

# CUIDAR DA SAÚDE DA FAMÍLIA: RESPONSABILIDADE DA MULHER MORADORA EM UMA FAVELA<sup>1</sup>

THE FAMILY'S HEALTH CARE: A RESPONSIBILITY OF THE WOMEN LIVING IN A SLUM  
CUIDAR DE LA SALUD: RESPONSABILIDAD DE LA MUJER MORADORA DE UN ASENTAMIENTO  
HUMANO

Neide de Souza Praça\*  
Dulce Maria Rosa Gualda\*\*

**RESUMO:** Este estudo qualitativo teve como referenciais a Antropologia Cultural e o método etnográfico. Apresenta os procedimentos empregados pela família diante de um agravo à saúde de seus membros. Constou de observação participante do contexto e de entrevistas com seis mulheres moradoras em uma favela. Os resultados mostraram que a mulher cuida da saúde da família, identificando e tratando as doenças com práticas caseiras. A busca por atendimento médico ocorre diante de uma situação considerada de gravidade ou quando a mulher não consegue obter melhora do doente com o tratamento por ela adotado. Como conclusão, os resultados mostraram que, nas famílias dessa cultura, a responsabilidade pela busca de estado saudável de seus membros é exclusivamente tarefa das mulheres. As autoras sugerem que as enfermeiras devem introduzir programas de educação para a saúde nesta cultura e que devem ensinar cuidados para a saúde de crianças às mulheres membros destas famílias.

**PALAVRAS CHAVE:** Saúde da família; Família; Enfermagem; Antropologia cultural.

## INTRODUZINDO O TEMA

Ao discorrerem sobre o papel da família na saúde de seus membros, Marcon; Elsen (1999) apontam trabalhos anteriores com a mesma abordagem. Seu texto mostra que a enfermagem deve considerar a cultura familiar ao prestar cuidados à família, pois a manutenção de seu estado saudável, dentre outros fatores, está na dependência das crenças trazidas pelos seus membros. São estas que norteiam as ações familiares na busca pela sua saúde e seu bem-estar.

Elsen (1994, p.69), por sua vez, afirma que "a família é, na maioria das vezes, a primeira, a mais constante, unidade de saúde para seus membros". A mesma autora cita também que em trabalho realizado em uma comunidade em Santa Catarina observou que um pequeno número de problemas de saúde de seus membros exige a busca por atendimento médico. Na maioria das vezes a própria família cuida do agravo com auxílio de terceiros, segue suas crenças culturais, e muitas vezes tem como referencial a interação com profissionais da área da saúde.

Estas abordagens do cuidado familiar levam a autora (Elsen, 1994) a referir-se à enfermagem como uma profissão que, para cuidar da saúde da família deve definir seu referencial de atuação e relacionar-se com outras disciplinas, como por exemplo com a Antropologia.

Tendo como norte esta visão da família como unidade de cuidado, apresentamos o presente estudo que, dentre outros objetivos, identificou os procedimentos empregados pela família de uma comunidade favelar

---

<sup>1</sup> Texto extraído da Tese de Doutorado "A Cuidadora e o (ser)cuidado: uma relação de dependência no enfrentamento da AIDS", apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo em 1998.

\* Enfermeira Obstétrica, Professor Doutor do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. E-mail: ndspraca@usp.br

\*\* Obstetrix, Professor Associado. Diretora do Departamento de Enfermagem do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. Fone: (11)3066-7602.

diante de um agravo à saúde de seus membros.

## APRESENTANDO O MÉTODO

Este estudo utilizou o método qualitativo de pesquisa. Para Lüdke; André (1986), a pesquisa qualitativa oferece a possibilidade de o pesquisador captar a maneira pela qual os indivíduos pensam e reagem frente às questões focalizadas. Proporciona ao pesquisador conhecer a dinâmica e a estrutura da situação em estudo, do ponto de vista de quem a vivencia.

