de respiração;
- b) posicionamento correto da língua sobre as arcadas dentárias, estimulando o vedamento labial, crescimento das arcadas e a posição correta dos dentes sobre as mesmas;
- c) obtenção de um adequado tônus muscular orofacial, garantindo posteriormente a perfeita evolução das funções de mastigação, deglutição e fonação;
- d) perfeita estimulação sensório-motora oral dos órgãos fonoarticulatórios, propiciando o bom desenvolvimento da fala;
- e) deglutição correta.

É importante lembrar também que o leite materno protege o bebê contra diversas infecções, atua no desenvolvimento da criança, inclusive neurologicamente e também repercute no desenvolvimento emocional, na inter-relação mãe e filho, pela condição de proximidade e intimidade que proporciona.

4.8 CUIDADOS EM SAÚDE BUCAL PARA CRIANÇAS NA PRIMEIRA INFÂNCIA – A DIFUSÃO DO CONHECIMENTO JUNTO ÀS FAMÍLIAS.

Para Denardin (1994):

[...] a família é o núcleo de onde se irradia o cuidado. É o local do cuidar, do aprender a cuidar e do cuidar-se, tornando-se o centro da tomada de decisões e da prestação de cuidados.

Pode-se afirmar seguramente que a primeira infância é o período ideal para introduzir bons hábitos e iniciar um programa educativo e preventivo de saúde bucal. Nessa fase é importante contar com a participação ativa dos pais ou

responsáveis, bem como de toda a rede social que esteja envolvida nos cuidados da criança.

Importante é também deixar claro que no nosso país, com exceção de alguns municípios, crianças na faixa etária de até 3 anos de idade não encontram tratamento odontológico, em saúde pública, específico a essa clientela, quer preventivo ou curativo. Isto ocorre devido, entre outros fatores, à falta de conhecimentos e técnica de abordagem para estes pacientes e seus cuidadores.

Quando a doença não está presente a chance do indivíduo vir a adquiri-la denomina-se risco, que pode ser classificado como baixo, médio ou alto. Porém, quando a doença já está presente, classificamos os riscos pela presença e associação de fatores que promovem a doença, ou seja, não existe risco em adquirir uma doença se o indivíduo já a possui (Araújo, 2003). Dentro da prevenção em saúde bucal, busca-se em primeiro lugar preservar o estado da saúde, ou seja, manter o indivíduo sem a doença cárie, sem riscos presentes e sem lesões cariosas; em segundo lugar, combater a doença monitorando os riscos presentes evitando a instalação das lesões cariosas e, em terceiro lugar, limitar o dano causado pela doença cárie, controlando os fatores de riscos presentes, visando interromper o progresso das lesões cariosas e evitar danos maiores.

Cavalcanti (2003), no seu estudo sobre “Avaliação do conhecimento dos pais sobre saúde bucal na primeira infância”, entrevistou pais de crianças entre zero e trinta e seis meses. Seu trabalho concluiu que: a) existe um desconhecimento, por parte dos pais, quanto às questões de saúde bucal; b) os carboidratos estão presentes desde muito cedo na alimentação; c) a higiene bucal não se inicia ao nascimento; d) geralmente a primeira consulta ao dentista não ocorre antes dos três anos de idade; e) a maioria dos pais não recebeu orientações sobre higiene bucal por parte dos profissionais de saúde.

4.9 PRÁTICAS DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL PARA CRIANÇAS NOS PRIMEIROS ANOS DE VIDA

4.9.1 Cuidados para a saúde bucal na primeira infância

Segundo os autores, no primeiro ano de vida devem ser observados e trabalhados os fatores secundários de risco à cárie, relatados basicamente em Marcondes *et al* (2002) como:

- a) transmissibilidade: alertar os pais quanto às vias de infecção, no sentido de evitar práticas como beijar a criança na boca, assoprar ou provar sua comida, compartilhar talheres e copos;
- b) aleitamento noturno: a par de todo o benefício que o aleitamento materno proporciona, há que se conhecer e trabalhar as condições em que se torna um dos fatores de risco. A partir da erupção dos dentes (em média aos oito meses de idade), estudos comprovam que o aleitamento noturno oferece condições favoráveis para o desenvolvimento de um tipo rápido e agressivo da doença, a cárie rampante ou cárie de mamadeira;
- c) consumo de carboidratos: a sacarose é o principal carboidrato fermentado pelas bactérias. Mais do que a quantidade da sua ingestão, é preciso estar atento à frequência com que ela ocorre. Considera-se dieta cariogênica aquela que consiste na ingestão de qualquer forma de carboidrato mais de seis vezes em um dia;
- d) consistência alimentar: ao iniciar a administração da alimentação sólida, os cuidadores da criança devem conhecer os malefícios de uma alimentação muito pastosa. Quanto mais pegajoso, maior é o potencial cariogênico do alimento;
- e) flúor: as orientações quanto ao flúor devem observar não apenas a complementação, quando se fizer necessária, mas também quanto ao cuidado para que crianças muito pequenas não tenham uma ingestão indesejada através do dentífrico, prevenindo desse modo a fluorose;
- f) higienização: além da adaptação da criança à manipulação

bucal, a remoção da placa bacteriana e dos resíduos evita que haja a interação dos fatores básicos à doença;

- g) defeitos congênitos: má formação dental, ou de estruturas bucais, torna-se fator de retenção de bactérias e resíduos alimentares, aumentando a suscetibilidade à cárie. Ao perceberem alguma alteração das estruturas, os cuidadores e os profissionais precisam disponibilizar atenção e acompanhamento freqüente.

Na avaliação de Marcondes *et al* (2002), a identificação e o monitoramento dos fatores secundários, possibilitam manter o paciente em classificação de risco baixo, médio ou alto em relação à cárie ao longo de toda sua trajetória. Segundo o mesmo autor: “a importância da educação como fator de prevenção é reconhecida, especialmente quando se trata de bebês ou crianças de pouca idade, totalmente dependentes dos pais, que detêm a intenção e a capacidade de intervir”.

Buischi e Axelsson (1997, p. 119) afirmam, muito apropriadamente, que, “**educar para a saúde é o meio mais importante de controle das doenças dentárias**”. [grifo nosso]. Neste mesmo sentido, Monte Alto *et al* (2000, p. 66), destacam que “[...] o esclarecimento básico por parte dos profissionais da área médico-odontológica às gestantes, com referência à prática da amamentação é da competência destes profissionais”. Recomendam estes autores:

[...] O cirurgião dentista, em especial o Odontopediatra, deverá estar apto para alertar às mães, se possível durante o período de gestação, motivando-as sobre a importância da sucção ao seio materno, bem como da utilização racional da chupeta. Os métodos de higiene bucal após a erupção dos primeiros dentinhos, além da importância do acompanhamento odontológico pelo profissional, também devem ser colocados o quanto antes para a gestante (Monte Alto *et al* 2000, p. 66).

A limpeza da cavidade bucal do bebê pode ser iniciada antes mesmo da erupção dental, com a finalidade de remover o leite residual depositado em seu interior e nas comissuras labiais, massagear a gengiva e acostumá-lo à manipulação

da boca. A esse respeito Medeiros *et al* (1988), destacam que a higienização bucal da criança deve ser iniciada logo nos primeiros meses de vida e com o aparecimento do primeiro dente principalmente, utilizando-se gaze ou fralda limpa no dedo indicador da mão, embebida em solução de água oxigenada a 10 volumes, sendo uma parte da mesma diluída em três partes de água filtrada, como sugerem Medeiros *et al* (1998).

Igualmente o aconselhamento dietético é importante na prevenção e tratamento da cárie dentária. Para Bezerra; Toledo (1997, p. 61), “[...] o aconselhamento dietético constitui importante recurso para a diminuição desse risco, tanto como medida individual quanto coletiva”, haja vista que determinados hábitos alimentares podem explicar a alta atividade cariogênica, e a correção do hábito constituir-se em medida preventiva eficaz.

Segundo Peckenpaugh (1997), uma das razões para a introdução de alimentos sólidos à criança é a reposição de ferro, já esgotado entre quatro e seis meses de idade. É útil nessa fase, iniciar a estimulação do uso das estruturas bucais, respeitando os seguintes limites gerais:

- a) introduzir cereais de arroz acrescidos com ferro;
- b) adicionar purê de vegetais e frutas, um por vez, entre o sexto e o oitavo mês. Iniciar com vegetais pode facilitar a aceitação do alimento pelo bebê ainda não exposto ao gosto doce das frutas;
- c) adicionar carnes amassadas entre o sexto e o oitavo mês;
- d) adicionar sucos e alimentos mais fibrosos por volta do nono mês;
- e) adicionar os alimentos alérgenos tais como ovos, leite integral e suco de laranja, após o primeiro ano de idade.

4.9.2 A escovação dos dentes: técnicas e recomendações dos especialistas

Para a prevenção da cárie e da doença periodontal, é preciso que se faça uma correta remoção da placa bacteriana, a principal causadora dessas doenças, através de uma escovação adequada. Surge a questão: em que idade as

crianças devem começar a escovar os dentes?

“Entendemos que o início da escovação dental deve ocorrer o mais cedo possível, desde que a criança aceite essa prática”, afirmam Issáo; Guedes-Pinto (1999, p. 313). Ainda conforme estes autores, uma das maneiras mais apropriadas é que os pais escovem seus próprios dentes na presença dos filhos, pois dessa maneira estarão despertando a curiosidade da criança, em particular das mais novas, isto é, com menos de dois anos. Numa etapa posterior, os pais darão uma nova escova infantil para que as crianças possam imitá-los. Quando elas se adaptarem à escova dental, os pais executarão a escovação com pequenos movimentos vibratórios. Tais movimentos nunca deverão ser realizados nas áreas hiperêmicas, características do estado erupcional dos dentes naquela idade.

Também é essencial o papel do dentista nesse processo. De acordo com Issáo; Guedes-Pinto (1999) é importante destacar que a instrução aos pacientes e responsáveis deve ser repetida várias vezes durante o tratamento, não devendo ser parte de uma consulta inicial ou final. As crianças deveriam, inclusive, trazer a escova a todas as consultas, não só para treinar, mas também para criar o hábito.

Os referidos autores destacam também que a **motivação** das crianças e seus responsáveis é de grande importância para que a escovação dental seja aceita naturalmente e bem executada. Recomendam ainda que qualquer que seja a técnica de higienização escolhida e aplicada, deve haver uma metodologia de ensino, para não se deixar nenhuma área sem escovação.

A prevenção da cárie é primariamente uma atitude em relação à saúde bucal. Consiste na conversão de fatos cientificamente comprovados, em procedimentos para serem usados na prática diária. Mostra-se, portanto, necessária a educação e motivação de todo o sistema envolvido com a criança para que realize regularmente a higienização e os cuidados nutricionais e dietéticos pertinentes à perfeita saúde bucal.

Portanto, a promoção de saúde é, genericamente, uma filosofia e

objetivamente, um programa de cooperação entre o indivíduo e o profissional. Em Odontologia equivale a procedimentos e conceitos que visam à preservação da dentição natural e evitam o início, o avanço e a repetição de processos da cárie dentária, bem como as demais patologias da cavidade oral. Propõe-se a estar contextualizada na integridade da saúde do indivíduo e no seu completo bem-estar.

5 ABORDAGEM METODOLÓGICA

Para Lüdke; André (1986, p. 2):

[...] a pesquisa trata-se de um processo privilegiado, reunindo o pensamento e a ação de uma pessoa ou de um grupo, no sentido de elaborar o conhecimento de aspectos da realidade que deverão seguir para a composição de soluções propostas aos seus problemas.

Minayo (1992), conceitua metodologia como o caminho e o instrumental próprios da abordagem da realidade, e, dialeticamente, o método como o próprio processo de desenvolvimento das coisas. No entendimento da autora, método inclui as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a apreensão da realidade e também o potencial criativo do pesquisador.

De acordo com a revisão da literatura pertinente à questão de pesquisa do presente trabalho, constatei que há diversos estudos desenvolvidos sobre a temática de prevenção e promoção em saúde bucal, na gestação e primeira infância. Entretanto, os estudos freqüentemente não estão inseridos na realidade e no cotidiano das famílias nas quais se apresenta a questão.

Nesta pesquisa buscou-se o conhecimento acerca das práticas de saúde bucal no âmbito das famílias, num dado momento do seu ciclo de desenvolvimento, tendo como espaço de investigação o próprio ambiente familiar com suas peculiaridades e relações. Trata-se, portanto, de uma pesquisa de natureza qualitativa, a partir de um trabalho de campo exploratório, que através de entrevistas semi-estruturadas e da observação permitiu uma aproximação com a realidade das famílias e um aprofundamento das informações obtidas. Vale ressaltar que, no decorrer do trabalho, a segmentação entre entrevista e observação mostrou-se apenas um recurso didático, posto que, na prática essa individualização não ocorreu, transformando-se num processo contínuo e inter-relacionado, com uma dinâmica de diálogos e observação simultâneos.

Tal metodologia alinha-se à nova abordagem psicossocial da saúde, na qual, de acordo com Paúl e Fonseca (2001) “[...] os cuidados primários necessitam partir de estudos sociais aprofundados que expliquem contextualmente o porquê de determinados comportamentos”. No entender de Backett; Davison (1995), há um conhecimento de senso comum sobre os comportamentos saudáveis ou não, apropriados ou não, para cada estágio do curso de vida e num determinado contexto sócio-cultural. Isto equivale dizer que se espera, historicamente, atitudes específicas para situações também específicas.

A pesquisa qualitativa desenvolve-se segundo aspectos bastante peculiares, e dá ao pesquisador a possibilidade de elaborar uma interpretação da realidade pesquisada de acordo com alguns pressupostos que devem ser destacados:

- a) os pressupostos ecológico-naturalistas, que ressaltam a influência do ambiente sobre os atores;
- b) os pressupostos fenomenológico-qualitativos, que entendem o comportamento humano como mais significativo do que os fatos pelos quais ele se manifesta. (Ludke; André, 1986).

Reconhecendo-se a característica da pesquisa qualitativa ter suas origens na Antropologia e na Sociologia, é seguro o fato de os pesquisadores qualitativos orientarem-se primariamente no sentido do aprofundamento da sua questão de pesquisa do que na quantificação e generalização. Ainda assim, não raro os estudos qualitativos e quantitativos se articulam e se integram, na busca de olhares complementares.

A abordagem da investigação qualitativa exige que o mundo seja examinado com a idéia de que nada é trivial, que tudo tem potencial para construir uma pista que nos permita estabelecer uma compreensão mais esclarecedora do nosso objeto de estudo (Bogdan; Bicklen, 1994). Como principais características da investigação qualitativa, esses autores reconhecem as seguintes:

- a) a fonte direta de dados é o ambiente natural, constituindo o

- investigador o instrumento principal;
- b) a investigação é descritiva;
 - c) o interesse maior é pelo processo do que simplesmente por resultados ou produtos;
 - d) a análise dos dados tende a ser de forma indutiva;
 - e) a busca dos significados é de importância vital .

Nesse estudo, procurei orientar-me por tais pressupostos, e para tal, estive no ambiente familiar, e na coleta de dados, na qualidade de pesquisadora constituí –me no principal instrumento.

5.1 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado no município de Camboriú (SC), no bairro Monte Alegre, e as famílias foram visitadas em seus domicílios, acompanhadas em situações de busca pelo Serviço de Saúde, ou ainda em outros momentos oportunos para a pesquisa, como por exemplo, nas creches freqüentadas pelas crianças e no local de trabalho de uma das mães.

Trata-se de uma comunidade com um perfil sócio-econômico de baixa renda familiar, que freqüenta e depende, quase que exclusivamente, dos Serviços de Saúde ofertados pelo poder público. No município de Camboriú a atenção à saúde de crianças nas unidades de Saúde efetua-se através do atendimento em pediatria, não havendo um programa de puericultura em funcionamento. A procura por atendimento médico se dá pela demanda espontânea ou pelo contato e solicitação dos ACS para determinadas situações levantadas em suas visitas.

A Unidade de Saúde que contempla o atendimento à população dessa pesquisa, conta com quatro equipes de saúde da Família, com duas equipes de saúde bucal (ESB). Há uma organização da demanda aos procedimentos clínicos por critérios de risco social e biológico, através de um cadastro familiar, porém as ações de educação em saúde acontecem em menor proporção. Por isso, desde o ano de 2002, quando assumi a coordenação do Programa de Saúde Bucal do município, a idéia principal foi aproveitar a proximidade com a comunidade e as

visitas dos ACS às famílias para multiplicar os difusores do conhecimento em temas de saúde oral, levando noções básicas de promoção e prevenção aos cidadãos. Realizou-se por dois anos consecutivos a capacitação dos ACS, com aulas e oficinas que constituíram quarenta horas-aula de orientações, desde a abordagem familiar até a conduta frente a determinadas situações de risco à saúde bucal. A partir daí, no decorrer das visitas domiciliares, esses profissionais estão aptos a abordar temas como saúde bucal na gestação, amamentação, cuidados de higiene, procedimentos em caso de traumatismo dental, entre outros. Criou-se, à época, o Programa de atendimento a gestantes e nutrizes, e além desse, o Programa de atendimento a bebês, para crianças na faixa etária de zero a três anos, na clínica odontológica. As crianças são agendadas por solicitação dos responsáveis, por encaminhamento dos ACS ou por encaminhamento de outros profissionais da saúde.

5.2 SUJEITOS DO ESTUDO

A pesquisa qualitativa preocupa-se menos com a generalização e mais com o aprofundamento e abrangência da compreensão do fenômeno (Minayo, 1996, p. 102). Portanto, o critério para definição de sua população não é numérico, e a amostra adequada é aquela que reflete a totalidade em múltiplas dimensões.

Minayo (1996, p. 102), propõe alguns critérios básicos para amostragem em pesquisa qualitativa, a saber:

- a) definição clara do grupo social relevante para as entrevistas e para a observação;
- b) não se esgotar a amostragem enquanto não delinear o quadro empírico da pesquisa;
- c) prever a inclusão progressiva, a par da possibilidade proposta inicialmente;
- d) prever uma triangulação, isto é, multiplicar as tentativas de abordagem.

A partir desses critérios, a autora relata como conseqüências da

amostragem qualitativa: o privilégio a atores sociais que detêm os atributos que o investigador pretende conhecer; considera os informantes em número suficiente para permitir reincidência de informações (porém não despreza informações ímpares); entende que o conjunto de informantes possa ser diversificado para possibilitar apreensões diversas; empenha-se em obter um lócus e um grupo de observação e informação que contemple as experiências do objeto de pesquisa.

Respalhada nesses pressupostos, fizeram parte desse estudo famílias com o primeiro filho, de mães primíparas, que foram acompanhadas pelo período de quatro meses. As crianças tinham idade entre zero a doze meses de vida à época do início da pesquisa.

A amostra constituiu-se de oito famílias, distribuídas da seguinte forma: duas famílias com crianças com idade entre zero e quatro meses de vida; duas famílias com crianças entre quatro e oito meses de vida; duas famílias com filhos entre oito e doze meses de vida e duas famílias com crianças aos doze meses de vida. Os períodos foram assim distribuídos por coincidirem com as prováveis alterações no que respeita o crescimento e o desenvolvimento das crianças, especialmente no referente a questões alimentares, da erupção dental e do desenvolvimento motor, fatores que freqüentemente exigem diferentes formas de atuação dos cuidadores.

A opção por trabalhar com duas famílias em diferentes quadrimestres ocorreu para, além de expandir o conhecimento, assegurar que haveria uma seqüência de acompanhamento ao longo do primeiro ano, obtendo recortes de cada período, caso alguma das famílias optasse por descontinuar sua participação.

A busca pelas famílias no perfil delineado ocorreu através de levantamento nos cadastros de famílias do Programa de Saúde da Família na área de abrangência do bairro referido anteriormente, realizado pelas Agentes Comunitárias de Saúde (ACS).

Nesse estudo, esse processo ocorreu em diferentes momentos da dinâmica familiar, orientando-se inicialmente pelos seguintes recortes:

- a) duas famílias com crianças no primeiro quadrimestre de vida, quando, além de estabelecer o contato inicial com os sujeitos, objetivei conhecer as mudanças com a chegada do bebê e o contexto familiar. Questões pertinentes à gestação, aos cuidados gerais com a criança e à amamentação fizeram parte desse momento;
- b) duas famílias com crianças entre quatro e oito meses de idade, considerando que o tempo inicial da adaptação familiar já havia decorrido, e que mudanças tanto no âmbito dos relacionamentos como dos cuidados em relação à criança foram relatados pelos familiares. No primeiro contato com esse grupo pesquisado, além do estabelecimento da primeira observação, abordei questões relacionadas ao funcionamento familiar, suas relações e dinâmica. Além disso, indaguei e observei quais cuidados eram dispensados à criança, em situações envolvendo alimentação, saúde geral e higiene;
- c) duas famílias com crianças entre oito e doze meses de idade. Na primeira etapa da observação desse grupo, além da contextualização da família, procurei conhecer como se desenvolvia o cuidado com a criança, como era o funcionamento familiar com relação a esse aspecto, como ocorria a atenção à saúde, alimentação e higiene da criança. Levando-se em conta que geralmente nessa fase diversas modificações no que respeita aos cuidados com a criança são necessários, foi um período bastante rico para o trabalho;
- d) Duas famílias com crianças aos doze meses de idade, período em que significantes mudanças estão presentes, tanto no que respeita o desenvolvimento como o crescimento infantil. Nesse momento, a busca também se deu para conhecimento da estrutura familiar, sua relação com os cuidados de saúde, relacionamentos e vivências, como também as práticas desenvolvidas com atenção à criança.

A idéia inicial na formação do grupo dos sujeitos da pesquisa era de

que, cada criança estivesse no mês inicial do quadrimestre correspondente. Tal não foi possível em função de não constar, no levantamento dos cadastros, oito famílias nessa condição. Optei então por continuar respeitando os períodos propostos, fazendo, porém, o primeiro encontro em diferentes meses de cada recorte. Assim, o trabalho se deu com as crianças com as seguintes idades:

Primeiro quadrimestre:

- a) uma criança no primeiro mês de vida;
- b) duas crianças no terceiro mês de vida. Cabe aqui o esclarecimento de que, duas foram as crianças na mesma família por se tratar de gêmeas.

Segundo quadrimestre:

- a) uma criança aos quatro meses;
- b) uma criança aos sete meses .

Terceiro quadrimestre:

- a) duas crianças aos nove meses ;

Quarto quadrimestre:

- a) duas crianças aos doze meses .

Observei ao iniciar os encontros que o fato de as crianças não terem idades exatamente correspondentes ao primeiro mês de cada quadrimestre, poderia ser interpretado como um desajuste no critério, ou um prejuízo para a pesquisa. No entanto, tal fato tornou-se em verdade fonte de maiores informações e riqueza de dados, considerando as diferentes demandas frente ao desenvolvimento das crianças.

A tabela dos acompanhamentos familiares consta a seguir.

TABELA DE ACOMPANHAMENTO FAMILIAR

| | Famílias | 01 mês | 02 mês | 03 mês | 04 mês | 05 mês | 06 mês | 07 mês | 08 mês | 09 mês | 10 mês | 11 mês | 12 mês | 13 mês | 14 mês | 15 mês | 16 mês |
|-------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 1º Q u a d r i | Família 1 | x | x | x | x | | | | | | | | | | | | |
| | Família 2 | | | x | x | x | x | | | | | | | | | | |
| 2º Q u a d r i | Família 3 | | | | x | x | x | x | | | | | | | | | |
| | Família 4 | | | | | | | x | x | x | x | | | | | | |
| 3º Q u a d r i | Família 5 | | | | | | | | | x | x | x | x | | | | |
| | Família 6 | | | | | | | | | x | x | x | x | | | | |
| 4º Q u a d r i | Família 7 | | | | | | | | | | | | x | x | x | x | |
| | Família 8 | | | | | | | | | | | | x | x | x | x | |

5.3 INSTRUMENTAL UTILIZADO PARA COLETA DE DADOS

5.3.1 Entrevista

Para o pesquisador em pesquisas qualitativas, a entrevista é um instrumento que torna possível estabelecer a construção de uma relação com os sujeitos da pesquisa, de forma a aproximar o objeto de estudo. De acordo com Lüdke; André (1986), é importante atentar para o caráter de interação que permeia a entrevista. Mais do que outros instrumentos de pesquisa, que em geral estabelecem uma relação hierárquica entre as partes, na entrevista a relação que se cria é de interação, influenciando-se reciprocamente quem pergunta e quem responde. Ainda segundo as autoras, ao lado da observação, a entrevista representa um instrumento básico para a coleta de dados, sendo uma das principais técnicas de trabalho das ciências sociais.

De acordo com Trentini, Paim (1999), embora com o objetivo de obter informações, a entrevista pressupõe condição social de interação humana, sem a qual não há ambiente favorável para obtenção de informações fidedignas.

Lüdke; André (1986), apontam como uma grande vantagem da entrevista sobre outras técnicas o fato de que esta permite a captação imediata e corrente da informação desejada, praticamente com qualquer tipo de informante e sobre os mais variados temas. Esclarecem ainda as autoras que a entrevista possibilita adaptação, correção e esclarecimentos, fatores importantes para um estudo que pretenda crescer em aprofundamento.

Nesse estudo julguei pertinente utilizar a modalidade da entrevista face-a-face: o entrevistador em contato pessoal com o entrevistado. O tipo de entrevista utilizado foi a semi-estruturada, em que, partindo de um roteiro, permeava os objetivos a serem buscados. Isto porque, segundo Bogdan; Biklen (1994): “[...] num projeto de entrevista qualitativa a informação é cumulativa, isto é, cada entrevista determina e liga-se à seguinte. O que conta é o que se retira do estudo completo”. Desse modo, a cada novo encontro, utilizando-me da entrevista, busquei conhecer a continuidade da dinâmica e a forma de agir e pensar das famílias nos aspectos pertinentes ao meu estudo.

Uma entrevista semi-estruturada, ou semifechada como nomeiam alguns autores, trabalha com algumas características marcadamente definidas. Trentini; Paim (1999), conceituam da seguinte forma:

[...] a entrevista semifechada parte de tópicos relacionados ao tema da pesquisa: à medida que a interação entre o entrevistador e o entrevistado progride, a conversa vai tomando corpo e surge a oportunidade para aprofundar e focalizar o assunto de acordo com o tema da pesquisa.

Acrescentam ainda que, para a condução da entrevista, deve-se ter em mente o referencial teórico e o conhecimento adquirido acerca do tema proposto, fatores de direcionamento para diferentes abordagens com distintos entrevistados. Nessa ótica, coube à pesquisadora elaborar um roteiro de temas e manejar o processo de acordo com sua percepção das características e personalidade do

entrevistado, centrado sempre em captar e detalhar aspectos relativos ao tema.

No entendimento de Triviños (1994), a entrevista semi-estruturada parte de questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses que abrem um campo de interrogativas surgidas posteriormente, no desenvolver da seqüência do pensamento do informante, que dentro de um fio condutor colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa.

Na minha percepção, à medida que evoluíamos no processo de interação, as falas e os detalhes eram mais minuciosamente explorados, e a relação de praticamente todas as famílias era de muita cordialidade com a pesquisadora, denotando um fator de importância e de satisfação por estarem sendo valorizadas e ouvidas. A rotina das visitas tornou-me parte do seu contexto naquele período, o que viabilizou o aprofundamento de algumas questões. Os fatos de demonstrar que buscava um entendimento capaz de melhorar sua qualidade de vida de alguma maneira, e do encaminhamento das famílias para o serviço de odontologia, geraram um conforto maior para elas.

A entrevista realizada neste estudo seguiu um roteiro estabelecido a partir dos objetivos e voltado ao referencial teórico, que foi aplicado de forma flexível, adaptando-se às condições presentes em cada família. As entrevistas semi-estruturadas ocorreram concomitante à observação, onde questões importantes emergiam da realidade das famílias. Um roteiro inicial, a título de orientação, consta no apêndice "A".

5.3.2 Observação

Cruz Neto (1997), define a observação como aquela que se realiza através do contato direto do pesquisador com o fenômeno observado, a fim de obter informações sobre os atores sociais em seus próprios ambientes. Para o autor: "o observador, enquanto parte do contexto de observação, estabelece uma relação face a face com os observados. Nesse processo, ele, ao mesmo tempo, pode modificar e ser modificado pelo contexto". O autor destaca a relevância dessa técnica no sentido de captar situações e fenômenos de ampla variedade diretamente

na realidade, que de outro modo não se faria possível.

A primeira aproximação com as famílias se deu através das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), profissionais que realizam o cadastramento familiar no município e que são o elo de ligação entre os serviços de saúde e a comunidade. Os momentos de observação não obrigatoriamente ocorreram nos domicílios, visto que se mostrou oportuno que o trabalho se desenvolvesse, por exemplo, no acompanhamento da criança e seu responsável à Unidade de Saúde, ou em outro ambiente. Desse modo, a observação foi realizada em diferentes momentos da dinâmica familiar e, após o estabelecimento do contato inicial e da apreensão da realidade dessas famílias, como se estruturavam e se organizavam em relação à criança, momentos seguintes de observação foram agendados com as mesmas, aproximadamente a cada trinta dias, construindo uma seqüência de trabalho de quatro meses, em que se pretendeu acompanhar a evolução do sistema familiar. Tais agendamentos se deram no contato direto com as famílias com a pesquisadora, através das agentes comunitárias de saúde, ou por contato telefônico. A cada encontro, procurei observar as interações familiares, o cuidado com o domicílio, as condições de vida no local, o tipo de alimentação e o modo de preparo dos alimentos à criança, a higiene geral da criança, seus familiares e o ambiente físico. Além disso, observei também o modo de cuidar em cada família, buscando o significado deste para elas. Trentini; Paim (1999), dizem que o observador insere-se em situações sociais com propósito determinado e consciente desse processo, na busca dos detalhes e do modo como ocorrem determinados fenômenos.

Lüdke; André (1986), afirmam que o grau de envolvimento do pesquisador no trabalho desenvolve-se continuamente, aceitando variações no nível de participação no decorrer do estudo, conforme os seus propósitos evoluam. Ainda segundo as autoras, observar pode representar uma situação em que a identidade do pesquisador, bem como os objetivos do estudo são esclarecidos aos sujeitos desde o início, podendo o pesquisador, nesse caso, acessar uma série de informações, na dependência da cooperação desses indivíduos. Para esse fim, nessa pesquisa os sujeitos foram informados e esclarecidos no Termo de Consentimento.

5.3.3 Registro das informações

A coleta dos dados iniciou-se em agosto de 2004, estendendo-se até dezembro do mesmo ano, respeitando o compromisso longitudinal de , no mínimo, um encontro mensal durante quatro meses. Ocorreram um total de 37 encontros, sendo vinte e oito nos domicílios, dois nas creches, dois na Unidade de Saúde e quatro no local de trabalho de uma das mães. Cada encontro durava entre trinta minutos e uma hora, período em que, embora houvesse roteiros de entrevista e observação, além de um foco de estudo, busquei a descontração e a inserção na atividade da família naquele momento. Assim, se estavam a lavar roupas, eu estava a seu lado, se estavam a limpar a casa, limpando o quintal ou preparando seu almoço, procurei fazer com que não interrompessem as atividades pela minha presença.

Quanto ao **registro dos dados**, a literatura aponta não haver uma conduta rígida a seguir, desde que respeitada a significância e o sentido da expressão dos sujeitos.

Neste tipo de pesquisa, as anotações de campo são de tal complexidade que fazem parte de todo o desenvolvimento do processo. Trivínos (1994, p. 154), diz que, em sentido restrito, pode-se entender as anotações de campo como as observações e reflexões que fazemos acerca de expressões verbais e ações dos sujeitos, inicialmente descrevendo-as e a seguir comentando-as. Em sentido ampliado, anotação de campo pode ser entendida como “[...] todo o processo de coleta e análise de informações, isto é, ela compreende a descrição de fenômenos sociais e físicos, explicações levantadas sobre as mesmas e a compreensão da totalidade da situação em estudo”. Dessa forma, o diário de campo compreende a descrição de todas as manifestações do sujeito, sejam elas verbais ou ações, bem como as circunstâncias que permeiam a este; além disso, registram as reflexões do investigador face à observação dos fenômenos. Tais anotações representam a busca por significados e expressões de explicações.

Neste estudo, optei por registrar em diário de campo cada um dos encontros, e dispensar o uso do gravador após os contatos com as duas primeiras

famílias, em função de algumas particularidades: por estar na casa das famílias e acompanhá-las nesse ambiente, a mobilidade das pessoas, dificultava que as acompanhasse com o equipamento e a distância em que as pessoas ficavam do equipamento, a medida em que se deslocavam, produzia gravações de má qualidade. Ao usar um diário para anotações, percebi que o fluxo da conversa adquiriu qualidade e espontaneidade.

Nesse trabalho a organização das informações no diário de campo se deu segundo nomenclatura proposta por Schatzman (1973, apud Trentini e Paim, 1999):

NE= notas de entrevista

NO= notas de observação

NT= notas teóricas

NM= notas metodológicas.

