



## **(DES) CENTRALIZANDO O CUIDADO: MÃES CUIDADORAS**

*DECENTRALIZANDO EL CUIDADO: MADRES CUIDADORAS*

---

### **Thereza Cristina de Souza Mareco**

Graduada em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília – UnB, Mestra em Ciências e Tecnologias em Saúde pela Universidade de Brasília – UnB, Doutoranda em Relações Interculturais pela Universidade Aberta de Portugal – UAB/PT. E-mail: thereza.csm@hotmail.com

### **Silvia Maria Ferreira Guimarães**

Antropóloga, Doutora em Antropologia, Professora Adjunta do Departamento de Antropologia na Universidade de Brasília – UnB. Brasília – DF, Brasil. E-mail: guimaraes.silva@gmail.com

### **Mariane Sanches Leonel de Sousa**

Graduada em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília – UnB, Mestra em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília. E-mail: msanchesleonel@gmail.com

### **Carlos Alberto Pereira de Oliveira**

Advogado, Mestre em Educação, Vice-Diretor do Instituto Multidisciplinar de Formação Humana com Tecnologias da UERJ. E-mail: caoeduc@gmail.com



## **RESUMO**

Este estudo teve como objetivo observar como se operacionalizam os cuidados da mãe com seus filhos, quais os itinerários terapêuticos que elas seguem, bem como analisar como os profissionais da saúde reagem frente a esse movimento das mães que abarcam conhecimentos e práticas diversas. Esta pesquisa, de base qualitativa, optou pelo método etnográfico e as técnicas de observação participante, junto a aplicação de questionário semiestruturado, para analisar as percepções e práticas desencadeadas por essas mulheres sobre os cuidados e interação com os serviços de saúde. Oito mulheres que residem nas cidades de Ceilândia – DF e Taguatinga – DF participaram desta pesquisa, que foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do

Instituto de Humanas da UnB. Este estudo constatou que na atualidade o saber médico ainda tem forte controle sobre a conduta adotada nos cuidados infantis, excluindo, assim, a autonomia da mãe nesse processo. Contudo, verificou que as mães cuidadoras familiares buscam acionar os saberes e práticas a partir de suas perspectivas. Assim, esta pesquisa destacou a grande relevância da elaboração de mais estudos voltados à área da saúde popular, abordando os saberes e tecnologias próprias, pois nesse contexto estão as cuidadoras, as quais são subjugadas e sofrem violência institucional. Ademais, apontou a importância de os profissionais investirem em estudos sobre práticas de cuidados, para que as políticas, promoção e prevenção da saúde sejam

disseminadas com a finalidade de atender as singularidades dos sujeitos.

**Palavras-chave:** Cuidado. Criança. Relação Mãe-Filho.

## RESUMEN

Este estudio tiene como objetivo observar cómo se operacionaliza el cuidado de la madre con sus hijos, los itinerarios terapéuticos que siguen, así como analizar cómo reaccionan los profesionales de la salud ante este movimiento de madres que adoptan diversos conocimientos y prácticas. Esta es una investigación cualitativa que analiza las percepciones y prácticas desencadenadas por estas mujeres sobre la atención y la interacción con los servicios de salud. El método etnográfico y las técnicas de observación participante se utilizaron junto con un cuestionario semiestructurado. Ocho mujeres que viven en las ciudades de Ceilândia - DF y Taguatinga - DF participaron en esta investigación, la cual fue aprobada por el Comité de Ética de Investigación del Instituto Humano de la UnB. Se encontró que hoy en día el conocimiento médico todavía tiene un fuerte control sobre cómo se debe hacer el cuidado infantil, excluyendo la autonomía de la madre en este proceso. Sin embargo, las madres cuidadoras familiares buscan desencadenar el conocimiento y las prácticas desde sus perspectivas. Por lo tanto, es de gran importancia que haya cada vez más estudios centrados en la salud popular que aborden sus propios conocimientos y tecnologías, porque en este contexto, son los cuidadores quienes están subyugados y sufren violencia institucional. Además, es importante que los profesionales inviertan en estudios sobre prácticas de atención, para que las políticas de salud, promoción y prevención se difundan para abordar la singularidad de los sujetos.

**Palabras-clave:** Cuidado. Niño. Relación Madre-Hijo.

## INTRODUÇÃO

Nos diversos contextos e segmentos da sociedade brasileira, a família é a primeira fonte de cuidado da saúde. As mães agenciam o cuidado na interação com o sistema médico oficial, configurando um sistema médico familiar, alternativo e complementar ao sistema médico científico (BOLTASKI, 1978; OLIVEIRA *et al.*, 2014). O conhecimento dessas mulheres sobre processos de saúde-adoecimento no âmbito familiar está baseado em outros parâmetros, isto é, em outras racionalidades e práticas, diversa da biomedicina, que contemplam saberes e práticas de sistemas médicos variados, inclusive biomédicos.