Strasser (1991) cita que os resultados obtidos com os estudos qualitativos proporcionam conhecer os significados e os entendimentos alcançados pelas revelações dos informantes e pela análise dos temas emergentes.

Gualda; Merighi; Oliveira (1995) acreditam que a pesquisa qualitativa utilizada na Enfermagem "contribui para a compreensão holística do homem", além de permitir explorar melhor alguns problemas sobre a assistência de Enfermagem.

A análise das afirmações acima mostrou-nos que não alcançaríamos o objetivo deste estudo caso apenas quantificássemos os dados obtidos. Confirmou-nos também que, para conhecer o universo de comportamentos de grupo cultural definido, deveríamos utilizar métodos qualitativos para coleta e análise dos dados. Assim, optamos por realizar este estudo tendo a etnografia como método de coleta e de análise dos dados.

Gualda; Merighi; Oliveira (1995) referem que a etnografia é um processo em que o pesquisador aprende com os indivíduos do grupo cultural estudado, em lugar de estudá-lo. Afirmam que o significado das diversas situações sociais deve ser interpretado a partir das afirmativas dos atores. Portanto, ao adotar a etnografia como método, o estudioso inclui seu próprio papel no foco da pesquisa e sistematicamente explora sua participação no mundo sob estudo.

Oliveira (1997) também atribui à busca etnográfica o encontro entre o pesquisador e o pesquisado, ambos individualmente reconhecidos, no qual o estudioso integrará as vozes do "nativo", fazendo-as ser ouvidas através de seu relato etnográfico. Esta abordagem revitaliza a ambos, ao mesmo tempo em que define um tempo histórico no qual o pesquisador também está incluído.

Streubert; Carpenter (1995) referem que a exploração de culturas dentro do paradigma da Enfermagem é facilitada pela exposição do enfermeiro pesquisador no cenário cultural, pois, ao valorizar a natureza cognitiva do ser humano, tem a possibilidade de melhor compreender a dinâmica do fenômeno sob estudo e os relacionamentos presentes na cultura. Esta compreensão auxilia o enfermeiro a prestar cuidado culturalmente embasado e, portanto, proceder as intervenções mais adequadas à sua clientela.

Nesta pesquisa, realizada no período de 1995 a 1998, entrevistamos seis mulheres que freqüentavam um centro comunitário, localizado em uma favela na cidade de São Paulo. Eram mães com famílias constituídas. Estas seis mães constituíram-se nas informantes do estudo.

Informantes são, portanto, alguém, membro da sociedade em estudo, que pode contar ao pesquisador sobre suas próprias ações, crenças e sobre os padrões de comportamento que envolvem uma determinada cena/situação cultural. Aos membros da cultura cabe produzir os relatos de seu mundo, e o emprego de informantes tem sido o método básico de pesquisa na metodologia adotada. Os relatos têm seu valor ao contar-nos sobre quem os produziu e por evidenciarem as perspectivas de determinados grupos ou categorias de atores.

Neste estudo, as informantes eram moradoras da comunidade favelada, às quais prestamos assistência pré-natal, como atividade docente-assistencial, realizando consulta, visitas domiciliares e orientação individual sobre cuidados com a gravidez, com o puerpério e com o recém-nascido.

Todas as entrevistas foram gravadas em fitas magnéticas e posteriormente transcritas e digitadas. Foram realizadas com o consentimento das informantes.

Para a coleta de dados foram empregadas as seguintes técnicas:

Observação participante: visa facilitar o acesso do pesquisador à comunidade, proporcionando-lhe explorar seu contexto, conhecer o modo de vida de seus membros e favorecer o desenvolvimento de um relacionamento amistoso entre aqueles e o pesquisador.

Entrevista: a entrevista com as informantes foi realizada com questão descritiva. Na primeira entrevista

foram feitas questões abertas para que a mulher discorresse livremente sobre o tema saúde. Posteriormente, em entrevistas subseqüentes, utilizamos questões semi-estruturadas que favoreceram um direcionamento do tema de interesse. Ao realizar estas entrevistas, partíamos do conteúdo da(s) entrevista(s) anterior(es) de cada informante.

