

## **A Construção da Autonomia em Serviços de Puericultura sob a Perspectiva de Mulheres Usuárias**

Valéria Ubaldó Araujo Vidal<sup>1</sup>

Maria Inês Nogueira<sup>2</sup>

### **Resumo**

Este artigo propõe uma reflexão sobre a prática da Puericultura em suas duas dimensões: como prática controladora e normatizadora e como instrumento de transformação a serviço da emancipação das mulheres usuárias. Desenvolveu-se uma pesquisa qualitativa, com a realização de entrevistas semiestruturadas com vinte mães de crianças menores de um ano de idade em acompanhamento de Puericultura em duas Policlínicas do município de Niterói-RJ. Os resultados dessa pesquisa empírica demarcaram limites e possibilidades para a construção da autonomia no cotidiano dos serviços de Puericultura estudados. Constatou-se que as estratégias humanizadoras propostas pela área da Saúde Coletiva, ao favorecerem a relação que se estabelece no encontro do profissional de saúde com a dupla mãe-filho, possibilitam uma ressignificação da tradicional prática da Puericultura, contribuindo assim para a construção da autonomia das mulheres usuárias.

### **Abstract**

This paper proposes a reflection on the practice of Puericulture in its two dimensions: as a controlling and normative practice and as an instrument of transformation, serving as emancipation for women users. A qualitative research was developed through the realization of semi-structured interviews with twenty mothers of children under one year old, being followed up by the Puericulture in two Polyclinics in the municipality of Niterói, in the state of Rio de Janeiro, Brazil. The results of this empirical research indicated some limits and possibilities for the construction of autonomy in everyday Puericulture services analyzed by this study. It was found that the humanizing strategies proposed by the Collective Health field, which favor the relationship established at the meeting of health professionals with the mother-baby pair, enables a redefinition of the traditional practice of the Puericulture, thus contributing to the construction of autonomy of women users.

### **Introdução**

Neste estudo procuramos refletir sobre a complexidade das questões que envolvem a construção da autonomia nos serviços de Puericultura a partir da percepção de mulheres usuárias. A fim de atingir esse objetivo, desenvolveu-se uma pesquisa qualitativa, com a realização de entrevistas semiestruturadas com mães de crianças menores de um ano de idade em acompanhamento de Puericultura em duas Policlínicas do município de Niterói-RJ. Foi mantida a tradicional denominação “Puericultura”, que se refere ao Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento da Criança – atualmente uma das “linhas de cuidado” que

---

<sup>1</sup> Mestrada em Saúde Coletiva pela Universidade Federal Fluminense (UFF).

<sup>2</sup> Prof.<sup>a</sup> Adjunta da Universidade Federal Fluminense (UFF).

norteia as ações da Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno do Ministério da Saúde, porque este termo continua sendo utilizado no cotidiano dos serviços de saúde, permitindo assim uma análise da trajetória e das possíveis ressignificações desta prática.

Costa (1989), no seu livro *Ordem Médica e Norma Familiar*, desenvolveu um estudo sobre as táticas médico-higienistas que se insinuaram na intimidade da família burguesa do século XIX no Brasil. Demonstrou que as famílias se desestruturaram por terem seguido à risca as normas de saúde e equilíbrio que lhes foram impostas como manipulação política e econômica pela burguesia.

A Puericultura oferecia ensinamentos técnicos (novas práticas científicas e racionais) para guiar as mulheres na criação de seus filhos em substituição aos antigos dogmas religiosos ou palpites de vizinhas e avós (práticas tradicionais baseadas em crendices e costumes). O discurso puericultor foi se tornando cada vez mais impositivo e normatizador e as mulheres eram alertadas sobre o risco de qualquer iniciativa autônoma, o que as mantinha dependentes da orientação médica. Costumes e atos simples do cotidiano eram transformados em atividade científica e requeriam aprendizado, como o banho de sol, arrumação do quarto da criança e alimentação infantil, o que permitia às mulheres exercerem a “ciência no lar” (Freire 2009).

De acordo com Loyola (1983), a Puericultura vem desempenhando função de controle social desde suas origens. Colidindo com suas pretensões científicas, há uma volta da Puericultura à natureza e ao “empirismo”, uma “reentrega da criança à mãe” sob o aval dos psicólogos e dos nutricionistas atualmente incorporados às normas da Puericultura.

Sob a ótica foucaultiana, considera-se a medicina moderna uma prática de controle social, uma estratégia biopolítica. Nessa perspectiva, os serviços de saúde atuam como serviços de controle para a reprodução da força de trabalho. No entanto, admite-se que os serviços de saúde desempenham um papel ambíguo, com duas faces distintas; porém, complementares. De um lado, a positividade da prestação de serviços à população – sob esse enfoque a saúde é vista como um direito social; de outro, encontra-se presente a dimensão do controle social e a reprodução da estrutura social em detrimento da autonomia do indivíduo (Nogueira 1994).

Para Paulo Freire (1996), a autonomia como um amadurecimento do ser para si, é vir a ser – um processo centrado em experiências estimuladoras de decisão e responsabilidade, experiências respeitadas de liberdade. A educação é uma forma de intervenção no mundo. O ser humano se torna educável na medida em que se reconhece inacabado. É importante apoiar o educando para que ele mesmo vença suas dificuldades, sendo o criador de sua formação, estando atento à difícil caminhada da heteronomia para a autonomia.