Essas mulheres dominam saberes e práticas encontrados em contextos populares que não são reconhecidos muitas vezes pela medicina oficial, ou biomedicina, o que faz suas ações serem mediadas por relações de força (BARBOSA *et al.*, 2004; GUIMARÃES, 2017). Há a hegemonia do saber biomédico, no entanto, nas questões de saúde-adoecimento infantil, o papel da mãe é decisivo, pois ela irá desenhar os caminhos e as escolhas do itinerário terapêutico, apesar dos cuidados desencadeados pelas mães perante os filhos serem desconsiderados pelos médicos, pois a relação de poder que o saber científico obtém deixa aquém outros saberes, como os cuidados tradicionais que as mães tem com os seus filhos (BOLTASKI, 1978).

As mães agenciam o cuidado, ou seja, fazem uma triagem sobre os itinerários terapêuticos, que inclui o saber biomédico. Os itinerários terapêuticos se constituem nos caminhos seguidos na busca por terapêutica em meio à rede de relações sociais dos sujeitos, o que envolve negociações e conflitos (GERHARDT, 2006).

Portanto, de acordo com Ibañez-Novión (2012), cada indivíduo cuida de si e de sua família de determinada forma, ou seja, algumas buscam, primeiramente, fazer remédios caseiros antes de procurar o sistema de

saúde oficial, outros já buscam benzedei-  
ras e outros cuidadores. Sendo frisado por  
Loyola (1978) que além da eficácia desses  
saberes populares as pessoas buscam por  
práticas populares devido a aspectos finan-  
ceiros, por serem mais baratas, de acesso  
imediatos e não fazerem uso de intervenções  
agressivas. E, também, segundo Minayo  
(2010), porque encontram uma compreen-  
são do processo de saúde-adoecimento  
que se coaduna com seu modo de viver,  
seus saberes e práticas de cuidado. Assim,  
alguns autores apresentam uma discussão  
sobre a importância do papel da mãe e cui-  
dadores de crianças na promoção da saúde.

Diante desse cenário, este trabalho teve  
como objetivo compreender como um  
grupo de mulheres criam essas estratégias  
de cuidado e como elas se relacionam com  
o sistema oficial de saúde, com o intuito  
de fortalecer a disseminação das políticas  
de promoção e prevenção da saúde a fim  
de atender às singularidades dos sujeitos.  
Ademais, buscou evidenciar a necessidade  
de estudos voltados para a área da saúde  
popular que abordem os saberes e tecno-  
logias próprias, pois, nesse contexto, estão  
as cuidadoras. Isso devido ao fato dessas  
mulheres serem subjugadas e sofrerem  
violência institucional, frisando assim a  
importância dos profissionais investirem em  
estudos sobre práticas de cuidados, para  
que as políticas públicas contemplem os  
diversos sujeitos em suas singularidades.

## **METODOLOGIA**

Este trabalho é uma pesquisa qualita-  
tiva, marcada pela abordagem das Ciências  
Sociais na Saúde Coletiva, procurando  
entender as perspectivas e pontos de vista  
sobre o grupo estudado. A pesquisa qua-  
litativa busca conhecer as singularidades  
do objeto estudado e como ocorrem os  
processos e não apenas o resultado final  
(OLIVEIRA, 2008).

Nesse sentido, este estudo buscou ana-  
lisar como as mães atuam como terapeutas  
familiares ao cuidar dos seus filhos, desde  
os aspectos singulares até os recorrentes.  
Assim, seu objetivo foi discutir como  
são os cuidados com a saúde que a figura  
materna tem perante seus filhos, e como  
se dá esse relacionamento no decorrer  
do ciclo de vida da criança da gestação até  
os 2 anos de idade.

Os dados levantados consistiram em  
descrições detalhadas de situações com o  
objetivo de compreender o objeto de estudo  
em seus próprios termos. Portanto, trata-se  
de dados que não são padronizados como  
os dados quantitativos, mas sim rearranjados  
a partir de categorias temáticas encontradas  
nas narrativas dessas mulheres. O momento  
da coleta de dados é marcado pela busca  
de narrativas, portanto, foi flexível e criativo  
com o intuito de deixar essas mulheres fala-  
rem sobre os temas levantados (ALMEIDA,  
2013). E as entrevistas foram individuais.