Pesquisa suplementar de dados: para complementar os dados das informantes, analisamos os registros feitos em seus prontuários, utilizados durante as consultas de pré-natal. Esta pesquisa forneceu subsídios sobre as 282 mulheres atendidas no centro comunitário, dando idéia do coletivo do grupo cultural estudado.

A análise dos dados coletados, segundo o método etnográfico, apresenta vários passos próprios. Neste trabalho, para efetuar-la, adotamos a proposta de Hammersley; Atkinson (1990), por considerá-la a que melhor se aplica ao objetivo delineado para o estudo.

Segundo o método de análise adotado, e, similarmente a outros métodos, como ponto de partida foram feitas cuidadosas e repetidas leituras dos dados coletados, para que estes se tornassem familiares ao pesquisador. Somente após a obtenção desta familiaridade é que foi dada continuidade ao processo de análise.

O passo seguinte foi a classificação dos relatos das informantes, agrupados por afinidades de conteúdo, que passaram a constituir as categorias. Neste momento, cada segmento dos dados foi revisto e teve realçada sua relevância para uma ou mais categorias, em comparação aos outros segmentos igualmente categorizados.

O resultado da análise dos registros obtidos durante o trabalho de campo e do conteúdo das entrevistas foi validado junto às informantes, evitando, assim, possíveis distorções que pudessem ter ocorrido na interpretação que fizemos a partir dos procedimentos de coleta e de análise dos dados.

## APRESENTANDO E DISCUTINDO OS RESULTADOS

Os relatos das mulheres e a observação participante realizada no contexto de vida das famílias da comunidade, onde este estudo foi desenvolvido, mostraram-nos que zelar pela saúde da família é tarefa exclusiva da mulher. É função da mulher preocupar-se com o bem-estar de seus familiares e, mesmo que estes sejam adultos, cabe a ela insistir para que busquem atendimento médico.

Notamos, porém, que a atenção dessas mulheres está predominantemente voltada para os filhos. Se uma criança está sempre chorando é porque está sentindo alguma dor. No entanto, cabe à mulher (mãe) procurar identificar o problema e tratá-lo. A mãe deve saber distinguir entre o choro motivado por doença e o choro de uma criança mimada ou teimosa. Reconhecer a diferença contribui para o pronto atendimento ao filho.

Com base na experiência de cuidar do primeiro filho, as mulheres desenvolvem um parâmetro para identificar o tipo de choro da criança, o qual suscitará, ou não, sua atenção para tratamento de saúde:

“o choro de criança doente é diferente de criança rebelde, quando quer alguma coisa que a mãe não quer dar. Porque o meu menino de quatro anos, ele, quando ele está doente eu percebo porque o choro dele é diferente, ele é mais forçado do que quando ele tá querendo alguma coisa que eu não quero dar. Então eu cheguei à conclusão que a criança quando tá doente, o choro dela é diferente de quando ela tá sadia, que a criança sadia, ela... o choro dela é mais por rebeldia, é aquele choro mais acalentado”.

Quando as mulheres do grupo cultural estudado verificam que seus filhos apresentam agravos à saúde os quais não conseguem contornar, elas buscam atendimento nas instituições de saúde. Cabe ressaltar que a comunidade da qual as mulheres fazem parte localiza-se na área de abrangência de uma unidade básica de saúde (UBS) que atende a clientela em serviço de pronto atendimento e em consultas ambulatoriais. As unidades de atenção secundária e ou terciária mais próximas localizam-se em bairros distintos e atendem à regionalização estabelecida pela política de saúde do município.

É a mulher quem leva os filhos para consulta médica. Devemos considerar neste aspecto a ausência do companheiro durante o dia, devido ao trabalho, como gerador desta situação.