Nas anotações, usei uma sistemática para facilitar o registro. Estas começavam com o local, a data, quem estava presente no ambiente e em que situação estava ocorrendo o encontro. Os dados foram marcados sob forma de tópicos, palavras-chave ou frases completas ditas pelos entrevistados, no sentido de tomar o menor tempo possível durante o contato com a família, para disponibilizar esse tempo à conversarmos e à observação.

No diário de campo, além das notas da observação e das questões relacionadas com a entrevista semi-estruturada, registrei também as notas teóricas e as notas metodológicas.

As notas teóricas (NT) são a reflexão, ou a interpretação dada por mim a fatos ou situações correspondentes ao referencial teórico, no sentido de buscar significado para determinados comportamentos ou demandas, contextualizando-os nessa aproximação. À luz do referencial, a compreensão de determinados fatos foi facilitada e mostrou-se uma estratégia útil na continuidade da abordagem.

As notas metodológicas (NM) incluem minhas impressões sobre a

abordagem das famílias, bem como os dificultadores e facilitadores dessa relação. Essas anotações foram realizadas de forma bastante simplificada e sucinta, apenas com o intuito de reflexão para um melhor prosseguimento do trabalho nos encontros subsequentes.

O modelo de diário de campo consta a seguir.

| | | |
|--|------------------------|--|
| Família N.º 4 Criança : Duda Mãe: Nana Pai: Quito | DIÁRIO DE CAMPO | Data: 26 / 08 / 04 Observação 01 Local: Domicílio |
| Notas de campo <p>Duda <u>está com 9 meses</u>. Chego em sua residência, onde está com a mãe, Nana e com a avó materna, D. Rosa, que traz a menina dormindo no seu colo. A casa é <u>uma construção de alvenaria anexa à casa dos sogros de Nana</u>, dividindo paredes, porém com entrada e pátio separados. <u>A avó materna mora do outro lado da rua</u>, bem em frente. A casa compõe-se de uma cozinha grande, que também serve de sala, um quarto e banheiro.</p> <p>A avó coloca a menina no quarto e volta para a cozinha, e se diz contente por alguém estar lá se preocupando com esse assunto, porque está num momento muito difícil. Conta que descobriu esta semana que a filha de treze anos está grávida.</p> <p><u>Duda é a primeira neta dos dois lados da família, e logo percebo um grande envolvimento familiar</u>, uma vez que a avó paterna também entra na casa e acompanha parte da entrevista, e D. Rosa conversa comigo tanto quanto a mãe da criança.</p> <p>Nana diz que fez cesárea, e que logo no início, embora a <u>enfermeira do hospital tenha ensinado como segurar o bebê e o peito, ela não tinha bico, e a criança chorava muito</u>.</p> <p>No hospital deram “Buscopan e Luftal” segundo ela <u>“de tanto que ela berrava..”</u> Voltou do hospital no terceiro dia, e a menina continuava chorando. D Rosa conta que então de noite <u>fez uma mamadeira de leite de caixinha com farinha de mandioca peneirada e um pouquinho de açúcar</u>, a e menina dormiu melhor.</p> <p>Nana ficou <u>alternando essa mamadeira com o peito alguns dias</u>, mas diz que <u>acha que o seu leite era fraco</u>, que quase não comia porque <u>estava nervosa de ter o serviço para fazer</u>, além de querer cuidar do bebê. <u>Mesmo tendo as avós por perto ela queria fazer isto</u>.</p> <p><u>A gravidez foi planejada</u>, embora ela e o marido não comentassem com seus pais, porque já estavam juntos há três anos e já tinham a casa.</p> <p>Diz que quer aumentar a casa, construindo mais um quarto, e talvez mais tarde <u>mudar para uma casa só dela</u>.</p> <hr/> <p>NM: o primeiro contato com essa família foi muito tranquilo, a avó e a mãe ficaram bastante satisfeitas com a visita, e com sua inclusão no estudo sentiram-se valorizadas. A avó materna participou todo o tempo, e a mãe da criança é bastante expansiva, além de mostrar concordância com as falas da avó materna.</p> <p>NT: Desejar aumentar a casa e mudar para uma casa só da família lembra a expansão na aquisição, referida na Teoria do Desenvolvimento da Família.</p> <p>NT : A proximidade das avós e das residências lembra a importância da rede de apoio na fase de aquisição.</p> <p>NT : Desejar aumentar a casa e mudar para uma casa só da família lembra a expansão na Aquisição , referida na Teoria do Desenvolvimento da Família.</p> <p>NM : O primeiro contato com essa família foi muito tranquilo, a avó e a mãe ficaram bastante satisfeitas com a visita, e com sua inclusão no estudo sentiram-se valorizadas. A avó materna participou todo o tempo, e a mãe da criança é bastante expansiva, além de mostrar concordância com as falas da avó materna.</p> | | Códigos iniciais 1) domicílio 2) higiene geral 3) alimentação do bebê 4) higiene bucal do bebê 5) hábitos parafuncionais 6) relação mãe/ filho/pai 7) moradores 8) saberes e práticas em saúde bucal 9) gravidez/parto/nascimento 10) cuidados de saúde do bebê 11) aprendizagem formal 12) crenças 13) serviços de saúde 14) reações / sentimentos/angústias da mãe 15) rede de apoio 16) aprendizagem informal 17) práticas culturais 18) decisões sobre o cuidado 19) problemas de saúde da criança / da mãe 20) percepções dos pais |

5.4 ANÁLISE DOS DADOS

A análise do material recolhido, em investigação social, de acordo com Minayo (1996), tem como metas: a) inserir-se no contexto de descoberta das pesquisas, isto é, propor uma atitude de busca a partir do próprio material adquirido; b) partir de hipóteses provisórias, que podem ser modificadas e pela inclusão de outras; c) busca de compreensão ampliada de conceitos culturais.

Nesse estudo a análise deu-se da seguinte forma: logo após a visita, entrevista e observação, as informações eram transcritas, conforme o modelo do apresentado na página anterior. Após várias leituras do material, no sentido de entender as mensagens dadas pelas famílias, cada parágrafo era relido com atenção, buscando-se identificar os códigos “in vivo”. Após, os mesmos foram agrupados em categorias que, ora emergiam dos próprios dados, ora sugeridos pelos objetivos e referencial do estudo, num total de sete, que foram assim denominadas: *relações intrafamiliares; saberes e práticas em saúde; aprendizagem em saúde; rede formal e informal; dificuldades; percepções dos pais; práticas do cuidado*. Em cada família, a partir das categorias buscou-se identificar um tema, que representasse melhor a realidade de cada sistema.

Surgiram assim, as *histórias* das famílias, contadas nos recortes de tempo em que ocorreram os encontros. Foram feitas também, notas teóricas, buscando-se a ligação entre dados, códigos, categorias e o referencial teórico. Isto foi feito para cada encontro, para todas as famílias. As referidas notas, elaboradas ao longo do estudo, foram organizadas e discutidas à luz do referencial teórico a autores complementares.

Ao final, foi construído um quadro para cada família, individualizando seus códigos de análise. Após, os oito quadros foram lidos, comparados, e identificaram-se os pontos semelhantes, bem como os divergentes em cada família, quando se criou então um quadro geral de análise, contemplando o total da amostra.

Durante todo o processo de apreensão, procurei manter o foco no estudo, seus objetivos, e na procura pelos significados atribuídos, pelas próprias

famílias, acrescidos do significado e interpretação da própria pesquisadora. Assim, os dados aqui coletados e apresentados representam apenas uma das diversas possibilidades de produção.

5.5 RIGOR EM PESQUISA QUALITATIVA

No que respeita à questão do rigor, diversos são os autores que compartilham com Minayo a idéia de que “a produção intelectual é sempre um ponto de vista a respeito do objeto” (Minayo, 1996, p. 238). Contudo, a concordância com esse pensamento não exige o trabalho qualitativo de orientar-se segundo critérios cientificamente reconhecidos.

Moraes (1990, p. 72), salienta que a racionalização do trabalho do pesquisador tem início desde o momento em que estabelece o que vai investigar e analisa a viabilidade do seu estudo. Para o autor, uma pesquisa desenvolve-se em três estágios interdependentes: planejamento, execução e controle, o que denota método e racionalidade próprios do trabalho científico.

Trivínos (1994), coloca que “os resultados, para que tenham valor científico, devem reunir certas condições”. A coerência, a consistência, originalidade, objetivação, são condições que aparecem em comum nas opiniões de Trivínos (1994), referindo-se a essas condições como o resumo para o marco da crítica interna da investigação científica. Inclui ainda a intersubjetividade e o critério externo, que devem estar presentes no trabalho do pesquisador que pretenda apresentar contribuições científicas às ciências humanas. (Trivínos, p. 170).

A importância da valorização da crítica subjetiva, das comparações e triangulações, bem como a consideração dos cuidados metódicos e técnicos, aparece para Minayo (1996, p. 247) como um recurso para “exorcizar a especulação e o subjetivismo”. Ressalta a autora, a relevância de levar-se em conta o processo dialético entre o lógico e o sociológico, entre o sentido subjetivo contido na objetividade e o sentido objetivo da criação subjetiva”.

Ao transcrever os encontros com cada família para o registro da observação, busquei descrever detalhadamente cada fato ou fala relevante, os aspectos físicos, o ambiente, o comportamento dos entrevistados, o entorno da situação em que ocorreram os encontros, as atividades desenvolvidas, enfim buscando captar o ambiente e seus moradores. Além disso, nessa transcrição, procurei manter a seqüência em que os fatos ocorreram e as falas, objetivando tornar fidedigno o processo, tomando o cuidado para que, cada um dos encontros fosse transcrito e relatado no máximo nas doze horas seguintes, no meu domicílio, para reduzir a interferência pela perda ou adição de fatos e impressões da observação realizada.

Na intenção de obter validação dos dados, a cada novo encontro revia com a família a essência do encontro anterior, e dali seguia para diante.

Ainda neste enfoque, realizei a triangulação dos dados entre observação e entrevista, e um registro cuidadoso, de tal forma que, outros pesquisadores, possam conhecer a “trilha” percorrida no processo.

5.5.1 Aspectos éticos na pesquisa

O trabalho desenvolvido, além de lidar com questões sociais e culturais em saúde bucal, buscou um contato direto com os informantes da pesquisa e mais ainda, esteve em seus domicílios realizando uma observação das suas práticas e sua vivência. Nesse sentido, o aspecto ético, mostrou-se de fundamental importância, uma vez que “pesquisas envolvendo seres humanos devem atender a requerimentos éticos e científicos fundamentais”. (Vieira, 2001). Nesse estudo seguiu-se as exigências dispostas na Resolução nº 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde, que se fundamentam em documentos internacionais de diretrizes para pesquisas que envolvem seres humanos. Esse documento dispõe o seguinte quanto à observância dos princípios éticos:

- a) no consentimento livre e esclarecido dos indivíduos-alvo;
- b) no princípio da beneficência;
- c) na garantia de que danos previsíveis sejam evitados;

- d) na relevância social do estudo.

As pesquisas em qualquer área do conhecimento, envolvendo humanos devem observar, entre outros, os seguintes aspectos:

- a) ser adequada aos princípios científicos que a justifiquem;
- b) estar fundamentada em experimentação prévia ou em fatos científicos;
- c) realizar-se quando o conhecimento buscado não for possível por outros meios;
- d) ter prevalência dos benefícios sobre os riscos previsíveis;
- e) obedecer metodologia adequada;
- f) contar com recursos e tecnologias que garantam o bem-estar do sujeito da pesquisa;
- g) assegurar confidencialidade, privacidade, proteção da imagem;
- h) desenvolver-se em indivíduos com autonomia plena;
- i) respeitar valores culturais, sociais, morais, religiosos, éticos, hábitos e costumes;
- j) garantir o retorno dos benefícios obtidos através do estudo às pessoas e comunidades onde foi realizado;
- k) comunicar às autoridades sanitárias os resultados da pesquisa, desde que venham a contribuir para a melhoria das condições de saúde da coletividade;
- l) assegurar aos sujeitos da pesquisa os benefícios resultantes do projeto;
- m) utilizar o material obtido na pesquisa exclusivamente para a finalidade prevista.(Vieira; Hosne, 2001).

Para a realização dessa pesquisa, inicialmente solicitei a autorização, em documento, à Comissão de Ética em Pesquisa da Univali. O projeto de pesquisa, após sua qualificação, foi apreciado e deferido em 19/08/2004 segundo parecer nº 346/04, pela referida comissão. Junto à Prefeitura Municipal de Camboriú, a autorização para a pesquisa se deu através da Secretaria Municipal de Saúde e Saneamento, igualmente através de documento, a qual foi deferida em 21/ 07/ 2004.

Através de reunião realizada com as ACS, foi explanado todo o procedimento que pretendia realizar, o modo de abordagem às famílias, a frequência dos encontros e os objetivos desse trabalho. Foi solicitado que realizassem levantamentos em seus cadastros, e que contatassem com as famílias que apresentavam os requisitos necessários, no sentido de verificar sua disponibilidade. Uma vez obtidos esses dados, o agendamento do primeiro encontro se deu através da visita da ACS aos domicílios.

Entendia ser essencial na busca da melhor qualidade e veracidade das informações, que os indivíduos fossem esclarecidos verbalmente quanto aos propósitos do trabalho, bem como das contribuições para a comunidade que essa pesquisa pretende acrescentar. Por isso, aos sujeitos da pesquisa, logo no primeiro encontro busquei assegurar total sigilo quanto às informações obtidas, bem como a possibilidade do uso de um pseudônimo, se assim desejassem. Além disso, tornei-os cientes de que poderiam desistir da sua colaboração caso julgassem conveniente, a qualquer tempo. Após todos os esclarecimentos que julguei necessários, e a aquiescência dos pesquisados, foi proposto um termo de consentimento assinado pelos mesmos, assegurando-lhes tais compromissos.

A par das particularidades da pesquisa social, os aspectos éticos devem ser orientados no sentido de validação da proposição do trabalho. Há nesse contexto, de acordo com Minayo (1996), a dessimetria nas posições do entrevistador/entrevistado, que deve ser compreendida e assumida durante todo o processo. Diz a autora que o impacto resultante do pertencimento a diferentes classes, que se concretiza em experiências sócio-culturais até conflitantes, é um dado condicionante da pesquisa, junto com os demais fatores que acompanham as distintas fases. Diante disso, busquei a cada encontro, tomar o cuidado de não distorcer ou modificar informações, descrevendo as situações o mais fidedignamente possível. Desse modo, pretendi criar condições que assegurassem aos entrevistados o respeito aos aspectos éticos em pesquisa.

Após a totalização dos encontros previstos para o estudo, a **saída do campo** foi também um processo gradual. Não houve um rompimento brusco na relação pesquisadora - sujeitos da pesquisa, pelo entendimento do vínculo que

formamos no decorrer do tempo. Assim, não mais como pesquisadora, mas agora como alguém próximo das famílias, fui convidada para o primeiro aniversário de duas crianças, fiz visitas por ocasião do Natal, e mantive encontros esporádicos com algumas mães, no seu ambiente de trabalho ou na Unidade de Saúde.

5.6 TERMO DE CONSENTIMENTO

Na conceituação de Vieira; Hossne (2001), termo de consentimento se define como

Documento legal, assinado pelo participante de pesquisa ou pelo seu representante legal, cuja finalidade principal é proteger o participante, mas também deve proteger o pesquisador e a Instituição. A idéia, porém, é a de que o participante da pesquisa só assine o termo depois de dar seu consentimento livre e esclarecido, isto é, com pleno entendimento do processo e sem qualquer tipo de coerção.

Assim, essa interpretação acerca de termo de consentimento reafirma o pressuposto de que, o indivíduo deve estar apto a decidir sua participação ou não, após a apreensão de fatos básicos do processo em que se envolver.

Concluindo nosso objetivo de conduta, vale ressaltar o que diz Vitiello (1999): “[...] respeitar nossos semelhantes, desejar fazer o que de melhor estiver ao nosso alcance e manter um espírito justo e sereno são princípios que sem dúvida nos indicarão o caminho a seguir”. O autor afirma que o preceito ético da igualdade para todos, leva o cientista ao entendimento que nenhum interesse deve estar acima daqueles dos seres humanos, que são o objeto da atividade científica.

O termos de consentimento utilizado nesse estudo consta nos apêndices “C”.

6 APRESENTAÇÃO DAS FAMÍLIAS: APROXIMAÇÃO ENTRE A REALIDADE E A TEORIA

Inicialmente, a apresentação dos dados é feita em um quadro-resumo, no qual estão incluídas as oito famílias que participaram do estudo. Em seqüência, apresentamos a discussão da totalidade das famílias. A seguir, no sentido de dar um panorama transversal do objeto de estudo, são descritas quatro famílias, que correspondem a cada um dos quadrimestres investigados, segundo as categorias identificadas e o segmento de tempo em que se encontravam, e sua reflexão à luz do referencial teórico do estudo.

6.1 DISCUSSÃO

Ao nos debruçarmos sobre o quadro de análise construído a partir das oito famílias, deparamo-nos com a inevitável busca pela comparação entre as famílias estudadas, no intuito de percebê-las tanto nas suas peculiaridades quanto nas suas semelhanças.

Ao propormos para o estudo a condição de mães primíparas, encontramos entre estas apenas uma família composta sem a presença paterna, coabitando o mesmo lar. Ao que parece, as famílias continuam buscando sua expansão pautadas no modelo nuclear, seja essa expansão planejada ou não. Após o encontro de um relacionamento afetivo percebido como estável, em algum momento do ciclo há a expansão do sistema. Berthoud e Bergami (1997), afirmam que, estão em fase de aquisição diversas organizações familiares, como famílias monoparentais, homossexuais e outras. O que permeia o processo comum a todas elas é o início de uma nova configuração familiar, processo este que está relacionado a fatores como idade, maturidade, redes de apoio social e familiar, entre outros. O modo de ser dessas vivências, liga-se aos fatores anteriormente descritos, porém, todos norteiam-se pelo princípio da construção.

A participação da família ampliada, especialmente nas famílias de baixa renda que abordei, é bastante intensa nas relações familiares. À exceção de uma das famílias, todas as demais moravam na mesma casa, ou em anexos construídos para o casal, ou ainda em casas vizinhas. Isso possibilitou para as famílias nucleares contarem com a ajuda dessa ampliação do sistema, essencialmente constituída por avôs e avós maternos e paternos. A distribuição do apoio recebido igualou-se no que se refere à família paterna ou materna, mostrando a permeabilidade da família nuclear a ambas possibilidades.

Szymanski (2002), diz que, além das mudanças sociais, as formas de viver e as relações interpessoais igualmente devem ser abordadas, para entendermos família. A autora afirma:

Para compreendê-las e desenvolver projetos de atenção à família, o ponto de partida é olhar para esse agrupamento humano como um núcleo em torno do qual as pessoas se unem, primordialmente, por razões afetivas, dentro de um projeto de vida em comum, em que compartilham um cotidiano [...] ,transmitem tradições, planejam seu futuro, acolhem-se e, atendem idosos, formam crianças e adolescentes (p 10).

Vasconcelos (1999), complementa esse pensamento, ao afirmar: “a vida familiar constitui um espaço importante para a elaboração de um destino comum, para um amadurecimento de um saber sobre o espaço, o tempo, a memória, para a transmissão de conhecimentos e informações [...]” (p.9).

Quanto à rede social de apoio, alguns aspectos peculiares chamam a atenção. A presença da rede formal se dá essencialmente através dos Serviços Públicos de Saúde. As crianças são levadas a freqüentarem o serviço basicamente com o acompanhamento materno, e essa busca se dá tanto para as consultas de rotina, imunização ou para eventuais quadros de enfermidades. Contudo, a assiduidade às consultas de rotina ao pediatra se mostram mais intensas no período inicial de vida, para aquelas crianças no intervalo entre 1 a 4 meses e entre três e seis meses. Daqui se pode talvez, inferir que, à medida que o desenvolvimento da criança ocorre e que o sistema familiar ganha estabilidade na nova realidade de vida, a presença do serviço formal fica restrita às necessidades na doença. Também é relevante notar que, à medida que a questão alimentar da criança vai se ampliando, há maior autonomia por parte das famílias.

A rede social de apoio constituída pelas creches municipais, não foi um serviço procurado como essencial para a maioria das mães estudadas. Apenas duas das famílias optaram pela creche como local de cuidado para seus filhos nesse primeiro ano de vida. Embora quatro mães trabalhassem fora do domicílio, o lar foi o local escolhido para as crianças permanecerem, sob a alegação principal de que “eram muito novinhos para ir à creche”.

Ao falarmos em rede formal, cabe a reflexão acerca da compreensão da inserção social da família e o papel que a ela está sendo atualmente destinado. De acordo com Gueiros (2002), se faz necessária à implementação de políticas

públicas que assegurem proteção social, e provenham o indivíduo de condições para autonomia, respeito aos seus direitos civis e sociais, e contem com a possibilidade de elevação do nível de qualidade de vida. Amplia-se desse modo, a atuação dos serviços de saúde para outras fronteiras que, inter-relacionadas e conjuntamente possibilitem esse ideal.

Ainda referindo-se à rede social de apoio, no que concerne à rede informal, a presença intensa das avós maternas e paternas é evidente. Além destas, pessoas próximas da mãe das crianças como irmãs, cunhadas ou as vizinhas complementam essa rede, num convívio cotidiano. Os suportes sociais recebidos e percebidos pelas pessoas são fundamentais [...], para o enfrentamento de situações estressantes, como se tornar pai [...] (Dessen e Braz, 2000). As autoras afirmam ainda que, os suportes sociais são fatores importantes para adequação do comportamento materno em relação ao filho, e que, a presença desse suporte diminui a ocorrência de comportamentos disfuncionais, particularmente em progenitores de classes menos favorecidas. Estas afirmações confirmam os dados dessa pesquisa, em que a maioria das novas famílias buscou apoio na rede social informal, sobretudo na família ampliada.

Quanto às dificuldades mais presentes relatadas pelas mães no período inicial de vida dos seus filhos, quatro delas apontaram a amamentação como muito difícil ou impossível de realizar. Uma das mães relata alguma dificuldade inicial, superada com a persistência e o auxílio do profissional de enfermagem. Outras três mães não relataram qualquer dificuldade para amamentação. O fato de haver ou não dificuldade para amamentar não se relacionou diretamente com o preparo prévio dos seios, o que pode indicar outros fatores como ansiedade, fatores culturais, entre outros, como impeditivos dessa prática. Uma das mães, correspondente ao primeiro quadrimestre do estudo, refletiu bem sua ansiedade e desconforto ao ato de amamentar, traduzido por: “amamentar é muito diferente do que se ensina”. Percebi que, aquelas mães que conseguiram vencer as dificuldades iniciais desse período, prosseguiram com a amamentação até após o sexto mês de vida da criança, mesmo com a introdução de outros alimentos à dieta.

Outras dificuldades apresentaram-se em escala menor, como as de ordem financeira, de saúde da criança ou da mãe e de acesso aos serviços de saúde. Chama a atenção à dificuldade percebida por três das quatro mães que trabalhavam fora do domicílio, à adaptação ao papel materno concomitante ao papel de trabalhadora. Este impasse que se cria entre a necessidade de crescimento individual, ou na busca pelo aumento da renda familiar, e o papel materno, apresentou-se bastante forte. Szymanski (2002) afirma: “pais e mães compreendem sua tarefa socializadora das mais diferentes maneiras e assumem essa incumbência conforme os modos de ser que foram desenvolvendo em suas vidas” (p14).

No que se refere à aprendizagem das famílias, a rede formal e informal participaram ativamente. Para falar em aprendizagem, é necessário reportar-nos à formação da identidade da nova família, que, para Szymanski (2002) é um arranjo entre os valores herdados, os partilhados com os pares e os novos valores, que vêm de seu contato com outros segmentos sociais. Desse modo é nessa ótica que as famílias tendem a buscar em maior ou menor aproximação com as redes, o seu modo de agir. Na rede formal, mães do primeiro ao último quadrimestre da pesquisa relataram ter aprendido sobre amamentação. A maioria das mães, quando gestantes, não participou de grupos de apoio ou curso para gestantes. Outros aprendizados formais se referem ao manejo da criança e aos cuidados alimentares. A higiene bucal do bebê, aprendida formalmente foi referida por cinco famílias. Esse mesmo aprendizado ocorreu na rede informal por três famílias, estando estas também entre as cinco da rede formal, visto que se informaram nas duas fontes. Três famílias disseram desconhecer qualquer informação sobre higiene bucal dos bebês. Isso nos reporta à importância da rede formal nesse tipo de abordagem, bem como a participação da rede informal.

Já no aprendizado referente à alimentação, o sistema informal aparece desde a amamentação para as famílias no primeiro quadrimestre, até a alimentação das crianças do último período do estudo. A ideia de que a alimentação é um dos valores decididos no âmbito familiar nos faz pensar a necessidade de trabalhos nesse tema junto às famílias, se considerarmos a dieta e a nutrição como fatores ligados, entre outros, de risco à cárie dental.

As percepções dos pais quanto ao ciclo de vida em que se encontram, e a transição da etapa de nascimento do primeiro filho, nesse estudo aparece essencialmente pela fala das mães das crianças. Refletem, em todos os recortes estudados, a expectativa pelo crescimento e desenvolvimento adequado da criança. Nesse aspecto, incluíram a preocupação com a saúde bucal duas famílias, situadas no período entre nove e doze meses de idade das crianças, época em que já apresentavam dentes. Antes desse período, nenhuma família incluiu como imediata a preocupação com a saúde bucal, nas suas percepções de saúde.

Antes, as percepções das mães se destacam mais quanto ao seu papel materno. A insegurança, a ambigüidade de papéis, a ansiedade, aparecem para aquelas mães que continuaram a dupla função de mãe e trabalhadora. A provisão de recursos materiais é uma preocupação percebida pelas mães que trabalham fora, e por uma das mães que optou por não trabalhar. Para aquelas que optaram por centrar-se no papel materno esses sintomas não aparecem, disponibilizando seu tempo para “cuidar, ver e acompanhar o crescimento das crianças”. As recompensas da transição de homem e mulher para pai e mãe são tão intensas e maravilhosas quanto são experiências angustiantes, conflituosas e de denotação de alta responsabilidade, como lembra Cerveny (1997). Desse modo, a atenção a estas famílias merece um olhar cuidadoso dos profissionais de saúde.

O cuidar passa a ter, no entendimento das famílias como atribuições, ou **tarefas**, uma dimensão significativa, que deve ser redimensionada também pelos profissionais de saúde, para uma visão holística e humanizada. Apenas ao perceber que há uma valorização das suas experiências e da sua vivência, a família mostra-se facilitadora e permeável aos novos saberes. Reitero aqui meu pensamento inicial de que, o sujeito das nossas ações, no caso a família, deva ser conhecida, ouvido e respeitada na sua verdade, através de instrumentos teóricos que nos possibilitem tal abordagem. As atenções do serviço hoje prestadas às famílias constituem um modelo tutelar, tomando conta e criando estratégias que visam evitar o desvio do que se diz correto, sem, entretanto, aceitar a autonomia da família e sua própria capacidade (Vasconcelos, 1999). Observa-se na pesquisa aqui exposta que, por exemplo, os cuidados dispensados às crianças incluíram para todas as famílias o serviço de imunização. Mostrou-se essencial para a maioria das mães, à exceção de

uma, manter o calendário imunológico em dia. Isso pode refletir o respeito e a credibilidade que tal benefício traz à população, bem como o sentimento de proteção à criança contra um “mal maior”.

Alimentação e higiene geral também são uma constante nesses cuidados. As preocupações com a mobilidade das crianças e seus possíveis acidentes começam a aparecer nas famílias a partir dos nove aos doze meses, quando elas começam a engatinhar ou deambular. Os saberes e práticas foram selecionados em itens, descritos como: a) alimentação/ amamentação; b) higiene bucal do bebê; c) hábitos parafuncionais; d) práticas culturais e, e) crenças.

No primeiro, referente à alimentação/amamentação, o quadro mostra que duas mães não conseguiram amamentar; seis mães amamentaram, porém apenas três delas realizaram aleitamento exclusivo, pelo menos até o terceiro mês. O aleitamento artificial costuma aparecer como um reforço do materno, e a introdução de outros alimentos se dá sob orientação médica ou por orientação da rede informal. Ramos e Maia (1999) afirmam que além da gravidade, os diferentes tipos de amamentação propiciam diferentes prevalências de cárie, sendo que a associação do leite materno e mamadeira noturna representa maior possibilidade de gerar cárie dentária, estando acima de 80%. Afirmam que, o lento ritmo de deglutição durante o sono, aliado à diminuição do fluxo salivar e sua capacidade tampão, faz com que, mesmo em pequenas quantidades de ingestão, o risco está aumentado. Nesse estudo observei que, concorde com o que é descrito por Ramos e Maia (1999), muitas vezes o hábito da amamentação noturna, artificial ou natural, está associada ao efeito calmante que proporciona à criança. As mães que amamentavam relataram levantar diversas vezes à noite para tal, embora a idade das crianças já não necessitasse desse ato, do ponto de vista alimentar.

Reportando-nos ao segundo item, a higiene bucal do bebê, percebemos que as famílias relataram o início da erupção dental entre o quinto e o sétimo meses. A higienização frequentemente aparece sem regularidade, e com dificuldades para sua realização, devido à resistência da criança e ao despreparo das mães e/ou cuidadores. É importante ressaltar que, a maioria dessas crianças teve acesso à consulta odontológica por ocasião do encaminhamento durante esse

estudo. De outra forma, apenas uma das mães relatou ter procurado orientação profissional. No entanto, diferentes autores indicam que, o ideal do início de acompanhamento em odontopediatria é o primeiro ano de vida, mesmo antes da erupção dental, e que diferentes são as necessidades de cada indivíduo nesse intervalo, na dependência de fatores sócio-econômicos, culturais e comportamentais. Assim, ao estar com a família diante desse evento nodal, que é o nascimento do filho, e legitimar seu momento de transição com todas as suas demandas, é uma visão profilática do atendimento às famílias.

Autores como Ramos e Maia (1999) afirmam terem encontrado em seu estudo, o desconhecimento dos pais quanto ao período de desmame e quanto à melhor época de instituir-se a higiene bucal. Em função desse fato, a negligência dos pais passa a ser involuntária, e conforme já citado nessa reflexão, há que se procurar o melhor momento da família em expansão para provê-la desse recurso.

No que tange aos hábitos parafuncionais, uma das crianças, do último quadrimestre estudado, apresenta o hábito da sucção do dedo polegar, e a mãe relatou dificuldades para lidar com esse aspecto. Cinco das crianças pesquisadas não usam chupeta, e as alegações para o uso ou não são as mais diversas, relatadas pela pesquisadora no decorrer do trabalho.

No quarto item, nomeado como práticas culturais, as mais presentes são :

- a) restrição a alguns alimentos considerados “fortes” para a mãe que amamenta. Essa prática aparece em todos os períodos, e relatada por todas as mães;
- b) o uso de chás para auxiliar a cura e prevenção de alguns males, também aparece desde o início de vida das crianças, tendo sido evitado por apenas uma das mães;
- c) simpatias e benzimentos, para aquelas crianças que apresentavam algum mal-estar que, ou a medicina tradicional não resolveu, ou a família não buscou por esse recurso, ou ainda utilizou-se das duas formas de cuidado;

- d) a restrição a alguns alimentos considerados “fortes” ou “químicos” para as crianças, aparece em cinco das famílias;
- e) o uso de algum medicamento, fitoterápico ou alopático para aliviar o desconforto atribuído à erupção dental, é um recurso utilizado por algumas famílias. Algumas que não o fazem, relataram durante as entrevistas, que têm receio de que seu uso possa prejudicar a dentição, mas que gostariam de fazê-lo.

As crenças levantadas junto às famílias envolvem dois aspectos. O primeiro apresenta formas generalizadas, e o segundo procura focar mais especificamente àquelas relacionadas à saúde bucal.

Ao usar a expressão “maternidade feliz”, reporto-me à referência feita por Cerveny (1997, p. 62), que a coloca como um mito ainda presente fortemente em nossa cultura. A autora afirma que os mitos exercem uma força sobre os padrões comportamentais e sobre a construção de valores e ideologia de um grupo. No meu estudo, percebi no contato com as mães, a busca por esse ideal, e a crença de que o papel materno é, ou deva ser, a plenitude da felicidade. Há, historicamente, um ideal do papel materno na cultura ocidental, ligado à sublimação e pureza da função materna. Assim, ao depararem-se com dificuldades da realidade do dia-a-dia, as mães tem reações que variam desde a minimização do problema até a decepção. Esta pode estar ligada ao seu próprio desempenho no papel, ou ao que esperava ao tornar-se mãe. Além disso, mães que optaram por dispor seu tempo apenas ao papel materno, mostraram depositar na criança toda a fonte de sua realização. Embora a trajetória das famílias deva se dar de modo a cumprir as tarefas de cada ciclo, para percorrê-la plenamente, a família focada na criança apresenta-se também como um risco patológico (Carter & Goldrick, 2001). Nas mães do meu estudo, provavelmente por estarem ainda construindo as bases de convivência como tríade, esse fato foi bem marcante.