Portanto, este estudo foi inspirado na  
etnografia, no desenho ou descrição do  
grupo social e busca por uma teoria do  
social. Desse modo, buscou abstrair os sig-  
nificados para compreender como eles são  
interpretados e direcionados às atitudes do  
grupo estudado. Nessa pesquisa, a obser-  
vação participante foi utilizada por meio de  
diários de campo e de entrevistas semies-  
truturadas, em que as mulheres puderam  
falar livremente.

Os dados (entrevistas e diário de campo)  
foram transcritos e analisados de acordo  
com o objetivo proposto. A disposição dos  
dados resultou em cinco unidades temáticas  
que, de acordo com Minayo (2010), podem  
ser analisadas utilizando três fases: pró-aná-  
lise, exploração do material e tratamento  
dos resultados, juntamente com a interpre-  
tação dos dados.

A pesquisa foi realizada no Distrito  
Feral – DF, nas Regiões Administrativas  
de Ceilândia e Taguatinga, no período de  
janeiro a dezembro de 2016. Por se tratar  
de uma pesquisa qualitativa, as mulheres

colaboradoras foram selecionadas a partir de um grupo inicial de oito mulheres que desejaram participar da pesquisa, vide tabela 1. Deu-se preferência por mulheres de classe popular. Seus nomes são fictícios para protegê-las. Quanto aos aspectos éticos, a pesquisa teve parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Humanas da UnB (Número do Parecer: 783.155, Data da Relatoria: 29/08/2014).

**Tabela 1** – Perfil das Mães Cuidadoras.

LOGRADOURO	IDADE	PROFISSÃO	ESTADO CIVIL	QUANTIDADE DE FILHOS	ESCOLARIDADE
Ceilândia - DF	43	Técnica de Enfermagem	Casada	2	Ensino Superior Completo
Taguatinga - DF	25	Manicure e Cabeleireira	Casada	1	Ensino Médio Completo
Taguatinga - DF	39	Secretaria	Solteira	2	Ensino Médio Completo
Taguatinga - DF	48	Autônoma	Casada	3	Ensino Superior Incompleto
Taguatinga - DF	53	Do lar	Casada	3	Ensino Médio Completo
Taguatinga - DF	49	Do lar	Casada	3	Ensino Fundamental Incompleto
Ceilândia - DF	57	Auxiliar de Serviços Gerais	Casada	7	Não foi Informado
Taguatinga - DF	53	Auxiliar de Serviços Gerais	Casada	3	Ensino Médio Completo

Fonte: Elaboração própria (2019).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### O PRIMEIRO MOMENTO, DA GESTAÇÃO AO PARTO

Os saberes e práticas das mães que atuam como terapeutas familiares são modos de conhecimento locais, sendo criados pelos diversos grupos sociais em que as mães estão inseridas e, portanto, são entendidos no plural. Essas mulheres não são especialistas, mas, de acordo com Ibañez-Novión (1978), atuam no sistema popular, buscando seus itinerários terapêuticos próprios. Sua especialidade se restringe ao grupo doméstico, no qual desenvolvem habilidades para lidar especificamente com seus familiares. Assim, elas passam a conhecer as pessoas do seu grupo doméstico e como essas se expressam em sua totalidade (IBAÑEZ-NOVIÓN,

1978). Ao longo do ciclo de vida de seus filhos, essas mães desenvolvem habilidades especiais, técnicas corporais e seus sentidos (tato, olfato, audição, e sentidos oníricos) que as permite cuidar dos seus.

Vale salientar que os saberes das mães, cuidadoras familiares, se fazem ou se recriam por meio da troca de conhecimento. As informações produzidas pela biomedicina compõem uma dessas fontes de saberes. A primeira gestação surge como algo novo, e essas mulheres passam a se inserir em outro universo, do planejamento e das tecnologias envolvidas nesse processo, pois antes umas faziam uso de remédios e outras seguiam o ciclo menstrual. A partir da gestação, elas se veem na presença de um saber médico hegemônico e criam estratégias para lidar com esse novo conhecimento mais intenso sobre seus corpos. Portanto, diante da presença do discurso médico marcante, a preparação

para o parto toma contorno após a descoberta da gestação. Assim, explica Margarida:

Não eu não sabia nem o que era remédio nem camisinha. Eu não evitava ter filho. O primeiro filho eu não sabia como prevenir, mas eu queria ter. Quando eu tive meus outros dois filhos eu tomava remédio para prevenir.

A experiência do parto é vivenciada por expectativas e realidade de cada mulher (NOZAWA; SCHOR, 1996) (LOPES *et al.*, 2005). Assim, o momento do primeiro parto foi marcado pela novidade, desconhecimento e falta de informação por parte dos médicos. Essas mulheres encontravam-se totalmente inseridas no ambiente hospitalar, dependentes das informações dos profissionais de saúde e sujeitas às intervenções para ter o bebê.