Localizada próximo à comunidade onde o estudo foi realizado, a UBS costuma ser o primeiro local onde as mulheres procuram atendimento médico. Para acessá-la, não é necessário transporte, porém nem sempre este fato é considerado:

“levo no Posto. Agora o outro quando tá com alguma coisinha eu levo no pronto socorro, agora esse

daqui não (filho mais novo), é sempre no Posto”.

Um componente avaliado pelas mulheres é o atendimento recebido na UBS, onde, além do controle de puericultura e de toco-ginecologia, buscam assistência médica imediata para alguma manifestação de doença:

“ah! Assim, pra passar a criança no pediatra eu acho bom. Agora pra outras coisa não gosto, não. Eu prefiro passar no Posto da L. que o atendimento lá é mais rápido. Aqui demora. Lá na L. é rápido. Depois que eu passei lá na L., só vou lá agora. Adoro lá. Acostumei”.

Percebemos que as mulheres valorizam a prontidão com que recebem atendimento para um agravo à saúde. Quando há alguma manifestação de doença mais séria, a mulher busca o pronto socorro por considerar garantido o atendimento a qualquer hora. As mulheres preferem procurar atendimento em outra UBS, em pronto socorro ou diretamente no hospital, para evitar longa espera na UBS próxima a sua casa. A distância, a dificuldade de acesso e o fator econômico não são impedimentos quando se trata de cuidar da saúde de seus filhos:

“é que no Postinho, geralmente, eles só quer atender as crianças que têm consulta marcada de um dia pra outro. E quando a gente vai cedo pra atender emergência, eles só querem passar a gente por último. Último de todas as crianças, aí que eles querem atender”.

O relato acima reforça a dificuldade para atendimento de urgência na UBS. Embora seja uma unidade de pronto atendimento, sua dinâmica tende a priorizar as consultas previamente agendadas.

As mulheres reconhecem, pela sua experiência, que nem sempre a unidade básica mais próxima comporta satisfatoriamente a demanda da clientela, quer seja pelo número reduzido de funcionários, quer seja pelo número elevado de clientes, fatores que contribuem para direcionar sua busca por atendimento médico para locais em que sabem que receberão atendimento imediato.

Evidencia-se a prioridade dada pela unidade básica de saúde ao atendimento da clientela com agendamento prévio. Esta situação afasta a mulher que, diante de uma condição de agravo à saúde dos filhos, procura atendimento em unidade hospitalar, mesmo que se localize distante de sua residência e que exija meio de transporte para acesso. A certeza de rapidez no atendimento e de resolução do agravo a qualquer hora motivam seu deslocamento diretamente ao hospital:

“às vez eu levo no pronto socorro direto, às carrera. Eu levo eles lá no pronto socorro quando aí demora. Nós vai no pronto-socorro se for final de semana quando o Postinho tá fechado, né? E se for à noite, também”.

Conforme dito anteriormente, a rapidez no atendimento diante de uma manifestação de doença em seus filhos motiva a mulher a buscar atendimento no pronto socorro, em detrimento da unidade básica de saúde mais próxima. O mesmo procedimento pode ser observado nos relatos a seguir:

“quando não vou pro pronto socorro, no Postinho de saúde, eu procuro o hospital. Porque o hospital, geralmente, o atendimento é mais rápido do que o Postinho”.

“levo no Postinho, ou no hospital, é. Levo ali mesmo, no Postinho. Quando é uma coisa grave, a gente corre pro hospital, né? Ou eles encaminha”.

Vimos pelos relatos que, ao perceberem a gravidade do estado de saúde da criança, a maioria das informantes procura diretamente o serviço de pronto atendimento hospitalar, ou pronto socorro, pois reconhecem esses locais como provedores de assistência necessária à cura da criança, além de ser mais rápido o atendimento.

O hospital é o local para atendimento de doenças que consideram graves. Além dos fatores já citados – rapidez e garantia de atendimento – as mulheres o relacionam à resolutividade do agravo, motivo de sua escolha para tratamento dos familiares.