Transportando a discussão de Freire para o campo da saúde, a questão aqui colocada é a seguinte – as práticas de saúde poderiam contribuir para a construção e fortalecimento da autonomia do indivíduo? No caso deste estudo, autonomia das mulheres no cuidado com os seus filhos.

### **Puericultura: Origem e Pressupostos**

A preocupação com a Puericultura no Brasil vem desde os tempos coloniais, quando a taxa de mortalidade infantil era muito elevada e as grandes alterações sociais, econômicas e políticas do século XIX tiveram profundas repercussões na medicina. A família foi um dos grandes centros de preocupação da medicina nesse período e a atuação do médico buscava impedir o surgimento das doenças através de intervenções diretas sobre o modo de ser e de viver das pessoas (Loyola 1983).

A partir da segunda metade do século XIX, houve a valorização da infância como futuro da nação e a elevação da ciência como caminho para a construção da nacionalidade. A ciência foi acionada na conformação do modelo de maternidade científica. Preconizava-se a necessidade de educação das mulheres para o exercício da maternidade. A função maternal com o caráter de cientificidade e modernidade permitiu a valorização e inserção das mulheres no espaço público e na vida social. Com a aplicação dos conhecimentos da higiene e da eugenia, fundamentou-se o surgimento da Puericultura no Brasil como campo de atuação médica e legitimou-se o exercício da maternidade científica em oposição às práticas guiadas pelo instinto – processo que alcançou seu apogeu na década de 1920 (Freire 2009).

Assim, segundo Freire (2009), a Puericultura não se reduziu apenas à autoridade dos médicos, mas emergiu da interação de seus interesses com os das mulheres. Diante das tentativas de normatização do exercício da maternidade por parte dos médicos, as mulheres fizeram incorporações e rejeições dos conceitos científicos, adaptando-os aos próprios saberes de forma particular.

Entretanto, a Puericultura, ao longo do tempo, foi se transformando, gradativamente, em uma prática com aplicações muito mais amplas e abrangentes e passou a ser desenvolvida como um processo multiprofissional. Nessa trajetória, buscou-se a integração do médico com outros profissionais na prestação de serviços de promoção da saúde e de prevenção, com a utilização efetiva de todos os recursos dos serviços de saúde (Blank 2003).

## **Autonomia como Pré-Condição para a Saúde**

Campos (1996, 1997) propõe uma reforma da clínica moderna com o deslocamento da ênfase na doença para centrá-la sobre o sujeito concreto: a Clínica Ampliada (uma “Clínica do Sujeito”). O autor sugere a ampliação do objeto de saber e de intervenção da clínica, o que inclui a doença, o contexto e o próprio Sujeito. Esta ampliação da clínica traz em si a produção de maior grau de autonomia do sujeito.

Ao se pensar a Puericultura utilizando o conceito de Clínica Ampliada, de modo a compreender as necessidades da dupla mãe-filho, podemos colocá-la a serviço da emancipação e da construção da autonomia das mães no cuidado com a criança. Nessa perspectiva, os saberes dos profissionais de saúde no processo de cuidado poderiam ser aliados das mães na promoção da saúde da criança.

A autonomia é categoria norteadora para a promoção da saúde porque é um determinante positivo fundamental para a saúde. A ampliação da autonomia é protetora à saúde e a promoção da saúde busca a ampliação da autonomia de indivíduos e comunidades (Teixeira *et al* 2008).

O conceito de autonomia é relativo e relacional, inseparável da dependência, não havendo autonomia absoluta. Ser autônomo não é ser independente e começa pelo reconhecimento e aceitação das inúmeras redes de dependência da existência humana. Precisamos do cuidado do outro. É importante caminhar no sentido de possibilitar a construção e a expansão da autonomia mediante o fortalecimento das relações entre pacientes e profissionais de saúde e entre pacientes e seus familiares. Para se alcançar esse objetivo, é essencial a democratização dos saberes, de informações e das relações entre os profissionais de saúde e pacientes, com necessidade de transformações profundas na educação e na cultura (Soares e Camargo Jr. 2007).

A autonomia é definida sempre de forma relativa à heteronomia e se dá em graus. O desenvolvimento de um maior grau de autonomia não depende apenas do indivíduo, mas de vários fatores. Resultaria da interligação das condições externas ao sujeito, como a cultura, o contexto político, as organizações e as instituições nas quais o sujeito está inserido, bem como das microrrelações e das características do próprio sujeito, como sua capacidade de refletir e de agir nesse contexto e de lidar com outros sujeitos (Figueiredo e Furlan 2008).

De acordo com as reflexões de Campos, autonomia é um processo de co-constituição de uma maior capacidade dos sujeitos compreenderem e agirem sobre si e sobre o contexto conforme objetivos democraticamente estabelecidos. A coprodução de maiores coeficientes

de autonomia depende do acesso dos sujeitos à informação e de sua capacidade de utilizar esse conhecimento e de interpretá-lo para reflexão e ação. Os objetivos essenciais do trabalho em saúde seriam, portanto, a produção de saúde e a co-construção da autonomia dos sujeitos envolvidos nesses processos (Campos e Campos 2006).