Em relação ao bem estar da criança, apareceram crenças como “olho-gordo” e “quebranto”, como forças capazes de desestabilizar a saúde da criança, tirar-lhe o sono ou impedir seu desenvolvimento adequado. Para essas crenças, as práticas culturais como benzimentos, são aplicadas para neutralizar seus efeitos.

O segundo aspecto levantado em crenças, relaciona-se a saúde bucal, desde o aleitamento até a erupção dental. A crença mais comum entre as mães que não amamentaram, e aquelas que alternaram o peito com aleitamento artificial, é a do “leite fraco”. Com relação a erupção dental, praticamente todas as famílias tendem a associar quadros de febre, desconforto e diarreia das crianças ao nascimento dos dentes. Em algumas famílias, a erupção dental coincidiu com esse fato. Em outras, como o quadro de doença da criança se prolongava, elas dissociavam da erupção dental e procuravam recursos terapêuticos. “Não poder cortar febre do dente” também é uma crença que justifica essa postura das famílias.

O uso de remédios “em excesso”, é apontado como um fator para prejudicar os dentes, sendo atribuída a essa prática o aparecimento de cáries em crianças que as famílias conhecem, convivem, ou “ouviram falar”.

Quanto à higiene dental dos dentes decíduos, chamou a atenção a frequência com que a crença de que dentes novos, “branquinhos”, pequenos ou recém-erupcionados não necessitavam de higiene. A ligação dessas percepções familiares com os cuidados de saúde bucal foi trabalhada pela pesquisadora, incentivando-as ao cuidado, porém reflete um extremo desconhecimento das famílias nesse aspecto, que deve ser trabalhado pelos profissionais de saúde. A associação de práticas de prevenção e educação mostra-se como uma possibilidade de trabalho na promoção da saúde, visando mudanças de concepções e valores revertendo hábitos deletérios como uma escolha do próprio sistema familiar, e não uma imposição que não lhe faz sentido.

De um modo geral, ao sintetizarmos o acompanhamento das oito famílias, buscamos um início para o entendimento das dinâmicas familiares, suas prioridades e modos de conduzir o seu viver. Procuramos entender a odontologia nesse contexto, o seu peso no conceito de saúde esperado pelas famílias nesse período de vida, e as fragilidades e forças que os profissionais devem conhecer, compreender e trabalhar.

A família em fase de aquisição mostrou-se com espaços potenciais de trabalho em saúde, que podem começar até mesmo antes da sua expansão.

Cervený (1997), aponta como ideal aquela relação onde os pais vão se construindo enquanto cuidadores, acompanhando, moldando e sendo moldados pelo desenvolvimento dos filhos. Pensar odontologia nas suas especialidades como odontopediatria, odontologia neonatal, e mais atualmente, odontologia intra-uterina, buscam atender cada vez mais precocemente as necessidades do atual paradigma de saúde. O que, sem dúvida, precisa estar associado a essas frações da odontologia, é a visão da família como um sistema com suas próprias demandas e capacidades de transformação.

6.2 BIEL E SUA FAMÍLIA: ENTRE O CUIDADO CULTURAL E O SISTEMA PROFISSIONAL DE SAÚDE.

Primeiro encontro

Biel é filho de Michele e de Everton. Estava com 29 dias ao início deste trabalho. Nasceu de parto normal, com 3.180k. A mãe de Biel tem 24 anos de idade, é estudante do curso de auxiliar de enfermagem. No momento desse encontro, estava em licença maternidade, porém freqüentava as aulas à noite.

A gravidez de Michelle não foi planejada, ainda que ela e o namorado já estivessem se relacionando há quase dois anos. Conta que sua gravidez foi muito tensa, devido aos desacertos com o namorado e as mágoas que ficaram no relacionamento, mas que não sabe como vai ser o futuro da relação. Ela relata que gostaria de tentar a união, porque gosta dele e por causa do filho que têm em comum, mas sente que há muito o que ser conversado até chegarem a um entendimento. Desse modo, a maior parte do tempo Biel fica sob responsabilidade da mãe, que tomou para si o que entende como a principal **tarifa** dessa fase do seu desenvolvimento, aqui representada pelo cuidado e o bem estar do menino.

Michelle e o filho moram com seus pais, e Biel, mesmo sendo o segundo neto da família, é o primeiro que mora com os avós. A casa em que moram é de alvenaria, ainda em obras. Possuem vários bens de consumo doméstico. Apesar de bastante simples e humilde, a arrumação da casa e sua higiene a torna um ambiente agradável e aparentemente saudável.

As **relações intra-familiares** inicialmente aparecem mais fortes entre mãe e filho, e entre eles e os avós maternos, ainda que a mãe relate que o pai do menino é bastante presente. Michelle conta que ele participa de muitas coisas, como cuidados médicos, compras, acrescentando:

“O pai de Biel vem vê-lo quase todos os dias”.

A **rede de apoio** de Michelle está centrada principalmente em seus familiares mais próximos, que a auxiliam nas suas funções de organizar a vida doméstica, o trabalho e os cuidados com a criança e se constitui essencialmente dos avós maternos, e eventualmente a avó paterna participa do cuidado do menino. Conta também com o apoio e a experiência de uma prima, que segundo ela,

“Tem um filho, e me ensina bastantes coisas”.

O avô materno demonstra grande envolvimento com o menino, mostra-se bastante feliz e orgulhoso do neto. Ela diz que seu pai é seu grande incentivador:

“Meu pai dá mamadeira para eu poder ir estudar”, ou ainda, “Meu pai ajuda acalmar quando ele chora” (Michelle)

Além disso, Michelle se beneficia da **rede formal** através dos Serviços de Saúde, levando Biel para as consultas de rotina, e buscando auxílio para os problemas do menino, como as cólicas. No primeiro mês de vida, ele esteve duas vezes na Unidade de Saúde, em consultas com a pediatra.

Logo ao início dos nossos encontros, Michelle demonstra sentimentos de angústia quanto ao cuidado com o menino, quanto à alimentação, amamentação e o papel a desempenhar:

“Tenho medo de ter depressão e não poder cuidar do bebê” (...) “Ser mãe não é fácil como parece” (...) “Tenho medo de não conseguir amamentar” (Michelle)

Ou ainda quando relata que acha que não está fazendo tudo certo, e deveria ter mais paciência e ficar mais calma. Há, nesse momento, um conflito que leva Michelle a períodos de estresse e tensão relacionados com o seu aprendizado formal, adquirido na sua formação de auxiliar de enfermagem, e as práticas do cuidado que desenvolve.

O menino apresenta muitas cólicas, chora muito e passa para a mãe a sensação de mal-estar. Ela então, começa a sua procura por soluções para esse problema, mesclando **práticas culturais** que aprende com sua rede informal, com os cuidados preconizados pela rede formal. Sua ambivalência se evidencia quando ela fala:

“Tenho vergonha de fazer coisas que achava absurdas, mas na hora do desespero...”

E ainda:

“Faixa no umbigo, chá cicatrizante, chupeta, Funchicória, parece que só isso funciona...” (Michelle).

Entre os seus saberes e práticas, ainda nesse momento ela demonstra que busca pôr em prática alguns aprendizados formais, como:

“Quando ele chora e desvia a cabeça, recoloco no peito para ele sugar mais, que a enfermeira ensinou” (...) *“A pediatra orientou para tirar o leite e dar de seringa”* (Michelle).

Os **cuidados com a saúde do bebê** incluem ainda o banho de sol antes das dez horas, sendo também bastante atenta ao calendário de vacinas, que diz estarem sempre em dia. Entre as suas práticas do cuidado, refere:

“Não como coisas ácidas ou que fermentam, porque todo mundo diz que dá cólica”,

Dispensou os lencinhos umedecidos, porque *“achou que dava alergia”*

“Para não pegar doença, ferve bem o adaptador de silicone e a mamadeira”. (Michelle)

Michelle é sempre muito carinhosa com o menino, bastante zelosa, e preocupada com o filho. Biel está sempre bem vestido, cheiroso, muito bem cuidado, com roupas adequadas às temperaturas e bem limpas.

A aprendizagem relatada por ela nesse período diz respeito às consultas do pré-natal, que fez todas, e diz que não participou de curso de gestantes porque estava trabalhando. Contudo, fala que *“leu e ouviu de profissionais algumas coisas”*, incluído o fato de ter aprendido com uma odontóloga a higiene das gengivas dos bebês:

“Sempre lembro de passar fraldinha úmida nas gengivas do Biel”. (Michelle)

Diz também que a médica ensinou massagens para as cólicas do menino, e orientou o uso de uma medicação antiespasmódica. Sua preocupação com as cólicas persistentes, que na sua percepção geram o mal-estar do filho, levam-na a buscar nas práticas culturais alternativas como:

“Colocar fraldinha quente na barriguinha”;

“Colocar a roupa do avesso para trocar o dia pela noite”,

E ainda a prática de *“dar chás de erva-doce e hortelã para cólicas”*, demonstram as tentativas da mãe para resolver suas dificuldades.

As decisões sobre o cuidado aparentam ser fonte de preocupação para essa mãe, que afirma, que *pensa que “não está fazendo tudo certo”*, mas que decide não dar o leite tirado de seringa, como a médica ensinou, porque *“achou complicado”*.

Os **problemas** de Biel nesse momento centram-se na alimentação, e a mãe vive o dilema de querer amamentar, porém precisa superar as dificuldades iniciais, ao mesmo tempo em que deve suprir as necessidades alimentares do menino. Desse modo, tenta mesclar o aleitamento materno com outras alternativas, como leite Nestogeno ou mingau de aveia. Nesse sentido, o **papel do profissional de saúde** que recebeu e acompanhou Biel nessa fase, compreende as orientações para a alimentação e o apoio à mãe.

Segundo encontro

Biel está com dois meses. Este contato ocorre na Unidade de Saúde, com o avô trazendo Biel ao colo, reforçando a idéia inicial de que o avô é bastante presente em sua **rede de apoio**. Sua preocupação está agora no fato de que seu estágio vai começar, e Biel vai ter que ficar com alguém. Entre os cuidados que tomou, diz que levou o filho para consultar porque “*quer deixar tudo certo*”, referindo-se às consultas de rotina.

Michelle mostra-se extremamente carinhosa e satisfeita com o bebê, e me parece mais à vontade no Posto, entre suas ex-colegas, do que na tensão do seu lar, envolvida com o choro e as cólicas do menino. Biel está muito bem cuidado no vestir, cheiroso, e todas as pessoas que se aproximam elogiam bastante a mãe. Seu foco da atenção nesse período ainda é as cólicas e a alimentação do menino. Segundo ela:

“As cólicas continuam muito fortes”

Ao procurar apoio na **rede formal**, Michelle recebeu **orientação profissional** no sentido de continuar as massagens, e dar a medicação anti-espasmódica. Ela relata que comentou com a médica que estava dando o Nestogeno, e que essa a orientou a continuar com a mamadeira, apenas mudando o leite para o NAN, e continuar alternando com o peito. A mãe associa o fato da dificuldade intestinal do menino consigo:

“Ele é um pouco ressequido, mas acho que é como eu, também sou assim com meu intestino”. (Michelle)

Michelle acha que nunca teve leite suficiente, e que aí pode estar a causa dos problemas com o bem-estar do filho. Notou que, após começar a mamadeira, o sono do menino melhorou. Perguntei se ela retirava o leite do peito, ao que me respondeu:

“Nem precisa, porque não sobra. Já era pouco, eu nunca tive leite assim de ficar escorrendo”.

No que respeita aos seus **sentimentos e percepções**, estes relacionam-se essencialmente ao fato de desejar amamentar mais e melhor, no desejo de desempenhar aquilo que a seu ver, deve se constituir numa **tarefa** dessa fase de vida. O fato de Michelle ter uma formação profissional, que a conduz para a orientação do aleitamento materno, conflita-se com sua impossibilidade, demonstrada em seus depoimentos:

“O Biel está pegando cada vez menos o peito”

Ou ainda:

“Gostaria de dar o peito por mais tempo, mas tenho medo que ele logo largue”. (Michelle)

Embora suas preocupações centrais estejam relacionadas ao menino, Michelle está buscando seu **crescimento pessoal e profissional**, e agora tenta conciliar esse objetivo com a chegada de Biel. Os papéis a desempenhar começam a se mesclar, e ela demonstra estar ciente disso quando diz que *“quer ver como vai ficar o tempo dela agora”*.

Terceiro encontro

Biel agora está com três meses. Sua mãe começou o estágio, e sua **rede de apoio** nesse mês ampliou-se com a presença da avó paterna, que se prontificou a ficar com o neto. Assim, Biel durante o dia fica com a avó, e à noite retorna para a casa da mãe. Ao perguntada como estava o seu relacionamento com o pai do menino, diz que eles estão bem próximos:

“Ele vem ver o menino, fica com ele quando pode, leva ao médico, e estão sempre juntos”. (Michelle)

Toda a sua atenção nesse mês voltou-se para o problema intestinal do menino, que, além disso, teve otite. Suas ações e decisões sobre o cuidado relacionaram-se à alimentação e ao bem-estar do filho. Os seus momentos de maior descontração aparecem na hora do banho do menino, quando ela diz:

“A melhor hora é a do banho, é uma festa”.

Michelle relata que as cólicas do menino não melhoraram muito, e mesmo seguindo as orientações médicas, o problema persiste. Na ânsia de ver o menino bem, acentua-se o dilema das práticas de cuidado culturais e as de orientação profissional:

“Conversando com a vizinha, ela me disse que seu filho tomava leite de caixinha, e que não tinha problema algum com cólicas” (Michelle).

Ela achou que poderia ser bom também para o seu filho, preparou uma mamadeira e deu. A médica ensinou-a a preparar o leite com água de ameixa, prática que Michelle adotou, e também sugeriu que ela tentasse o leite de soja. Aliado a esse cuidado, Michelle diz que, por causa da suspeita da médica a respeito da alergia ao leite, também está com restrição alimentar, evitando alguns tipos de proteínas e derivados do leite, uma vez que pretende continuar amamentando.

A relevância do **serviço de saúde** como rede de apoio nesse tempo é evidente. Além das consultas ao pediatra, Biel precisou ser levado ao hospital, num plantão noturno, porque seu choro e seu mal-estar eram contínuos. Ficou internado para exames e acompanhamento. Nesse ponto, a ansiedade da mãe é marcante:

“Acho que tem a ver com aquilo que eu dei, mas a médica disse que pode ter sido só coincidência”. (Michelle)

Ela relata que está num momento de bastante insegurança, e embora continue contando com o apoio dos pais, da avó paterna, e tenha proximidade com o pai de Lucas, sente-se aflita e preocupada. A partir de então, Michelle resolve tentar algumas **práticas culturais**, que aprende com sua rede de apoio. Adota práticas nas quais não acreditava, mas que pensa serem um recurso a mais para seu auxílio. Diz:

“Levei para benzer todos os dias, durante uma semana” (...) “Ele teve dor de ouvido, daí coloquei óleo de cozinha esquentado numa colherinha”.

Ainda que, aparentemente, essas práticas lhe dêem algum conforto, ela reluta em admiti-las, como se vê:

“Resolvi benzer, que todo mundo dizia que era bom. Se não ajudar, também não atrapalha”; (...) “Me sinto até mal por criticar minha sogra por coisas que ela fazia, e que agora eu faço também com o Biel”;

Conta que sempre recriminava sua sogra, que tinha essas práticas caseiras, mas que agora quando vê o Biel chorando, “faz de tudo”. Dentre as práticas que aprendeu, diz que a benzedeira ensinou a fazer um curativo com noz-moscada, óleo de cozinha e losna, colocados sobre uma colher e aquecidos, para colocar com faixa no umbigo. Essa senhora disse a ela que ele estava com o “umbigo rendido”, sendo essa a razão do choro do menino. Sua ambigüidade aparece também quando relata que não comentou com a médica sobre essas práticas porque tem vergonha, e acrescenta:

“Parece que é tão absurdo...”

Nesse mesmo período, surgiu uma oportunidade de **trabalho** no Posto de Saúde, e Michelle, mesmo insegura com relação ao filho acha que

“Não dá prá deixar passar, depois pode não aparecer mais”.

Quarto encontro

Chegamos ao quarto mês de acompanhamento de Biel. Encontro sua mãe muito disposta, e cheia de novidades. Ela se alegra ao me encontrar e quer logo contar as mudanças. Michelle está **trabalhando** na Unidade de Saúde, diz que se sente muito bem desempenhando sua função de auxiliar de enfermagem. Cumpre um período de oito horas diárias, e em função disso, resolveu adaptar os horários de Biel.

Pela manhã, ele fica com a sua cunhada, que cuida dele na própria casa, e à tarde o menino está na creche do município, constituindo assim a ampliação do apoio recebido pela **rede formal** para esta família. Como a creche fica ao lado do trabalho, a mãe se sente segura, porque pode vê-lo quando desejar. Demonstra sua ansiedade com a mudança quando diz que:

“No começo tive medo que ele ficasse doentinho, por causa das outras crianças”

Porém mostra-se satisfeita porque segundo ela:

“Até agora está dando tudo certo”.

As atitudes e reações dessa mãe ressaltam sempre a sua percepção de que nesse momento, sua prioridade é o crescimento e desenvolvimento adequados do filho. Diz que o levou à pediatra, e que ela acha que ele está ganhando pouco peso, mas a médica disse que ele está dentro dos padrões.

Dentre as **práticas do cuidado**, várias alterações se deram nesse tempo. Quanto à alimentação, ela relata que ele já está comendo frutas e diz:

“Amasso e dou as frutas puras. Só a banana é que às vezes coloco um pouco de Neston”.

Quanto ao leite, continua dando o NAN, mas pensa em falar com a pediatra para

“Engrossar um pouco mais, porque estou comprando uma lata a cada três dias”. (Michelle)

Fala que está ficando muito caro, e que acha difícil continuar. Contudo, Michelle demonstra grande preocupação com as práticas a adotar, e procura seguir as orientações formais que recebe:

“Já ensinaram muita coisa, farinha de mandioca, farinha láctea, maizena, Mucilon, mas eu não queria dar sem o consentimento da médica”.

Também justifica-se , dizendo que antes

“Fazia tudo que ensinavam, porque as coisas não funcionavam”

E diz que estava muito desesperada com as cólicas, mas que não gosta de fazer as coisas sem saber ao certo. Ela conta, muito satisfeita, que as cólicas foram espaçando, até sumirem. Quando pergunto a ela o que acha que aconteceu, ela diz que não tem nem idéia, que:

“Simplesmente desapareceram”.

Sua satisfação aparece em vários momentos, ela diz que Biel é muito alegre e sorridente, que adora brincar no banho:

“Agora acabou a história de remédio, não precisa mais nada, é só alegria”.

Seus sentimentos positivos são também em relação à maternidade, quando ela assume que agora se sente mais segura e mais contente, e diz que pode

“Curtir mais o Biel”.

Quanto às práticas do cuidado, aquelas relacionadas mais diretamente com a saúde bucal, como hábitos parafuncionais, higiene, preocupação com a erupção dental, se evidenciam nesse espaço de tempo. A mãe conta que deixou de fazer a higiene das gengivas do menino:

“Antes fazia a limpeza com fraldinha ou gaze depois da mamada, mas com a correria de tudo acabei relaxando”. (Michelle)

O menino não usa mais a chupeta, ela acha que ele enjoou. Diz que até a mamadeira parece que ele já não gosta tanto, que prefere o peito. Continua dando o peito, geralmente de manhã e à noite, quando chega. Na sua percepção, Biel deve ter dentes logo, porque ela observa que ele está salivando muito, e levando muito as mãos à boca.

O aleitamento mostrou ser uma das principais preocupações dessa mãe, que instintivamente oferece o seio ao filho, em situações como esta relatada por ela:

“Ele tá se virando bastante na cama, e chupa o travesseiro. Daí eu acho que é fome e dou o peito”. (Michelle)

Perguntada se tem o hábito de dar beijinhos na boca do menino, ela respondeu que não, e diz que viu sua sogra fazer isso uma vez, então pediu para ela não fazer mais porque afirma:

“Acho que não é higiênico, e dá sapinho”. (Michelle)

No âmbito das **relações intrafamiliares**, seu relacionamento com o pai do menino igualmente evoluiu. Resolveram “ter uma conversa”, que ela diz ser definitiva, para tentarem se entender. No seu entendimento, ela pensa que deveria dar certo com ele, por causa do filho. Porém, acha que não é correto apenas morar juntos:

“Queria casar direito” (Michelle)

Gostaria de ter uma casa só para eles, segundo ela, para começarem a vida apenas os três.

Conta que está com muita tontura e dores de cabeça, e acha que sua anemia está muito alta. Diz que não pôde se tratar direito, mas que agora está melhor para cuidar da própria saúde, e planeja:

“Quero fazer um check-up, me cuidar, fazer um tratamento de pele”.

Lembra-se que,

“Tinha horas que batia um desespero”, (Michelle)

Diz que via o Biel com aqueles problemas, e ela nem sabia o que fazer. Conclui dizendo que está se sentindo mais aliviada, e que sem o curso à noite, sabe que é só chegar em casa e ficar com o filho.

6.2.1 A família de Biel à luz da teoria do desenvolvimento da família

O surgimento da família de Biel se dá no contexto de um jovem casal de namorados, uma gravidez não planejada, e de uma jovem buscando o seu crescimento profissional. Assim, se constitui uma família, cujos pais moram separados, sem a conceituação de uma família nuclear convencional.

Da Matta (1989), aponta a família não apenas como uma instituição individual, mas como um valor, fundamental à vida social. Vê a família não apenas

como um grupo social, mas uma rede de relações. Desse modo também, no entendimento que adotamos, de família como um grupo semi-permeável, ligado por compromisso mútuo e com funções e tarefas definidas cultural e socialmente, essa família estudada se forma a partir desses laços, e constrói sua trajetória nessas bases.

O tempo fez com que esta família adquirisse através das vivências, a maturidade para decidir seus caminhos, contando sempre com o apoio da rede formal na assistência à saúde, especialmente à criança, e da rede informal, que deu suporte emocional, afetivo e até mesmo transmitindo seus conhecimentos à mãe. A força dessas redes é vital para a reorganização do sistema familiar diante da chegada de um novo membro e todas as demandas. Carter & Goldrick (2001, p 323) relatam que há três fases a se transpor ao se tornar um progenitor sozinho: (1) as conseqüências; (2) o realinhamento; (3) a estabilização, e para as autoras é um processo de fluxo e refluxo normal do ciclo de vida familiar interrompido, onde se acrescentam tarefas adicionais. Desse modo, as dificuldades encontradas para dar forma a essa nova família podem e devem ser compartilhadas com o apoio que se apresenta, no intuito de torná-la um sistema viável. Para Cerveny (1997, p 72), “as tarefas a serem desempenhadas são muitas e as adaptações necessárias difíceis de serem administradas sem apoio”. Diz a autora, que, de certo modo, todo o sistema familiar está crescendo e encontrando novas formas de convivência.

No caso de Biel, a família ampliada, sobretudo os avós maternos, foram o apoio essencial para o começo de vida. O suporte material, representado pela moradia dos avós, cuidados com a higiene, alimentação e o conforto de um lar já estabelecido, deram à mãe o tempo necessário no processo de reorganização. A mudança que ocorreu definitivamente com o nascimento de Biel, alterou significados e papéis de cada membro familiar, proporcionando a oportunidade aos avós, quer maternos ou paternos, de reverem suas posições e de “refazerem”, agora com o neto, o que julgavam equívocos cometidos com os próprios filhos. A família ampliada de Biel mobilizou-se em torno do seu cuidado, oferecendo auxílio à mãe, acolhendo-a e legitimando seu sentimento. Carter & Goldrick observam que, “a adição de uma criança pode promover mudanças, criando disposição para ajudar” (2001, p. 213). No caso dessa família, a aproximação ocorreu tanto no que se refere à Michelle e

seu filho dos avós maternos, bem como do pai do menino e os avós paternos, envolvendo-os numa ampla rede, embora ela sinta como sua maior força a presença ativa do avô paterno, que, no referente aos cuidados, mostrou-se uma fonte de segurança para Michelle. A função estabilizadora e de proporcionar liderança, representada pela figura do avô, tornou-se particularmente útil. Manter-se próximo da família ampliada, na ausência do pai da criança, mostra a importância da rede de apoio.

Na sua evolução, o desenvolvimento do menino foi norteando as ações da família, mais especificamente da mãe, e os demais papéis as serem desempenhados puderam ocupar seu espaço gradativamente, incluindo a esfera profissional da mãe e o relacionamento do casal.

De acordo com a Teoria do Desenvolvimento da Família, o crescimento individual de cada um dos membros acontece simultâneo ao desenvolvimento familiar, fato esse que fica demonstrado aqui, quando a mãe, sem deixar o foco do crescimento e desenvolvimento do seu filho, sente a necessidade da própria evolução. O conflito vivenciado por ela entre aceitar a proposta do emprego ou se dedicar mais diretamente ao bebê, mostra as crises que a família enfrenta e as decisões que precisa tomar na sua trajetória.

Os dilemas quanto ao crescimento pessoal concomitante ao desenvolvimento da família, especialmente nesse caso, em que a mãe é a principal cuidadora e provedora, referem-se ao que Michelle tomou para si como a principal tarefa dessa fase do desenvolvimento do menino, aqui representada pelo seu bem-estar. Carter & Goldrick afirmam: “Normalmente, a mãe é o progenitor cuja perspectiva fica obscurecida pelo cuidado à criança. Sua intenção de voltar ao mundo não doméstico do trabalho torna-se um ponto crítico familiar (p215)”.

A decisão de delegar a algum, ou alguns membros da sua rede social os cuidados com o menino, parecem gerar um sentimento de culpa, como se, obrigatoriamente, a realização pessoal se desse apenas com a dedicação à maternidade, ignorando os diferentes arranjos na vida familiar atual.

A preocupação da mãe em “estar fazendo as coisas certas ou não”, remete ao ideal criado para o papel de mãe, bem como a expectativa do cumprimento de tarefas dessa fase do ciclo da família. Levar ao pediatra para “deixar tudo certo” antes de retornar às atividades lembra o papel cuidador da própria mãe. O tempo que terá disponível também demonstra preocupação com o cuidado.

Entre as tarefas comuns às famílias em expansão, é necessário agora redesenhar os papéis dos membros familiares, estabelecer as bases de convivência, bem como criar espaço para o crescimento e desenvolvimento do novo ente, de modo que se elabore a maternidade sonhada com aquela possível de ser experienciada (Cervený, 1997).

A referida autora aponta ainda a necessidade de uma intensa mobilização de recursos familiares e sociais, para administrar as questões emocionais e práticas de cuidados com os filhos, cuidados com a casa e o aporte financeiro, tão requerido nesse período. Reequilibrar o tempo, a energia e as ligações sociais, bem como as ligações com as famílias de origem, mostra-se importante nesse período.

No caso em estudo, a ligação com a família de origem de Michelle prevaleceu, uma vez que é nela que está centrado o apoio para a tarefa desenvolvimental da criança. Além disso, a proximidade com a família de origem beneficia Michelle nos eventos imediatos ao nascimento do bebê, tais como a instabilidade emocional, a sensação de isolamento, de sentir-se ignorada e diante da complexidade do momento e o risco da depressão pós-parto.

O nascimento de Biel promove uma crise maturacional, não só para a mãe, como também para todo o sistema envolvido. Para Michelle, a crise aparece como a insegurança que se apresenta nas práticas de cuidado, na incerteza do desfecho do relacionamento com o pai do menino, representando a **transformação** de todo o sistema. Para a família ampliada, igualmente a transformação ocorre, uma vez que cada indivíduo relacionado a Biel evoluirá no contexto dos relacionamentos, incluídos aí avós, tios, primos, entre outros.

Do nascimento até por volta do terceiro mês de vida de Biel, há uma crise situacional, relacionada ao mal-estar da criança, relatados como problemas gastro-intestinais, internação hospitalar, provavelmente advindos da questão alimentar e das dificuldades de aleitamento. No entendimento da mãe, está entre suas tarefas a amamentação, e o fato de não conseguir executá-la gera frustração e desconforto.

Na busca de apoio para resolução dessa crise, Michelle usa os recursos do Serviço de Saúde, fazendo consultas médicas, e aplicando os conhecimentos adquiridos para proporcionar o bem-estar do filho. Aliado ao cuidado profissional, a cultura proporciona outras opções, das quais a mãe lança mão como tentativa de cura. Ao optar por alternativas de cuidado culturalmente aceitas como domínio comum, por exemplo, benzimentos e simpatias, surgiu para essa mãe o conflito entre as práticas formais de cuidado e o informal. Talvez ainda dentro daquilo que socialmente se atribui como a “maternidade ideal”, seu pensamento para si e seu filho delineasse um quadro diverso do que se apresentou. Aliada a isso, a formação profissional na área da saúde acrescentava-lhe conhecimentos que, no seu entender, invalidavam outras possibilidades. Carter & Goldrick (2001, p109) dizem que, o que parece acontecer nas famílias, é o fato de elas aderirem mais estreitamente aos valores que coincidem com o seu próprio estilo de vida. Talvez por isso, a escolha das práticas culturais seja um processo seletivo.

Para Michelle, a busca pelo bem estar do filho falou mais alto, e a confiança depositada nas pessoas da sua rede informal, aliada ao seu “não saber o que fazer”, levaram-na a vencer o constrangimento demonstrado inicialmente e validar determinadas práticas a ela sugeridas. O fato de ter aceitado esses recursos modificou seu agir e lhe proporcionou maior conforto, no sentido de estar buscando formas de alcançar o seu propósito, representado no cuidado de Biel.

Michelle viveu as escolhas próprias desse período de adaptação a um novo evento familiar, e precisou priorizar suas decisões, de acordo com o que lhe pareceu conveniente.

À medida que o sistema familiar avança em seu movimento, Michelle começa a vislumbrar a possibilidade de iniciar sua vida com o pai de seu filho num espaço físico onde possam estabelecer suas regras de convivência, suas tarefas e vivenciar as próprias experiências. O aspecto emocional e afetivo também tem evoluído para a união do casal, e Michelle diz que gostaria que desse certo, porque eles têm que pensar no filho que está aí. Ressalta, porém que ainda tem coisas para serem acertadas, mágoas que ficaram, e que eles devem procurar ter um lugar só seu para começarem uma nova vida. Marcon (2002) entende a gravidez como a arte de compartilhar desejos, que envolve, ou deveria envolver, pelo princípio da relação sexual, o desejo de ambos os parceiros. A autora ressalta que, mesmo a gravidez dita como “acidental”, decorre de um desejo, mesmo que inconsciente, para que tal ocorresse, e que isso leva as mulheres a pensarem sua vida sexual sem refletirem as possíveis conseqüências. Contudo, diante da concretude da gravidez, o casal terá que adquirir maturidade para lidar com o fato e buscar caminhos que possibilitem construir o reencontro e o ponto de equilíbrio. Para essa família, esse reequilíbrio tende a aparecer à medida que a gravidez evoluiu, e depois do nascimento do menino.

A esse respeito, modificou-se também a percepção de Michelle de si mesma. A dinâmica familiar se alterou, e ao longo dos quatro meses, o movimento de busca pessoal pela estabilidade no relacionamento, pelo aperfeiçoamento e desenvolvimento profissional acompanhou os momentos de Biel, de seus avós e de seu pai.

As necessidades do menino eram supridas, ao mesmo tempo em que os demais membros mobilizavam-se nos seus interesses, criando momentos de maior ou menor envolvimento com o núcleo Michelle/Biel. A cada necessidade instalada, tanto a mãe como sua família ampliada buscavam a adaptação necessária, chegando em um nível de convivência e de espaço inter-relacional de satisfação mútua. Cerveny (1997), afirma que a demanda dos filhos pequena muda rapidamente, exigindo um processo de transformação. “Os pais devem ser capazes de se construir enquanto cuidadores” (Cerveny, 1997, p. 70). Estenderia essa reflexão para todos os membros do sistema, especialmente naqueles em que é

compartilhados o cuidado da criança com a família ampliada, exemplificado aqui na figura dos cuidadores de Biel enquanto rede de apoio.

Decorridos os quatro meses da observação, Biel está freqüentando a creche, sua mãe está trabalhando, e seu desenvolvimento não apresenta maiores dificuldades. O relacionamento com a rede formal igualmente sofreu alterações, pois com a melhora dos problemas de saúde do menino, a procura de Michelle pelo serviço de saúde visa o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, através das consultas de rotina, além do cuidado de imunização, representado pelo calendário vacinal. O apoio recebido na rede formal propicia a essa família segurança e legitimação das práticas desenvolvidas.

A fase de aquisição é, talvez aquela que demande maiores esforços de seus membros, no que diz respeito ao aprendizado. Não bastasse o desafio de conviver com outro indivíduo integralmente, a chegada do primeiro filho exige readaptação e dedicação intensas. Tornar-se responsável por outro ser humano é uma tarefa desafiadora, e a dependência dos bebês põe à prova. As tarefas iniciais com a criança dizem respeito essencialmente ao seu crescimento e desenvolvimento. É preciso que o bebê evolua, mas é necessário também que o núcleo familiar seja acompanhado e compreenda o processo. Aos cuidadores cabem tarefas rotineiras, aparentemente simples, mas profundamente complexas quando entendidas no contexto familiar como: alimentação, banho, trocas de fraldas, banho de sol, consultas de rotina, entre outras. Na família de Biel o cuidado surge sob diversas formas, porém focado sempre no objetivo da manutenção do bem-estar do bebê.