Cabe ressaltar que, ainda que se preocupando com a saúde dos filhos e valorizando as consultas médicas, as mulheres necessitam de estímulo para prevenir sua própria saúde de um agravo. Há entre elas quem diga que não se preocupa com a possibilidade de adoecer e refira nada fazer para manter-se saudável.

Notamos que medidas preventivas de doença não motivam as mulheres a frequentar os serviços de

saúde. Elas os procuram para realizar tratamentos ou para fazer seguimento de controle de algum agravo sofrido, no passado, pelo(s) filho(s). Porém, durante o trabalho de campo notamos que as consultas de puericultura vão rareando à medida em que as crianças crescem:

“mas eu tenho lá a consulta, e tudo, mas não consigo, mas se sempre eu conseguisse, eu sempre eu tava passando também, agora os meus filhos, não. Sempre eu tô passando eles. Quase todo mês. O pequeno é todo mês (...) É sempre bom passar no médico, pelo menos para a rotina, assim. Pra ver se tá bem ou não tá, igual, eu num ligo muito de passar, né?”

Como podemos perceber pelos relatos, as mulheres não se preocupam em cuidar da própria saúde, embora cuidem da saúde dos filhos e dos familiares.

Quando as crianças adoecem, algumas mulheres medicam-nas com remédios já receitados para a mesma finalidade. Evitam assim procurar serviço de saúde quando julgam que o diagnóstico será o mesmo constatado anteriormente. As medicações mais utilizadas são os anti-térmicos, os analgésicos e os anti-tussígenos; evitam os antibióticos que julgam ser mais potentes e por acreditarem que necessitem de avaliação médica para serem prescritos. Indicações de medicamentos também podem vir de membros de sua família, geralmente de sua própria mãe:

“eu já tenho o remédio certo pra dar. Pelo menos pro meu menino pequeno, eu já tenho remédio certo, pra tosse, pra resfriado, né? Pra tosse eu dou Naldecon pra ele, não, pra tosse eu dou Decadron e pra resfriado eu dou Naldecon. E quando é febre eu dou Dipirona. Eu já sei como curar eles, assim em casa. Agora quando é outras coisa, assim, eu levo no Posto. Nesse Postinho”.

“se for febre eu dou um remedinho pra febre, se for tosse eu dou um remédio que eles sempre tão tomando. Mas fora isso, só um rinosoro, pra pingar no narizinho e pronto. E dou inalação também. Que eu tenho inalador”.

“eu mesmo, a minha menina quando tá meio enjoadinha, assim, eu chego, dou um AASzinho, mas tem mãe que não percebe quando a criança tá doente mesmo”.

Os relatos demonstram que estas mulheres possuem uma farmácia doméstica com medicamentos empregados anteriormente e cuja experiência demonstrou serem eficazes para cada sintomatologia apresentada por seus filhos. Empregam tais medicamentos e, assim, evitam procurar consulta médica para uma doença que avaliam como conhecida e não grave.

Sabemos que a automedicação é característica cultural do brasileiro. Embasados na indicação de terceiros que, em algum momento de sua vida apresentaram sintomatologia coincidente e curaram-se após tratamento médico, as pessoas compram o medicamento indicado, na tentativa de curarem-se sem precisar ir ao médico.

Outro meio utilizado pelas mulheres quando há alguma manifestação de doença em si próprias ou nos filhos é a consulta ao atendente de farmácia. Procuram, neste trabalhador leigo, a indicação para o medicamento mais adequado para o sintoma identificado. Para reduzir este problema, os órgãos de vigilância sanitária do país, junto com os Conselhos de Farmácia, estão desenvolvendo maior controle para evitar as indicações feitas por leigos no balcão das farmácias:

“o farmacêutico manda, explica como toma, ou senão eu tomo por conta. Minha mãe me ensinou. (...) Quando eu tô doente eu tomo remédio, essas coisas”.