## **Material e Métodos**

Neste estudo a investigação se processou através de uma pesquisa qualitativa. Nos estudos qualitativos, há uma apropriação de teorias, de métodos e de instrumentos da Antropologia para iluminar os objetos investigados. A Antropologia ajuda-nos a compreender a visão de mundo dos diferentes grupos e populações e as relações entre os indivíduos e a sociedade. A partir dessa troca de saberes são construídos os elementos teóricos e metodológicos básicos para a inclusão da questão social como inerente ao fenômeno da saúde e do adoecimento (Minayo 2005).

Na tentativa de compreender o conjunto de questões que envolvem a construção da autonomia nos serviços de Puericultura, buscou-se a percepção de mães usuárias. A partir de um roteiro previamente construído, foram selecionados os principais temas que orientaram as entrevistas. Na pesquisa qualitativa opta-se por definir o número de sujeitos incluídos na pesquisa por inclusão progressiva, que é interrompida pelo critério da saturação, ou seja, quando as concepções, explicações e sentidos começam a ter uma regularidade de apresentação (Deslandes 2008).

A pesquisa aqui apresentada foi realizada em duas unidades de saúde da Fundação Municipal de Saúde de Niterói: Policlínica Regional Dr. Guilherme Taylor March (PRGM) e Policlínica Comunitária do Cantagalo Professor Barros Terra (PCBT). A prática da Puericultura é desenvolvida nestas unidades através do Acolhimento Mãe-Bebê e das consultas médicas de Puericultura. A ação “Primeira Semana Saúde Integral” é uma estratégia e uma oportunidade de atenção à saúde da mulher e da criança, em um momento de maior vulnerabilidade na vida de ambos, propiciando a avaliação das condições de saúde da criança, da mãe, bem como o incentivo e o apoio ao aleitamento materno, a aplicação de vacinas, o agendamento da consulta de pós-parto e de Puericultura. Os recém-nascidos e seus responsáveis que procuram a unidade de saúde para realização do Teste do Pezinho e aplicação da vacina BCG participam deste Acolhimento Mãe-Bebê (termo utilizado no município de Niterói em correspondência à “Primeira Semana Saúde Integral”).

Por ocasião da consulta médica, foram entrevistadas vinte mães de crianças de 2 meses

a 1 ano de idade em acompanhamento de Puericultura. Foram selecionadas, de forma aleatória, de acordo com a disponibilidade das mesmas, dez mães de crianças em acompanhamento de Puericultura em cada serviço. As entrevistas foram realizadas em salas de consultas disponíveis nas Policlínicas, nos meses de abril e maio de 2011, e tiveram duração média de 20 minutos, sendo suas transcrições realizadas no mesmo período.

As entrevistas foram gravadas e transcritas por uma das pesquisadoras para fornecer um registro do que foi dito. Os nomes que surgiram no decorrer das entrevistas foram trocados para evitar qualquer identificação e os das mães entrevistadas foram substituídos pelas suas letras iniciais e colocados juntamente com as iniciais de cada Policlínica.

Os dados obtidos foram tratados pela análise de conteúdo de Bardin (2009), que orientou a construção de categorias temáticas. A análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença e frequência tenham significado para o objeto em questão (Minayo 2008).

A pesquisa qualitativa que subsidiou o presente artigo originou-se da dissertação de mestrado em Saúde Coletiva intitulada: “Puericultura e autonomia das mães: uma relação possível?” (Vidal 2011). O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal Fluminense (CEP/UFF nº 310/2010) em conformidade com a Resolução nº 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde e somente após receber aprovação deste Comitê teve início o trabalho de campo nas respectivas Policlínicas.

## **Resultados e Discussão**

Na tabela a seguir, apresentamos um perfil das mulheres entrevistadas:

**Tabela - Perfil das mulheres entrevistadas**

<i>Nome</i>	<i>Idade</i>	<i>Escolaridade</i>	<i>Ocupação</i>	<i>Estado civil</i>	<i>Nº filhos</i>	<i>Religião</i>
RS-PRGM	22 a	EM	Babá	separada	1	evangélica
RP-PRGM	31 a	EM	do lar	casada	3	evangélica
MS-PRGM	17 a	EF inc	Estudante	casada	1	não tem
MJ-PRGM	35 a	EM	Professora	casada	1	evangélica
MB-PRGM	31 a	EM	Professora	casada	1	evangélica
FG-PRGM	24 a	EF	do lar	casada	2	Católica
U-PRGM	18 a	EM inc	Estudante	casada	1	não informou

FC-PRGM	31 a	EF inc	do lar	casada	5	evangélica
JA- PRGM	32 a	EM	Balconista	casada	1	Católica
MC-PRGM	20 a	EF	do lar	casada	1	evangélica
FS-PCBT	24 a	EM inc	do lar	casada	2	evangélica
MG-PCBT	23 a	EM inc	Doméstica	casada	1	Cristã
MF-PCBT	27 a	EF inc	Doméstica	casada	4	evangélica
L-PCBT	26 a	EM inc	Costureira	casada	3	evangélica
C-PCBT	43 a	EF inc	Faxineira	separada	2	não informou
JM-PCBT	32 a	EF inc	Balconista	casada	5	Católica
MA-PCBT	26 a	EF	Estudante	casada	3	evangélica
MP-PCBT	22 a	EM	Desempregada	casada	1	não tem
RA-PCBT	33 a	EM inc	do lar	casada	2	Católica
D-PCBT	29 a	EM	aux. administrativo	casada	1	Católica

---

EF = Ensino Fundamental; EF inc = Ensino Fundamental incompleto; EM = Ensino Médio; EM inc = Ensino Médio incompleto

A partir do material coletado nas entrevistas, foram construídas sete categorias temáticas, que serão apresentadas a seguir.