Em 1992, da primeira filha, o parto foi espontâneo e eu não tinha experiência na área e eu não tinha experiência de nada, eu não sabia nada, nada, então eu senti as dores aí eu fui para o HRT (Hospital Regional de Taguatinga) e quando cheguei lá, naquela época fazia lavagem intestinal, eu cheguei lá e a menina não me falou nada, ela pegou me virou assim fez a lavagem intestinal e saiu e não falou nada. Aí eu fiquei com a barriga doendo, eu pensava: aí meu Deus que dor de barriga (já pensou eu segurando uma lavagem intestinal)? (Alfazema)

Só que teve um que eu tomei um susto e ele morreu com 7 meses de grávida ele nasceu morto, eu tomei um susto, eu passei mal, eu fui ao médico, o médico falou: "não é nada não ele tá bonzinho, ele tá aí dentro direitinho". Depois a barriga não cresceu mais, diminuiu a barriga, aí passou

o tempo, passou o tempo, a criança estava morta. (Rosa)

Essas mulheres relatam os problemas que enfrentaram em algumas das gestações que tiveram. As angústias iam da impossibilidade de ter filho, passando pelo mal-estar causado pela gestação, como, por exemplo, enjoos, até as informações sobre o bebê (NOZAWA; SCHOR, 1996). Alfazema explica: "da primeira, eu passei uns 3 anos de casada para ter filho, da primeira eu fiquei quase um ano tentando ter filho, eu achava até que não podia engravidar".

Diante da gestação e dos problemas que algumas apresentaram, essas mulheres se apoiaram nos serviços de saúde e na figura do especialista médico, o qual muitas vezes desconsidera os saberes dessas mulheres (PIRES *et al.*, 2015). Em alguns casos, elas faziam medicamentos caseiros como chás ou adequavam à alimentação. A maioria das mulheres seguia, exclusivamente, o tratamento médico, outras utilizavam outras vias alternativas de cuidado. Margarida explica:

Eu só tomava medicamento passado pelo médico. Eu tomava remédio e não queria ter tomado também outros remédios passados por outras pessoas, porque poderia não me fazer bem. Por sua vez, Gardênia narra: Não (não tomava remédio caseiro), mas eu tinha, eu tinha muita cólica e tomava remédio passado pelo médico.

Alfazema justifica sua alternativa:

Assim, como o meu marido é homeopata a gente gosta de chá, tanto é que era em último caso que eu tomava alguma droga, até hoje eu gosto muito de chá, eu tomava assim chá de camomila, hortelã que eu sempre gostei, até hoje, mais o meu marido trazia muita camomila porque é calmante e o de hortelã eu tomava porque eu gosto mesmo.

O pré-natal é uma rotina para monitorar o bebê, a ênfase está em mapear se há problemas com ele. E, inseridas nessa rotina, Pereira e Almeida (2005) frisam que algumas desconhecem o sentido do processo dado pelo médico por causa do saber hegemônico. Nesse sentido, Alfazema esclarece: “fiz dos dois, fazia porque era de praxe fazer essas consultas né, porque eles falavam você está grávida e tem que vir para as consultas. Mas eu não tinha esse conhecimento de que tinha que ir por algum motivo”.

Após o parto monitorado pelo olhar biomédico e a ênfase que dão sobre a doença, a biomedicina acaba por associar a gestação com o medo. Assim, na biomedicina, as doenças são pensadas como um estado e não um processo vivenciado pelos sujeitos. No caso da gestação, também se pensa como um estado e não um processo, e o mapeamento constante do bebê tem como foco a doença, os problemas, o que leva a um discurso que impõe medo e limita as práticas de cuidado ao que o médico repassa. Gardênia explica:

Fiz o pré-natal durante os 9 meses no hospital público. Eu fiz para evitar algum problema no parto e fazer o que o médico passava né, as ecografias que eu tinha que fazer para saber se estava tudo normal e tudo tranquilo. A importância do pré-natal é para evitar tudo, ter o neném no dia certo, saber que dia vai nascer, porque a minha menstruação mesmo veio normal durante 5 meses, mais é bom fazer pré-natal, é importante.

## O SEGUNDO MOMENTO, APÓS O PARTO E OS CUIDADOS COM A CRIANÇA

Muitas enfatizam que viveram o resguardo, assim, neste momento, as práticas populares aparecem, pois não

havia indicações médicas sobre essa fase (NAKANO *et al.*, 2003). Dessa forma, esclarece Rosa:

Fiquei de resguardo de todos eles, resguardo é um mês, resguardo é você ter cuidado de pegar peso, ficar sempre ali com cuidado tomando remédio porque toda vida que eu ganhava um menino eu quebrava o resguardo [...], e quando eu quebrava os resguardos eu tomava água inglesa era o que a minha mãe comprava para a gente.