A busca pelo atendente de farmácia para indicação do medicamento para um agravo de saúde pode ser considerada como um recurso mais fácil e rápido para obter tratamento. Por outro lado, seguir indicações de medicamentos feitas por pessoas com mais idade demonstra segurança na experiência destes familiares.

Outra forma de tentar reduzir um agravo à saúde dos filhos é o emprego de medidas caseiras. Estas são representadas pelos chás, benzeduras e orações com os quais procuram evitar a consulta médica.

É comum, neste grupo cultural, as mulheres prepararem chás feitos com ervas caseiras para oferecer

à criança doente. Cada erva tem a sua função e geralmente as mulheres aprenderam o uso com suas mães:

“quando Bruninha tá chiando eu dou mel, com limão, aí bato nas costas dela, sabe? Aí é assim. Por conta. Aqueles caseiro mesmo. Tem erva cidreira, chazinho assim”.

“chá, eu dou chá de poejo. Quando eles tão gripado. Às vezes estão gripados, aí eu faço e dou”.

“única coisa que eu dou assim é um mel, alguma coisa. Remédio caseiro, né”.

Os chás caseiros, por sua vez, são comprados em quantidade suficiente para várias porções ou são encontrados “in natura” nos quintais das casas, nos becos ou nos terrenos baldios, e, portanto, não oneram o orçamento familiar. O ato de oferecer ao doente as medicações anteriormente prescritas é favorecido pela existência dos remédios após a compra para primeiro uso e, portanto, torna-se mais econômico. Ou ainda, devido a seus efeitos benéficos, os medicamentos são adquiridos novamente quando em presença de situações semelhantes àquelas que geraram sua primeira compra.

Identificamos no trabalho de campo e nos relatos das mulheres que elas acreditam nos benefícios das práticas caseiras para as quais recorrem ao tratar seus filhos.

Outro meio de tratamento de uma criança que apresenta sintomas de doenças é a benzedura. As mulheres costumam levar seus filhos para benzer. Segundo Nogueira (1983), a benzedura pode ser entendida como “orações ou invocações recitadas em voz baixa, acompanhadas de gestos ou apenas segurando na mão uma planta ou parte dela”.

Conforme uma benzedeira da comunidade, a benzedura de uma criança doente retira desta o agravo à saúde desde que sua mãe tenha fé em que isto irá acontecer. Geralmente são feitas benzeduras por três dias consecutivos, mas a partir do primeiro dia já pode ser observada melhora no estado geral da criança. A prática da benzedura, comum entre as mulheres deste grupo cultural, confirma a aceitação e a crença nos benefícios do procedimento para a saúde de seus filhos. A divulgação pela comunidade sobre a existência de alguém iniciado no ato de benzer é feita boca-a-boca e a procura pelo tratamento costuma ser alta. Uma benzedeira da comunidade contou-nos que após benzer alguém, é freqüente ela sentir-se indisposta e com dores pelo corpo justificando o esforço dispendido pela subsequente passagem de carga negativa de energia do doente para ela que o benzeu.

As mulheres que levam seus filhos para benzer referem que eles ficam curados após o tratamento:

“e benzer é difícil achar benzedeira. Tem mais lá pra cima, assim, e eu não conheço direito, né. Aí eu não vou. Mas antes, o outro menino (filho mais velho) sempre eu tava benzendo. O avô dele morava aqui. Agora foi embora. Ele benzia. (...) Eu acho que ajuda. Ajuda bastante porque o outro sempre estava doentinho, mandava benzer. (...) Aí ele benzeu e sarou rapidinho. (...) Esse aqui (filho menor) a única coisa que ele já teve que eu mandei benzer mesmo foi um negócio que deu no bumbum dele, que chamam de cobreiro, aí o avô dele benzeu, aí cortou rapidinho. Não precisei levar nem no médico. Por isso que eu acredito. Resolve”.