No que se refere à saúde bucal, este cuidado não surge como uma ação isolada, ou como um cuidado essencial. Nesse momento do desenvolvimento do menino, outras questões parecem mais relevantes, e o fazer puramente técnico, como a higienização, aparece em momentos do banho, após determinadas refeições, ou antes de dormir. A ausência de dentes tende a limitar o olhar à saúde bucal, aparecendo somente mais próximo do quarto mês a preocupação com os sinais e sintomas da erupção dental. Outras atribuições possíveis à odontologia, no referente a orientações de amamentação, alimentação, hábitos parafuncionais

relacionados ao crescimento e desenvolvimento crânio-facial, traumatismos, ou foram adquiridas pela rede informal, ou repassadas por outros profissionais da saúde que os acolheram. A presença do odontólogo nesse período parece obscurecida por necessidades mais prementes, o que nos faz pensar se não estamos em um momento de rever a atuação profissional, preenchendo vazios do aprendizado das famílias, ou mesmo integrando equipes onde possamos desenvolver outras habilidades necessárias ao contexto social.

A Teoria do Desenvolvimento da Família, entende o núcleo familiar dentro de um sistema social mais amplo, com parte deste, e portanto relacionando-se ao conceito de sociedade.

Para conceituar sociedade, nesse trabalho adotamos a definição de "um conjunto de pessoas que vivem em certa faixa de tempo e de espaço, seguindo normas comuns, e que são unidas pelo sentimento de consciência de grupo ,de corpo social . compondo o meio humano em que o indivíduo se encontra integrado" (Ferreira ,1986).

6.2.2 Papel do profissional de saúde

A enfermagem aparece como o primeiro contato para aprendizagem formal após o nascimento do bebê, ainda no ambiente hospitalar, orientando a respeito da forma de amamentar, aliando técnica e suporte emocional. Não há, logo ao nascimento, a presença de um profissional de odontologia a desempenhar esse papel, e tampouco sua presença é solicitada rotineiramente pela equipe de trabalho. Os contatos prioritários nesse período inicial da vida se dão com a área da enfermagem e da medicina, na pediatria ou na puericultura.

Do ponto de vista da odontologia, a saúde bucal de Biel esteve pautada no que tange à amamentação e todos os benefícios resultantes dessa prática, quer do ponto de vista imunológico, psicológico, ou de crescimento e desenvolvimento crânio-facial. Todos os demais procedimentos e preocupações ficaram restritos a questões mais "urgentes" para o desenvolvimento do menino. A prática de higienizar as gengivas do bebê, embora ela houvesse adquirido de revistas e informações de

profissionais da odontologia, é um hábito que não foi incorporado, que aparece no início dos encontros, mas que a própria mãe relata que “deixou de lado” um pouco depois. Certamente, mais importante do que ensinar o que fazer, caberia ao profissional a orientação do porquê e em qual momento se mostra mais pertinente, tendo em vista que a partir do término da amamentação exclusiva, outros alimentos foram introduzidos. Além disso, em torno do quarto mês já existe a possibilidade do início da erupção dental, fato que passa a justificar a necessidade da higiene adequada.

Chama a atenção o fato que, embora a mãe tenha feito todas as consultas de rotina preconizadas, também na unidade de Saúde estas ocorreram sem a participação do odontólogo, cabendo ao médico a tarefa de orientar e dar suporte para que tal ocorresse.

A ação da odontologia nesse período mostrou-se extremamente restrita, uma vez que o serviço não é procurado espontaneamente pelos pais. Cabe aos profissionais conhecerem essa realidade e buscarem estar próximos da sua clientela, nos espaços pertinentes, tratando das questões que lhe dizem respeito, pois essa prática refletirá em inúmeros benefícios para a saúde bucal dessas crianças. Estar no contexto das famílias, entendendo suas prioridades e necessidades, pode ser a chave para uma relação adequada e profícua, tanto no aspecto relacional do profissional com seu paciente, como no aspecto interdisciplinar.

6.3 RAFA E SUA FAMÍLIA: VIVER COMPARTILHADO... UMA OPÇÃO NO AGUARDO DA BUSCA PELO PRÓPRIO NINHO

Primeiro encontro

Rafa é filho de Lu e João, nasceu de parto normal, e está com quatro meses nesse início de trabalho. A mãe diz que tem um casamento estável, e sua gravidez foi planejada. O casal está junto há quase cinco anos, e achou que era um bom momento para engravidar. A idade do casal parece também influenciar, uma

vez que os dois estão próximos dos trinta anos. Lu não trabalha fora, porém conta que trabalhou desde os quinze anos e agora:

“Quero aproveitar um pouco com o menino, quero ver ele crescendo”.

(Lu)

Lu se mostra bem tranqüila, segura da sua opção de não trabalhar fora por enquanto, e diz que abre mão de alguns bens materiais para estar mais perto do filho. O casal está construindo sua casa, e depois do nascimento de Rafa resolveu ficar com os pais de João até a obra ficar pronta. A casa em que moram é simples, com cômodos pequenos, mas bem arrumada, e tem um quarto onde ficam o bebê e seus pais. Nesse ambiente, há vários bichinhos e brinquedos sonoros pendurados, além de diversos itens de higiene infantil. O menino é o quarto neto da família, mas o primeiro que mora ali.

A avó paterna, que se chama Janete, participa ativamente no cuidado de Rafa, e parece conviver bem com a nora. Ambas dividem os afazeres domésticos **e as tarefas**. A mãe de Lu não pode ajudar muito, porque é doente, então sua **rede de apoio** basicamente está na família do marido:

“Minha sogra cuidou de mim e dele até cair o umbigo” (Lu)

“Eu fico com ele para ela poder sair” (Janete).

Quanto ao **aprendizado** para lidar com a criança, Lu mostra-se sempre cautelosa com relação ao que fazer, e embora procure os Serviços de Saúde com regularidade, apoia-se nos conhecimentos de terceiros, principalmente da avó. Aprendeu com ela a dar chás para cólicas, sucos, e compartilha os cuidados com o menino tranqüilamente, embora a avó afirme:

“Ela é muito ciumenta dele, não descuida de nada”. (Janete).

Conta que não fez curso de gestantes, mas que compareceu a todas as consultas do pré-natal. Sua principal dificuldade relacionou-se à amamentação,

acha que não tem bico no seio, e embora não tenha preparado os seios para amamentar, atribui a uma espécie de “herança”:

“Na minha família ninguém mamou porque minha mãe já não tinha leite”. (...) “A médica falou que não existe leite fraco, mas como é que pode, eu até com máquina tentei” (Lu).

Dona Janete reforça a percepção de Lu, e conta que prepararam uma mamadeira de Mucilon com açúcar a cada três horas, e ele toma toda. A médica receitou o NAN, que ela deu até os dois meses, depois ele começou a chorar de novo, elas acharam que era fome, então Lu perguntou à médica se poderia ser o leite normal com Mucilon. Nesse episódio, evidencia-se a preocupação da mãe em validar suas escolhas apoiada na **rede formal**, e o **papel do profissional** nesse momento.

Os **cuidados** com a saúde da criança incluem a vacinação, o ato de ferver a mamadeira e a chupeta uma vez por semana, e o uso de chás de orégano e erva-doce, um pouco adoçados, entre as refeições, para “*não dar cólica*”, prática que aprendeu com sua sogra.

Na sua avaliação, acha que é melhor cuidar do filho agora, que ele já come frutas, já pode sair com ele para vários lugares, e que está mais fácil:

“Vou a festas, aniversários, e ele nem estranha” (Lu).

“Ele come de tudo o que se dá para ele” (Janete)

No que se refere à saúde bucal, Rafa ainda não tem dentes. Não é realizado nenhum procedimento de higiene bucal no menino até esse momento. Usa chupeta do tipo ortodôntica, que Lu diz ter escolhido porque:

“Achou que tinha jeito de ser melhor” (Lu)

Aprendeu de “ouvir falar”, caracterizando **aprendizagem informal**, que deve-se trocar chupeta e mamadeira a cada seis meses, e pergunta se é verdade. Respondo que não há um tempo exato, que ela deve observar o estado de conservação e a elasticidade das borrachas. Se estiverem amolecidas ou pegajosas é a hora da troca. O **papel do profissional** mostra-se relevante nesse contato, como fonte de informação, uma vez que Rafa ainda não teve sua primeira consulta odontológica. A mãe acredita que Rafa possa ter dentes logo, associando isso ao fato de que seu marido teve dentes cedo, e também tem como **expectativa** que os dentes do menino sejam fortes como são os do pai. Acha que os seus não são tão bons e fortes:

“Sempre tenho uma obturação, e já tive que colocar um pivô” (Lu)

A avó afirma que ele está babando muito, e que o neto põe muito as mãos na boca, concorda com Lu quanto à erupção dental e diz:

“Parece que já está coçando prá dente”. (Janete).

A interação familiar parece bastante intensa, a avó participa da conversa, alternando os cuidados do menino com a mãe, inclusive alimentando-o enquanto conversamos. Lu demonstra sentir-se segura e amparada, mostra-se calma e sem pressa de que as coisas aconteçam. Está desfrutando essa fase de vida do seu filho, seu desenvolvimento e crescimento:

“Não sou ambiciosa e sou bem calma, prefiro ter menos coisas e ficar com ele” (Lu).

Segundo encontro

Lu está em casa, terminando de dar a mamadeira para Rafa. Ele está bem vestido, com roupinhas simples, mas bem cuidadas, e muito perfumado. Os cuidados de higiene com Rafa parecem ser prioridade para essa mãe, que diz que troca de roupa várias vezes ao dia:

“É só sujar um pouco já tem que colocar outra”. (Lu)

Ela me parece mais receptiva hoje do que no encontro anterior, e nossa conversa flui mais naturalmente. Sua sogra não está, ficando ela à frente dos afazeres domésticos. Conta que este mês teve que dar atenção à sua mãe, que colocou um marca-passo, e, em função disso, teve que deixar Rafa muitas vezes aos cuidados da sogra, evidenciando a importância da sua **rede de apoio**.

As mudanças alimentares que aconteceram foram após a consulta com a pediatra, que orientou para dar sopa de legumes e frango, além das frutas e dos sucos. Ela dá a sopa no horário de almoço, e mantém o mesmo leite. Entre os **cuidados** que relata com a questão alimentar, está o de não dar alimentos que considera muito fortes, procura, por isso, seguir a orientação médica:

“Tenho medo que alguma comida seja muito forte ou dê alergia” (Lu)

Ainda no que se refere aos cuidados com a saúde, Lu conta que começou a dar um medicamento, chamado “Matricária”, que “*aprendeu com a sogra*”, usado para fortalecer os dentes. Perguntada sobre o que espera do medicamento, ela responde:

“É bom para não dar febres dos dentes e prá ajudar na coceira” (Lu)

Sua sogra usou esse medicamento em seus filhos, e atribui a ele o fato de eles terem bons dentes, então ensinou a nora a usar. Trata-se de um preparado para ser dissolvido no leite da mamadeira, usado, segundo ela “um envelope por dia”. Lu mostra confiança em algumas **práticas culturais** quando diz:

“Aprendo muitas coisas com os antigos, e tem muita coisa que funciona”

(Lu)

Os dentes de Rafa ainda não erupcionaram, mas ela resolveu comprar um mordedor, porque acha que ele está com muita coceira, além disso, relata nas suas **impressões** que ele ainda tem dificuldade para engolir alguns alimentos, e que parece que vai engasgar:

“Ele morde bastante, põe na boca tudo que pode” (Lu).

A casa que estão construindo ainda deve demorar um pouco para ficar pronta, segundo ela. Em função disso, pensou em trabalhar fora para ajudar o marido, mas diz que quando reflete, acha que se programou para ter o filho, e que agora queria se dedicar a ele. Ela mostra aqui sua dualidade na questão dos **papéis** a desempenhar, como mãe, como companheira, e a necessidade de colaborar financeiramente. Ajudar o marido na construção lhe parece importante, porém conflita-se com o sentimento:

“Tenho pena de deixar o Rafa com os outros” (Lu).

Terceiro encontro

Rafa está com seis meses. Encontro-o em casa, sentado no seu carrinho, observando sua avó que limpa o jardim. Ela diz que Lu precisou sair, e que ela sempre fica com o menino quando é necessário. Diz que apoia muito a nora, e que quando Lu se mudar vai sentir diferença. No seu entendimento, não é fácil cuidar de uma criança e do serviço doméstico ao mesmo tempo, porém:

“Ela pode dar conta, porque é bem calma” (Janete).

Observo na varanda vários materiais de obra, e pergunto como está a construção da casa do casal. Dona Janete conta que eles querem se mudar em dezembro, mas que ela acha difícil. Diz que sua casa está bem apertada, que nem consegue arrumar direito, porém percebo um sentimento de perda nas suas palavras:

“Vou sentir muita falta deles, já estou acostumada” (...) “Eles tem que fazer a vida deles” (Janete).

Nessa família, a convivência mútua fez com que as gerações interagissem, e as mulheres dividem os afazeres e os cuidados com as crianças como parte de suas **tarefas** cotidianas. A avó de Rafa demonstra que, apesar das limitações de espaço, e de

reconhecer a necessidade do casal seguir em frente, há o prazer de acompanhar o crescimento do neto.

Este mês os **cuidados** de saúde do menino incluíram a visita de rotina à pediatra, que orientou as questões alimentares, e avaliou o crescimento e o desenvolvimento da criança, demonstrando a importância da **rede de apoio formal** e o papel do profissional de saúde para dar apoio e tranquilidade a essa mãe. Com respeito à alimentação, ela conta que já está bem variada, que além da sopa, agora ele já come praticamente de tudo. Conta que já deram carne moída, purê, várias frutas, e Danoninho, que ele também gosta muito.

O Serviço de Saúde mostra-se também importante no acompanhamento imunológico, relatado pela avó:

“Ontem ele tomou uma vacina, é tão bonzinho que nem febre dá” (Janete)

A avó, provavelmente baseada em sua experiência, tem um entendimento próprio no que respeita o cuidado, aplica os seus aprendizados no dia-a-dia de Rafa, acrescentando os seus conhecimentos àqueles adquiridos pela mãe da criança:

“Criança pequena não pode ser criada com muita bobagem, senão logo fica doente” (...) *“Ela prepara só o Mucilon, mas eu coloco um pouquinho de açúcar, senão aquilo não fica bom” (...)* *“Ensinei pra Lu o Matricária, e queria que ela desse enquanto estiver rasgando dentes”* (Janete).

Quanto à **erupção dental**, Rafa agora tem dois incisivos inferiores. Não apresentou alterações de saúde ou de comportamento, a não ser a excessiva salivagem relatada já anteriormente e um desconforto referido pela avó e pela mãe como “coceira nas gengivas”:

“Nem diarreia, nem febre, nem parece que nasceram dentes” (Janete)

Dona Janete acredita que esse bem-estar do neto tenha relação direta com o uso da Matricária:

“Meus filhos usaram, têm uns dentes lindos que a senhora tem que ver”

“Nenedent não é muito bom, porque depois prejudica os dentes” (Janete)

A essas **práticas culturais** de cuidado direcionadas à saúde bucal, aparece a preocupação em não beijar o menino na boca, a avó conta que a solicitação é de Lu:

“Ela não gosta que façam isto porque dá sapinho”. (Janete).

Porém entre essas medidas, aparece um hábito bastante comum nas famílias, buscando o bem-estar das crianças. Perguntada sobre como sabe se a comida está na temperatura adequada ao menino, a avó diz:

“Sempre precisa provar um pouquinho na ponta da colher, se estiver bom, pode dar”.

A chupeta de Rafa se mantém presa à sua roupa por uma presilha, provavelmente como um cuidado para evitar que caia e seja recolocada à boca. Seu mordedor também está preso à roupa, e ele costuma usar um pouco a chupeta, segundo a avó, quando quer dormir.

Até esse momento, a família de Rafa não recebeu orientações referentes à saúde bucal, em qualquer dos seus aspectos. Não houve qualquer contato de profissionais da odontologia, e nem mesmo os demais profissionais da saúde que o acompanharam abordaram esse tema. A higiene dos primeiros dentes do menino não está sendo realizada, e a sua importância é traduzida assim:

“Acho que nem precisa, porque só tem umas pontinhas” (Janete)

Diante da relevância do **papel do profissional** nesse momento, explico para a avó a necessidade de higienizar, além de propor o agendamento de uma consulta

no Programa de bebês da Unidade de Saúde, solicitando a ela que transmita meu convite à Lu. A reação da avó é de indiferença:

“Vou ver se ela quer levar” (Janete)

Há, nessa família, uma preocupação com a higiene geral e a manutenção do ambiente, a julgar pelo aspecto sempre arrumado, limpo, e pela aparência bem cuidada de todos. Contudo, a resposta um pouco evasiva da avó quanto à consulta odontológica para o neto, nos remete ao fato de que as **decisões** sobre o cuidado no lar são de âmbito individual, e devem nele ser avaliadas.

Quarto encontro

Rafa tem agora sete meses. São 10:30h, e ele está no carrinho, no quintal, com sua mãe que está lavando roupas. Perfumado, de banho tomado, ela logo começa a me mostrar como ele está bem esperto. Mostra-se animada com o **desenvolvimento** do filho, e de como ele já faz coisas diferentes.

Entre as **dificuldades** nesse período, a impossibilidade de agendar o retorno com a pediatra, por falta de vaga, a deixou muito chateada e confusa:

“Não queria mudar de médica, que atende ele já faz um tempo” (...) “Agora vou ter que mudar, se não arrumar ficha” (...) “A gente só vai porque é obrigada” (Lu).

Na última consulta, a médica avaliou o menino, o controle de vacinação, e disse que estava tudo certo. Orientou algumas alterações alimentares, e ele come praticamente de tudo:

“Frutas amassadas, vitamina de fruta com Mucilon, pirão, sopa, bolachas...”
(Lu)

A última mamadeira é oferecida por volta das vinte horas, e depois ele dorme a noite toda. Embora a médica houvesse orientado para dar a sopa no jantar, Lu decidiu não dar, adaptando a **aprendizagem formal** que recebeu às suas próprias percepções:

“Acho que é muito forte, ele mama bem, então não precisa ainda comer de noite”. (...) “Não dou feijão, porque acho que é muito forte” (Lu)

Não houve erupção de outros dentes esse mês, e a higiene dental do menino começou a ser feita com gaze e água. A mãe diz que iniciou depois que sua sogra comentou a nossa conversa:

“Faço sempre que estou em casa e sou eu quem dá a comida”. (Lu)

Mostra interesse pelo agendamento com a odontopediatra, e ali mesmo já marcamos a primeira consulta de Rafa. Diz que quer cuidar desde cedo, e que não gostaria que ele usasse chupeta muito tempo. Sua preocupação fundamenta-se em coisas que ouviu falar, e na solicitação de seu marido para que trocasse a chupeta por uma ortodôntica:

“Pode dar problemas nos dentes e entortar até os ossos” (João)

Ela queria deixá-lo com a chupeta pequena, para ver se ele largava, mas resolveu atender o pedido do marido. Das **práticas** que desenvolvia, parou de dar o Matricária, ao terminar a segunda caixa:

“A gente esquece, relaxa, e depois não dá mais” (Lu)

As **relações intrafamiliares** aparecem com uma grande proximidade da mãe com o menino, seu jeito de falar imitando voz infantil, e as freqüentes demonstrações de carinho, com abraços e beijando-o enquanto conversamos. A presença paterna nesse relacionamento aparentemente se intensifica nos momentos em que o pai está disponível, e nos espaços que esse núcleo busca para sua intimidade:

“De noite é uma festa, a gente coloca ele na cama, e ele fica batendo e puxando meu marido prá ele não dormir” (...) “Ele nem quer dormir, só fica se virando, se rolando” (Lu).

Antes de engravidar, o casal morava com os pais dela, fora da região urbana. A chegada do filho fez com que decidissem estar mais perto de recursos e de rede de apoio de serviços. O crescimento de Rafa tem aguçado em Lu a vontade de ter um espaço físico próprio. O que anteriormente era relatado com tranquilidade, agora aparenta ter alguma urgência, como a mudança para a casa nova. Enquanto o menino permaneceu no carrinho ou berço, essas **percepções** não a incomodavam, porém agora aparecem algumas limitações:

“Quería soltar ele no chão, mas aqui tem os cachorros”

“Ele está sempre no carrinho, na minha casa vai ser melhor”. (...) “Quería ver, se Deus quiser. Casa nova, vida nova né filho?” (Lu)

Ela segue manifestando sua vontade de estar num lugar só seu, relata que nunca morou sozinha com o marido, e espera o que chama de *“vida nova”*. Após nove anos entre namoro e noivado, mais cinco de casamento, ela diz que sonha:

“Tenho tudo guardado, os móveis da casa, os presentes de casamento, está tudo guardado esperando minha casa”

“Um pouco a gente se acomodou, era só eu e ele. A gente já tinha o terreno fazia um tempo” (Lu)

A sua expectativa de acompanhar o desenvolvimento do filho sob os próprios cuidados mostra-se bem marcante e sua avaliação revela:

“Se puder ficar em casa, não quero trabalhar fora tão cedo”

“Creche é uma coisa que não deixa a gente acompanhar eles. É pra quem precisa mesmo” (Lu).

Para Lu e seu marido, a evolução da sua vida familiar acompanha a de Rafa e suas necessidades, e seu foco de atenção até esse momento está na busca do seu “ninho”.

6.3.1 A família de Rafa à luz da teoria do desenvolvimento da família

Rafa nasceu em uma família constituída pelo pai, pela mãe, dentro de um relacionamento estável, e compartilhando o mesmo lar. Tal fato serve-nos aqui apenas para contextualizar essa família, uma vez que o modelo nuclear ainda é tido como convencional na sociedade brasileira, ainda que diversas outras configurações familiares se apresentem na atualidade (Cervený, 1997).

A decisão pela paternidade é um movimento de mudanças em todo o eixo familiar, tanto no relacionamento conjugal como com a família ampliada. A chegada de um novo membro leva todo o sistema familiar a rever valores, readaptar papéis e funções e dinâmica familiar. Cervený (1997, p. 248), relata que encontrou em sua pesquisa com famílias paulistanas de classe média, indicadores de que “para as famílias em fase de aquisição, o maior impacto, sem dúvida alguma, é o nascimento de um filho [...]”. A autora diz ainda que, a idéia de crise, relatada por alguns autores, é entendida por ela como “passagem”, representando alterações no percurso, e não necessariamente, dificuldades ou complicações. De fato, para a família de Rafa, foi desse modo que o **evento nodal**, representado pelo seu nascimento ocorreu, de um modo a gerar alterações, porém sem a conotação de dificuldade.

Nessa família, todos os membros evoluíram no sistema, ao mesmo tempo em que houve uma mobilização da família ampliada no sentido de se tornar apoio para essa **transição**. Manter-se junto à família de origem foi uma decisão que o casal tomou a fim de ampliar seus recursos e sua reorganização, ilustrado pela ajuda prestada à Lu desde os cuidados iniciais com o bebê. Carter & Goldrick (2001, p. 213), dizem que “atualmente a mobilidade geográfica das famílias nucleares torna mais difícil obter da família ampliada o apoio e a ajuda que o bebê e os novos pais precisam”. Assim, para a família de Rafa, mudar-se para a casa dos avós paternos após o nascimento do menino foi um facilitador dessa relação.

Quanto ao **desenvolvimento** dos membros da família, percebe-se que o pai aparece como provedor, validando a importância do seu desenvolvimento profissional, da manutenção do emprego e dos recursos financeiros. Já para a mãe,

a alteração do papel acrescentando o de progenitora, levou-a a centrar o próprio tempo em função do desenvolvimento do filho. Há uma disponibilidade de Lu em viver esse momento da maternidade, e seu movimento baseia-se primariamente no “*aprendizado de ser mãe*”. Os fatores que levam um casal a decidir quem cuida do filho e quem será o provedor são diversos, mas podem levar a diferenças na evolução individual e familiar. Carter & Goldrick (2001), ao falarem do espaço para os filhos, afirmam que há variações no contexto familiar no momento do nascimento, que podem ser desde um ambiente onde não exista espaço para eles, até um ambiente onde sejam o foco da vida em família, ambos os extremos desfavoráveis.

Para o casal em estudo, a paternidade foi elaborada nos moldes idealizados socialmente, e aparentemente convivem de modo satisfatório nesse arranjo, demonstrado pela fala da mãe, que diz preferir abrir mão de algumas coisas para ficar com o menino, e que “*quer ver ele crescendo*”. Por opção, a própria mãe dedica-se a estar com o menino. Reportando à Teoria do Desenvolvimento da Família, no que se refere ao cumprimento das tarefas no seu tempo adequado, como norteadoras para a normalidade da sua trajetória. A mãe de Rafa, parece conhecer sua importância nesse momento, e abre espaço na sua vida para desempenhar esse papel.

Dentre as **tarefas** da família em expansão, destaca-se nesse primeiro ano o crescimento e o desenvolvimento de Rafa, priorizado nos cuidados com o menino. A necessidade de realinhamento dos papéis se dá “naturalmente” dentro do contexto cultural e social, com a avó paterna participando do dia a dia da família de Rafa, como uma extensão da sua própria. A escolha dos pais do menino em morar com os avós paternos os aproxima e proporciona um nível de interação onde os limites não são bem claros. Ambas as mulheres dividem os afazeres diários, a atenção ao menino e toda a demanda doméstica. Há apenas um espaço físico onde a privacidade da família pode ser preservada, constituído pelo quarto do casal, porém o mesmo não ocorre no restante da casa. Tal fato nos remete a outra das tarefas da família nessa fase, relatada como a necessidade de constituir suas próprias bases de convivência e relacionamento. (Cervený, 1997).

O desenvolvimento de Rafa, sendo o primeiro filho e norteador a evolução da família, conforme preconiza a Teoria do Desenvolvimento da Família, foi o propulsor para Lu e seu esposo sentirem essa necessidade à medida que o tempo avançou, e incluir entre suas **tarefas** a construção de uma casa, onde possam montar seu lar. Construir a casa lembra a aquisição de bens e a expansão, em função da chegada de um novo membro à família. Ainda que a avó e o avô paternos se constituam na principal rede de apoio de Lu e seu filho, há um consenso sobre a necessidade de construir e preparar seu próprio espaço, demonstrando que a família em fase de aquisição busca identidade própria, e a oportunidade de construir suas bases. Ao dizer que vai sentir muita falta quando eles saírem, a avó mostra o seu apego e a relação de afeto que se criou, porém compartilha do pensamento de que “eles tem que fazer a vida deles”.

Até o nascimento do menino, na percepção de Lu, houve uma certa “acomodação” do casal, e o propósito de “*aproveitar bem a vida primeiro*”. Isso demonstra a pressão social para que o casal, uma vez tornando-se pais, busque um determinado status social coerente com suas novas responsabilidades frente as demandas dos filhos. A idade do casal parece também influenciar, uma vez que os dois estão próximos dos trinta anos. Contudo, há, na situação do nascimento de um filho, a **crise maturacional** que sofre todo o sistema, representada essencialmente na alteração dos papéis de seus membros. Para Lu e seu esposo, a essência dessa evolução consiste no que Cervený (1997) chama de: a maravilhosa e árdua tarefa na transição entre “ser cuidado” e “ser cuidador”. Para a mãe, a nova realidade aparece como fonte de satisfação, realização pessoal e seu grande objetivo no momento é desfrutar momentos com o filho. No âmbito geral dessa família, a chegada de Rafa representa a estabilidade e a acomodação do casal, agora como uma família “legítima”.

Ao início desse estudo, Rafa já estava com quatro meses de idade, razão pela qual provavelmente os rearranjos familiares já se mostravam mais estáveis, e pelo perfil e personalidade de Lu, os relacionamentos pareciam fluir bem.

A necessidade que emerge, ao longo do desenvolvimento do menino, é de um espaço próprio para a família. A **crise situacional** se mostra quando a

urgência de mudança para uma nova casa passa a ser um problema para Lu. Nesse momento, aparecem as limitações da divisão de espaços, e o cuidado que ela demonstra em não exceder a limites determinados. O menino começa a querer engatinhar, precisa ficar mais solto, talvez ao chão. Na opinião da mãe, estar mais livre vai proporcionar melhores condições de desenvolvimento, porém a presença dos vários cães de seus sogros na residência a impede de agir como gostaria. No último dos nossos encontros, o tema predominante da conversa foi a determinação de Lu em busca desse espaço, relatado por ela como “uma vida nova”, resultando, no seu entender, na resolução de sua crise situacional.

O ditado “quem casa quer casa” foi apontado como a grande meta dos casais em aquisição no trabalho de Cerveny (1997), reportando à necessidade de intimidade e privacidade do lar. De fato, à medida que nossos encontros foram acontecendo, a preocupação com a conclusão da casa tornava-se maior. Em vários momentos do último encontro, Lu relata sua vontade de mudar para um espaço próprio, fala dos preparativos para o novo lar, dos seus sonhos.

O “movimento” familiar fica evidenciado tanto no que diz respeito aos cuidados com o menino, em que a família ampliada se aproxima e participa de todo o processo de desenvolvimento, como na busca pela autonomia da família nuclear, num conjunto de aquisição material e psicológica. Carter & Goldrick (2001) dizem que, constituir recursos ativos para a nova família, é a mudança mais essencial da família ampliada, e que, para algumas famílias antes não tão próximas, a adição de uma criança pode promover mudanças, no sentido da disponibilidade para ajudar. Ilustra-se aqui, através da proximidade de Rafa e seus pais dos avós paternos, a percepção das autoras citadas.

Já o apoio da **rede formal** a esses movimentos da família aparece através do Sistema de Saúde, como pano de fundo e respaldo aos cuidados dispensados pela família, além de acompanhar o crescimento e desenvolvimento da criança. Rafa é um menino aparentemente muito saudável, e embora não necessite dos Serviços por apresentar doenças, sua mãe busca o acompanhamento periódico dos profissionais de saúde, essencialmente medicina e enfermagem.

Nessa família, há uma espiral geracional convivendo e compartilhando o cotidiano, iniciando-se na geração dos avós, dos pais de Rafa, e do próprio. Nessas ocasiões, as influências mútuas e as diferenças levam os indivíduos a buscar formas possíveis de coabitar, “sendo e deixando ser”. As práticas culturais aqui são repassadas da avó para a nora, que as recebe bem, reconhece sua importância em determinados momentos, porém não abre mão da busca pelo aprendizado formal.

Helman (1994, p. 26), entende que: “de certa forma, a cultura pode ser considerada como uma lente herdada, através da qual os indivíduos percebem e compreendem o mundo em que habitam, aprendendo viver dentro dele”. O autor afirma ainda que cultura compreende um contexto particular, com elementos históricos, econômicos e sociais, entre outros, e que, portanto comportamentos e crenças não podem ser isolados. Isto equivale a dizer que, contextualizado, determinado comportamento pode representar não necessariamente uma cultura, mas a única forma de ação possível.

Na família de Rafa as alternativas de cuidado permeiam tanto a rede formal quanto a informal, respeitando uma certa hierarquia de recursos, iniciando no âmbito familiar e depois rompendo esses limites. A exceção à essa ordem se dá nas consultas de rotina ao pediatra, que ocorrem sistematicamente. Porém, para lidas do cotidiano, e para problemas considerados “comuns” essa busca não ocorre. As práticas culturais aparecem ainda como forma de prevenção de doenças, como “chás para não ter cólicas”, ou medicação para ajudar na erupção dental.

As alternativas de assistência à saúde nessa família incluem também a informalidade do sistema cultural de saúde. Para Helman (1994, p. 72) “nesse setor, a arena principal de assistência à saúde é a família; nestes casos, a maior parte das doenças é identificada ,e então, tratada. A família é a sede primeira da assistência à saúde em qualquer sociedade”. Vasconcelos (1999) reforça essa idéia ao afirmar que a família é o lugar onde os cuidados básicos com o corpo se iniciam através do cuidado, e que é também onde se transmitem os ensinamentos fundamentais ao convívio social.

Marcon e Elsen (1999), ao discorrerem sobre a necessidade de se olhar à família, afirmam que o domicílio tem se constituído em espaço apropriado para a assistência profissional à família, pois é neste ambiente que é possível melhor conhecê-la e compreendê-la, assim como suas necessidades de cuidado, uma vez que nele os membros familiares conseguem expressar mais facilmente suas crenças, práticas e valores sobre saúde, e até questionar fatos que nós, profissionais, defendemos“ (p. 24). De fato, no meu trabalho com as famílias, percebi sua condição de maior liberdade para falar de determinados temas. Especialmente nesta família, ao sugerir para a avó ,que a mãe de Rafa agendasse uma consulta na odontopediatra, por ocasião do nascimento dos primeiros dentes, sua resposta me mostrou que essa decisão seria ainda avaliada no âmbito familiar (*“vou falar e ver se ela quer levar”*).