### **Ser Mãe**

A maternidade assume diferentes representações para as mulheres, na medida em que as experiências relativas à maternidade são reflexos das diferentes trajetórias percorridas por cada uma delas. Contudo, de acordo com Nogueira (1994), as representações sobre a gestação e o parto não são construídas somente através das experiências pessoais e da cultura oral, mas também das informações veiculadas pelos próprios serviços de saúde e pelos meios de comunicação.

A grande maioria das mães entrevistadas nessa pesquisa falou sobre o sentimento intenso de felicidade decorrente do nascimento de seus filhos. A maternidade foi vista por várias mães como a razão da própria existência; outras falaram ainda sobre a responsabilidade pelo cuidado com a criança:

Ah, pra mim é tudo. Ah, ser mãe é você estar ali sempre presente quando o seu filho precisar de você, entendeu? Ser mãe é cuidar também, é saber cuidar do seu filho, estar sempre presente, dar amor também, dar carinho pro filho (MC-PRGM).

Segundo Gonçalves (2008), a noção de maternidade instintiva ou necessidade fundamental é refutada e aparece o aprender como um mecanismo de adaptação ao meio e ao próprio projeto pessoal de ser mãe. Algumas mulheres, apesar de se sentirem felizes com a maternidade, expressaram preocupação, medo e insegurança em relação aos cuidados com o filho:

*É um amor único, próprio, que não tem igual... Ao mesmo tempo que eu senti alegria, eu... como que eu vou cuidar dela, o que que eu vou fazer? Não sei, mas eu sou a mãe dela, eu vou aprender, mas ninguém me ensinou nada. [...] Eu fui fazendo e com o tempo fui aprendendo sozinha, mas foi muito gostoso, uma sensação maravilhosa que só sabe quem é mãe, né? (MG-PCBT).*

### **Amamentação**

As mães, de uma forma geral, relataram satisfação com o processo de aleitamento materno e se sentiram valorizadas por poderem amamentar. Algumas falaram da proteção da criança pelo leite materno e do vínculo com a criança estabelecido com a amamentação:

*Ah eu sinto que é bom pra ele, pra mim. Poder tá vendo ele assim se desenvolvendo, que é bom pra saúde dele e o amor fica mais intenso né, você tá ali com o seu neném. (L-PCBT).*

A amamentação produz vínculo mãe-filho, proteção e nutrição para a criança, com redução da morbimortalidade infantil. Sua importância é ainda maior entre as crianças de menor nível socioeconômico. O aleitamento materno tem grande impacto na redução das mortes de crianças menores de cinco anos, sendo maior a proteção quanto menor é a criança (WHO 2000).

Dentre as vinte mulheres entrevistadas, dezesseis estavam amamentando. Dentre as quatro mães que não estavam amamentando, três alegaram que o bebê “largou o peito” e uma disse que não tinha leite.

As mães apontaram como dificuldades para amamentar: demora na descida do leite, pouco leite e fissura mamária. Nove mães não relataram dificuldade para amamentar, sendo que, destas, apenas duas eram primíparas. As mães primíparas referiram mais dificuldades iniciais com a amamentação; porém, várias mães tiveram dificuldades iniciais superadas, conseguindo assim manter o aleitamento materno.

É importante criar condições para o acompanhamento das mães, com particular atenção aos grupos considerados de risco para o abandono do aleitamento materno, como mãe

adolescente, solteira e de baixa escolaridade, sendo essencial o esclarecimento das principais dificuldades (Brito *et al* 2011).

De acordo com o discurso das mulheres entrevistadas nessa pesquisa, o apoio para amamentar foi a questão mais relevante para a manutenção do aleitamento materno. Várias mães receberam incentivo para o aleitamento materno durante a gestação, na maternidade, no período de internação da criança que inicialmente não podia ser amamentada e no acolhimento nas Policlínicas:

[...] Aí ele começou a mamar com muita vontade, eu quase perdi os dois bicos do peito. Aí eu vim aqui e a menina me ensinou a dar mamar. [...] Ela teve a maior paciência comigo. Parou, me levou lá pro cantinho e me ensinou (RS-PRGM).

De acordo com Oliveira *et al* (2005), a Puericultura é fundamental para o apoio e manutenção da amamentação. A falta de apoio contínuo das mães é um provável fator importante no desmame precoce. É preciso estabelecer estratégias que ofereçam suporte contínuo às mães após a alta da maternidade para fortalecimento e manutenção do aleitamento materno. Uma das mães entrevistadas alegou que o bebê “largou o peito” e referiu falta de apoio para amamentar:

Mamava muito bem, gostava de mamar, poxa que bom, eu tinha bastante leite e ela largou com 25 dias [...] Me senti insegura... acho que faltou mais gente pra eu me sentir mais forte, com garra, pra ter investido mais ainda. Eu só tinha o meu esposo comigo, mais ninguém, minha família mora longe (MG-PCBT).