Alfazema explica sobre o seu resguardo:

[...] Ah resguardo para mim é não pegar peso, porque eu não sabia se os pontos podiam estourar né, falavam que dava uma dor de cabeça muito forte, o conhecimento que eu tinha na época era esse. Aí o pessoal falava que tinha que guardar o resguardo por 30 dias e só ter relação com 40 dias, aí eu fazia tudo certinho né, seguia certinho!

Em casa, após o parto, essas mulheres começam a acionar as práticas populares de cuidado (NAKANO *et al.*, 2003; RIBEIRO *et al.*, 2014). Portanto, acima foi falado o que é resguardo, agora, seguem explicações sobre como essas mães se cuidavam. Girassol, por exemplo, costumava usar chá e álcool na cicatriz, como explica: “Eu me lavava com chá de algodão e álcool iodado (para tratar dos cortes) e se alimentava direito”. Rosa, por sua vez, bebia algo após o parto, como relata a seguir: “Após os partos, eu tomava água inglesa para limpar, né!?”

Após o parto, o medicamento indicado pelo médico, caso tivessem dor era paracetamol, mas a ênfase estava na alimentação. Nesse caso, não se tratava de uma indicação médica, mas estava voltada para o contexto popular de atenção à saúde. Violeta explica:

Ah quando eu tava grávida era o complexo B e vitaminas que o médico

indicava pelo pré-natal e depois de ganhar eu me alimentava bem para alimentar os bezerrinhos né, porque homem você já viu né, parece uns bezerrinhos.

Sobre o processo de amamentação, essas mulheres reúnem as indicações médicas com os saberes populares e sobre o que entendem como maternidade. Gardênia narra que “na primeira amamentei até um ano e meio e no segundo até mais ou menos um ano, porque o leite materno evita doença na criança, o leite materno é forte também”.

Alfazema explica o que pensava sobre a amamentação: “eu amamentei simplesmente pelo fato de ser mãe, mas não que eu achasse que o leite materno era importante, que tinha imunidade, eu amamentava só pelo fato de ser mãe mesmo”.

Já no que diz respeito ao acompanhamento médico pediátrico, essas mulheres enfatizam a sua importância, pois é um fator importante para a nutrição e desenvolvimento da criança (CUNHA; LEITE; ALMEIDA, 2015). Assim, frisa Bonina, “sempre fui as consultas com o pediatra porque tem que ter o acompanhamento e as vacinas para evitar doenças”.

Nos cuidados com a alimentação das crianças, essas mulheres enfatizam a importância da criança se alimentar com comida natural e com horários determinados para o seu desenvolvimento. Nesse sentido, Gardênia nos conta: “bem saudável, eu sou muito mãezona, muito cuidadora. Eu dava frutas, verduras, legumes, evitada dar muito doce e refrigerante, dava muito suco natural, dava café da manhã, almoço, lanche, janta, leite antes de dormir”.

Os problemas de saúde vinham do ambiente e elas deveriam proteger seus filhos. Nesse contexto, surge a síndrome do quente-frioposta por Ibañez-Novión (2012), que explica os problemas de saúde, a cura e prevenção. Um equilíbrio não estático era acionado, no qual o ambiente, roupas,

alimentos e banhos entram em jogo para ativar esse equilíbrio perante a saúde da criança. Gardênia descreve, a seguir, as suas variadas estratégias para manter a criança em equilíbrio:

Se tivesse muito frio eu agasalhava para evitar resfriado, eu sou muito pegajosa. Eu mesmo banhava eles até uns 2 anos – 3 anos eu já ensinava a banhar sozinho mas eu de olho. Ah se o tempo tivesse de chuva eu evitava pegar sereno, sair à noite, sempre agasalhado, que é bom evitar.

Cuidados com o desenvolvimento e a segurança da criança estão relacionados ao cuidado da mãe com o filho. A mãe se vê como a responsável em cuidar da criança, o que está diretamente relacionado aos regimes de saberes e práticas de cada indivíduo (GUTIERREZ; CASTRO; PONTES, 2011). Margarida explica, a esse respeito, que “não deixava elas sozinhas até por conta de acontecer algum acidente doméstico, então eu não deixava elas sozinhas, eu colocava responsabilidade no mais velho para que os outros aprendessem as coisas boas com ele”.