A iniciativa da família em procurar ou não o serviço de saúde é também influenciada por fatores sociais, culturais e emocionais. A reflexão acerca da compreensão de saúde e doença para cada sistema familiar deve ser considerada. Silva et al (1996), corroboram esse pensamento quando afirmam que saúde e doença devem ser compreendidos em uma dimensão que ultrapasse os conceitos de bem-estar ou mal-estar, por expandirem a visão apenas do funcionamento físico do homem, e incluírem a dimensão psicológica permeada pela emoção e agregando a dimensão sócio-cultural tanto no individual como no coletivo (p. 77). As autoras dizem ainda que, enquanto sujeito da cultura, o homem sempre teve sua maneira de ser saudável ou doente, contribuindo para os avanços em tecnologia e ciência, porém, utiliza-se de práticas culturais de cuidado, independente de condições sócio-econômicas ou culturais, mesmo de forma velada. Este fato nos remete a reforçar a idéia de “valor” adquirido por tais práticas, e a relevância dos sistemas familiares e nas redes sociais na transmissão de tais conhecimentos.

Referente à presença da **rede formal** como apoio social, por exemplo, proporcionando condições para que Lu voltasse ao mercado de trabalho, disponibilizando creches e cuidadores, nessa família não se mostrou essencial. Já a presença da rede formal, representada pelos Serviços de Saúde, faz parte do caminhar dessa família, com maior ou menor intensidade, de acordo suas necessidades.

Quanto aos **cuidados** com a criança, Lu mostra-se sempre cautelosa com relação ao que fazer, e embora procure os Serviços de Saúde com regularidade, apoia-se nos conhecimentos de terceiros, principalmente da avó paterna. O conhecimento cultural e as práticas sugeridas pela avó são geralmente acatadas, respeitando a experiência anterior da sogra, validada por procedimentos que, no seu entender “deram certo”. Aprender com ‘os antigos’, segundo essa mãe, é uma forma tranqüila de lidar com situações que ela desconhece. Ambas compartilham também algumas crenças e mitos, como o fato de não ter amamentado por ter “*leite fraco*”, ou “*não ter leite suficiente*”. O uso de chás, usados preventivamente para cólicas, e o preparo da mamadeira do menino ilustram também esse fato.

No entender de Lu, atualmente está mais fácil lidar e cuidar do filho, que “*agora já come de tudo*”, e que pode levá-lo a diferentes situações sociais. Cuidar do menino aqui, compreende acompanhar o seu desenvolvimento através do tempo, focado principalmente na alimentação, na prevenção de doenças e acidentes, no serviço imunológico, e no acompanhamento profissional.

Ao observarmos cuidados referentes à saúde bucal, aparecem algumas práticas realizadas na busca da prevenção, porém sem qualquer acompanhamento ou validação do odontólogo. O uso de um produto, supostamente para “ter bons dentes e evitar o desconforto da erupção” é baseado no conhecimento da avó, e nos “*bons resultados*” que ela conseguiu na dentição dos seus próprios filhos. A prática de preparar a mamadeira com o produto é aceita pela mãe, que após algum tempo de uso descontinuou, alegando esquecimento. A justificativa para iniciar-se o uso foi a aparente “coceira” e o excesso de salivação, interpretados pela família como sinais de breve erupção dental. Isso se deu por volta do quarto mês de vida de Rafa. Incluem os cuidados em saúde bucal o ato de ferver mamadeiras e chupetas, para “*limpar bem*”. Manter uma boa alimentação também refere-se à promover saúde geral para o menino, incluindo-se a saúde bucal.

Há uma preocupação por parte do pai quanto ao uso da chupeta, associando ao surgimento de deformidades ósseas e problemas ortodônticos. Além disso, Lu solicita que não beijem o menino na boca, alegando que “*dá sapinho*”,

certamente referindo-se à candidíase. Fica aqui demonstrada a preocupação na prevenção de doenças, e embora empiricamente, sua ação baseada em aprendizagem cultural reforça a importância dessa rede para as famílias. Até o início do meu trabalho, nenhum contato com odontólogo havia ocorrido, embora diferentes dúvidas e necessidades de esclarecimento tenham surgido.

Cuidados de higiene oral não eram realizados quando o menino ainda não possuía dentes, tampouco foram incorporados facilmente após a erupção dos primeiros incisivos. Foi preciso trabalhar essa necessidade com a família, para que ela fosse assimilada, e agendada uma consulta no serviço de atendimento a bebês. A prática de higiene bucal passou a ser realizada pela mãe, intercalada com os demais cuidados de higiene, com uma fraldinha úmida, e na frequência que ela mesma escolheu, traduzido por *"quando estou em casa e sou eu quem dou a comida"*.

Boehs (1994), aponta como reservas, as habilidades e capacidades que o indivíduo tem de lidar com o cuidado, a saúde e a doença. A autora diz: "as reservas psíquicas da mãe primípara se constituem na capacidade de aceitação ou não do recém-nascido, da interação com o mesmo, e na adaptação a sua nova posição com as respectivas tarefas de acordo com sua cultura" (p. 132). Sob essa ótica, a reflexão contextualizando a atuação de Lu, nos reporta à Teoria do Desenvolvimento da Família, ressaltando-se que, há possibilidade de um trabalho de acompanhamento dessa família nuclear, no sentido de que se promova o desenvolvimento de seus membros, quer individualmente, ou como um sistema.

6.3.2 Papel do profissional de saúde

Desde o quarto, até o sétimo mês de vida de Rafa, época em que ocorreram nossos encontros, primariamente o apoio de profissionais constituiu-se na atuação de enfermeiros e médicos pediatras. Ambas as áreas de atuação serviram como fonte de informação, acompanhamento e validação ou orientação para procedimentos de cuidados em saúde, mais diretamente ligados à questão alimentar do bebê, esquema imunológico e crescimento. Apesar dos esforços iniciais para a amamentação, as crenças da família se sobrepuseram às dificuldades, e a opção

pelo aleitamento artificial passou a ser orientada pela pediatra, bem como as demais mudanças alimentares ao longo do período.

A presença do odontólogo nos cuidados de saúde do menino se deu apenas por solicitação e orientação feitas por mim durante a pesquisa. Provavelmente de outra forma as questões relacionadas à saúde bucal teriam outro desfecho. Culturalmente, a presença do odontólogo parece ainda estar ligada essencialmente à doença cárie, ou à presença de dentes, ignorando-se outras tantas formas de atuação de promoção de saúde em que se pode inserir.

Após nossos encontros, e especialmente após a o primeiro contato com a odontopediatra foi o momento em que saúde bucal passou a ser trabalhada, ainda assim focada na presença de dentes e direcionada à prevenção da cárie. Ocorre que, sendo a cárie a doença mais presente na cavidade oral, é para ela que se dirigem todos os esforços, subestimando o potencial da odontologia como parte integrante de uma área da saúde que deve entender o paciente na sua íntegra.

6.4 DUDA E SUA FAMÍLIA: A FORÇA DA CULTURA POPULAR

Primeiro encontro

Duda é filha de Nana e Quito, tem nove meses. Nasceu de cesárea, de uma gravidez planejada pelo casal, mas ocultada dos avós. O ocultamento da gravidez provavelmente se deu por receio da desaprovação dos avós, tendo em vista que, em alguns momentos, Nana relata sentir a precocidade da maternidade. Seus pais são jovens, ela com dezenove, ele com vinte e um anos. A família do casal mora próximo. Os pais de Quito no mesmo quintal, e os de Nana em uma casa do outro lado da rua.

O casal habita uma construção de alvenaria e constitui-se de três peças, dividindo paredes com a casa dos pais de Quito. Possuem poucos móveis antigos, que ganharam de algumas pessoas.

Nana diz que futuramente quer construir uma casa só para eles, mas no momento não dá. Não trabalha fora, nem tem fonte de renda própria, o casal vive do

trabalho de Quito. Decidiram que por enquanto a mãe ficaria em casa, até Duda crescer um pouco, para então ela retornar ao trabalho.

Duda é a primeira neta dos dois lados da família e as avós compartilham o dia-a-dia com a menina e a mãe, especialmente a avó materna, que opina bastante e auxilia na atenção à menina. Assim, sua rede se constitui essencialmente dos familiares mais próximos, embora no local onde moram todos os vizinhos se ajudem:

“Tem uma criançada nessa rua, que um vai ensinando pro outro” (avó materna)

Ainda com respeito a sua **rede de apoio**, ela conta que ganhou muita coisa de enxoval *“dos outros”*, e que um enxoval veio da Casa de Apoio à Família, uma Instituição municipal com finalidade social. Sua rede de apoio informal parece bem estruturada, e a deixa tranqüila quanto aos cuidados com a menina.

As **dificuldades** iniciais com relação aos cuidados do bebê, relacionaram-se à amamentação. Nana diz que a enfermeira do hospital a ensinou a amamentar e segurar o bebê, reforçando a importância do papel do profissional de saúde nesse evento. Ainda como dificuldade, ela relata que não fez curso de gestantes, porque estava trabalhando, e não queria faltar ao serviço. Ao chegar em casa com o bebê, a questão alimentar complicou-se e a menina chorava muito. Tanto a mãe como a avó atribuíram à fome, então a avó materna, que se constituiu no seu **apoio** naquele momento, preparou uma mamadeira com farinha de mandioca peneirada, açúcar, leite e deu. Como a menina dormiu melhor, a partir daí, Nana foi alternando essa mamadeira com o peito:

“Meu leite era fraco, eu quase não comia porque tava nervosa” (...) “Eu não tinha bico, e ela chorava muito” (...) “Tinha o serviço da casa e ela pra cuidar, e eu é que queria fazer isso” (Nana).

Nesses relatos, a mãe demonstra sua vontade de desempenhar seus **papéis**, e cumprir aquelas que julga serem suas tarefas. Conta que, mesmo tendo as avós por perto, gostaria de cumprí-las. Como a situação do choro da criança voltou, a busca pelo conforto e bem-estar do bebê, incluiu alternativas diversas de cuidado:

“Dei chá de erva-doce, de orégano, cana-de-cheiro, para acalmar as cólicas” (...) “Uma benzedeira disse que era quebranto, que as pessoas botam olho-gordo sem querer” (...) “Coloquei uma tesoura aberta embaixo do travesseiro, e um galho de arruda” (...)

*“Esquentava uma fraldinha direto no fogão e colocava na barriga dela”
(Nana)*

É uma família que se utiliza muito do conhecimento popular e de práticas culturais, que troca informações com vizinhos, parentes e conhecidos. As crenças populares e as práticas culturais são bastante presentes, e a mãe diz que procura os Serviços de Saúde apenas quando não conseguem resolver sozinho seus problemas, embora relate ter consultado regularmente a pediatra até os três meses. A médica orientou-a a dar o NAN, mas ela decidiu usar o leite com farinha de aveia, por questão financeira. Assim, o **aprendizado formal** do período inicial, foi superado por práticas julgadas mais oportunas pela mãe. Ela relata que os problemas do choro da menina, que ela julgava ser cólicas, só melhoraram após massagens feitas pela benzedeira para “arca caída”, e que passou a usar um medicamento chamado “Funchicória” na chupeta, para acalmar a criança. A força da cultura demonstra-se também nas decisões que toma, como fazer simpatias para parar o aleitamento:

“Fiz aquela de tirar o leite do peito e jogar na terra bem seca, mas tem que ser bem seca, que a terra seca o leite. (...) e também coloquei a chave da frente da casa pendurada no pescoço” (Nana).

Diz também que conhece algumas para ter leite em abundância, mas seu leite era fraco, e a menina já estava na mamadeira, por isso não adiantava fazê-las. Sua percepção quanto a isto remete à sua vontade de amamentar:

“Querida dar o peito, mas do jeito que tava não dava prá ficar(...) acho tão bonito quando vejo minhas conhecidas amamentando...” (Nana)

Quanto às relações intra-familiares, ao pai de Duda parece caber o **papel** de provedor, e tem-se a impressão de haver um acordo implícito quanto aos cuidados

com a filha e com os afazeres domésticos, cabendo esses últimos à mãe da menina, e a participação paterna se traduz em *“ter muito ciúme da menina”*, segundo a mãe.

Atualmente Nana diz que está tudo bem com a filha, referindo-se principalmente à alimentação:

“Come de tudo, feijão, pirão, batata, carne de frango(...) dou até um ossinho de galinha prá ela ficar roendo” (...) *“come tudo que é tipo de verdura na sopa, e um macarrão prá engrossar um pouquinho”* (Nana)

Dentre os **cuidados** atuais, alguns se referem a alimentos que julga fortes, e outros a medicamentos:

“Danoninho só às vezes por causa da química, tive uma prima que foi parar no hospital”

“Até a tosse dela eu dou xarope de agrião com mel, não gosto de antibiótico (...) meu marido qualquer coisinha já quer ir na farmácia, eu não” (Nana)

Tem também evitado dar chás em excesso, diz que usava bastante:

“Minha vizinha falou que o chá coalha o leite na criança” (Nana)

Referindo-se à saúde bucal, Duda tem dois dentes, incisivos inferiores, que erupcionaram com oito meses. Usa chupeta, e uma fraldinha, que costuma segurar enquanto suga. A **aprendizagem** da mãe pertinente aos cuidados bucais vem tanto da rede formal, como da informal. A esposa do seu ex-patrão disse para limpar as gengivas com cotonete molhado em água. A agente comunitária de saúde que a visitou este mês orientou-a a limpar com gaze, paninho molhado em água ou comprar uma dedeira de silicone. Ela diz que recebeu essas orientações, mas ainda não faz:

“O dente da menina é tão novinho e tão branquinho que nem parece que fica sujo” (Nana)

Suas **práticas e preocupações** relativas a esse tema estão mais direcionadas à questão do cuidado com medicamentos, seguindo a crença popular de que remédio faz mal para os dentes:

“Cuido com os remédios, tenho medo que os dentes dela fiquem fracos”(…)
“a senhora já pensou se estraga os dentes de tanta coisa que toma? “(…)“minha prima tem um filho de quatro anos que já está com tudo podre” (Nana).

Interessante também é o fato de que, além disso, a mãe buscou para si, a responsabilidade pela manutenção da saúde dental da criança, provavelmente, assimilada juntamente com suas demais responsabilidades frente ao lar e ao cuidado com a filha:

“Se ela (Duda), tiver problema nos dentes, acho que meu marido me mata”
 (Nana)

Segundo encontro

Chego à casa de Nana e ela está fazendo faxina. Duda está na casa da avó, que mora em frente. Logo ao me ver chegar, vem com a menina no colo. A mãe da menina diz que quando quer fazer alguma coisa:

“Tem que deixar com a avó um pouco, senão não rende” (Nana)

Esta percepção de apoio é compartilhada com carinho pela avó, que demonstra alegria e brinca bastante com a menina. Mãe e avó se mostram muito carinhosas, acariciando-a freqüentemente, conversando com voz infantil, cantarolando para ela. Contam que ela está engatinhando por tudo, e que no quintal, tiveram que mudar algumas plantas de lugar, para evitar que ela leve à boca.

Neste mês, a menina apresentou alguns problemas de saúde, constituindo-se em **dificuldades** que o casal teve que enfrentar. Duda teve infecção respiratória, e o Serviço de Saúde teve uma atuação decisiva no desenrolar do evento, confirmando a importância da **rede formal** em situações em que a família a busca. Inicialmente a menina

teve febre, e a mãe usou medicação anti-térmica e anti-inflamatório, que tinha em casa. Passaram-se dois dias, e a febre já não cedia mais, quando ela e o marido decidiram levá-la ao Pronto Socorro. Após os exames clínicos e o Raio-X, a médica diagnosticou pneumonia, e advertiu os pais, que eles esperaram demais:

“Fiquei assustada, porque não gosto de dar remédios muito fortes. Me vi obrigada”(…) “fiz inalação e dei os antibióticos, mas fiquei quase uma semana sem dormir direito” (Nana)

A mãe pretende levá-la ao Posto de Saúde para ver se ela ganhou peso, demonstrando sua preocupação com o crescimento da menina. No seu entendimento, ela acha que não engordou, porque esteve doente. Relata também que gostaria de solicitar:

“Um exame de estômago, prá ver se ela tem alguma coisa. Ela não come umas coisas, abóbora, maçã, banana” (Nana).

Ainda esse mês, a menina apresentou erupções no corpo, e precisou retornar à médica, que lhe prescreveu um anti-alérgico. Nana diz que decidiu não dar, porque achou que a filha já estava *“tomando coisa demais”* (Nana)

E resolveu adotar uma prática ensinada por sua mãe, reafirmando a força da **rede informal** na escolha do caminhar das famílias:

“Minha mãe disse que pode ser um bichinho que passa no varal”(…) “ela disse prá eu passar toda a roupa do avesso. Dá uma trabalhadeira, virar e desvirar, mas eu faço” (Nana)

Ainda nas decisões que tomou, ela conta que mudou o leite com aveia para Mucilon, porque achou que a filha estava enjoada daquela mamadeira, e que após a troca, a criança voltou a tomar todo o conteúdo. Também tomou outro cuidado, para evitar que as fezes fiquem endurecidas:

“Minha vizinha dá o Mucilon pros filhos dela, eu achei que podia ser bom”(…) “minha mãe disse para ir mudando, uma de aveia, outra de Mucilon” (Nana).

Nana diz que, de resto, está comendo praticamente de tudo que os adultos comem, e percebe que a menina gosta.

O quadro de erupção dental se mantém, a menina já tem dois dentes. Nana diz que ela está salivando muito, e que acha que logo virão outros dentes. Indagada sobre a higiene dental da menina, ela diz que ainda não comprou escova, que viu uma dedeira, mas estava muito caro, traduzindo a dificuldade de aquisição de determinados itens, julgados não essenciais pelos indivíduos. Tiro da bolsa um kit de higiene bucal e dou para Duda, e sua mãe logo abre a escova e começa a conversar com ela :

“De noite nós vamos escovar, antes de dormir” (Nana)

Aparece ainda nessa mãe, a preocupação para evitar traumatismos, quando diz que a filha engatinha por tudo, e quer por tudo na boca:

“Tem que ter sempre alguém com ela” (….) “tenho medo que ela caia e bata a boca”(…) “se ela cair, só sei uma simpatia que minha avó ensinou, de botar uma colher gelada na testa” (Nana)

Referindo-se às condições financeiras, Nana relata algum descontentamento. Acha que só o marido trabalhando está muito difícil, que está economizando, mas não está resolvendo:

“Já pedi prá ele arranjar um emprego prá ganhar mais, que eu queria ficar mais tempo em casa” (Nana)

Planejaram que ela voltaria ao trabalho quando a menina tivesse cerca de um ano, mas ela acha cedo. Seus **sentimentos** são de que ninguém cuida como a própria mãe, validando o **papel** que tem a desempenhar ,aliado ao sentido de proteção que quer passar para a filha:

“Ninguém cuida como eu, nem minha mãe, que é acostumada, faz como eu”(...) “queria deixar ela na creche quando ela puder falar, dizer o que sente” (Nana).

Suas percepções a respeito de creches igualmente a deixam insegura para tomar essa decisão:

*“Só de pensar que ela vai ficar na creche já sei que vai ficar doente...”(…)
“toda a criança que vai fica doente no primeiro mês” (Nana)*

Terceiro Encontro

Estamos no mês de outubro. Duda está com onze meses. Encontro-a em casa, bem disposta e alegre, com roupas bem cuidadas, e com aparência de boa higiene. Sua mãe mostra-se muito contente ao me ver chegar, e diz que queria muito conversar comigo sobre os dentes da menina. Evidencia-se aqui a relevância do **papel profissional**, e a importância de se formar vínculos, quando o paciente sente-se apoiado e legitimado nas suas práticas. Este mês a menina teve a erupção dos dois incisivos superiores, com algum desconforto, e somou-se a isso um acidente doméstico em que ela bateu com a boca em uma cadeira:

“Deu febre, diarréia, tudo. Ela está tão chorona que nem sei...” (Nana)

*“Nasceram os de baixo, nem parecia que tinha dente, mas esses de cima ,
Deus me livre” (Nana)*

Inicialmente examino a criança, e percebo que realmente sua gengiva apresenta uma leve inflamação. A mãe diz que ela não está recusando alimentos, nem deixou de usar a mamadeira ou a chupeta, e de pronto não associa a irritação com a queda, e sim com o *“rasgar dentes”*.

“Nem olhei os dentes, só limpei o sangue, porque ainda são tão pequeninhos.”(…) “dei umas gotinhas de Buscopan, e passo Nenedent desde os cinco meses para não incomodar” (Nana)

Faço a orientação para que ela higienize muito bem o local, com uma gaze ou fraldinha, que evite deixar resíduos de alimentos naquela região. Agendo-a para a consulta na odontopediatra do Posto de Saúde, e explico que ela terá acompanhamento periódico. Nana mostra-se satisfeita, aceita prontamente. As práticas de cuidado com relação à saúde bucal demonstram ter algum grau de dificuldade. Diante disso, entendo que o **profissional de saúde** pode se constituir em apoio e fonte de informação, no sentido de reforçar as práticas pertinentes:

“Aquele escovinha que a senhora deu eu guardei, não consegui usar nela”(…) “ela tranca a boca, e a gente não consegue mexer”(…) “aproveito quando dou o banho, pego um paninho e passo, que em outra hora é difícil” (Nana)

Ela conta também que o pai da menina tem o hábito de beijá-la na boca, prática que ela desaprova, e que é também a opinião da avó:

“Ele diz que é beijo de namorado, mas eu não quero que faça isso, é nojento”(…) “depois a guria acostuma e vai direto na boca quando pedem beijo prá ela” (Nana)

“Isso é muito feio, não é prá ensinar assim” (avó materna)

As vacinas da menina estão todas em dia, a mãe mostra-se cuidadosa quanto a essa questão, inclusive relatando que aprendeu na televisão, que existem várias vacinas:

“Se tem uma coisa que não deixo atrasar é essas vacinas, Deus me livre”(…) “vi na TV que tem um monte de vacinas que a gente pode fazer, mas daí só pagando” (Nana)

As alterações quanto aos cuidados com a saúde geral da menina incluem alguma restrição alimentar, aprendida na sua **rede informal**, e a mudança do complemento do leite, em função do custo:

“Não dou feijão vermelho, que todo mundo fala que dá diarreia”(…) “eu não sei porque, mas não vale a pena arriscar”(…) “vou mudar a marca da farinha de arroz. Se economizar dois reais em cada lata, já dá prá comprar mais uma” (Nana).

Ao falar na questão financeira, entramos por um terreno onde Nana começa um grande desabafo, falando-me das dificuldades e da vontade de adquirir um espaço próprio. inicialmente explica que está muito nervosa por ter que procurar creche para deixar a filha, e nessa época do ano terá que optar por uma particular. Tem receio de que a menina não fique bem, e seu dilema aparece:

“Procuro nem pensar que ela pode ficar doente, estranhar, essas coisas”(…) “prefiro achar que vai ser bom prá ela ficar com as outras crianças” (Nana)

Por sua vez, a avó procura apoiar a iniciativa de Nana:

*“Meus filhos todos se criaram na creche, é bom, se cria do mesmo jeito”
(Avó materna)*

Mesmo com as palavras da avó, suas reações demonstram ansiedade e preocupação, ao mesmo tempo em que busca cumprir seu **papel** de mãe e de companheira, ela interpreta dessa forma:

“A gente faz filho prá gente criar, e não para os outros” (…) “com minha mãe não dá prá contar prá ficar direto, prá ter compromisso, uma hora ela quer cuidar, outra não” (Nana)

Aqui, ela demonstra que ao optar pela **expansão da família**, assumiu com o esposo a trajetória que iriam seguir, e estabeleceram suas regras de convivência. Ela está inconformada com a falta de dinheiro, e aborrecida com o marido por julgar que ele teve uma atitude irresponsável, e que agora a está forçando a voltar ao mercado de trabalho, sem que ela deseje:

“Aquele meu marido fez a burrada de comprar uma Bis”(…) “a senhora vê, ele ganha quatrocentos, paga duzentos, e fica só duzentos prá gente viver”(…) “agora com a Duda é mais fruta, Mucilon, leite” (Nana)

Reforça-se aqui a idéia de que havia um espécie de acordo, em que ela cumpriria seu papel maternal e de esposa, e que o pai seria o provedor dos recursos. O descontentamento dela é evidente, inclusive colocando a questão de mudarem-se daquela casa, que ela considera muito úmida, pequena, e sem espaço para a menina. Diz que queria ver um terreno, para então trocar na moto, e que não pensa em investir ali, porque o imóvel não é deles.

“É muito pequeno, não tem um quarto prá Duda”.(…) “a gente tá passando muita dificuldade, pode faltar tudo aqui, menos as coisas dela. (Nana)

Quanto ao planejamento familiar, Nana diz que acha que está passando mal por causa do anticoncepcional, que pensa em mudar. Não esclarece bem o mal-estar que sente, apenas relata que “dá reação”. Aconselho-a a fazer isso sob orientação médica, incentivando-a a fazer uso da sua **rede formal de apoio**, e para que não corra riscos com sua saúde ou com uma gravidez indesejada. Ela ri muito e conta o que sua avó a aconselhou de acordo com sua cultura:

“Minha avó disse prá eu aproveitar e já emendar outro bebê. Diz que é bom, já cria tudo junto” (Nana)

Ao que ela prontamente respondeu:

“Só se for largar prá ela criar” (Nana).

Quarto encontro

Duda completou um ano. Já está andando, e enquanto conversamos, eu, sua mãe e sua avó, ela brinca com uma boneca, que Nana diz que seu marido encontrou no lixo. A boneca está com o rosto rasgado, porém a menina se atém aos sons que ela emite. A mãe diz que a saúde da menina está boa. As vacinas estão todas em dia, porém

ela relata que queria ter ido ao médico para perguntar algumas coisas, entre elas, saber se a vacina BCG da menina “pegou” pois segundo seu entendimento:

“Não ficou inflamada” (...) “a vizinha acha que tem que dar de novo, mas é bom perguntar pro médico” (Nana)

Entre as **dificuldades** que enfrentou esse mês, está o acesso aos serviços de saúde, uma vez que não conseguiu marcar consulta para um exame de rotina, nem para resolver um problema de provável assadura da menina :

“Fiquei na fila do meio-dia às três da tarde, daí desisti de levar” (Nana)

Ainda que Nana se utilize freqüentemente de recursos caseiros, fazendo uso de **práticas culturais** no cuidado com a menina, aqui ela demonstra que gostaria buscar apoio formal, solicitar atenção para a filha:

“Para ver se tem anemia ou alguma outra coisa” (...)“acho que pode ser um problema na urina, pode ser urina muito forte, sei lá, por isso também queria alguns exames” (Nana)

O problema que a menina apresentou, é relatado por Nana como

“Um tipo de assadura, um vermelhão até nas partes”

E por ausência de um diagnóstico adequado, ela fez diversas tentativas de cura, apoiada no conhecimento da sua **rede informal**, e nas crenças populares que repassam:

*“Tenho uma vizinha que me ensina tudo, que tem uma carrada de filhos”
(Nana)*

*“Passei de tudo que me ensinaram, até banha de porco, e não adiantou”
(Nana)*

Uma dessas pessoas a ensinou a usar Baicuten, então, com o último dinheiro que tinha em casa, ela foi à farmácia e comprou:

“Foi só passar três dias que sumiu tudo” (Nana).

Outra dificuldade relatada por ela diz respeito à própria saúde, que vem gerando ansiedade. Conta que está sentindo “dor no útero”, este mês não comprou e não está usando o anticoncepcional, que o dinheiro não deu para tudo. Preocupa-se, porque diz que não pode engravidar agora, e ocultou esse fato de sua mãe. Como recebe apoio contínuo dos avós, Nana pensa que deveria também compartilhar com eles o seu planejamento familiar, bem como suas dificuldades nesse tema:

“Se a minha mãe sonha que eu tô sem comprimido esse mês, ela me mata”(…) “minha avó tem umas teorias. Diz que quem tem um , não tem nenhum “ (Nana)

Uma revelação de Nana a esta altura da nossa conversa, traduz uma de suas **percepções**, com relação ao papel de mãe, que até então mostrava-se como uma dificuldade não transposta na maternidade de Duda:

“Quero ter mais filho só prá amamentar, acho lindo” “cruzes, prá mim foi horrível não amamentar. Vou amamentar de qualquer jeito. Meu sonho é colocar um filho no peito” (Nana)

A consulta com a odontopediatra aconteceu no decorrer desse mês, constituindo a participação da **rede formal** na vivência dessa família. A menina tem ainda quatro incisivos, não houve nova erupção dental. A novidade para essa mãe foi o **aprendizado** que recebeu na consulta, e sua satisfação por estar em um programa que não tenha filas, e que se propõe a um acompanhamento contínuo. As práticas desenvolvidas pela odontóloga foram orientações de higiene, dieta e nutrição, a profilaxia e a aplicação tópica de flúor. A mãe da menina conta que ela toma a última mamadeira por volta das vinte e duas horas, e depois dorme a noite toda. Diz que foi orientada a fazer a higiene ao menos uma vez ao dia, aprendeu a facilitar a abertura bucal, e tem feito essa prática geralmente na hora do banho:

“Ela disse para eu não deixar ela dormir com o dente sujo”(…) “ela ensinou como pegar aqui certinho, agora não tem como não abrir... ficou mais fácil” (Nana)

No próximo mês, Nana começará a trabalhar em uma loja, em um emprego temporário. Combinaram que a avó materna da menina vai ficar com ela, assim não terão gastos com creche por enquanto. A importância da família estendida como **apoio** aparece nessa situação, quando em um momento de crise, apesar das dificuldades e diferenças, constitui-se no apoio de que a família de Duda necessita :

“Se não trabalhar tudo vai mais devagar, vai ser um Natal bem triste”
(Nana)

Vive ainda o conflito entre a necessidade de trabalhar e o cuidar da filha, porém está mais otimista com relação à situação financeira, e acha que trabalhando as coisas podem melhorar. Sua mãe demonstra-se solidária, ao mesmo tempo em que reconforta a filha:

“Ela se desespera muito, até se não tem carne. Eu já disse prá ela, se não tem carne, come ovo. Ninguém morre por isso.”

6.4.1 A família de Duda à luz do referencial teórico

Duda vive em uma família nuclear, dita “convencional”, com seu pai e sua mãe. O termo convencional, é usado aqui apenas para padronizar a família estudada, com a presença do pai, da mãe e da criança. Para Carter & Goldgrick (1995), essa classificação serve para trabalhar didaticamente, uma vez que as autoras afirmam que, a família só se constitui como tal a partir do primeiro filho, quando o sistema se torna permanente, ainda que venha a ocorrer a ausência de um dos cônjuges.

A família que apresento nessa reflexão, formou-se pela união de um jovem casal, ela uma adolescente de dezenove anos, ele com vinte e um. Traz consigo muitos traços de suas famílias de origem, e sua dinâmica é compartilhada pelos avós diariamente. Ainda que formem um sistema familiar por si só, a relação

com a família extensa é tão íntima a ponto de terem uma convivência comum a todos. Na prática, construiu-se uma área física para o casal morar, porém a vivência parece ser coletiva.

O conceito de família nesse caso se aplica como uma ampliação do sistema, uma rede de relações, afetos e compromissos mútuos. As tomadas de decisão envolvem todos, os valores se misturam. Aparece aqui a relação de permeabilidade do sistema familiar com outros, como subsistemas interligados ao núcleo maior, entendido como sociedade. A relação da família nuclear com suas famílias de origem, e o quanto a permeabilidade permite de autonomia para o novo casal, devem ser observadas. (Carter & Goldrick, 1995). Com mudanças predizíveis ou não, através da sua trajetória, o nível em que se dá essa permeabilidade pode vir a afetar o cumprimento das tarefas próprias da fase da aquisição da família.

Ao engravidarem de comum acordo, porém sem contarem aos pais, demonstra que esse casal buscou uma diferenciação social, uma mudança de status. Em um trabalho de Cerveny (1997, p. 256), há dados de que grande parte da paternidade entre jovens se dá como uma forma de inserção social, de pertencer a um grupo. A perda da “turma” de adolescentes é compensada pela entrada em uma categoria com maior respeitabilidade e responsabilidade, correspondendo à entrada no mundo adulto. Dentre todas **as aquisições** que o novo casal necessita, destacando-se a necessidade da construção de suas próprias bases relacionais e da identidade de casal, aumentar a casa e mudar para uma casa só da família, aquisições desejadas por Nana, lembra a expansão e os ajustes necessários à inclusão de um novo membro. Mudanças no ambiente, como trocar plantas de lugar e adaptar o espaço no quintal para a criança mostra a flexibilidade e as mudanças nessa fase do ciclo, quer nas demandas físicas, psicológicas ou materiais. A Teoria do Desenvolvimento da Família diz que, cumprir as tarefas de cada fase são norteadoras para o desenvolvimento normal de sua história (Wilson, 1996).