Verificamos que o diagnóstico do agravo à saúde está na dependência da experiência de quem o realiza e embasa-se em aspectos divinos, pois requerem preces distintas a cada situação. Uma benzedeira da comunidade relatou que, enquanto benzedeira, atende apenas crianças e determinadas doenças, pois ao concluir o trabalho com adultos torna-se mais debilitada, além de que para doenças emergentes ela desconhece a prece adequada.

A oração também esteve representada nos relatos. As mulheres referem alcançar resultados positivos para a saúde fazendo uso deste procedimento:

“levo também pra tomar oração na igreja. Nessa igreja aqui. Acho que é Templo de Deus. Que tem aqui embaixo. Melhora também”.

Buscar várias fontes para cuidar de um agravo de saúde dos filhos é característica das mulheres deste grupo cultural. Notamos também que as medidas citadas são adotadas pelas mães de forma quase que generalizada. Acreditar em um ou noutro procedimento faz com que busquem no atendimento caseiro a cura de algum agravo que acomete a saúde de seus filhos. São medidas que não requerem recursos econômicos,

pois, para submeter as crianças a benzeduras e orações não é necessário pagar a quem o faz. É comum oferecer algum agrado (presente) à benzedeira após o término das sessões de benzedura, assim como a oração evangélica realiza-se durante cultos quando os benefícios da oração são coletivos. É, portanto, através de medidas caseiras que as mulheres procuram curar-se a si próprias, a seus filhos e familiares dos males que julgam menos graves, deixando a procura por atendimento médico quando a situação foge de seu controle.

## CONCLUINDO

Neste grupo cultural, a mulher responde pelo cuidado da casa e dos filhos, enquanto que seu marido mantém o sustento da família.

Uma vez preocupada com os cuidados da casa e com o bem-estar dos filhos, é a mulher quem busca tratamento quando algum deles ou um de seus familiares, já adulto, adoece. Cabe a ela providenciar assistência, primeiramente utilizando remédios caseiros, como chás, mel, benzeduras, orações, ou uso de medicamentos utilizados em situações semelhantes vividas anteriormente. Se, após empregar estas práticas, não notar modificação no quadro de doença apresentado ou, se considerar que a intercorrência é mais grave do que imaginava, a mulher busca, então, atendimento médico.

É ela quem escolhe e busca o local para assistência. A opção pela unidade básica de saúde mais próxima, ou pelo pronto socorro ou hospital, dependerá da situação de urgência e ou da maneira como recebeu atenção nestes locais em outra ocasião. Diante de um agravo à saúde, a mulher desta comunidade evita comparecer à unidade de saúde, cuja demora para atendimento a faz permanecer longo período aguardando. Ela dá preferência ao pronto socorro ou hospital porque dispõem de maiores recursos para atendimento de urgência.

Se o indivíduo que adoece é um adulto, a mulher insiste para que procure atendimento médico, não sem antes fazer uso de práticas caseiras. Estas, em sua maioria, foram aprendidas com a mãe ou a vizinha de mais idade, demonstrando a herança cultural que se perpetua pelas gerações.

Uma prática comum para tratar da saúde das crianças da comunidade é a benzedura. Alguns moradores do local desenvolvem esta prática e atendem os filhos das vizinhas que não estão bem de saúde. No entanto, benzer adultos não é prática comum, já que as informantes não referiram esta situação, e uma das benzedadeiras referiu não atender adultos. As doenças emergentes como a AIDS também não são atendidas por esta prática popular.

Enquanto se preocupa com a saúde de familiares adultos e dos filhos, a mulher delega a manutenção de sua própria saúde a um plano inferior de prioridades. Submete-se a exames somente durante o período pré-natal e são raras as mulheres que procuram o serviço de saúde, como rotina, para consulta periódica. Se o fazem é para obter receita médica para iniciar uso de anticonceptivo e ou para submeter-se à citologia oncológica. Despreocupam-se assim com a própria saúde, enquanto mantêm-se atentas à saúde dos filhos e dos demais familiares.