Vários bebês ficaram em aleitamento materno predominante antes dos 6 meses, pois receberam além do leite materno água ou chás, e outros ficaram em aleitamento materno misto ou complementado. Seis mães mantiveram o aleitamento materno exclusivo até 6 meses, conforme recomendação da OMS e do Ministério da Saúde.

A maioria das mães relataram que tiveram apoio para amamentar, contudo muitas crianças não permaneceram em aleitamento materno exclusivo até seis meses e quatro crianças não estavam mais sendo amamentadas. Essa situação mostra que mais ações para promoção do aleitamento materno necessitam ser implementadas.

### **Percepção das Mães sobre a Saúde de seus Filhos**

O discurso médico, que é atravessado por um “imaginário científico”, não contempla o significado mais amplo da saúde. Czeresnia (2003) afirma que a saúde não é objeto que se

possa delimitar e não pode ser traduzida em conceito científico: “A saúde e o adoecer são formas pelas quais a vida se manifesta. Correspondem a experiências singulares e subjetivas, impossíveis de serem reconhecidas e significadas integralmente pela palavra (Czeresnia 2003: 42).”

Quando questionadas se os filhos tinham saúde e por quê, todas as mães responderam positivamente, com diversas justificativas. Algumas mencionaram o fato de a criança se alimentar bem, estar em aleitamento materno, ter bom crescimento e desenvolvimento. Muitas mães relacionaram a saúde com ausência de doença, e outras valorizaram o cuidado que elas têm com o filho. Algumas mães associaram a saúde com alegria e felicidade e com o fato da criança ser bastante ativa:

Tem. Porque ele come bem, ele mama bem, ele brinca a beça, nunca teve febre (MJ-PRGM).

Acho que sim. [...] É uma criança feliz sabe, é uma criança muito feliz. Então você vê que tem disposição, já faz as artezinhas dela, a gente vê que tem saúde (FC-PRGM).

A saúde do filho é percebida e vivida de forma particular pela mãe dentro do seu cotidiano e o cuidado de cada mãe com seu filho é fundamental para a saúde da criança.

### **Situações de Insegurança das Mães**

As mães foram questionadas sobre como se sentiam cuidando do seu filho e se sentiam segurança. A maioria respondeu que se sentia segura, mas algumas mães relataram uma transformação – foram adquirindo segurança com o passar do tempo, com a vivência da maternidade:

Antes de ganhar ele, ficava imaginando, como é que eu vou cuidar do meu filho. [...] Aí eu ficava com medo, mas agora eu me sinto segura, porque a gente pega responsabilidade tão grande né, que a gente nunca imagina que ia pegar aquela responsabilidade assim (MC-PRGM).

Grande parte das mães referiu-se à insegurança diante do adoecimento da criança. Outras situações de insegurança relatadas foram o choro do bebê, a reação vacinal, golfada com engasgo e o retorno ao trabalho:

Só quando ele ficou com essa gripe muito tempo [...] É, no começo eu, quando eu voltei a trabalhar de novo eu fiquei um pouco (insegura). Eu deixei ele com a minha irmã, mas depois eu passei a levar (MJ-PRGM).

Nas camadas populares, o trabalho feminino representa uma necessidade e assume mais o sentido de um benefício para a família do que uma satisfação individual. Assim, a dificuldade em conciliar o trabalho e a função materna adquire maior visibilidade nas camadas médias da população (Almeida 2007).

### **Contribuições dos Serviços de Puericultura**

De forma geral, há uma transição progressiva para uma postura de maior autonomia e autoconfiança das mães nos cuidados com a criança. Esta conquista depende, em grande medida, da existência de apoios exteriores, tanto fontes de ajuda representadas pelos familiares e pessoas significativas, como fontes de informações representadas pelos profissionais de saúde (Gonçalves 2008).

As mães entrevistadas informaram que o Acolhimento Mãe-Bebê ajudou bastante nos cuidados com a criança. Em relação às consultas médicas de Puericultura, a maioria delas afirmou que a Puericultura tem ajudado nos cuidados com a criança. Apenas duas mães relataram não estarem satisfeitas com a consulta de Puericultura; outras duas, que se diziam satisfeitas, apresentaram contradição na entrevista.

Em algumas situações relatadas nessa pesquisa, quando foi possível perceber um bom entrosamento com o médico, verificou-se que a Puericultura contribuiu para a autonomia das mães no cuidado com a criança:

Acho que o Dr. João é o melhor pediatra que eu encontrei. Ele é ótimo! Ele examina, tira a roupa, vê garganta, vê ouvido, vê tudo. Ele orienta como cuidar: mãe isso tá certo, isso tá errado. Ele é o melhor pediatra que eu encontrei pra cuidar dos meus filhos. Dr João me deixou também tranqüila (FN-PCBT).