Ao longo do desenvolvimento da criança, elas identificam que elementos ou sinais caracterizam o início de uma doença ou algum problema na criança (IBAÑEZ-NOVIÓN, 2012). Uma relação de confiança é estabelecida, e essa relação entre mãe e o corpo da criança é dialógica. Assim, a mãe escuta a criança quando a febre se torna um fator marcante no quesito saúde-doença de forma a confirmar a necessidade de procurar um profissional da saúde ou não. A fala de Bonina é um exemplo dessa situação:

Ele fica bem molinho né, que ele é ativo, hiperativo aí quando ele começa a amolecer muito aí eu vejo que não tá normal. A maioria das vezes ele vomita, tudo ele vomita, aí quando ele começa a vomitar eu já vejo que ele não tá bem.

Girassol, por sua vez, nos relata que “geralmente quando dava febre eu já levava para o hospital não ficava esperando não e geralmente pela febre que eu identificava a gravidade também”.

Sobre a medicação em casa, algumas mães fazem uso de plantas medicinais, outras afirmam não dar nada, mas buscar aconselhamento do médico, o que envolve novamente o saber hegemônico atribuído a esse profissional (PEREIRA; ALMEIDA, 2005). Muitas examinavam suas crianças, mediam temperatura, olhavam cor e cheiro das fezes, observavam a garganta. Ou seja, elas dominam os sentidos corporais e emocionais das crianças (IBAÑEZ-NOVIÓN, 2012).

Nesse contexto, Paiva (2007) lembra que outros especialistas aparecem em casos contados por essas mulheres, mas elas se mostraram com receio de discutir esse assunto:

Eu já levei para uma benzedeira, o meu filho do meio apareceu com cobreiro, aquela ferida que dava na pele, uma ferida que coça aí eu levei no benzedor porque eu já tinha levado no médico e não melhorou aí falaram para eu levar para o benzedor e eu levei e melhorou. (Violeta)

Uma prática importante no cuidado com os filhos é inseri-los em ambiente religioso, em que a religião é um desencadeador para a cura de algum mal (PAIVA, 2007). Assim, essas mães enfatizam essa questão, como podemos verificar no discurso de Bonina: “levo para a igreja e agora to levando para o grupinho de oração”.

Essas mulheres acreditam em possibilidades variadas de cuidado, em um pluralismo terapêutico, por mais que enfatizem a presença do médico como necessária. Algumas vivenciaram conflitos com profissionais de saúde no cuidado com seus filhos. Assim, é importante que exista uma boa comunicação entre profissionais e paciente (COLLET; ROCHA, 2004).

No atendimento médico, elas enfatizam que isso depende do médico, alguns são receptivos e examinam as crianças, outros não conversam e não fazem o que essas mulheres definem como exame completo. Vejamos dois relatos:

A doutora me escutava, porque ela era muito bacana, ela era muito bacana e muito prestativa com as mães. (Margarida)

Teve um que não escutava não, nem olhar olhava, só olhava o olho e o ouvido e já ia dando o diagnóstico. (Bonina)

Já no ambiente doméstico, essas mulheres enfatizam algumas pessoas como centrais, que lhes auxiliam nas tomadas de decisão quanto à saúde dos seus filhos. As mães ou avós das crianças são as que mais aparecem nos relatos. A família é figura central no cuidado com os seus entes (COLLET; ROCHA, 2004).

A mãe, irmãs e o pai dos seus filhos são os familiares mais próximos e confiáveis, com quem elas compartilham o cuidado dos seus filhos, como nos conta Margarida: “eu e o pai, e a avó e a tia ficavam quando precisava, mas eles sempre foram acompanhados por todos, pelos avós, pelos tios [...]”.

Um dos dilemas enfrentados por essas mulheres de classe popular é o trabalho e como relacioná-lo com a criação dos filhos. Por isso, uma rede de apoio é acionada, caso contrário, muitas deixam de trabalhar (LOPES; GUIMARÃES, 2019; GUIMARÃES; ALMEIDA; CARNEIRO, 2018).

Essas mulheres são centrais nos cuidados iniciais com seu grupo doméstico, elas têm uma grande experiência em lidar no campo da prevenção à saúde. Apesar dessa presença do médico especialista como pano de fundo, elas atuam com autonomia (COLLET; ROCHA, 2004; ALMEIDA; CAMARGO; FELZEMBURGH, 2012). Diante disso, foi

perguntado a elas que tipo de política pública ou serviços públicos os governantes poderiam realizar para as crianças. Essas mulheres, em sua maioria, respondiam que deveria melhorar o tradicional binômio: a saúde e a educação.