## FAZENDO AS CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estes resultados mostram a diversidade de recursos empregados pelas famílias, representadas pelas mulheres-mães, na busca de tratamento para um agravo à saúde de seus membros. Primeiramente buscam a solução do problema empregando medidas caseiras aprendidas em seu meio cultural, ou oferecendo medicações já empregadas anteriormente, e, quando não obtém êxito procuram os serviços de saúde que lhes dê resolução imediata para o agravo.

Conhecer este comportamento facilita para os profissionais da área da saúde e, em especial para a enfermagem, a introdução de programas de educação para a saúde culturalmente embasados e voltados, principalmente, para o ensino de cuidados de saúde das crianças, de maneira a promover maior segurança da mulher na assistência requerida pelos seus familiares.

**ABSTRACT:** This paper deals with a qualitative study theoretically based on Cultural Anthropology and on ethnographic methodology. It shows the steps adopted by the family when any member is ill. Participant observation and interviews with six women who live in a slum were used in data collection. The results showed that the women are responsible for the health care of the family, identifying and treating the diseases with folk remedies

and seeking for medical help when they perceive its severity or when the children do not reestablish good health with self care measures. In conclusion, the results showed that, in this culture, the responsibility to care for families' health is a task of the women, exclusively. The authors suggest the nurses must introduce health education programs in this culture and they must teach children's health care to the women of these families.

KEY WORDS: Family health; Family; Nursing; Anthropology cultural.

RESUMEN: Este estudio cualitativo tuvo como referenciales la Antropología Cultural y el método etnográfico. Presenta los procedimientos empleados por la familia delante de un agravio a la salud de sus miembros. Constó de observación participante del contexto y de entrevistas con ses mujeres moradoras en un asentamiento humano. Los resultados mostraron que la mujer cuida de la salud de la familia, identificando y tratando las enfermedades con prácticas caseras. La búsqueda por atendimento médico ocurre delante de una situación considerada de gravedad o cuando la mujer no consigue obtener la mejoría del paciente con el tratamiento por ella adoptado. Como conclusión, los resultados mostraron que, en las familias de esa cultura, la responsabilidad por la búsqueda del estado saludable de sus miembros es exclusivamente tarea de las mujeres. Las autoras sugieren que las enfermeras deben introducir programas de educación para la salud en esta cultura y que deben enseñar a las mujeres miembros de estas familias, cuidados para la salud de los niños.

PALABRAS CLAVE: Salud de la familia; Familia; Enfermería; Antropologia cultural.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ELSEN, I. Desafios da enfermagem no cuidado de famílias. In: BUB, L. I. R. (Coord.). Marcos para a prática de enfermagem com famílias. Florianópolis : Ed. da UFSC, 1994. p.61-77.
2. GUALDA, D. M. R.; MERIGUI, M.A. B.; OLIVEIRA, S. M. J. V. Abordagens qualitativas: sua contribuição para a enfermagem. Rev. Esc. Enf. USP, São Paulo, v.29, n.3, p.297-309, 1995.
3. HAMMERSLEY, M.; ATKINSON, P. Ethnography: principles in practice. London : Routledge, 1990.
4. LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo : EPU, 1986.
5. MARCON, S. S.; ELSEN, I. A enfermagem com um olhar... a necessidade de enxergar a família. Fam. Saúde Desenv., Curitiba, v.1, n.1/2, p.21-6, 1999.
6. NOGUEIRA, M. J. C. Fitoterapia popular e enfermagem comunitária. São Paulo, 1983. 257p. Tese (Livre docência) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
7. OLIVEIRA, R. C. Sobre o pensamento antropológico. 2.ed. Rio de Janeiro : Tempo Brasileiro, 1997.
8. STRASSER, J.A. Qualitative clinical nursing research when a community is the client. In: MORSE, J. M. Qualitative nursing research: a contemporary dialogue. Newbury Park : Sage, 1991. cap.7, p.106-25.
9. STREUBERT, H. J.; CARPENTER, D. R. Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative. Philadelphia : Lippincott, 1995.