Aqui também, o crescimento e o desenvolvimento dos membros da família nuclear fica orientado pela evolução da filha. À medida em que adquire maior autonomia, passa a determinar o ritmo da família. Cerveny (1997), reflete que, com a chegada do primeiro filho, ocorrem mudanças individuais dos seus membros, e

outras alterações irreversíveis e profundas em todos os níveis de relacionamento familiar. Bradt (1995) reforça esse pensamento, ao dizer: "não existe nenhum estágio que provoque mudança mais profunda ou que signifique desafio maior para a família nuclear e ampliada do que a adição de uma criança ao sistema familiar" (p. 207).

Isto é aparente quando a mãe afirma que só pretende recorrer à creche quando a menina "souber falar, dizer o que quer, o que sente", e que, igualmente, só pensa em trabalhar fora novamente quando a menina estiver maior. Seu foco de atenção nesse momento é o crescimento e desenvolvimento da filha. Embora as tarefas na trajetória da família não sejam estanques, há, para cada uma das fases prioridades e tarefas que podem se sobrepor, como é o caso aqui apresentado. O conflito entre trabalho *versus* maternidade, aparece no ideal de mãe percebido por Nana (Mãe de Duda), e perpetuado apesar dos discursos de igualdade entre os homens e as mulheres. Para Bradt (1995), a imagem de igualdade, apesar dos esforços sociais e legais de mudança, "ainda é a de que os homens, mais do que as mulheres, pertencem ao mundo do trabalho fora de casa, e de que as mulheres, mais do que os homens, pertencem ao lar, com a tarefa de educar as crianças". Cervený (1997), aponta também que, a par das evidentes mudanças nas dinâmicas e valores familiares, o ideal de família, para a classe média institui a figura paterna com a função de sustentar economicamente a família, e a figura materna com a função de organizar a casa e dar suporte emocional à família. Além disso, o conceito de tarefa de desenvolvimento remonta à necessidade de aportes emocionais, psicológicos e da característica neotênica do ser humano, requerendo cuidados específicos à sua sobrevivência.

O crescimento da mãe nesse período, ocorre com relação à alteração de papéis, lidando como filha, mãe, e esposa. Já ao pai, é dado o incentivo para a busca do crescimento profissional, para um salário melhor, na busca por melhores condições de prover recursos. Aos demais membros da família ampliada, o crescimento se dá na espiral geracional, onde os papéis de avós, tios, primos entre outros são vivenciados.

Cervený (1997), nos diz que houve de fato uma mudança nas famílias nas últimas décadas, porém ela se dá mais a nível do discurso idealizado do que no cotidiano das famílias. Quanto à estrutura familiar, a autora afirma que os aspectos sem grandes alterações se referem a: uma religião dominante; o casamento como forte instituição familiar; o marido como provedor da família e a mulher como responsável pelas tarefas domésticas. Para a família de Duda, a estruturação também se deu por esse modelo de provisão de recursos materiais, embora, como veremos adiante, a realidade sócio-econômica da família tenha provocado uma alteração da trajetória.

A **crise maturacional** que a família está vivenciando está no desafio de conciliar essa nova realidade, buscar autonomia financeira e emocional, entendendo esse momento como uma etapa a se desenvolver na caminhada da família. Embora o nascimento da menina se apresente como um **evento nodal**, predizível, requer uma série de diferenciações no sistema.

Bradt (1995) ao usar conceitos da Teoria do Desenvolvimento da família afirma:

Os eventos nodais são acontecimentos comuns e incomuns na família e na vida profissional que criam instabilidade na associação e na função [...] desafiam a integridade e o crescimento do sistema. Os eventos nodais afetam o equilíbrio do sistema e têm o poder de catalizar a fusão e/ou diferenciação (p 207).

Já o termo crise maturacional refere-se aos e transições normativas de ciclo de vida, como nascimentos, casamentos e morte, assinalados como rituais, e que demandam dos membros envolvidos uma série de readaptações para essa passagem (Carte & Goldrick, 2001). Nesse estudo, a crise maturacional do sistema está representada pelo nascimento de Duda, e todo o movimento para a inclusão de um novo membro.

Iniciamos nossos encontros aos nove meses de idade da menina, e seguiram-se até ela completar um ano. Durante esse período, embora as dificuldades iniciais da chegada de um filho já estivessem resolvidas, nas questões básicas, iniciava-se uma **crise situacional**, representada pela dificuldade financeira

em que se encontrava a família. Como crise situacional, (Carter & Goldrick, 2001) entendem os acontecimentos idiossincráticos, que podem ser estressores para a família, e que Cerveny (1997), aponta como um dos momentos de necessidade de reavaliar o sonho com a realidade que se apresenta, e do refazer o equilíbrio entre as pressões externas e internas à condição de parentalidade. A mudança ocorrida meses atrás, com a falta do duplo salário do casal, aliada ao aumento de despesas e a compra de um bem pelo marido, sem a concordância da esposa, geraram uma falta de recursos que se avolumou, e que forçam a mãe a voltar ao mercado de trabalho antes da sua pretensão. Nesse momento de crise situacional, a família extensa reforça a importância do seu apoio no início da vida das famílias, quando a avó materna assume cuidar da neta para possibilitar o trabalho da mãe. Aparece, desse modo, a importância das redes de apoio, aqui representada pela família ampliada. Fulmer (2001), descreve famílias negras e de baixa renda como um exemplo de redes familiares amplas, que fazem intercâmbios de recursos e serviços e no cuidado às crianças, vistas como estratégias adaptativas à condição de pobreza. O autor as nomeia “famílias com múltiplos progenitores” (p 480). O convívio observado entre as família ampliada de Duda, tanto paterna quanto materna, ilustra esse modo de compartilhar o viver.

Os conceitos de **tarefa** e de **posição**, relacionados à Teoria do Desenvolvimento da Família, nos ajudam a entender alguns comportamentos, tanto nesta, como nas demais famílias estudadas. Aqui, porém o primeiro deles, relacionado ao que se espera que um determinado membro familiar ou a família como um grupo desempenhe em concordância com o estágio de vida em que se encontre (Carter & Goldrick, 2001), contextualiza o porquê de determinadas atitudes da mãe da menina, relatadas a seguir. Seu entendimento do papel de mãe convive com a sua **posição** (entendida como a localização do indivíduo na estrutura familiar) de mãe-esposa; mãe-filha e mãe-avó, de modo a mostrar que, a trajetória familiar não é linear.

A opção por parar de trabalhar fora, cuidar da filha e da casa reportam a uma das **tarefas** da fase de aquisição. A mãe de Duda entende que, nesse momento, seus principais papéis são o de mãe e esposa. A preocupação relatada pela mãe com os dentes da filha em um de nossos encontros, e sua

responsabilização pelo marido, relembram o papel da mãe como cuidadora principal e responsável por determinadas atividades.

Nana sente necessidade de estar mais tempo com a filha e abre mão do seu trabalho fora de casa e do seu salário. Porém, coloca a responsabilidade de provedor para o pai, que assume a questão financeira. Há um acordo em dividir atenção e cuidado à família e a manutenção financeira do domicílio.

Goldrick (2001, p. 35) diz que “para os homens, o relacionamento com a família e o trabalho é visto como mutuamente apoiador e complementar, mas para as mulheres o trabalho e a família representam exigências conflitantes”. A autora diz que há uma dupla mensagem, onde o valor dominante é o de que o lugar das mulheres é no lar, e há uma pressão social pela mulher se sentir bem em trabalhar.

Para as famílias em fase de aquisição, tal situação gera conflitos, uma vez que a pressão por adquirir bens de consumo “para uma vida confortável”, aliada aos custos da chegada de um filho exigem uma reorganização inclusive do sistema financeiro. Se a mãe, ou o casal entende que sua **tarefa** principal consiste nos cuidados com o bebê e a casa, e abre mão do seu salário, há que ter um novo arranjo e o estabelecimento de prioridades. Ocorre que, nesse momento do ciclo, muitas são as necessidades, inclusive financeiras.

A Teoria do Desenvolvimento da Família, ao valorizar a presença das **redes sociais**, entende que a sobrecarga da função materna, se não for compartilhada e vivenciada com todo o sistema, pode ser fonte de patologia para a mulher, num contexto onde todos os papéis devam ser realinhados. Desde o nascimento da menina, Nana contou com a presença da avó materna, que lhe repassa sua experiência pessoal em questões como a substituição do aleitamento materno, o uso de medicamento na chupeta para aliviar cólicas, o uso dos chás.

Para a família de Duda, a proximidade das avós e das residências lembra a importância da **rede de apoio informal** na fase de aquisição. Percebe-se nessa família uma aproximação maior entre a mãe e a avó materna. Walsh (2001), reforça esse entendimento ao afirmar: “a condição de avós estimula a revivescência

das próprias experiências anteriores de criação dos filhos”, e que oferece várias oportunidades de papel e um potencial enriquecimento desse estágio da vida. Dessen & Braz (2000) reforçam quem muitas vezes os avós assumem não somente o papel de cuidadores dos netos, mas também os educam, repassando experiências, valores e crenças acerca do desenvolvimento infantil.

Duda demonstrou, nos nossos encontros, estar acostumada à várias pessoas, o que pode estar associado à existência de uma rede extensa, e da convivência ampliada. De fato, a mãe da menina mantém relacionamentos bastante estreitos na vizinhança, e relata que ali todos aprendem uns com os outros alguma coisa. As dúvidas e dificuldades de Nana (mãe de Duda), no referente ao cuidado com a menina, são discutidas e recebem sugestões de várias formas de solução. Dessen & Braz (2000), reforçam a relevância dessa rede social, ao afirmarem que os suportes sociais são também, fatores importantes de adequação dos comportamentos maternos em relação aos filhos, e que as pessoas que compõem a rede social e as funções que desempenham variam de acordo com o contexto histórico cultural, o estágio de desenvolvimento individual e familiar. Há uma aproximação evidente da avó materna com sua filha e a neta, e o realinhamento dos papéis a coloca como uma das pessoas capazes de influenciar diretamente a família nuclear, uma vez que Nana recorre diariamente à mãe. O aprendizado informal é repassado fortemente nessa rede de convivência, que se mostra um dos grandes apoios da família na condução do seu viver. Uma grande variedade de crenças populares, mitos e práticas culturais são compartilhadas, dando corpo a uma alternativa de cuidado informal que se constitui na primeira escolha de ação.

Na visão antropológica de Flores e Silva & Franco (1996), encontramos eco para o pressuposto da Teoria do Desenvolvimento da Família que a entende como um subsistema interligado a outros e relacionado à organização social. As autoras referem: “a família, que tem uma representação universal de diversos papéis indispensáveis para manter o seu equilíbrio e harmonia, é um instrumento de transmissão de valores morais, éticos, políticos, sociais, como também de hábitos e costumes, incluso aqui, o cuidado à saúde, e a visão sobre o processo saúde-doença” (p 78).

Quanto às práticas culturais e crenças, as autoras referem que entre os agrupamentos humanos destacam-se pessoas como parteiras, rezadeiras, entre outros, na busca por aconselhamento, diagnóstico e tratamento das doenças, pautados no conhecimento popular. A procura mais freqüente das classes menos favorecidas por essas práticas, se dá, provavelmente por condições sócio-econômicas desfavoráveis e dificuldades de acesso aos serviços formais de saúde, porém, não devemos desprezar o aspecto cultural dessa busca.

Ainda de acordo com Flores e Silva e Franco (1996), a mulher é a principal pessoa da família que procura práticas populares em saúde, legitimando sua preocupação com o bem-estar familiar. É ela também quem usa e divulga tais práticas no seio familiar e na rede de suporte social. Vasconcelos (1999) compartilha desse pensamento quando diz que, historicamente, é das mulheres a maior responsabilidade e o cuidado com as crianças, é quem toma a decisão de procurar ou não o médico em situações mais graves, e que também parte dela o tratamento caseiro de doenças mais simples. Acrescenta: “é a mulher quem assume os cuidados do recém-nascido e das crianças menores (higiene, alimentação, apoio psicológico e proteção dos acidentes) e a principal responsável pela manutenção da limpeza da casa e do cuidado com o vestuário” (p. 102).

Marcon & Elsen (1999), corroboram o valor do binômio saúde versus cultura ao afirmarem:

É sabido que a saúde dos indivíduos possui estreita ligação com as crenças, valores, relações, deveres e direitos do sistema familiar, pois a cultura, a estrutura social e o ambiente físico influenciam a forma como os indivíduos percebem e vivenciam a saúde e a doença e as necessidades de cuidados [...] (p. 22).

Identificando-se a mãe como principal cuidadora nos primeiros anos da criança, é natural que ela, diante de uma malha social ampla, busque, aprenda e aplique práticas populares, especialmente aquelas que têm efeitos positivos amplamente divulgados. Reportando-nos à Teoria do Desenvolvimento da Família, tal fato se identificaria com o conceito de tarefa, e justificaria a busca de alternativas de cuidado à mães que, primando pelo bem-estar de seus filhos, cercam-se de diferentes

possibilidades que se apresentam. O caso de Duda ilustra como, desse modo, inúmeras crenças, simpatias, benzimentos, passam a fazer parte do cotidiano das famílias.

Os cuidados de saúde com a criança constituem uma das principais tarefas dos pais, e parecem ser o foco central nesse período inicial da vida. A dependência dos bebês leva a uma gama de decisões e ações pelas quais os pais são os principais responsáveis. Para Duda, a família entende como essencial o seu bom desenvolvimento, e busca meios de promovê-lo em práticas como a boa alimentação, cuidados com acidentes domésticos e a vigilância da mãe para algum aspecto incomum, como o fato de achar que a menina possa ter problemas no trato urinário ou estomacal, em função da sua percepção aos eventos do dia a dia com a criança. Mesmo se tratando de uma **tarefa da família** nessa fase do ciclo vital, é a mãe, nesse caso, quem assume os cuidados primários com a criança.

Para desenvolver a tarefa do cuidado à saúde, a mãe de Duda faz uso de várias alternativas culturais, apreendidas na sua rede informal, todavia a busca pela rede formal de apoio, representada pelo Serviço de Saúde é freqüente. Nana tenta resolver suas dificuldades com a menina como febres e diarreias com as práticas que conhece, mas ao sentir que perde o controle da situação recorre à rede de saúde. Suas práticas como dar chás para prevenir cólicas, colocar pano quente no ventre da menina para aliviar cólicas, benzimentos, simpatias, vão mesclando-se com o cuidado formal no acompanhamento periódico, no cuidado imunológico, e na busca pela validação dos seus procedimentos. Há ainda alguns mitos, como o de que remédio demais possa fazer mal, de que antibiótico é prejudicial, e de que alternativas ditas naturais, como por exemplo, o xarope de agrião e mel possa ser inócuo. Crenças como “olho gordo” e “quebranto” surgem como possibilidades para os males que a criança apresenta. Assim, a saúde aparece aqui como um valor a ser preservado, a despeito de outras dificuldades que a vida do casal possa apresentar. Isto se demonstra na sua preocupação em dizer que pode faltar tudo na casa, à exceção dos proventos para a filha.

A saúde bucal, dentre os cuidados de saúde geral, significa para essa mãe a ausência de cáries, e aparece também como uma das suas tarefas de cuidado, embora demonstre não saber como proceder para conquistá-la. Há nessa

família, em comum com as demais estudadas, a percepção de que a erupção dental possa causar desconforto, “coceira” e febre. Por estarem associados a um evento normal do desenvolvimento – o fato de ter dentes -, esses sintomas, igualmente, são tratados na informalidade, com o uso de medicamentos adquiridos diretamente em farmácias, aprendido com terceiros, ou a alternativa de nada se fazer, por ser natural.

A menina teve os primeiros dentes decíduos aos oito meses, e até o final dos nossos encontros aos doze meses, estava com quatro dentes. Inicialmente, Nana não fazia a higiene dos dentes da menina, embora através do aprendizado informal, e também da rede formal, através da agente comunitária de saúde, tivesse sido orientada para isso. O fato de serem os dentes ainda muito pequenos, e bastante brancos, davam à mãe a impressão de que era um procedimento desnecessário. Isso nos remete a pensar segundo Cervený (1997, p. 256) de que: “a família continua sendo, em nossa realidade, o principal agente formador, e que portanto o conhecimento dos valores, padrões, estrutura e funcionamento dessa família devem merecer muito mais a nossa atenção...”.

Após nossas conversas e o encaminhamento para o programa de atendimento a bebês na odontopediatra, Nana aderiu aos cuidados necessários, e embora tenha relatado alguma dificuldade para realizar o procedimento de higiene, insistia em fazê-lo, provavelmente por haver assimilado a importância para atingir o seu objetivo de saúde da menina. Em contrapartida, no evento do traumatismo bucal em função da queda, não se cogitou a ida ao odontólogo, recorrendo a recursos caseiros.

Por outro lado, a busca pela **rede formal** de apoio, se mostrou no aspecto social, ao ganhar o enxoval de uma Instituição Municipal, como auxílio material. Todavia, nessa mesma Instituição, Nana alega não ter feito o curso para gestantes porque estava trabalhando, o que nos faz pensar na necessidade de adequação do serviço. Através do Serviço de Saúde a família recebe apoio no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da menina, no serviço de imunização e na pediatria. Curiosamente, apesar das várias percepções que Nana tem sobre a saúde da menina, questionando se algum fato ou reação são “normais”

partirem do aprendizado informal, ela busca a validação e o conhecimento dos profissionais, e atribui aos serviços de saúde a capacidade de prevenir ou diagnosticar eventuais problemas. Essa ambigüidade entre a força da rede formal e da rede informal, pode ser explicada quando pensamos que a questão cultural está diretamente ligada às escolhas dos indivíduos, e que, conforme relatou Helmam (1994), há uma hierarquia na busca pela atenção à saúde, baseada nesse contexto.

Mioto (1997), ressalta que a qualidade de vida das famílias está na dependência da articulação entre demandas internas de cada membro em seus estágios, às advindas do espaço social e às formas de lidar com mudanças nas relações homem/mulher e pais/filhos. Nesse enfoque, a Teoria do Desenvolvimento da Família demonstra sua pertinência ao trabalho com famílias, como no caso aqui apresentado, ao servir de condutora ao entendimento do seu cotidiano.

6.4.2 Papel do profissional de saúde

No acompanhamento de Duda, e exemplo de outras famílias do estudo, a presença mais ativa nos cuidados de saúde da criança no primeiro ano de vida se refere ao médico pediatra, seguido pelos cuidados da enfermagem. Na etapa inicial da vida, logo ao nascimento é marcadamente importante o papel da enfermagem, no ambiente hospitalar e na orientação dos primeiros dias. À medida que o tempo evolui, a figura do médico segue acompanhando os momentos da criança, quer nas rotinas, ou nas situações de doenças.

Nota-se, porém, que ao longo do primeiro ano de vida, a presença do odontólogo só ocorreu por ocasião da inserção dessa família em meu estudo. Caso contrário, esse encontro não aconteceria. Informações importantes e necessárias ao desenvolvimento satisfatório da saúde bucal, do crescimento e desenvolvimento crânio-facial poderiam ter sido ignoradas. Coura (2001), ao falar sobre a frequência e periodicidade da criança ao consultório odontológico, afirma que, hoje em dia, não se admite que a criança passe a freqüentá-lo apenas após o primeiro ano de vida, ou quando já tiver dentes. A autora propõe uma sistemática mensal, com adaptações individuais de acordo com a necessidade do paciente. Afirma ainda que desse modo, a manipulação da boca da criança deixa de ser um ato estranho a ela,

o ambiente se torna reconhecido e seguro para a criança, e o trabalho preventivo realizado nesse período inicial de vida pode evitar diversas situações patológicas no futuro.

A disponibilidade da mãe participante desse estudo, em realizar as consultas de acompanhamento solicitadas pela odontopediatra, realizando profilaxia, aplicação tópica de flúor e o monitoramento da erupção dental, entre outros procedimentos, demonstra sua preocupação com o cuidado. Manter um contato continuado com a família poderá ser, para essa criança, a diferença entre estar ou não nas estatísticas de experiência de cárie, entre outras afecções bucais.

Ao odontólogo compete buscar os seus espaços de atuação, reconhecer sua importância na totalidade da saúde do indivíduo e conhecer a necessidade da co-responsabilidade das famílias no seu processo de cuidado.

6.5 KAKÁ E SUA FAMÍLIA: A FORÇA DA REDE FAMILIAR NA PRESENÇA DE DIFICULDADES FINANCEIRAS.

Primeiro encontro

Lúcia e João Carlos estão juntos há três anos, são os pais de Kaká. Ela está com doze meses. O marido trabalha fora, enquanto Lúcia, que tem vinte e um anos de idade, fica em casa com os afazeres e cuidando da menina. Por enquanto diz que não tem como trabalhar, porque acha que a filha fica melhor cuidada por ela.

Mudaram-se para esta casa há dois meses, antes moravam com a mãe de Lúcia. Sentiram necessidade de um lugar para si, então pagam aluguel. É uma casa extremamente pobre, com poucos móveis, composta de dois pequenos cômodos em que o sanitário e o chuveiro dividem espaço com o próprio quarto. A falta de higiene e a desorganização do ambiente são evidentes, talvez pelo pequeno espaço. Há pelo chão bastante sujeira, como resíduos de alimentos e papéis picados. Roupas estão amontoadas nos cantos, misturando-se com armário, TV, bacias, caixas de papelão, prateleiras com gêneros alimentícios, uma mesa e duas cadeiras. Um varal estendido à

porta de entrada cobre a pouca luz dos cômodos. O ambiente parece bastante insalubre, com pouca luz e umidade:

“Mesmo sendo alugada, é um canto só nosso”(...)“quando chove, molha muito pela laje” (Lúcia)

Kaká nasceu de parto normal, e a rede de apoio de sua família desde o seu nascimento consiste na avó materna e nas irmãs mais novas de Lúcia, que ficam com a menina sempre que ela precisa, ou na sua casa ou na casa da avó. Lúcia é bastante tranqüila com a atenção para a filha, e as **dificuldades** iniciais quanto aos cuidados com o bebê, que relacionavam-se principalmente à falta de experiência para lidar com a criança, foram superadas com a ajuda da sua **rede informal**:

“Eu achava ela tão pequena que tinha medo de machucar”(...)“minha mãe cuidou de mim e dela enquanto não caiu o umbigo” (Lúcia)

A dificuldade para amamentação ocorreu no início, mas como a menina não chorava, ela achou que *“estava tudo certo”*. O bem-estar do bebê, que não demonstrava desconforto, e a confiança da mãe nas informações recebidas, deram o tempo necessário para que a amamentação transcorresse naturalmente. O apoio da **rede formal**, que lhe transmitiu informação e a acolheu, e o papel do profissional de saúde ficam evidenciados:

“O leite não saía, mas a médica disse que era assim mesmo”(...)“as enfermeiras ensinaram como fazer, segurar o peito e a criança, limpar a boca do bebê e o peito antes de amamentar” (Lúcia).

Amamentou até os três meses e meio, exclusivamente, quando, por orientação médica, iniciou a alimentação com sopas e mingau. A partir daí, resolveu também começar uma mamadeira com farinha de arroz e outros alimentos. Seu aprendizado mesclou saberes profissionais, saberes informais, e sua percepção a levou à decisão sobre a condução da questão alimentar desde então:

“Antes não dava chá, nem nada, que tinha medo de dar dor de barriga. Já vi isso acontecer com gente que mistura tudo” (...). “queria começar a deixar o peito, e

achava que já podia dar uma coisa mais forte”(...) “minha mãe me ensinou, e deu tão certo que nunca mudei...” (Lúcia)

Hoje Kaká não mama mais ao peito, sua mãe diz que , desde que começou a usar mamadeira, seu leite ” foi secando”. Ela come de tudo, e sua alimentação é junto com os adultos, acrescida do leite com farinha de arroz e açúcar, iogurte, Danoninho, bolachas e “outras coisas”.

Os cuidados de saúde da criança incluem a visita mensal à pediatra do Posto, caracterizando a importância do acompanhamento e do vínculo com os pacientes pelos Serviços de Saúde, especialmente àqueles que estão em busca de apoio ao crescimento, desenvolvimento, e à prevenção de doenças. A mãe diz que, durante esse ano , a menina teve muita saúde

“Só uma gripe ou uma tosse de vez em quando” (Lúcia).

Embora ela relate que muitas práticas do cuidado tenham sido aprendidas com sua mãe, Lúcia solicita o Serviço de Saúde com regularidade, e em algumas de suas falas demonstra contar com isto :

“Vou no Posto para as consultas da Kaká, ou quando está doente” (Lúcia)

Kaká veste-se com roupas muito simples, com aspecto bastante usadas, porém estão limpas. Por outro lado, a higiene pessoal da menina passa a impressão de desleixo. Seus cabelos não estão limpos, as mãozinhas e as unhas estão sujas, e o seu nariz tem uma secreção contínua, que sua mãe, em nenhum momento fez menção de limpar. Pareceu-me que a desinformação, e os escassos recursos, talvez sejam o maior problema para Lúcia melhorar suas condições de vida, pois demonstra ser interessada nos cuidados com a criança:

“Tá uma fase bem difícil, ela tá engatinhando por tudo. Sempre tem que ter alguém com ela” (...) “se não cuidar põe tudo na boca e sai pelo quintal” (Lúcia).

No que se refere às **relações familiares**, Lúcia demonstra que aceita o modelo de pai provedor e mãe cuidadora, colocando-se nessa condição para estar próxima da filha e dispensar-lhe os cuidados que julga necessários. Diz que ainda não quer colocar a menina na creche, e seu sentimento é que:

“Fora eu mesma, só confio na minha mãe”

Indagada se o marido a ajuda com os cuidados, e como é a relação dele com a menina ela diz:

“Ela é o denigo do pai” (...) “ele sempre cuida quando pode... só que trabalha o dia todo” (Lúcia).

A menina tem oito dentes. Quatro incisivos superiores e quatro inferiores. A erupção dental de Kaká começou por volta dos seis meses. Não é relatado qualquer desconforto durante essa fase, ou a associação com febre ou outro mal-estar:

“Não deu nada, quando vi já tinha dente” (Lúcia)

A menina não usa chupeta, porque a mãe conta que **percebeu** que ela ficava nauseada, então não deu mais. Entre suas percepções, está a de que a menina

“Está babando muito, e não tira o dedo da boca” (Lúcia)

De fato, Kaká tem o hábito de sugar o polegar, e embora sua mãe tire o dedo da boca, em pouco tempo ela está repetindo essa prática. Durante este ano, não recebeu nenhum atendimento odontológico, e Lúcia relata ausência de qualquer conhecimento quanto à saúde bucal, inclusive quanto a traumatismos:

“Se tiver alguma coisa vou procurar o Posto de Saúde. Lá eles vão saber o que fazer...” (Lúcia).

Nessa fala, ela passa a sua confiança e, ao mesmo tempo sua dependência dos Serviços de Saúde, uma vez que não buscou informação em qualquer

fonte, e que se apoia no conhecimento dos profissionais. Reforça-se aqui a presença necessária destes no que tange prevenção e promoção à saúde, para além do trabalho passivo, numa busca ativa dos pacientes com potencial risco, e na ampliação da sua atuação.

Ela me pergunta se já deve escovar os dentes da menina, e após a orientação, comenta que vai comprar uma escovinha, que a menina não tem. Faço o seu encaminhamento por escrito para a odontopediatra do Posto de Saúde, e explico que lá ela receberá um kit de higiene bucal, além do acompanhamento periódico necessário. A mãe mostra-se bastante satisfeita com a iniciativa, e diz que pretende marcar a consulta na mesma tarde.

Segundo encontro

Lúcia estava lavando roupas, e Kaká a seu lado, no quintal. A menina tem agora um ano e um mês, e já está andando. A mãe me convida para entrar, é uma pessoa bastante amável, e se mostra contente com minhas visitas. O aspecto pouco salubre da casa novamente me chama a atenção, há tanta umidade que a água escorre nas paredes e a casa cheira a mofo.

Das **dificuldades** relatadas agora, a que chama mais atenção é o fato de Lúcia estar querendo mudar-se para a casa da sua mãe. Conta que as relações entre ela e o marido ficam estremecidas por causa disso, e demonstra que não está satisfeita residindo ali:

“A gente sempre briga quando o assunto é esse, gostaria de voltar a morar com minha mãe” (...) “aqui é muito pequeno, lá tem mais espaço para soltar a menina”

(Lúcia)

Todos os dias, quando acaba o seu serviço em casa, ela diz que vai para a casa da sua mãe, e que fica mais perto da família. Surge sua necessidade de sentir-se apoiada e próxima das pessoas que constituem sua **rede**, e passa a impressão de que a mudança de moradia não a deixou satisfeita. Ela conta que, de qualquer forma, sempre que precisa sair deixa a menina lá, e que está dando muito trabalho:

“Anda por tudo, tem que ficar de olho, senão põe tudo na boca” (Lúcia)

Ainda como **dificuldade**, aparece o que Lúcia relata como:

“Me sinto fraca, com muito sono, e com dores no corpo” (Lúcia).

Conta que não tem muita disposição para fazer as coisas. Acha que está com algum problema de saúde, talvez anemia, e fez alguns exames após uma consulta médica, que levará para avaliação esta semana. A busca de Lúcia por atendimento profissional e pela rede formal de apoio mostra sua preocupação em cuidar-se, e fazê-lo de forma orientada. Sua iniciativa de procurar tratamento médico reforça a confiança que deposita no aprendizado formal, e no cuidado que os profissionais podem dispensar para si.

Quanto aos **cuidados** que dispensou para a filha durante esse mês, seu relato ressalta que está tudo bem com a menina, e que quando levou na pediatra, esta a disse que

“Talvez ela estivesse mais enjoadinha por causa dos dentes” (Lúcia)

A visita à odontopediatra é outro ponto relevante no que refere-se a esse quesito. Conta que esteve na consulta que havíamos combinado, que gostou muito, e que a menina aceitou bem os procedimentos. Na ocasião, a odontóloga fez orientação de higiene, dieta e nutrição para a mãe, além de ensiná-la como proceder à escovação. Realizou profilaxia e aplicação tópica de flúor, além de incluí-la no acompanhamento periódico. A mãe se disse surpresa por

“Fazer aplicação de flúor assim tão cedo” (...)

Porém sua expectativa é que: *“pode ajudar a fortalecer os dentinhos”* (Lúcia).

Kaká está com oito incisivos, e estão erupcionando os primeiros molares inferiores. A alimentação da menina constitui-se praticamente de tudo que

os adultos comem, e a mãe raramente amassa algum alimento, porque na sua avaliação, a menina consegue mastigar bem. Lúcia diz que Kaká come qualquer coisa que se ofereça, e que não toma mamadeira durante a noite, sendo a última oferecida por volta das vinte horas.

Ainda que tenha recebido as orientações para a higiene bucal da menina, a mãe encontra algumas limitações, e a sua **prática** fica irregular:

“Só às vezes lembro de limpar os dentinhos, estou sempre esgotada”

“Ela chora e não gosta que mexam na boca” (Lúcia).

A odontóloga da Unidade de Saúde alertou-a para lembrar sempre de fazer a higiene, e se possível substituir o hábito de chupar o dedo por uma chupeta. Provavelmente essa orientação se deva ao fato de que a remoção da chupeta seja de mais fácil execução, preparando a menina para abandonar esse costume. Lúcia diz que a filha nem pega a chupeta, nem larga o polegar, e que ela não sabe o que fazer. Oriento-a a remover a chupeta sempre que ela adormecer, e oferecer minimamente durante o dia. O papel do profissional nesse momento é de extrema importância, tendo em vista que legitima a dificuldade relatada pela mãe, porém a encoraja a buscar alternativas para a remoção de um hábito parafuncional, do qual o seu **conhecimento informal** a estimula a resolver:

“Tenho medo que ela fique com os dentes tortos” (Lúcia)

Terceiro encontro

Quando Kaká completou um ano e dois meses, chego à sua casa e encontro outra família morando. A atual moradora me diz que se mudaram há pouco, e me ensina o local da casa da mãe de Lúcia. Na casa da sua avó materna, encontro Kaká cercada de outras crianças, brincando livremente na rua. Sua avó tem quatro filhos pequenos, e divide o mesmo quintal com uma irmã que tem mais quatro crianças. Ali o trabalho dos adultos é recolher, selecionar e vender material reciclável. O quintal da casa lembra um depósito de lixo, onde mistura-se barro, lama, e todo o material recolhido. O cheiro de lixo é muito forte, aliado ao cheiro de

esgoto, que parece impregnar tudo. As crianças brincam por ali, há pelo menos cinco delas. A condição de higiene é muito precária, aliada aos poucos recursos e à casa muito pobre.