A saúde que está precária e as crianças estão sofrendo muito com isso. Quantas crianças não estão sofrendo aí por falta de atendimento! Isso é uma vergonha para o nosso país. A educação também é muito importante, porque é o desenvolvimento da criança né, na escola. Precisa de uma boa creche e crianças também têm que ter lazer, mas a prioridade é a saúde e a educação. (Margarida)

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A figura do cuidador popular foi de suma importância no período colonial, quando a medicina científica ainda era pouco disseminada. Assim, benzedores, raizeiros e parteiras atuavam intensamente, pois eram o grupo de especialistas, orientadores e cuidadores da saúde da população nesse período. Porém, com o passar dos anos, a medicina científica veio crescendo e com isso esses cuidadores, detentores da medicina alternativa, foram ficando à margem do processo saúde-doença. A biomedicina tomou total controle sobre o cuidado. Lembrando que no período colonial os profissionais médicos só acionavam os cuidadores populares quando era para o seu próprio interesse, pois, ao contrário, os mesmos excluíaam os outros saberes.

Na atualidade, o saber médico ainda tem forte controle sobre como devem ser feitos os cuidados infantis, deixando a autonomia da mãe de lado. Porém, as mães como cuidadoras familiares buscam a prática da biomedicina relacionando-a com procedimentos caseiro,

populares, e acionam saberes e práticas a partir de suas perspectivas.

Assim, percebe-se que as mães têm a autonomia de triarem e de diagnosticarem os seus filhos quando estão em suas casas, ou seja, elas sabem verificar a gravidade da doença por meio dos sintomas percebidos. E, assim, categorizam as doenças entre leves e graves, como, por exemplo, a febre contínua, que é um sintoma de alerta para a mãe e a faz buscar o médico. Por sua vez, a dor de barriga é um agravo que pode ser tratado em casa, com remédios caseiros aprendidos com os mais velhos, ou com medicamentos já passados pelo profissional da saúde, anteriormente.

Portanto, é de grande relevância que existam cada vez mais estudos voltados para a área da saúde popular, abordando os saberes e tecnologias próprias, pois, nesse contexto, estão as cuidadoras que são subjugadas e sofrem violência institucional. Em específico, as mães cuidadoras que estão diretamente ligadas aos cuidados dos filhos, e merecem um olhar diferenciado no que se refere ao autocuidado e cuidado com seus entes. Ademais, é importante que os profissionais invistam em estudos sobre essas práticas de cuidados para que as políticas, promoção e prevenção da saúde sejam cada vez mais disseminadas, atendendo, dessa forma, as singularidades dos sujeitos.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Jorge Fonseca. Ética da investigação em ciências sociais.

**Revista da Associação Portuguesa de Sociologia:** Sociologia on line, n. 6, jun. 2013. Disponível em: [https://www.academia.edu/4995549/Etica\\_da\\_investigacao](https://www.academia.edu/4995549/Etica_da_investigacao). Acesso em: 25 abr. 2019.

ALMEIDA, Thiala Maria Carneiro de; CAMARGO, Climene Laura de; FELZEMBURGH, Ridalva Dias Martins. Crianças com doença falciforme: um estudo descritivo. **Brazilian Journal of Nursing**, v. 11, n. 3, 2012. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/viewFile/3823/pdf>. Acesso em: 24 abr. 2019.

BARBOSA, Maria Alves et al. Saber popular: sua existência no meio universitário. **Revista Brasileira Enfermagem**, v. 57, n. 6, p. 715-719, 2004. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672004000600017&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672004000600017&script=sci_abstract&lng=pt). Acesso em: 24 abr. 2019.

BOLTASKI, Luc. A descoberta da doença - difusão do conhecimento médico" e "Medicina popular e medicina científica". In: BOLTASKI, Luc. **As classes sociais e o corpo**. São Paulo: Graal, 1978. p. 11-25; 45-63.

COLLET, Neusa; ROCHA, Semiramis Melani Melo. Criança hospitalizada: mãe e enfermagem, compartilhando o cuidado. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 12, n. 2, p.191-197, 2004. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692004000200007>. Acesso em: 23 abr. 2019.

CUNHA, Antonio Jose Ledo Alves da; LEITE, Álvaro Jorge Madeiro Leite; ALMEIDA, Isabela Saraiva de. Atuação do pediatra nos primeiros mil dias da criança: a busca pela nutrição e desenvolvimento saudáveis. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 91, n. 6, supl. 1, p. S44-S51, 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0021-75572015000800006&lng=en&nr m=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572015000800006&lng=en&nr m=iso). Acesso em: 23 abr. 2019.

GERHARDT, Tatiana Engel. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 11, p. 2449-2463, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n11/19.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2019.