Outra mulher, que tinha cinco filhos e se sentia insegura nos cuidados com sua filha prematura, relatou que foi adquirindo autonomia nos cuidados com a criança através da consulta médica:

Tem, tem me ajudado. Tudo que eu tenho dúvida eu tiro na consulta. Por mais que eles são muitos, mas sempre traz uma surpresa né, uma coisa nova. [...] era só mesmo coisa da minha cabeça, não tinha nada de mais, era só uma insegurança minha. (FC-PRGM).

As contradições na fala seguinte deixaram claro que, neste caso, houve uma “peregrinação” por vários serviços de saúde, com comprometimento do vínculo:

[...] Eu antes tinha levado ele na UPA e eles tinham falado uma coisa e a médica aqui tinha me falado outra. Então eu fiquei naquela que eu não sabia na real o que meu filho tinha. Aí foi quando eu corri pro particular. [...] Quem conversou muito comigo sobre alimentação foi aquele, o Dr José. Muito bom, eu adorei ele. [...] Você vê, hoje eu vim aqui, dei a vacina nele e já vim direto pra tentar arrumar vaga e já consegui (RS-PRGM).

Algumas vezes a doença é o principal motivo da busca pelo serviço de saúde. Esta mãe parece procurar a unidade de saúde somente quando a criança está doente e refere como justificativa para tal fato as faltas dos profissionais de saúde e a dificuldade para marcação de consulta. Não se formou vínculo no atendimento de Puericultura. Esta situação mostra que a população usuária “cria” as suas próprias formas de utilização dos serviços de saúde, de acordo com suas necessidades:

Tem ajudado. O que eu não concordo muito assim quando a gente marca a pediatra, a gente desmarca tudo que a gente tem que fazer e às vezes ela não vem. [...] Aí eu deixei de marcar por isso. Eu venho só quando eu preciso mesmo do atendimento médico. [...] Esse atendimento de acolhimento eu acho que é necessário ter (RP-PRGM).

No relato seguinte, a entrevistada demonstra ter outras necessidades em saúde, querendo um diálogo maior, buscando mais orientações:

Eu gostaria que a pediatra perguntasse mais pra arrancar mais da gente, porque a gente não tem coragem de falar. A doutora falou: dá o leitinho pra ela, trazer pras vacinas direitinho, fez as perguntas... [...] É coisas pequenas que você quer perguntar, ter um diálogo mais aberto com a doutora (MG-PCBT).

Assim, a partir dos resultados dessa pesquisa, foi possível constatar que a Puericultura depende de cada profissional de saúde, do seu “trabalho vivo em ato”. O trabalhador de saúde tem certa autonomia sobre o modo de prestar a assistência e muitas vezes é o que determina o perfil assistencial (Franco e Merhy 2003).

### **Contribuições de Familiares, de Amigas e de Vizinhas**

Ainda hoje é difundido em nossa sociedade que os cuidados infantis são atribuídos exclusivamente à mulher. Diante da tarefa de cuidar dos filhos, as mães buscam o auxílio de avós, tias, filhos mais velhos, babás, creches, amigas, vizinhas e do marido para conciliar o

trabalho (quando trabalham fora do lar) e as tarefas domésticas (Almeida 2007). Nesse estudo, a maioria das entrevistadas afirmou receber apoio de familiares, de amigas e de vizinhas:

Quando eu me sinto insegura, pergunto a alguém alguma coisa, pergunto pra mãe, pai, vizinho e aí eu me sinto segura sim. Também o pai dele me ajuda muito, acompanha muito. (L-PCBT).

As falas de algumas mulheres nos remetem a ponderações sobre relações de gênero. A expressão “gênero” se refere às diferenças culturais entre os sexos e a papéis socialmente construídos e atribuídos culturalmente ao homem e à mulher (Cardoso e Pereira 2010). Algumas mães valorizaram a participação paterna nos cuidados com a criança, entretanto, no discurso seguinte, a entrevistada assume resignadamente o fato de cuidar sozinha dos filhos – percebe-se que o cuidar dos filhos ainda é visto como atribuição feminina:

Sinto sim. É eu sozinha. É eu e os meus cinco, né? O meu marido é marido, mas não faz, não ajuda muito nesse papel junto comigo, não está muito presente. [...] Os parentes moram distante e os vizinhos, encontro uma vez por semana, bem reservados, aí sou só eu mesmo com eles. (FC-PRGM).

Apenas uma das mulheres entrevistadas demonstrou o desejo de colocar o filho em creche comunitária para voltar a trabalhar. No entanto, há poucas creches comunitárias em Niterói, principalmente para crianças menores de um ano.

### **Críticas e Expectativas**

A maior parte das mães entrevistadas relatou estar satisfeita com o atendimento de Puericultura. Nos seus discursos, ressaltaram a atenção e o interesse dos profissionais de saúde, o acolhimento e o fato de adquirir a medicação prescrita na farmácia da Policlínica:

Da atenção dos profissionais, das marcações que são sempre perto e essa coisa que a gente consegue... adiantar a consulta pra mais perto pra pediatra ver. Isto eu acho que é o acalanto de toda mãe [riso] (MB-PRGM).