Lúcia vem me receber sorrindo, e diz que há mais ou menos quinze dias resolveram voltar a morar com sua mãe. Ela, o marido e a filha ocupam um quarto nessa casa. Ao ver sua fisionomia mudada, sua reação de contentamento, percebo que para ela, estar próxima da sua **rede de apoio informal**, aqui compreendida pela família estendida, é o que mais importa. Para promover a mudança aproveitou que o marido esteve um pouco doente, e o convenceu a voltar para lá:

“Aqui é melhor, todo mundo junto, todo mundo ajuda a cuidar” (Lúcia)

A avó de Kaká participa de nossa conversa, mostra-se uma mulher forte e determinada. É separada, e cria os filhos sozinha, com o material que recolhe. Constitui-se no principal apoio de Lúcia, e a relação das duas é muito próxima:

“Pode faltar tudo aqui, só não falta o cuidado com os filhos” (avó de Kaká)

Esta mesma senhora demonstra sua força e seu entendimento do papel de mãe, quando afirma que não deixa Lúcia trabalhar no material reciclável, apenas nos afazeres domésticos:

“É doutora, a máquina aqui somos nós... a gente que é mãe não pode parar, tem que cuidar deles” (...) *“eu sou mais velha, mas sou mais forte, tenho medo das infecção, Esse trabalho não dá prá ela”* (avó de Kaká)

Ao relatar que está tudo bem com a saúde da menina este mês, Lúcia atribui à “sorte”, enquanto sua mãe completa dizendo que isso é porque ela foi muito cuidada quando era bebê.

“Nunca deixei dar nada, nem uma assadura, foi só cuidando” (avó)

Lúcia levou-a a pediatra, para uma consulta de rotina, e esta lhe disse estar tudo bem. Orientou para que ela retorne no mês seguinte. As vacinas estão todas em dia, constituindo um dos **cuidados** constantes da mãe:

“Cuido muito dessa parte aí” (Lúcia)

Observo também, que apesar de andar entre o material recolhido, Kaká está com sapatos, enquanto outras crianças estão descalças.

Se, por um lado, os **cuidados** com as consultas de rotina são observados, com relação à **saúde bucal** esse hábito não parece estar incorporado. Lúcia justifica-se dizendo que, por causa da mudança, acabou esquecendo de remarcar o acompanhamento odontológico, mas que pretende fazê-lo. Mostra a boca da menina, e diz que estão nascendo mais dentes. São os primeiros molares superiores. Não houve qualquer mal-estar, ou reação associada à erupção:

“Não incomodaram nada, nem febre, nem nada, só apareceram” (Lúcia)

Entre o seu **aprendizado formal** com relação à saúde bucal, obtido através da consulta que realizou à odontopediatra, a mãe relata que procura

*“Não deixar ela dormir com os dentes sujos que a dentista pediu”(...) e diz:
“dou uma mamadeira com um pouco de água, depois da última mamadeira da noite”
(Lúcia).*

Há ainda alguma **dificuldade** para a realização da higiene bucal, percebida pela mãe como o fato de Kaká não gostar que mexam em sua boca. Assim, o procedimento é realizado é algumas vezes com escova, outras com uma fraldinha molhada :

“É difícil fazer sempre, às vezes não dá”(...) “é ruim, porque a menina tranca a boca” (Lúcia)

Quanto ao problema de saúde de Lúcia, o diagnóstico foi uma infecção de urina. A médica prescreveu uma medicação, porém não estava disponível no Posto de saúde, gerando um complicador para o seu tratamento:

“Deu remédio, mas não tinha no Posto, e custa cinquenta reais” (...)
“mandou comer frutas, verduras... mas a senhora sabe, não é comer o que a gente quer, é o que dá” (Lúcia).

Diante dessa impossibilidade, é provável que Lúcia não consiga seguir a prescrição do profissional, cabendo uma reflexão e uma adequação dos procedimentos e do **apoio formal**, através das medidas pertinentes, ou mesmo do encaminhamento a setores municipais competentes no auxílio a essa família. Aqui se mostra evidente que é preciso conhecer a realidade das famílias com as quais o serviço público lida cotidianamente, sob pena de prestar um serviço inadequado. As colocações a esse respeito, feitas pela avó de Kaká, nos levam a uma reflexão aparentemente simples, de uma pessoa com conhecimento limitado, porém com uma vivência permeada por dificuldades:

“Não dá porque é difícil entender essas leis municipais. Eu que tenho quatro pequenos na escola e não tenho bolsa-escola”(...)
“nem sempre dá prá fazer o que é prá fazer, então a gente faz o que pode”(...)
“às vezes essas crianças sentem alguma coisa. Querem uma roupinha, um sapato, e não dá prá ter. Aí vão na escola e os outros têm, isso atrapalha um pouco as crianças” (Avó)

Buscando entender o relacionamento com a família ampliada de ambos os pais da Kaká, indaguei sobre o relacionamento da criança com os avós paternos. A revelação surpreende, e Lúcia diz que, apesar de conhecer o marido há quase dez anos, e estarem juntos há quase três, ela não sabe nada sobre a família :

“Só os pais dele não vê há mais de dez anos, ninguém procura ninguém” (...)
“nem quando a menina nasceu ele quis levar prá eles conhecer” (...)
“nem irmão, nem cunhado, nem sogro, nem sogra, da família dele só conheço ele...”
 (Lúcia)

Diante do exposto, não é difícil entender porque Lúcia conta tanto com a presença da sua mãe no seu dia a dia, fazendo da sua família a extensão da sua família de origem:

“Minha família é aqui, toda a força é minha mãe” (Lúcia)

Quarto encontro

Kaká fez um ano e três meses quando chego para a última visita prevista. Lúcia se desculpa, por achar que a menina está desarrumada e suja, mas diz que ela estava brincando na rua. Diz que já tem bastante roupas e calçados que vai guardando para quando ela crescer, que ganha “das pessoas”, evidenciando a presença do auxílio da **rede informal** à sua família.

Quanto ao seu tratamento de saúde, conta que conseguiu o remédio que a médica prescreveu, e que já tomou todo, porém apesar da médica orientar-lhe a dieta e nutrição, ela não come muito. A recomendação médica com a qualidade alimentar pode aqui ter sido interpretada como quantidade, já que refere “não comer muito”. Ao ser perguntada se ela estava bem, responde:

“Melhor do que lá tá” (Lúcia), referindo-se à antiga moradia.

Este mês, quando levar a filha à pediatra, pretende pedir um encaminhamento ao oftalmologista, pois na sua **percepção** a menina pode ter algum problema visual, que ela apesar de achar que não deve ser um problema grave:

“Gostaria de cuidar desde cedo” (...)“acho que ela tem uma vistinha puxada, e fica cheia de ramela” (Lúcia).

Lúcia demonstra estar atenta à filha, dispensando os **cuidados** que julga necessários, e reforçando sua idéia de cumprir sua **tarefa** do crescimento e desenvolvimento saudável da filha. Quando Kaká tinha cerca de sete meses, levou-a ao médico e solicitou um eletrocardiograma, porque suspeitava de umas manchas que apareciam no corpo da menina:

“Graças à Deus não deu nada, mas eu fui olhar” (Lúcia)

Kaká esteve um pouco indisposta no decorrer desse mês, porém Lúcia não procurou os Serviços de Saúde, apenas observando-a em casa, também atribuiu a indisposição à erupção dental :

“Andou meio enjoadinha, sem fome e chorona, uns dois dias” (...) “pode ser dos dentes que querem nascer” (Lúcia)

Sua prática de higiene bucal está sendo feita, agora com escova e creme dental. Demonstra ainda alguma **dificuldade** para realizá-la, relatando que procura fazer duas vezes ao dia, que a dentista a ensinou

“É assim, ela morde a escova e fecha, mas eu vou fazendo” (...) “faço mais quando ela resolve abrir a boca” (Lúcia)

Sua preocupação referente ao hábito da menina chupar o dedo persiste, e ela não consegue modificá-lo. A menina dorme com o dedo na boca, e a mãe *“tem pena de tirar”*. Do mesmo modo, interpreta a dificuldade de abertura bucal de Kaká com o fato de a menina não gostar, a acaba fazendo uma higienização adequada apenas quando a menina permite. O entendimento da mãe de estar contrariando a filha, ou fazendo algum tipo de agressão quando tenta colocar alguns procedimentos, mostra o conflito vivenciado entre o seu **aprendizado** e o seu **sentimento** de proteção e de proporcionar bem-estar. A criança não pega a chupeta, e a mãe tem a impressão de que ela quer vomitar. Já pensou em usar algumas alternativas das quais ouviu falar.

*“Já pensei em colocar uma coisa, um sal no dedo, mas tenho dó”
(Lúcia)*

Durante nossas conversas, Lúcia mostrou-se evasiva quanto ao relacionamento com o marido, porém evidenciou-se o carinho e o cuidado que existe entre a criança, a mãe e o avó materna. Lúcia mostra-se tranqüila por estar próxima da sua família:

“Minha mãe é tudo pra mim. A gente entende as coisas, somos mãe e amiga...” (Lúcia)

Meu encontro com esta família foi muito prazeroso. Apesar das evidentes dificuldades financeiras, e da luta diária pela subsistência, são pessoas receptivas, críticas a questões sociais que afetam seu viver. Mostram uma grande união, no objetivo comum de convivência e apoio familiar.

6.5.1 A família de Kaká à luz do referencial teórico

Conceituar família constitui uma tarefa de múltipla interpretação. Kaká, seu pai e sua mãe, representam a família nuclear conceituada para esse estudo, e pertinente aos propósitos do mesmo. Porém, se perguntássemos para Lúcia o seu entendimento de família, certamente ela incluiria todos os demais membros da sua família ampliada, pois se sente parte desta. Dentro da concepção de família como um valor social, e, portanto aprendido e transmitido intergeracionalmente, se a mesma pergunta for feita a Kaká em alguns anos, é possível que sua resposta seja muito semelhante à de sua mãe. Desse modo, o conceito de família aqui é ampliado, e envolve laços afetivos, funções compartilhadas e um objetivo comum. Este fato reitera o pensamento de Carter & Goldrick (1995) ao relatarem que as famílias nucleares são subsistemas emocionais, reagindo aos relacionamentos passados, presentes e antecipando futuros, dentro de um sistema maior de gerações.

Ainda referindo-se à Teoria do Desenvolvimento da Família, entender a família como um sistema social, com normas e expectativas, nos ajuda a pensar a organização familiar de Kaká. Como um sistema semi-permeável que é, o grau em que esta permeabilidade ocorre demonstra o quanto o núcleo familiar está apto a desenvolver sua própria vivência. Nesse caso específico, as dificuldades financeiras fazem com que o sistema seja de uma abertura passível de patologias, uma vez que se confundem papéis, e posições se alteram na sua constituição.

Fulmer (1995), afirma que, em famílias de baixa renda, o crescimento e o desenvolvimento da família nuclear e da ampliada é focado na subsistência para os adultos, e na busca de escolaridade para as crianças. De fato, no caso Kaká,

todos os esforços voltam-se para as necessidades mínimas na busca do adequado crescimento da menina, enquanto sua família ampliada luta para manter os irmãos mais novos na escola. Dificuldades aparecem, para a avó de Kaká, no sentido da manutenção dos filhos estudando, e na luta pela diminuição dos contrastes sociais, quando afirma que, *“às vezes as crianças vêem os outros com um sapato, ou algum item escolar, e desejam ter também, isso é ruim para elas”*. Ainda para a avó, a transição para o novo papel confunde-se com seu papel de mãe. Tem ainda filhos pequenos, em idade escolar, e agrega Kaká e sua família também como responsabilidade sua. Isto se evidencia na sua fala que diz *“(...) a máquina aqui somos nós... a gente que é mãe não pode parar, tem que cuidar deles”*. Hines (2001) diz que nas famílias mais pobres, freqüentemente, a tarefa de realinhamento ou de ajustamento inclui a geração mais velha, e que *“assumem um significado diferente na medida em que a avó se torna a fonte primária de assistência, se não a verdadeira chefe da família”* (p. 449).

Afirma o autor que, as famílias quando desempregadas, ou oprimidas pela miséria, tendem a valer-se de seu modelo de rede familiar para compartilhar recursos escassos e o sustento. Acrescenta ainda que é um modelo organizado e predizível, e não uma versão quebrada e desorganizada da família nuclear. Por isso, penso que requer uma leitura diferenciada do seu movimento.

O movimento familiar que ocorreu no primeiro ano de vida de Kaká envolveu todo o sistema, tanto no emocional como estrutural da família nuclear e da ampliada. As idas e vindas para a casa da avó, a tentativa de se estabelecerem sozinhos, até o retorno para a casa materna, demonstram que há que ter um processo anterior à chegada do primeiro filho no sentido de preparar o casal para as novas demandas. Além da escassez de recursos materiais, o apego e a confiança de Lúcia em sua mãe levaram-na ao movimento de retorno, em busca do apoio afetivo, emocional e psicológico que aparenta estar necessitando. Para Hines (2001, p. 449): *“é extremamente difícil sustentar um relacionamento num contexto crônico de estresse. As pressões da vida cotidiana induzem transações marido/mulher tipicamente incompletas, vagas, não resolvidas”*. Desse modo, viver junto à família ampliada pode funcionar para Lúcia como o alicerce que necessita para evoluir e proporcionar condição de evolução para sua filha. Nota-se ainda, a pouca referência

que Lúcia faz do marido, e o evidente afastamento da família ampliada deste, demonstrações prováveis da dificuldade acima referida.

Para Fulmer (1995), para as famílias de baixa renda a estrutura ao longo dos estágios da vida é diferente das demais em alguns aspectos. Um deles diz respeito à unidade familiar básica ser, comumente, uma rede familiar ampliada de três ou quatro gerações, e que há, nessas redes, um intercâmbio de serviços, posses, e cuidados com as crianças. Aqui, novamente aparece um dos pressupostos do referencial teórico, que diz que a família evolui usando como referência a idade do primogênito como marcador para a passagem por estágios de desenvolvimento.

Cervený (1997), refere que, a chegada do primeiro filho deve ser entendida como um momento de mudança, usando a palavra “crise” com essa conotação, visto que é um momento de várias readaptações familiares, não necessariamente desfavoráveis. No caso dos pais de Kaká, a evolução de casal para uma família com filhos, exigiu a passagem por um período de desorganização, agravado pelo contexto social. Monticelli (2002), relata que, para cada fase do ciclo de vida há os ritos de passagem, e que estes são importantes para ajudar as pessoas a mudarem seus papéis e assegurarem de modo compartilhado, o novo status social. A crise **maturacional** vivida pelo casal após o nascimento da menina, acrescentou responsabilidades e cuidados a um ser totalmente dependente, dentro de um núcleo onde as condições sócio-econômicas não favoreceram. Além disso, ao distanciar-se fisicamente da avó materna, Lúcia sentiu-se sobrecarregada, cansada, e por vezes julgou-se pouco competente para desempenhar sozinha esse papel. Ao dizer que é melhor estar perto da mãe e das irmãs que a ajudam no cuidado, ela demonstra sua fragilidade e dependência do sistema de origem.

Existe também, no momento do acompanhamento dessa família, uma crise **situacional**, vivenciada na experiência da família nuclear buscando seu próprio espaço, na mudança de moradia em busca de autonomia. Aparentemente, essa necessidade parte do pai de Kaká, uma vez que Lúcia refere-se mais feliz após o retorno à casa materna, além de admitir um conflito entre o casal no que tange à moradia. Suas perspectivas de mudança, no sentido da evolução do sistema familiar

e no sentido pessoal são reduzidas. Há uma acomodação na situação de carência, e uma baixa expectativa com relação a uma realidade diferente.

Após alguns meses do nascimento da menina houve a necessidade de buscar um espaço só para si, representado pela mudança para outro domicílio. Isto nos reporta a algumas das **tarefas** da família em fase de aquisição, constituídas na construção de bases de convivência, redefinição de papéis, e a busca pelo próprio espaço. Cervený (1997) ilustra esse fato quando afirma: “casais jovens, para a constituição de sua própria família, terão que se preocupar basicamente com a aquisição de bens materiais, com a construção de suas carreiras profissionais[...] e com a construção de uma relação dual na qual sejam definidos papéis e funções de cada um dos cônjuges, e um espaço inter-relacional que satisfaça a ambos”(p. 50).

A Teoria do Desenvolvimento da Família, ao abordar o afastamento da família de origem como uma das tarefas do casal em fase de aquisição, não o relaciona apenas ao afastamento físico, no sentido de criar espaço próprio para a convivência, mas também com o espaço emocional e psicológico que o novo núcleo necessita. Hines (2001) diz que, para as famílias pobres, as transições não estão claramente delineadas, e há um ciclo mais “truncado”. Percebi, na família de Kaká, que, ao não cumprir esse “afastamento”, ocorreu uma situação diferenciada no realinhamento dos papéis. A autora citada acima reforça minha percepção quando, em relação às famílias pobres e negras afirma: “As tarefas relacionadas de ajustamento, que incluem a geração mais velha, assumem um significado diferente na medida em que a avó se torna a fonte primária de assistência, se não a verdadeira chefe da família”. (p. 449).

Há ainda as tarefas relacionadas aos cuidados de saúde para o crescimento e desenvolvimento do novo membro, que nessa família consiste na procura por acompanhamento profissional, pelos cuidados de higiene, e por buscar prevenção para alguns males supostos pela mãe, como o problema cardíaco e ainda o problema visual que ela **percebeu**. O cuidado à saúde aparece nesse contexto como mais uma tarefa a ser desempenhada, conforme relatado anteriormente. Ao optar por não trabalhar e dedicar-se aos cuidados domésticos, Lúcia assume o papel de principal cuidadora, na expectativa de que o pai seja o provedor. Suas ações são

em busca do bem-estar da menina, aqui representado pela ausência de doenças. O crescimento de Kaká, o seu desenvolvimento saudável, e o desempenho adequado da sua “maternagem”, lhe parece o essencial nesse momento.

Elsen (2002) reconhece o cuidado familiar com vários atributos, porém busca um conceito ao descrevê-lo como “as ações e interações presentes na vida de cada grupo familiar e que se direciona a cada um dos seus membros, individualmente ou ao um grupo como um todo ou em parte, objetivando seu crescimento, desenvolvimento, saúde e bem-estar, realização pessoal, inserção e contribuição social” (p. 17). Para esta família, o sentido principal do cuidado está em promover o crescimento e o desenvolvimento saudável de Kaká.

Diante da carência explícita de recursos desta família, quer nuclear ou ampliada, a força da **rede formal** e da **informal** no apoio desse sistema é vital. É esse apoio que contempla as necessidades de Kaká, de Lúcia e do pai da menina. A rede formal está sempre presente através do serviço de saúde, mas nem tanto quando se refere ao apoio social, por exemplo. Lúcia usufrui dos serviços do Posto de Saúde sempre que julga necessário, e talvez seja a única opção formal que se apresenta, pois por outro lado, no aspecto sócio-econômico, a rede formal tem se mostrado ausente como apoiador para que esta família promova seu desenvolvimento.

Na **rede formal**, os Serviços de Saúde se constituem na principal fonte de informação e apoio. As práticas culturais de cuidado aparecem discretamente no dia a dia de Kaká, em contraste com a procura pelo serviço de saúde para a solução das suas dificuldades. Há, desde o nascimento da menina, no cuidado inicial da amamentação, uma confiança no aprendizado repassado pelos profissionais ainda no hospital, e a hesitação de seguir algumas práticas culturais, como, por exemplo, o uso dos chás, ou de algum medicamento ensinado para algum mal. Curioso notar que, as práticas culturais e o aprendizado proveniente da rede informal, bem como as práticas caseiras da medicina (chás, cataplasmas, entre outros) no caso dessa família não são a primeira opção, contrariando o que poderia se esperar, segundo Alves et al (1996). Para esses autores, no contexto capitalista, a medicina caseira, em particular a fitoterapia, preenche os vazios deixados pela medicina oficial e se

apresenta, nas doenças mais simples, como uma opção mais viável, senão a única disponível. No entanto, a mãe de Kaká, em falas como “já vi muita gente fazer as coisas sem saber, misturar tudo e ter problemas”, busca o acerto no seu papel de cuidado maternal com o aval da rede formal.

Um outra possibilidade de interpretação dessa aproximação freqüente com a rede formal nos fornece Vasconcelos (1999) ao afirmar:

O miserável, com sua carência gritante, possibilita ao técnico oportunidade de sair da solidão que marca a vida do cidadão contemporâneo. Ao não conseguir conter a manifestação de sua fragilidade, rompe com a máscara usual de auto-suficiência [...] ao se abrir para ser ajudado, permite a aproximação afetiva do outro (p. 145).

Talvez seja esta a busca da família de Kaká, ao se fazer presente nos Serviços de Saúde. Talvez procure acolhimento, afeto e compreensão de suas carências. A Teoria do Desenvolvimento da Família nos aproxima então, através do seu pensar a família como uma trajetória, do papel do profissional de saúde em determinados momentos, conhecendo os limites de aproximação ou afastamento para cada momento.

No que se refere à saúde bucal, essa é percebida também como uma situação de ausência de doença sendo entendida a erupção dental um evento rotineiro. Na minha interpretação, Lúcia e a avó materna encaram tudo o que se refere ao crescimento um processo natural, como o é o fato de nascerem dentes, ou de amamentar. No seu agir, me parece que não há o que interferir se, em se tratando de natural, desde que não represente doença. Já os cuidados com as vacinas, recomendadas pelos profissionais de saúde, acontecem regularmente, e refletem novamente a preocupação na prevenção de doenças. As **percepções** da mãe, quanto à possibilidade de a menina apresentar algum problema de saúde “mais sério” (problemas cardíacos ou visuais), levaram-na a buscar recursos nos profissionais de saúde, demonstrando a total dependência desses cidadãos da presença da rede formal de apoio, e da validação das suas necessidades.

A confiança deposita na **rede formal** denota uma característica levantada por Hines (2001), que é a inexistência de recursos próprios para ajudá-la a lidar com os estressores, que leva a uma total dependência das instituições governamentais, inclusive para necessidades básicas. Desse modo, ao buscarmos o cuidado à saúde bucal, é nessa realidade que ele se insere. Kaká apresentou os primeiros dentes por volta dos seis meses. Embora meu acompanhamento dessa família tenha iniciado aos doze meses de idade da menina, quando ela já tem oito elementos dentais, e sua alimentação é semelhante à de um adulto, nenhum procedimento de higiene dental é realizado. A mãe me pergunta, logo ao início dos nossos encontros, se já é preciso escovar, demonstrando sua preocupação. Contudo, não houve nenhum movimento na busca dessa informação. Encaminhada por mim para a odontopediatra do Posto, Lúcia atendeu prontamente, e compareceu à consulta quando foi orientada nas questões pertinentes. Passou a fazer higiene bucal na menina, embora com algumas limitações de técnica, e respeitando o que ela interpreta como *“não gostar que mexam em sua boca”*, o que reforça a idéia da dependência dos serviços públicos, na ausência de outra fonte de informação, uma vez que certamente os indivíduos da sua rede também não receberam algum conhecimento nesse sentido para compartilhar.

A partir do contato com o profissional, e do entendimento das necessidades expostas para a manutenção da saúde oral, Lúcia mostra empenho em, de alguma forma, cumprir sua tarefa nesse sentido. Contudo, apesar de Kaká estar agora no programa de atendimento a bebês, a mãe relata diante de outras necessidades mais prementes, ter esquecido de agendar sua consulta. Suas prioridades não incluíram o profissional de odontologia, o que pode ser trabalhado como um valor a ser incluído na sua rotina.

Sua preocupação diante do hábito da menina chupar o dedo é legitimada pela orientação do profissional de odontologia, que sugere formas de atuação. Porém, a decisão final sobre agir ou não compete à mãe, que no seu sentimento pensa estar privando a menina de algo que ela goste de fazer, reportando-nos à questão das negociações no âmbito familiar. Nessa família, esse é um aspecto que pode ser trabalhado pelos profissionais à luz do referencial, tendo o

conhecimento de que atender as necessidades dos filhos requer dos pais um contínuo processo de transformação.

Cervený (1997) diz que, na realidade sócio- econômica de nosso país se faz necessário um trabalho profilático com as famílias em expansão , para o seu entendimento da nova fase que viverão. A mesma autora afirma que o ideal romântico permeia todas as fases da vida, e que a estabilidade financeira é um grande ideal das famílias. “Nossa sociedade, hoje em plena crise de indefinição dos papéis sociais que devem ser atributos do feminino ou do masculino, cobra dos jovens pais atitudes, comportamentos e sentimentos contraditórios e ambivalentes, sem lhes dar em contrapartida um porto seguro, um modelo, ou uma estrutura de acolhimento” (Cervený, 1997, p 64).

Já na **rede informal** é que se encontra a grande força para a evolução dessa família, representada pela presença da família ampliada, pelo compartilhar a vivência, e até mesmo na ajuda material oferecida por indivíduos da sociedade, que, reconhecendo sua carência de recursos, faz doações. Para Kaká e sua família nuclear, viver com a família ampliada, junto a avó materna e seus filhos, tornou-se uma questão de unir esforços para o atendimento às necessidades materiais e emocionais, uns como cuidadores dos outros, num emaranhado de relacionamentos das duas famílias. Conforme dito anteriormente, o que se constituiu numa força, no sentido de união nas dificuldades e proteção, pode ser também uma fraqueza, na medida em que “o nível de inter-relacionamento deixa espaço para alguns problemas predizíveis [...]. O casamento e/ou os filhos podem trazer mudanças de papel e relacionamento, mas a hierarquia geracional é mantida” (Hines, 2001, p. 451). De fato, nesta família, o pai aparenta não ter reforçado o papel que lhe cabe, mostrando-se mais forte o relacionamento entre avó-mãe-criança.

Hines (2001) reflete que há uma grande dificuldade para as famílias pobres em proverem as necessidades básicas de seus membros, e que, devido à estrutura social vigente, freqüentemente estão sujeitos ao ciclo da pobreza. Isso equivale a dizer que têm asseguradas escolhas iguais, mas não as mesmas oportunidades. Na família em estudo, percebe-se, a exemplo do que relatou Hines, o

sentimento geral de impotência, e a quase total dependência da filantropia ou dos serviços públicos.

A **rede social de apoio** para a mãe de Kaká constitui-se na presença de sua própria mãe, e aparece como fonte importante para a qualidade do cuidado à criança, e para a adequação do papel materno. Dessen & Braz (2000), ao estudarem sobre quem as mães referem como sua principal rede encontraram que: em primeiro lugar surgem o suporte do marido/companheiro, e em segundo lugar o de suas próprias mães. Afirmam também que, o suporte da rede de apoio é fundamental à família e ao indivíduo, e que a principal alteração na rede, segundo as mães pesquisadas, se deu no aspecto psicológico, e segundo os pais, no aumento da ajuda financeira e material. Na Teoria do Desenvolvimento da Família, a valorização das redes de apoio é evidente, visto que entende a família como um subsistema, relacionado a outros, e constituindo o sistema maior que é o contexto social.

6.5.2 Papel do profissional de saúde

Aqui, como em outras famílias estudadas, a presença do profissional da enfermagem foi essencial, desde as primeiras orientações com o bebê. Os ensinamentos para a mãe sobre amamentação, como pegar a criança, como posicionar, entre outros, deram-lhe a oportunidade de viabilizar a alimentação da menina. A carência de recursos, aliada à tranquilidade e confiança de Lúcia nas orientações recebidas e ao bem-estar do bebê, que segundo ela “nem chorava”, formaram um quadro favorável para que Kaká se beneficiasse do aleitamento materno exclusivo até os três meses e meio. Desse modo, o que poderia ser um fato negativo (a carência financeira para prover alimentos), transformou-se num benefício de saúde para a menina.

A atuação da enfermagem continua ao longo do primeiro ano, nas intervenções na Unidade de Saúde, onde encontramos também a presença do médico pediatra. Seu acompanhamento periódico da menina dá a segurança necessária para a mãe, uma vez que fica assegurado pelo médico que o desenvolvimento e crescimento da menina estão adequados aos padrões. O

calendário vacinal também representa um cuidado tido como essencial para a mãe de Kaká, demonstrando a importância do serviço de epidemiologia.

Essa família costuma procurar com frequência a Unidade de Saúde, como um verdadeiro protetor do valor “saúde” adquirido por eles. Este valor é passado nas falas que dizem que “estando com saúde está tudo bem”. Contudo, não fosse a procura da família pelo serviço, o contato com o pediatra poderia acontecer somente na busca ativa da agente comunitária de saúde, através dos seus cadastros e visitas domiciliares.

Já a odontologia se insere timidamente nesse contexto, aparecendo o profissional de odontologia apenas ao completar doze meses de idade, ainda assim por ocasião dessa pesquisa. Após o encaminhamento para o atendimento a bebês na odontopediatria, começa a surgir o interesse pelo cuidado bucal, tendo ainda que ser trabalhado para tornar-se um processo contínuo junto à família. Após as orientações da odontopediatria, os procedimentos técnicos como profilaxia e aplicação tópica de flúor, a e avaliação do risco à cárie, o que se espera é que a mãe incorpore e participe do cuidado bucal, proporcionando uma mudança de comportamento nessa família.

Não há, durante esse primeiro ano, referência a qualquer dos profissionais de saúde que assistiram Kaká para o serviço de odontologia, sequer é feita qualquer orientação no sentido erupção dental, higiene e traumatismos, por exemplo. A odontologia está na área física da Unidade de saúde, mas parece não estar no entendimento integral do indivíduo.

Esta família mostrou-se muito acolhedora e receptiva ao meu trabalho, e a cada novo encontro agendado se percebia a satisfação de Lúcia, por estar sendo acompanhada. A par de todas as limitações de higiene e da precariedade em que vivem, são pessoas amáveis, que encontraram em nossos contatos uma forma de expressão e gratos ao sentimento de que “alguém está se importando com eles”. Há um grande espaço a ser conquistado junto às famílias, que requer mobilidade dos profissionais, gestão e esforços para que se concretize o ideal de saúde que buscamos.

7 UM OLHAR PARA A ODONTOLOGIA

Durante o processo de construção dessa pesquisa, embora atuando na profissão de odontóloga há mais de vinte anos, percebi o quanto incursionar por áreas pouco conhecidas foi desafiador, por vezes inseguro, e quantas vezes me perguntei até onde ir.

Ao final dessa dissertação, surgiu uma reflexão, baseada na percepção da pesquisadora e respaldada na literatura pertinente, desde um breve histórico da profissão, até as possibilidades e necessidades que se apresentam à prática profissional.

Atuando como coordenadora municipal de saúde bucal por cerca de três anos, senti algumas inquietações que me impulsionaram a escrever esse capítulo: a) o perfil jovem dos profissionais os quais coordenei e sua visão ainda reducionista e limitada da atuação em odontologia, pensando a sua área de trabalho essencialmente como a boca e seus anexos, e atuando primariamente ao nível de dentes e cavidade oral; b) a atuação do odontólogo que se restringe ao trabalho em consultório, exercendo procedimentos clínicos e aguardando a procura da clientela; c) os motivos que o levam a aceitar o isolamento em relação a equipe de trabalho, referindo-me aqui aos demais profissionais da saúde nas Unidades de Saúde.

Além disso, freqüentes eram as expressões de descrédito quanto a implementação de propostas no Programa de Saúde Bucal do município com abordagem mais ampla, com busca ativa, com saída a campo. Expressões essas geralmente relacionadas e justificadas pelo fato da descontinuidade dos serviços por parte dos gestores, nas mudanças governamentais, e da exigência por produção numérica de procedimentos (atendimento da demanda).

Tais fatos me fazem pensar que o movimento de mudança deve partir de pelo menos, três vertentes: do poder público como viabilizador político e técnico-

financeiro; do posicionamento e da tomada de consciência dos odontólogos do seu real papel social; e das famílias na busca pela sua cidadania.

A obra de Samuel J. Moysés e Antônio D. Silveira Filho, intitulada "Saúde bucal da família: quando o corpo ganha uma boca", através de seu título instigante, nos remete à reflexão de como se insere a saúde bucal na vida dos indivíduos. No atual paradigma de saúde, pautado no aspecto biopsicossocial, tem ocorrido uma gradual reintegração da boca e dos dentes com o corpo, a par da resistência de modelos fragmentados e puramente biotecnológicos.

Qual é o momento inicial dos cuidados referentes a esse tema? Meu estudo buscou nas famílias em estágios iniciais de expansão, com a chegada do primeiro filho, conhecer suas práticas, habilidades, crenças e conhecimentos, porém, todos os objetivos convergem para um mesmo fim, que é saber como as famílias vivenciam a saúde bucal nessa realidade.

Ao longo do trabalho, outras nuances foram surgindo, como a atuação e a inserção da odontologia no viver das famílias, quer nos serviços públicos ou privados. Curioso é perceber que, ainda que muito se tenha realizado em prevenção e promoção da saúde, nossos índices de doença cárie, a mais prevalente da cavidade oral, sejam inadequados aos padrões mundiais atuais, e nossas crianças e jovens sofram as conseqüências dos desempenhos inadequados de cuidadores, quer das redes formais e qualificadas, quer da atenção familiar, talvez despreparada para tal. A par dos diversos trabalhos desenvolvidos na odontopediatria, ou na odontologia preventiva, carecemos conhecer a realidade das famílias com as quais trabalhamos e suas dinâmicas, investindo na primeira célula social capaz de promover formação e mudanças de comportamento.