GUIMARÃES, Silva Ferreira. Olhares diversos sobre pessoas e corporalidades: os saberes e práticas de terapeutas populares na região do DF e entorno. In: DIAS, Cristina; GUIMARÃES, Silvia (org.). **Antropologia e Saúde:** diálogos indisciplinados. Juiz de Fora: Editora da UFJF, 2017. v. 1. p. 68-99.

GUIMARAES, Sílvia; ALMEIDA, Deusy Vieira; CARNEIRO, Rosamaria. O aborto e uma história de vida: cuidar de si, filhos e parceiros em circulação. **Sexualidad, Salud y Sociedad**, Rio de Janeiro, v. 28, p. 136-158, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1984-64872018000100136&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1984-64872018000100136&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 28 jul. 2019.

GUTIERREZ, Denise Machado Duran; CASTRO, Ewerton Helder Bentes; PONTES, Karine Diniz da Silva Pontes. Vínculos mãe-filho: reflexões históricas e conceituais à luz da psicanálise e da transmissão psíquica entre gerações. **Rev. NUFEN**, v. 3, n. 2, p. 3-24, 2011. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2175-25912011000200002&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912011000200002&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 14 mar. 2018.

IBAÑEZ-NOVIÓN, Martín Alberto. O conceito de farmácia doméstica e suas implicações no estudo de sistemas de cuidados de saúde. In: IBAÑEZ-NÓVION, Martín Alberto. **Anatomias Populares: a antropologia médica**. Brasília: Editora Unb, 2012. p. 112-135.

IBAÑEZ-NOVIÓN, Martín Alberto. **Sistemas tradicionais de ação para saúde, região noroeste do Estado de Minas Gerais**. Relatório Final II. repro. 1978. p. 1-90.

LOPES, Itala Cardoso; GUIMARÃES, Sílvia Maria Ferreira. Vivências e narrativas de trabalhadoras domésticas diaristas. **Política & Trabalho**, v. 49, p. 205-226, 2019.

LOPES, Rita de Cássia Sobreira *et al.* O antes e o depois: expectativas e experiências de mães sobre o parto. **Psicol. Reflex. Crit.**, v. 18, n. 2, p. 247-254, 2005. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010279722005000200013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010279722005000200013&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 23 set. 2019.

LOYOLA, Maria Andréa. Medicina Popular. In: GUIMARÃES, R. (org.). **Saúde e medicina no Brasil**. Rio de Janeiro: GRAAL, 1978. p. 225-250.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Editora Vozes, 2010.

NAKANO, Ana Márcia Spanó *et al.* O cuidado no “resguardo”: as vivências de crenças e tabus por um grupo de puérpera. **Rev Bras Enferm.**, v. 56, n. 3, p. 242-247, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v56n3/a06v56n3.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2018.

NOZAWA, Marcia R.; SCHOR, Néia. O discurso de parto de mulheres vivenciando a experiência da primeira gestação. **Rev. Saúde e Sociedade**, v. 5, n. 2, p. 89-119, 1996. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/36781/1/S0104-12901996000200007.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2019.

OLIVEIRA, Walter Ferreira de. Violência e Saúde Coletiva: contribuições teóricas das ciências sociais à discussão sobre o desvio. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 42-53, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n3/06.pdf>. Acesso em: 3 abr. 2019.

OLIVEIRA, Kézia de *et al.* Itinerário percorrido pelas famílias de crianças internadas em um hospital escola. **Rev. bras. enferm.**, v. 67, n. 1, p. 36-42, 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672014000100036&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000100036&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 27 jun. 2019.

PAIVA, Geraldo José de. Religião, enfrentamento e cura: perspectivas psicológicas. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 24, n. 1, p. 99-104, jan./mar. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v24n1/v24n1a11.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2018.

PEREIRA, Ondina P.; ALMEIDA, Tânia M. C. Saúde e poder: um estudo sobre os discursos hegemônicos e subalternos em contextos multiculturais. **Rev. bras. crescimento desenvolv. Hum.**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 91-98, ago. 2005. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12822005000200010&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822005000200010&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 26 mar. 2019.

PIRES, Benedito Teixeira *et al.* Grupo de gestantes: relato de experiência. **SANARE**, v. 14, supl. 2, 2015. (Mostra Pet Saúde, 2015). Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/viewFile/883/542>. Acesso em: 25 mar. 2019.

RIBEIRO, Dóris Helena Farias *et al.* Vivências de cuidado da mulher: a voz das puérperas. **Rev enferm UFPE**, v. 8, n. 4, p. 820-826, abr. 2014.

SIQUEIRA, Karina Machado *et al.* **Crenças populares referentes à saúde: apropriação de saberes socioculturais. Texto contexto - enferm.**, v. 15, n. 1, p. 68-73, 2006. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072006000100008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000100008). Acesso em: 27 jun. 2019.