Alguns autores da área de Saúde Coletiva valorizam as “tecnologias leves” (Merhy 2002), ou relacionais, no trabalho em saúde. Defendem a ideia de que os processos produtivos em saúde ocorrem no espaço relacional trabalhador-usuário. De fato, o discurso desta usuária entrevistada reflete a importância das relações estabelecidas nesse encontro:

Tem médico que dá uma atenção ótima, que examina mesmo a criança de cima a baixo. Já têm outros que demoram a chegar, que a médica atende de qualquer jeito, não dá muita informação. Depende muito do médico que faz a Puericultura. Como tem aqui, por exemplo, o Dr. João, que faz excelente Puericultura. (MP-PCBT).

Nesta pesquisa, apenas duas mães não se mostraram satisfeitas com as consultas de Puericultura: uma delas gostaria que a pediatra conversasse mais e a outra qualificou apenas alguns profissionais da Policlínica. Duas outras mães entrevistadas não estavam fazendo de fato o acompanhamento de Puericultura, pois eram atendidas a cada consulta por diferentes pediatras, não formando o vínculo no atendimento. Uma delas referiu uma situação de insegurança com um atendimento médico prestado na Policlínica e a outra relatou que só procura o atendimento médico quando a criança está doente.

No atendimento de Puericultura, os principais problemas apontados pelas mães entrevistadas foram os seguintes: as faltas dos profissionais; dificuldades para marcação das consultas, principalmente para especialistas; o longo tempo de espera pela consulta; atraso dos médicos; falta de comunicação no caso de cancelamento da consulta; perda de prontuário e erro de agendamento de consulta pela recepção; espera na fila da farmácia; a morosidade no atendimento dos funcionários e dificuldade para realização de exames. Vale ressaltar que esses problemas acontecem nos serviços de saúde em geral, não são especificidades da Puericultura, mas são entraves que geram grande insatisfação entre as usuárias.

### **Considerações Finais**

No contexto dessa pesquisa, a construção da autonomia de mulheres usuárias dos serviços de Puericultura mostrou-se possível, porém com um difícil caminho a ser percorrido. A autonomia do usuário é uma categoria difícil de ser aferida por ter múltiplos fatores envolvidos na sua construção. Algumas vezes há um conflito de interesses nas relações estabelecidas entre trabalhadores e usuários. Contribuir para a construção da autonomia das mães é um processo trabalhoso e complexo para o profissional de saúde. Parece mais fácil prescrever, medicar o paciente e liberá-lo rapidamente, do que interagir e orientar. As tecnologias relacionais despendem um tempo que às vezes o profissional de saúde não dispõe, ou não quer dispor. Cabe aqui um questionamento sobre as práticas de saúde: até que ponto os profissionais de saúde estão preparados para um trabalho de educação em saúde? Não se recebe esta formação nas universidades e nem os serviços de saúde têm este direcionamento. Desse modo, tanto os serviços quanto os profissionais de saúde têm limites na sua capacidade

de contribuir para a autonomia das mães. Por outro lado, constata-se também que algumas mães não querem ou não conseguem construir essa autonomia e parecem preferir uma relação de dependência. Autonomia implica responsabilização, cuidado e, às vezes, fica difícil assumir essa responsabilidade pelo cuidado do filho.

A prática da Puericultura depende da relação que se estabelece entre o profissional de saúde e o usuário, neste caso, a mãe, o que envolve subjetividades – vínculo, acolhimento, responsabilização – “tecnologias leves” de intervenção produtoras de cuidado (Merhy 2002).

Muitas ações podem ser desenvolvidas para se caminhar no sentido da construção da autonomia nos serviços de saúde. Embora algumas mudanças já tenham ocorrido, o atual modelo de atenção ainda é centrado na figura do médico, com solicitação excessiva de exames complementares (nem sempre de fácil realização), farmacologização excessiva e desvalorização da subjetividade do paciente e do médico (Camargo Jr. 2003).

Com a medicalização social, retira-se a autonomia das pessoas – o indivíduo perde a autonomia de cuidar de si, gera-se dependência e, muitas vezes, a iatrogenia é o resultado obtido. Nesse sentido, a promoção da saúde se contrapõe à medicalização. Na Puericultura se trabalha com a promoção da saúde desde o início da vida. Promover a autonomia das mães é permitir que elas assumam a responsabilidade pela saúde de seus filhos, resgatando o controle sobre suas próprias vidas. Os profissionais de saúde seriam parceiros na reconstrução de atitudes a partir de um processo de educação em saúde gerador de reflexão sobre crenças e hábitos. Um dos caminhos possíveis no contexto dos serviços de Puericultura seria a reorganização do processo de trabalho a partir de demandas trazidas pelas mães e o desenvolvimento de mais ações voltadas para a educação em saúde com o suporte de uma equipe multiprofissional.

Além do enfoque individual, é importante ressaltar que a construção da autonomia encontra-se atravessada por questões sociais, econômicas e culturais. Necessitamos de ações intersetoriais que visem o empoderamento individual e coletivo, através de mudanças sócio-políticas, econômicas e culturais em prol de uma sociedade mais justa e saudável (Buss 2000).

A pesquisa empírica apresentada nesse artigo demarcou limites e possibilidades para a construção da autonomia no cotidiano dos serviços de Puericultura estudados. Os principais resultados obtidos foram os seguintes: a percepção da maioria das mulheres entrevistadas sobre o atendimento de Puericultura, tanto nas consultas médicas quanto no Acolhimento Mãe-Bebê, mostrou-se satisfatória; quando há uma boa relação com os profissionais de saúde, a consulta de Puericultura foi bastante esclarecedora para essas mães; grande parte dos problemas relatados nos serviços analisados está relacionada à gestão local; o apoio de

familiares, amigas e vizinhas também se mostrou importante para o cuidado das mães com os seus filhos.