Nas leituras realizadas para essa reflexão, um achado curioso despertou minha atenção. O trabalho de Carlota Cozzupoli, denominado "Odontologia na gravidez" datado de 1981, demonstra que há bastante tempo aspectos da odontologia vêm sendo observados por outras profissões. A autora citada é uma enfermeira, e diz que há mais de quarenta anos conhece a importância da presença do odontólogo na equipe de atendimento gravídico-puerperal, mas que

pouco se vê de concreto nessa prática. Investe-se do papel de pesquisadora para pautar seu trabalho para conhecer questões odontológicas na população pré-natal. Analisa o quadro de saúde bucal das gestantes, mitos, medos, preocupações e a atuação do profissional de odontologia nesse segmento de pacientes.

Para mim, a importância desse trabalho reside no fato de mostrar que, mais do que se pensa, já há alguns anos outras áreas da saúde tem percebido a necessidade da interdisciplinaridade e identificado algumas lacunas na odontologia. A par do seu questionamento em estar “invadindo” áreas alheias, Cozzupoli (1981) entende o seu papel de enfermeira como um elo de ligação entre diversos profissionais, e o seu maior contato com os pacientes como uma possibilidade de contribuição na construção de conhecimento em saúde.

A atuação da odontologia, com poucas exceções, tem se limitado a espaços tradicionais, como os consultórios, alguns grupos de pacientes de risco, ou programas governamentais instalados. A busca de novos espaços, e de novas formas de atuação deve caber principalmente ao profissional, que deve receber, na sua formação, subsídios para tal. O surgimento da odontologia como um braço de uma profissão mais abrangente, a medicina, parece representar ainda hoje um limitador do olhar, quer dos profissionais, ou da própria sociedade.

Remetendo-nos as origens da odontologia no Brasil, fazemos uma tentativa de entender alguns aspectos dessa questão. Apesar de instituído oficialmente o ensino da odontologia em nosso país desde 1884, apenas em 1925 surgiu como uma faculdade independente da medicina, no Rio de Janeiro. Até então, existia localizada junto a esses cursos, porém como anexos, com currículo de disciplinas distinto, não havendo disciplinas em comum. (Carvalho, 1995).

Anteriormente, a prática odontológica caracterizava-se como um ofício, essencialmente artesanal, como uma prática “menor” e centrada na “arte de tirar dentes”, à exceção de alguns dentistas, na maioria franceses, que vieram para servir a corte imperial e trouxeram consigo os modelos europeus. Há um longo caminho, até se chegar aos brasileiros que partiram para estudos na Europa e nos Estados Unidos, e que para cá voltaram aplicando seus conhecimentos.

A partir das décadas de 50 e 60, ocorre uma evolução significativa, no que concerne ao desenvolvimento tecnológico e científico, influenciado pelo modelo americano. No entanto, autores como Lyda (1998), relatam que, historicamente, a prática odontológica tem favorecido um predomínio da concepção e da prática de saúde bucal pautada na inversão e reversão de valores, através do alto grau de desenvolvimento tecnológico. O autor aponta que: “eliminando um sintoma da doença, pela extração dental, restaura a condição de normalidade (não sentir dor), mas instaura a anormalidade (não ter dentes), que pode ser reconduzida à sua normalidade por meio de uma prótese e, assim, o que é anormal passa a ser aceito como normal, social e mesmo profissionalmente” (p. 136).

No que concerne às pesquisas em odontologia, percebi que estas, majoritariamente, se voltam às patologias bucais, sendo a primeira delas a cárie dental. Vários são os estudos cujo propósito seja entender e intervir positivamente nessa questão. Freitas (2001), nos mostra a cárie dental sob a seguinte ótica: a cárie segundo o ordenamento vital, e a cárie entendida pelo ordenamento social. No primeiro modelo, os fatores multicausais da cárie são validados, e os estudos centram-se nos conhecimentos ligados aos bioagentes, substrato e hospedeiro. Já no segundo, que aborda a questão social, as variáveis clássicas como idade, sexo, distribuição geográfica, juntam-se às variáveis sócio-econômicas, culturais e comportamentais.

Nessas abordagens, demonstra-se a intenção de elucidar a ocorrência da doença e proporcionar meios de controle da mais prevalente afecção bucal. Contudo, há uma carência de estudos que busquem o contexto familiar, fato vivenciado por mim na construção desse estudo. A odontologia se aproximou do individual, do coletivo, porém até então não se inseriu na matriz da formação do indivíduo, que é a família, e na sua capacidade de promover mudanças, desde que entendida na sua perspectiva desenvolvimental. No meu entendimento, há que se buscar complemento em outras áreas de conhecimento, e promover estudos longitudinais, com marcos teóricos que sigam com a família em seu percurso, como é o caso da Teoria do Desenvolvimento da Família.

Em 1982, com o objetivo de delinear o ensino da odontologia no país, o Conselho Federal da Educação estabeleceu o conteúdo mínimo dos cursos de odontologia, introduzindo matérias da área da psicologia, antropologia social e metodologia científica (Carvalho, 1995).

Parece-me que, a partir daí, a odontologia busca um realinhamento com a nova realidade, embora muitas faculdades mantenham a tônica do exercício da profissão liberal, a par das rápidas mudanças sociais e demandas de saúde do país.

Quanto ao perfil profissional, e à escolha do curso de odontologia, (Carvalho, 1995), diz que há ainda hoje, o “status” social atrelado à profissão, com a imagem de um profissional bem sucedido economicamente, com prestígio social e tempo livre, além de incorporar a idéia de um relacionamento restrito paciente-profissional. Desse modo, as necessidades dos serviços de saúde, na realidade do mercado atual, colocam aos novos profissionais desafios para os quais não foram habilitados. Cabe, portanto uma reflexão sobre o aparelho formador em odontologia. O autor supra-citado acredita que, no século XXI, aspectos da globalização, passarão a exigir “indivíduos capazes de identificar problemas e resolvê-los, integrar soluções e estar apto a trabalhar em equipe”(p. 60).

No meu entendimento, a função social da profissão deve ser ressaltada e estimulada, envolvendo não apenas o profissional que detêm o conhecimento técnico-científico, como também os demais sujeitos dessa relação. A família, como célula social da base dos processos sociais, deve ser ouvida e entendida, para a partir daí gerarem-se estratégias que resultem efetivas e eficazes.

O aumento do número de profissionais não tem contribuído para a melhoria da saúde bucal da população, tendo em vista que a maior parcela desta se utiliza dos serviços públicos, onde, só recentemente, há uma agenda e uma política de saúde bucal específicas. Ainda assim, Carvalho (1995, p. 83) ressalta que: “a pesquisa biológica e de materiais ganhou força na odontologia, em detrimento das pesquisas sociais”. Tal fato demonstra ainda a busca por resultados imediatos e uma proposta utilitarista.

Autores como Carvalho (1995) e Freitas (2001), reforçam a idéia de que a odontologia aparece “mais como um ofício do que como uma ciência”, e que , ao longo de sua evolução, voltou-se a atender as necessidades clínicas da sociedade, sem revestir-se do seu valor social quanto ao impacto sobre costumes e hábitos, bem como a ampliação da “visão de mundo”.

O Brasil comemorou, em 2004, dez anos de implantação do Programa Saúde da Família. Também nesse ano lançou-se uma política nacional de saúde bucal, fato esse inédito, por se tratar da destinação de verbas públicas à atenção odontológica após um censo nacional. Todavia, o questionamento reside nos seguintes fatos: a) não deveria ser essa uma ação intersetorial, onde o sujeito da ação, sendo a coletividade, poderia ter o contexto familiar e suas dinâmicas entendidas? b) sendo um programa que pretende partir da educação em saúde na busca de resultados satisfatórios, educar a quem? Cidadãos, sociedade, família, odontólogos? Reitero meu pensamento de que, se desconhecermos o movimento familiar, sua realidade e dinâmica, corremos o risco de renomear antigas práticas e dar-lhes roupagens novas, sem o embasamento necessário à real mudança de comportamento.

Isto é o que requer o atual enfrentamento dos índices desfavoráveis de saúde bucal da nossa população. Investir em tecnologia, ampliar a atenção, além de adotar medidas de amplo alcance como a fluoretação das águas, obviamente não são atitudes errôneas. O que reflito é que, na busca por resultados imediatistas, sem levar em conta sua continuidade, que poderia se dar através das famílias e suas forças, o caminho é incompleto.

Moysés (1997, p 401) afirma: “não haverá avanço efetivo na organização dos sistemas de saúde enquanto prosseguir (a falsa) problematização que dicotomiza o individual e o coletivo, o clínico e o epidemiológico, o biológico e o social”. O autor cita ainda a visão equivocada entre as práticas clínicas versus educação em saúde oral, como se ambas fossem incompatíveis pela própria natureza. Na sua avaliação essa vertentes devem ser dialeticamente trabalhadas, e diz: “a maior contribuição que o conceito de promoção à saúde poderá dar à

odontologia e às práticas sociais será o respeito ao o ser humano, na manifestação de sua heterogeneidade subjetiva e na objetividade de sua vida social”(p. 402).

Do ponto de vista da epidemiologia, o autor supracitado relata: “através do conhecimento técnico-científico e sócio-cultural, pode-se atuar em pontos acessíveis das cadeias de interação do processo saúde-doença.[...] As condições de vida, as formas de produção e de acesso a bens e serviços, determinarão em maior ou menor grau a presença e a distribuição dos problemas de saúde”. (1997, p. 384).

Atualmente, a expressão que reflete o ideal de atenção à saúde bucal é tida como um **sistema de prevenção à saúde bucal** (Frazão, 1998, grifo nosso), entendido como processos sociais que combinam diferentes ações programáticas periódicas de caráter preventivo e educativo, a fim de controlar e/ou reduzir as doenças bucais que afetam a população, ou grupo social específico. Para esse sistema, apontam-se diversos aspectos a serem observados, como faixa etária, costumes, história do grupo social local, lideranças, práticas alimentares, linguagem, entre outros. Curioso é perceber que, mesmo numa abordagem que pretende ser ampla, extrapolando a área da saúde, a família não seja entendida como um campo de conhecimento capaz de gerar novas formas de atuação profissional.

Na literatura, exceções são as obras que tratam da odontologia nesse contexto, e quando existem, são títulos voltados a orientações, técnicas de higienização, ou outras formas de repassar informação à clientela.

Estamos a passos largos no caminho de novas perspectivas, porém é necessário estarmos atentos também ao perfil profissional daqueles que egressam do nosso aparelho formador, para que tenhamos sustentação e viabilidade a essas novas tendências. Ao se pensar numa mudança do paradigma na odontologia, é inevitável pensar a transformação dos recursos humanos para promoção da saúde bucal.

Aliado à evolução tecnológica que se mostra acentuada, se faz necessária a “ampliação da visão profissional em que odontologia deixe de ser sinônimo de cirurgião-dentista” (Narvai, 1997). Outros profissionais podem e devem

participar, quer no serviço público ou privado, da divisão do trabalho, rompendo o monopolismo profissional. Este passa a ser um grande desafio para os próximos anos, no enfrentamento da nova realidade sócio-econômica-cultural. É necessário que se deixe os discursos veementes de mudanças, de avanços, e que se passe a praticar o que de fato se pretende.

No estudo por mim realizado, uma das fragilidades que, indiretamente, acabei constatando, diz respeito ao quanto o odontólogo é ausente nos espaços potenciais de trabalho, e até mesmo quão despreparado para lidar com situações que envolvam aspectos não técnico-científicos da profissão. Precisamos, como classe, numa busca honesta do nosso papel na sociedade, responder a seguinte questão: para quem e por que estamos laborando? A par do entendimento pessoal da profissão, do crescimento social e econômico, e na provisão de recursos à vida de cada um, penso que é preciso dar sentido aos nossos atos. Entendendo as famílias como sujeitos capazes de interagirem e ser co-autores da transformação, provavelmente estaremos contando com os aliados mais pertinentes à mudança.

Ocorre que, para decidir, é preciso conhecer o objeto da escolha, e aí está o grande diferencial das práticas em saúde. Ao profissional, detentor do conhecimento técnico-científico, cabe compartilhar e ouvir das famílias, entendidas como sujeitos do nosso trabalho, as suas verdades sobre determinados aspectos. Entraremos aí por um caminho de educação em saúde, que, não sendo objetivo da reflexão que ora proponho, poderá se constituir numa discussão posterior.

Narvai (1997, p. 462), diz que: “as propostas de práticas inovadoras, progressistas ou tenham qualquer outra denominação, cumprirão melhor sua função social quanto mais radicalmente assumirem o compromisso de tornar tais práticas acessíveis a todos os brasileiros”. Acrescenta ainda o autor, que é inaceitável conviver com uma realidade em que apenas 5% da população tenham acesso regular a cuidados odontológicos.

Na visão de Garrafa (1997), a bioética pode ser um novo direcionamento à profissão, exigindo abordagens multidisciplinares e multiprofissionais, quer para o trabalho, ou para a formação do profissional de

odontologia. O autor acentua que conotações mais flexíveis devem ser observadas no atual contexto sócio-cultural às ações odontológicas: “com base no respeito, na compreensão, na solidariedade e no direito soberano dos pacientes e das comunidades de decidirem o que seja melhor para suas vidas” (p. 473).

Numa abordagem biopsicossocial, a psicologia da saúde pode contemplar mais amplamente os aspectos psicológicos da adesão do paciente e da sua aceitação de tratamento. Do mesmo modo, tal abordagem permite buscar a promoção do auto-cuidado, vista ainda como uma prática coercitiva por alguns pacientes, desde que não sintam-se ativos no processo.

Moraes e Ongaro (1998), nos dizem que a psicologia aplicada à saúde entende o indivíduo mais que um objeto passivo de determinantes biológicos, psicológicos e sociais. Para os autores, o indivíduo adota estratégias cognitivas, afetivas e comportamentais para o enfrentamento de situações com capacidade potencial de ameaça ao seu bem-estar. Assim, os cuidados com a saúde exigem dos indivíduos estratégias e mudanças no estilo de vida como forma de prevenção de doenças. Para a odontologia, o engajamento dos pacientes nos cuidados bucais reflete uma série de (re) adaptações e de compreensão dos fenômenos. Tratando-se de doenças não percebidas prontamente pelos indivíduos, como cáries incipientes, desmineralização, problemas periodontais, entre outras formas silenciosas dos males bucais, o significado e a obtenção dos resultados através da mudança comportamental precisam ser validados pelos profissionais.

Moraes e Ongaro (1998) consideram: “ser vigilante com a própria saúde implica a capacidade de auto-observação e interiorização de interdições sociais, que são características da determinação do superego contra a satisfação das vontades (comer sem restrição, negligenciar hábitos higiênicos, etc)”. Avalio que, entre outros, esses conhecimentos igualmente devem fazer parte da formação e do trabalho cotidiano do odontólogo, apresentando-se também como um caminho, um facilitador da ação de promoção à saúde.

Reitero meu pensamento que, muitas são as possibilidades da prática profissional, passando pelo entendimento das suas origens, até a evolução do

pensamento atual. Porém, ao trabalhar uma pesquisa com famílias, concluo que, inserindo-se no seu modo de ver, viver e pensar o mundo, o odontólogo provavelmente encontraria maior “rapport” para suas ações.

Não temos aqui todas as respostas; sequer fizemos todas as perguntas. Abrimos, porém, um caminho para a reflexão das profissões da saúde, num pensar e agir **com** e não apenas **para** as famílias.

A política de trabalho alicerçada no tripé educação/prevenção/tratamento, embora atual, tem deixado à margem o universo das famílias. Sem conhecê-las, torna-se menos produtiva qualquer proposta de atuação. O estudo por mim realizado se propõe a somar conhecimentos na busca de subsídios para a atuação mais contextualizada dos profissionais de odontologia, visando o compartilhar saberes com demais áreas da saúde e com a população.

Não pretendi, ao buscar essa reflexão, criticar, legitimar ou invalidar saberes e práticas de saúde no que respeita a odontologia. Meu objetivo foi sim, colocar no contexto evolutivo, a possibilidade de releitura do nosso percurso, na permanente busca pela excelência da profissão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, A. R.; SOUZA, A. M. A.; OLIVEIRA, V. L. M.; SILVA, Y. F. Saúde e doença: uma abordagem cultural. *In*: FLORES e SILVA, Y.; FRANCO, M. C. **Saúde e doença: uma abordagem cultural da enfermagem**. Florianópolis: Papa-livro, 1996.

ÂNGELO, M. BOUSSO, R. S. **Manual de enfermagem**: fundamentos da assistência à família em saúde. Disponível em: <<http://ids.saude.org.br/enfermagem>>. Acesso em jan. 2003.

ARAÚJO, I. C. de. **Casa de Saúde Bucal no Município de Belém**. Disponível em: <<http://odonto.com.br/coluna.asp?cod=48>>. Acesso em: 16 set. 2003.

_____; ARAÚJO, M. V. de A. **Prevenção precoce em odontopediatria**. 12 mar. 2003. Disponível em: <<http://odonto.com.br/coluna.asp?cod=65>>. Acesso em: 22 ago. 2003.

ARMITAGE, G. C. **Periodontal disease and pregnancy**: discussion, conclusions and recommendations. *Ann Periodontol*. Vol 6 Number1. December 2001.

BACKETT, M. E.; DAVIES, A. M.; BARVAZIAN, A. P. **O enfoque de risco na assistência à saúde**. Editora OPAS, 1985

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Trad. Luis Antero Reto; Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70. Press Universitaires de France, 1977. (Texto original).

BERTHOUD, C. M. E.; BERGAMI, N. B. B. Família em fase de aquisição. *In*: CERVENY, C. M. de O.; BERTHOLD, C. M. E.; *et al.* **Família e ciclo vital**: nossa realidade em pesquisa. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

BOEHS, A. E. Construindo um marco conceitual e um processo de enfermagem para cuidar de famílias em expansão. *In*: ELSEN, I.; PENNA, C. M. M.; ALTHOLFF, C. R.;

BUB, L. I. R.; PATRÍCIO, Z. M. (Org). **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis: UFSC, Repensul, 1994.

BOGDAN, R. C.; BICKLEN, S. K. **Investigação qualitativa em educação**. Portugal: Porto Editora, 1994.

BRADT, J. O. Tornando-se pais: famílias com filhos pequenos. *In*: CARTER, B. Mc. GOLDRICK, M. **As mudanças no ciclo familiar**: uma estrutura para a terapia familiar. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Projeto SB Brasil**: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Resultados principais. Brasília: MS/SAS. Departamento de Atenção Básica, Coordenação de Saúde Bucal.

CARTA DE OTTAWA. Primeira Conferência Internacional sobre promoção da saúde. Ottawa, novembro de 1986. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>

CARTER, B.; GOLDRICK, M. **As mudanças no ciclo de vida familiar**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

_____. **As mudanças no ciclo de vida familiar**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.

_____. As mudanças no ciclo familiar: uma estrutura para a terapia familiar. *In*: **As mudanças no ciclo de vida familiar**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

CARVALHO, A. C. P. **Educação e saúde em odontologia**: ensino da prática e prática do ensino. São Paulo: Livraria Santo Editora Ltda., 1995.

CAVALCANTI, A. L.; BENILDA, C. R. **Avaliação do conhecimento dos pais sobre saúde bucal na primeira infância**. Disponível em: <http://www.visasaude.com.br/artigos/carie_infancia.htm>. Acesso em 22 ago. 2003.

CERVENY, C. M. de O.; BERTHOLD, C. M. E.; *et al.* **Família e ciclo vital**: nossa realidade em pesquisa. São Paulo : Casa do Psicólogo, 1997.

COURA, M. L. P. **Guia odontológico para os pais: cuidados necessários com a gestante, o bebê, a criança, o adolescente, o adulto e o idoso.** Belo Horizonte: S/N, 2001.

COZZUPOLI, C. A. **Odontologia na gravidez.** São Paulo: Panamed, 1981.

CRUZ NETO, O. O trabalho de campo como descoberta e criação (Capítulo III). *In:* MINAYO, M. C. de S. (org.) **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

DEMO, P. **Pesquisa: princípio científico e educativo.** São Paulo: Cortez Autores Associados, 1991.

DENARDIN, M. de L. *In:* ELSEN, I. *et al.* **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença.** Maringá, PR: Eduem, 2002. 460 p.

DESLANDES, S. F. A construção do projeto de pesquisa. (Capítulo II). *In:* MINAYO, M. C. de S. (org.) **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

DESSEN, M. A., BRAZ, M. Famílias e Rede de apoio. **Psicologia: teoria e pesquisa.** Brasília, v.16, n. 3, p. 221-231, set/dez 2000.

DUARTE, P. R. **A estreita relação entre amamentação e o desenvolvimento facial do recém-nascido.** Disponível em: <http://viasaude.com.br/prevencao/odonto_ama.htm>. Acesso em: 16 set. 2003.

ELSEN, I. Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. *In:* ELSEN, I., MARCON, S. S., SILVA, M. R. S. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença.** Maringá: Eduem, 2002.

_____ ; PENNA, C. M. M.; ALTHOLFF, C. R.; BUB, L. I. R.; PATRÍCIO, Z. M. (Org). **Marcos para a prática de enfermagem com famílias.** Florianópolis: UFSC, Repensul, 1994.

FERREIRA, A. B. de H. **Dicionário de Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FLORES e SILVA, Y.; FRANCO, M. C. **Saúde e doença: uma abordagem cultural da enfermagem**. Florianópolis: Papa-livro, 1996.

FREITAS, S. F. T. **História social da cárie dentária**. Bauru: EDUSC, 2001.

FUKUI, L. Família: conceitos, transformações nas últimas décadas. *In*: PALMA, S. S.; *et al.* **Famílias: aspectos conceituais e questões metodológicas em projetos**. Brasília, DF; São Paulo: MPAS/SAS, Fundap, 1998.

FULMER, R. H. Famílias de baixa renda e famílias com formação profissional: uma comparação da estrutura e do processo de ciclo de vida. *In*: CARTER, B.; GOLDRICK, M. **As mudanças no ciclo de vida familiar**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.

GARRAFA, V. **Bioética e odontologia**. *In*: ABOPREV. Promoção da saúde bucal. São Paulo: Artes Médicas, 1997.

GUEIROS, D. A. **Família e proteção social**: questões atuais e limites da solidariedade familiar. *Rev. Serviço Social e Sociedade*. São Paulo: Cortez, n. 71, ano XXIII. (Especial 2002).

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 8. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001.

HINES, P. M. O ciclo de vida das famílias negras pobres. *In*: CARTER, B.; GOLDRICK, M. **As mudanças no ciclo de vida familiar**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.

HOFFMANN, A. C. O. S. **Promovendo a saúde da família na fase da adolescência**. Monografia do curso de Especialização em Saúde da Família. UFSC, 1999.

ISSÁO, M., GUEDES-PINTO, A. C. **Manual de odontopediatria**. 10. ed. São Paulo: Pancast, 1999.

IYDA, M. **Saúde bucal: uma prática social**. In: Ciências Sociais e saúde bucal – questões e perspectivas. Bauru: EDUSC, 1998.

KICKBUSCH. In: **Promoción de la Salud: una antología**. Washington, D.C.: OPS, 1996, 404 p.

KIRCHNER, U. L.; MENDONÇA, L. L.; COSTA, R. N. **Educação para a saúde bucal: manual para o ensino na escola de primeiro grau 1ª a 4ª séries**. Belo Horizonte: Editora UFMG/ISHIS, 1992.

KLEIN, D. D.; WHITE, J. M. **Family theorie: an introduction thousand oaqs**. Sage Publication, 1996.

KRAMER, P. F. *et al.* **Promoção de Saúde Bucal em Odontopediatria**. São Paulo: Artes Médicas, 2000.

KRIEGER, L. **Promoção de saúde bucal**. São Paulo: ABOPREV/Artes Médicas, 1997.

_____, L. (coord.) **Promoção de Saúde Bucal**. ABOPREV, Artes Médicas, 1997.

LUDKE, M., ANDRÉ, M.E.D. **Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MARCON, S. S. A difícil arte de compartilhar desejos. In: ELSEN, I., MARCON, S. S., SILVA, M. R. S. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: Eduem, 2002.

MARCONDES, E., ISSLER, H.; LEONE, C. **Pediatria na atenção primária**. São Paulo: Sarvier, 2002. 437 p.

MEDEIROS, U. V. de; SOUZA, M. I. de C. de; FONSECA, C. T. Prevalência de

cáries em pacientes bebês. **Jornal Brasileiro de Odontopediatria & Odontologia do Bebê**, ano 1, v. 1, n. 3, jul./set. 1998, p. 23-34.

MELO, S. S.; MATOS, C. H.; LORASQUI, G. Desejos, aversões e crenças alimentares e suas influências sobre o estado nutricional de gestantes. **Alcance**. Itajaí, ano VI, n. 4, p. 55-61, dez 1999.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 4 ed. São Paulo: Hucitec, 1996. 255 p.

MIOTO, R.C.T. Família e Serviço Social. **Serviço Social e Sociedade**. Ano XXII, n. 55, p. 114-130, nov. 1997.

MONTE ALTO, L. A. *et al* O papel do aleitamento materno no crescimento e desenvolvimento do recém-nato. **Methodus**: revista científica e cultural, Rio de Janeiro, v. 3, n. 3, p. 61-68, jan./jul. 2000

MONTICELLI, M. Rituais de vida e de cuidado com o nascimento humano. In: ELSEN, I., MARCON, S. S., SILVA, M. R. S. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: Eduem, 2002.

MORAES, A. B. A., ONGARO, S. **Contribuição da psicologia da saúde à odontologia**. In: Ciências Sociais e saúde bucal – questões e perspectivas. Bauru: EDUSC, 1998.

MORAES, E. M. F. de. **Aleitamento materno e saúde bucal**. Disponível em: <<http://www.aleitamento.org.br/odonto1.htm>>. Acesso em: 2 set. 2003.

MORAES, I. N. **Elaboração da Pesquisa Científica**. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu Editora, 1990, 243 p.

MOYSÉS, S. J. **O conceito de promoção da saúde na construção de sistemas de atenção em saúde bucal coletiva**. In: ABOPREV. Promoção da saúde bucal. São Paulo: Artes Médicas, 1997.

_____; SILVEIRA FILHO, A. D. **Saúde bucal da família: quando o corpo ganha uma boca**. Rio de Janeiro: CEBES, 2002,

NAKAWA, L. **Educar prevenindo e prevenir educando**. Odontologia no primeiro ano de vida. Londrina, PR, 1994. 61 p. (Dissertação apresentada no Programa de Mestrado no Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina)

NARVAI, P. C. **Recursos humanos para promoção da saúde bucal**. In: ABOPREV. Promoção da Saúde bucal. São Paulo: Artes Médicas, 1997.

NEWBRUN, E. **Cariologia**, São Paulo: Santos, 1989.

ODONTOCAT. **Técnicas para eliminar la placa bacteriana**. Disponível em: <<http://www.odontocat.com/prevplacaca.htm>>. Acesso em: 12 out. 2003.

OPPERMANN, R. RÖSING, C. K. B. **Periodontia: Ciência e clínica** São Paulo: Artes Médicas, 2001. 458p.

PAUL; C., FONSECA, A. M. **Psicossociologia da saúde**. Lisboa: Climepsi editores, 2001

PECKENPUGH, N. J.; POLEMEN, C. M. **Nutrição: essência e dietoterapia**. 7. ed. São Paulo: Roca, 1997.

PINTO, V. G. **Saúde bucal coletiva**. 4. ed. São Paulo: Santos Editora, 2000.

PROMOCIÓN DE LA SALUD: UNA ANTOLOGÍA. Washington, D.C. : OPS, 1996
404 p.

RAMOS, B. C. ; MAIA, L.C. Cárie tipo mamadeira e a promoção de saúde em crianças de 0 a 4 anos. **Revista de Odontologia Universidade de São Paulo**, v.13, p.303 – 311, jul / set . 1999.

ROWE, G. P. The developmental aconceptual framework to the study of the family. In: NYE, S. & BERNARDO, F. **Emerging conceptual framework in family snolips**.

New York: Praeger Published, 1981.

SIGERIST, H. E. **Medicine and Human Welfare**. New Haven: Yale University Press, 1941, p. 93

SILVA, L. F. et all. Família e redes sociais: o uso das práticas populares no processo saúde e doença. In: FLORES e SILVA, Y.; FRANCO, M. C. **Saúde e doença: uma abordagem cultural da enfermagem**. Florianópolis: Papa-livro, 1996.

SZYMANSKI, H. **Viver em família como experiência de cuidado mútuo**: desafios de um mundo em mudança. Serviço Social e Sociedade. São Paulo: Cortez. n. 71, ano XXIII, p. 9-25. (Especial 2002).

TRENTINI, M. PAIM, L. **Pesquisa em enfermagem**: uma modalidade convergente assistencial. Florianópolis. EdUFSC, 1999. 162 p.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais**. A Pesquisa Qualitativa em Educação. Augusto. São Paulo: Editora Atlas, 1994.

UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ. Pró-Reitoria de Ensino. **Elaboração de trabalhos acadêmico-científicos**. Itajaí, SC: UNIVALI/Pró-En, 2003. 101 p. (Cadernos de Ensino. Formação Continuada Ensino Superior. Ano 2, n. 4)

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. São Paulo: HUCITEC, 1999.

VIEIRA, S.; HOSSNE, W. S. **Metodologia Científica para a área de saúde**. Rio de Janeiro, Ed Campus, 2001, 192 p.

VITIELLO, N. **Redação e apresentação de Comunicações Científicas**. São Paulo: Fundo Editorial BYK, 1998.

WAYNE, S. C. A construção do paradigma da promoção de saúde: um desafio para as novas gerações. In: KRIEGER, L. **Promoção da saúde bucal**. São Paulo: Artes Médicas, 1997. p. 1-26.

WHALLEY, L. T., WONG, D. L. **Enfermagem pediátrica**: elementos essenciais à intervenção efetiva. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

WILSON, L. et all. **Trabalhando com famílias**. Livro de trabalho para residentes. Curitiba: SMS, 1996.

APÊNDICE A

ROTEIRO DE ENTREVISTA

MÃE/PAI /Outras pessoas que estejam com a criança no seu dia-a-dia e participem no seu cuidado (avós, tios , irmãos, outros).

- O que entende por saúde bucal?
- Quais os cuidados que utiliza em saúde bucal?
- O que aprendeu em casa (com sua família) sobre saúde bucal? Com quem?
- Aprendeu com outros? Com quem, o quê?

GRAVIDEZ

- Recebeu alguma orientação em higiene bucal durante a gestação?
- Recebeu atendimento odontológico durante a gestação?

A CRIANÇA

- Julga importante a higienização bucal do seu filho?
- Após o nascimento do bebê, teve alguma orientação em saúde bucal para a criança?
- Consegue aplicar as orientações? Quais?
- Como é a alimentação da criança?

APÊNDICE B

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

- 1) O domicílio
- 2) Higiene geral
- 3) A alimentação do bebê
- 4) Higiene bucal do bebê
- 5) Hábitos parafuncionais
- 6) A relação mãe / filho e a relação rede de apoio/ criança
- 7) Os moradores / condições e rotina da saúde e higiene bucal

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO

UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ

PROGRAMA DE MESTRADO EM SAÚDE E GESTÃO DO TRABALHO

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: SAÚDE DA FAMÍLIA

Prezado(a) Sr(a). Secretário (a) Municipal de Saúde

Karen Suyan Clezar Fantini, mestranda do Curso de Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho da UNIVALI está desenvolvendo uma pesquisa acerca dos cuidados em saúde bucal nas famílias, denominada “A família em expansão: um espaço para a promoção da saúde bucal”.

O referido projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da UNIVALI e consta de uma aproximação com famílias para observação e aplicação de uma entrevista. Para a execução do trabalho, solicito por este meio sua autorização para atuação nesse Município, tendo em vista ser aqui o desenvolvimento da minha prática profissional.

Informo que, conforme os preceitos éticos em pesquisa, as informações que me forem concedidas serão utilizadas exclusivamente para fins de pesquisa, sendo mantido sigilo sobre a identidade dos informantes e seus domicílios.

Comprometo-me também em fornecer-lhe uma cópia do relatório final do trabalho, a fim de que se possa utilizar de seus dados caso julgue pertinente.

Portanto, sua aquiescência será de grande valia para essa pesquisa. Na expectativa de acolhida de minha solicitação, agradeço antecipadamente.

Secretário Municipal de Saúde

Karen Suyan Clezar Fantini
Odontóloga

Local e data

APÊNDICE D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,
RG nº _____, declaro que fui devidamente esclarecido quanto aos objetivos da pesquisa que tem por título “A família em expansão: um espaço para a promoção da saúde bucal”, proposta pela Sra. Karen Suyan Clezar Fantini, mestranda do Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho da Univali.

Também fui esclarecido que os resultados estarão acessíveis para meu conhecimento, se assim o desejar. A pesquisadora informou que a identidade dos participantes será preservada, bem como o domicílio, quando da divulgação dos resultados da pesquisa. Além disso, estou ciente que poderei interromper o fornecimento de informações no decorrer do trabalho.

Tendo compreendido plenamente os propósitos e a forma de coleta dos dados da pesquisa, é de livre e espontânea vontade que participarei do trabalho, fornecendo as informações, através de entrevista, tendo como local meu domicílio.

Para tanto, assino o presente instrumento.

Local e data

Assinatura

ANEXOS

1. Autorização para pesquisa em seres humanos

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)