Constatou-se que a autonomia será sempre relativa, produzida em permanente tensão e interação, ou seja, através da vivência de um processo gradativo, as mulheres vão se tornando preparadas para o cuidado com as crianças e tomando decisões de forma consciente (Brasil 2007). As estratégias humanizadoras propostas pela área da Saúde Coletiva, ao favorecerem a relação que se estabelece no encontro do profissional de saúde com a dupla mãe-filho, possibilitam uma ressignificação da tradicional prática da Puericultura, contribuindo assim para a construção da autonomia das mulheres usuárias.

## BIBLIOGRAFIA

- Almeida, L. S. Mãe, cuidadora e trabalhadora: as múltiplas identidades de mães que trabalham. *Rev. Dep. Psicol. UFF*. 2: 411-22, 2007.
- Bardin, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2009.
- Blank, D. A puericultura hoje: um enfoque apoiado em evidências. *Jornal de Pediatria*. 79: S13-S22, 2003.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Caderno de Educação Popular e Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- Brito, H. ; Alexandrino, A. M., Godinho, Cristina, Santos, Gilberta. Experiências do aleitamento materno. *Acta Pediatr Port*. 42 (5): 209-214, 2011.
- Buss, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência e Saúde Coletiva*. 5 (1): 163-177, 2000.
- Camargo Jr. ; Kenneth R. A Biomedicina. In: *Biomedicina, Saber e Ciência: uma abordagem crítica*, 101-135. São Paulo: Hucitec, 2003.
- Campos, G. W. S. ; Campos, R. T. O. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: Campos, Gastão W. S. et al (Orgs). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.
- Campos, G. W. S. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: Campos, Gastão W. S. (Org). *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec, 1996/1997.
- Cardoso, N. D.; Pereira, A. V. Práticas interdisciplinares de acolhimento, educação em saúde e avaliação pós-parto em grupo de puérperas. *Rev. APS*. 13 (4): 421-431, 2010.
- Costa, Jurandir F. *Ordem Médica e Norma Familiar*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1989.

- Czeresnia, D. O Conceito de Saúde e a Diferença entre Prevenção e promoção. In: Czeresnia, D. (Org.) *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*, 39-53. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2003.
- Deslandes, S. F. O projeto de pesquisa como exercício científico e artesanato intelectual. In: Minayo, M. C. S.(Org); Deslandes, S. F.; Gomes, R. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*, 31-60. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.
- Figueiredo, M. D.; Furlan, P. G. O subjetivo e o sócio-cultural na co-produção de saúde e autonomia. In: Campos, Gastão W. S., Guerrero, Andre V. P. (Orgs). *Manual de Práticas em Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada*. São Paulo: Hucitec, 2008.
- Franco, T. B., Merhy, E. E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: Merhy, Emerson E. *O trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*, 55-124. São Paulo: Hucitec, 2003.
- Freire, M. M. de L. *Mulheres, mães e médicos: discurso maternalista no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2009.
- Freire, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 25. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.
- Gonçalves, A. R. S. Aprender a ser mãe. Processos de aprendizagem de mães primíparas durante os primeiros dois meses pós-parto. *Sísifo. Revista de Ciências da Educação*. 5: 59-68, 2008.
- Loyola, A. A cultura pueril da puericultura. *CEBRAP*. 2 (1): 40-6, 1983.
- Merhy, E. E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: fazendo um exercício sobre a reestruturação produtiva na produção do cuidado. In: *Saúde: cartografia do trabalho vivo*, 93-112. São Paulo: Hucitec, 2002.
- Minayo, M. C. de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2008.
- Minayo, M. C. S. Contribuições da Antropologia para pensar e fazer saúde. In: Campos, Gastão W. S. (Org) *et al. Tratado de Saúde Coletiva*, 201-230. São Paulo: Hucitec, 2005.
- Nogueira, Maria I. *Assistência pré-natal: prática de saúde a serviço da vida*. São Paulo: Hucitec, 1994.
- Oliveira, M. I. C. ; Camacho, L. A. B., Souza, Ivis E. O. Promoção, proteção e apoio à amamentação na atenção primária à saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil: uma política de saúde pública baseada em evidência. *Cad Saúde Pública*. 21: 1901-10, 2005.
- Soares, J. C. R. de, Camargo Jr., Kenneth, R. A autonomia do paciente no processo

terapêutico como valor para a saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 11 (21): 65-78, 2007.

Teixeira, P. F., Vaz, Fernando A. C.; Campos, Francisco C. C. ; Álvares, J.; Aguiar, R. A. T., Oliveira, V. A. Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. 13 (supl.2): 2115-2122, 2008.

Vidal, V. U. A. Puericultura e autonomia das mães: uma relação possível? Diss. de Mestrado, Universidade Federal Fluminense, 2011.

WHO Collaborative Study Team on the Role of Breastfeeding on the Prevention of Infant Mortality. Effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis. *Lancet*. 355: 451-5, 2000.