

## MÃES TERAPEUTAS POPULARES

Thereza Cristina de Souza Mareco – UnB - Brasil

Silvia Maria Ferreira Guimarães – UnB - Brasil

**Palavras-Chave:** Mães; terapeutas; cuidados.

### INTRODUÇÃO

Nas camadas populares a família é a primeira fonte de cuidados informais de saúde, aonde as mães atuam como terapeutas populares, configurando um sistema médico familiar, alternativo e complementar ao sistema médico oficial. (BOLTANSKI, 1978) O conhecimento dessas mulheres sobre processos de saúde-adoecimento no âmbito familiar está baseado em outros parâmetros, isto é, em outra racionalidade, diversa da biomedicina, que contempla saberes e práticas de sistemas médicos variados, inclusive biomédicos.

Essas mulheres dominam saberes e práticas que, de acordo com Loyola (1978), não são reconhecidos muitas vezes pela medicina oficial, ou biomedicina, o que faz suas ações serem mediadas por relações de força. Essa realidade de atuação da mãe como terapeuta popular não pode ser desconsiderada, pois nas classes populares, observa-se que, primeiro, esgotam-se as possibilidades de recursos terapêuticos familiares para se buscar outros.

Nas questões de saúde-adoecimento infantil, o papel da mãe é decisivo, ela irá desenhar os caminhos, as escolhas do itinerário terapêutico, isto é, traçar as idas e vindas pelos mais diversos recursos terapêuticos para a criança. De acordo com Gerhardt (2006), 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.

Coelho e Almeida Filho (2005) enfatizam a importância do conhecimento que as pessoas detêm, frisando que não há muitas pesquisas sobre a temática de terapeutas familiares e afirma que o sistema de saúde público deve observar, além da doença, todo o cotidiano dos indivíduos, desde os sistemas culturais mais amplos até os religiosos e práticas de autocuidado.

No contexto popular de saúde, as explicações e as terapêuticas usadas para determinadas enfermidades são mal vistas pela biomedicina. Enquanto nas práticas

populares os saberes e práticas dos profissionais de saúde são incorporados e levados em consideração, esses profissionais, em sua maioria, observam as práticas populares de cuidado de uma maneira negativa. Conforme Bezerra et al (2004, p. 4) afirmam os profissionais de saúde, em sua maioria, percebem o uso de recursos populares sem nenhum fundamento e encontram complicações graves nas terapêuticas populares.

Diante dessa anulação de outros saberes, o movimento dos profissionais de saúde é a mudança de hábito das pessoas, de seus conhecimentos e práticas, que se constitui em um processo higienizador de saberes. No caso dos cuidados com as crianças desencadeados pelas mães, Boltanski (2004) demonstrou a desconsideração desses saberes por parte dos médicos. Desse modo, no universo biomédico, no geral, não há possibilidade de considerar outras terapêuticas, outras racionalidades, pois vigora uma incompreensão do outro, o que torna sua prática médica inegociável.

Bezerra et al (2004), ainda, afirmam que somam na busca por práticas populares aspectos financeiros, por serem mais baratas, o acesso imediato e o não uso de intervenções agressivas. Já Oliveira (2012) apresenta uma discussão sobre a importância do papel da mãe e cuidadores de crianças na promoção da saúde. De acordo com a autora, há uma prevenção primordial que a mãe atua evitando fatores de risco sendo defendido pela autora que o acesso ao pediatra deveria acontecer em momentos excepcionais.

Diante desse quadro exposto é notável que as mães são tolhidas de atuarem. O que este trabalho pretende demonstrar é que no interior do grupo doméstico, elas são protagonistas, conhecem os corpos e as pessoas em sua totalidade e em relação com o mundo. Ao longo do ciclo de vida de cada filho, elas apuram seu olhar do cuidado sobre cada um deles. No universo do cuidado desencadeado pela mãe, conhecer seu círculo familiar, as relações sociais mantidas são elementos importantes em sua terapêutica.

## **OBJETIVO**

Observar como a mulher decide sobre o cuidado no ambiente familiar e como ela se relaciona com o profissional de saúde no jogo de relações de poder que acaba se inserindo.

## **METODOLOGIA**

O presente trabalho trata-se de uma pesquisa qualitativa, marcada pela abordagem das Ciências Sociais na Saúde Coletiva. Esse tipo de pesquisa envolve a obtenção de dados de caráter descritivos sobre o objeto estudado, seja ele pessoas ou lugares, havendo um contato direto do pesquisador com a situação em que está sendo estudada, procurando entender as perspectivas sobre o grupo em questão ou o ponto de vista desse grupo. A pesquisa qualitativa tem como característica conhecer as singularidades de seu objeto de estudo, buscando conhecer como ocorrem os processos, e não apenas o resultado final (MINAYO,2010).

O estudo em questão buscou com a pesquisa qualitativa retratar o conjunto de representações sociais estudados, ou seja, mostrar como as mães terapeutas familiares cuidam dos seus tanto em suas singularidades quanto em aspectos recorrentes. Segundo Minayo (2010), a pesquisa qualitativa não tem como característica contar opiniões de pessoas e sim explorar o conjunto de opiniões e representações sociais sobre o tema de estudo, sendo que o estudo do material não precisa mostrar a totalidade das falas e expressões dos interlocutores, pois do mesmo modo que existem muitos pontos em comuns também existem biografias próprias de cada interlocutor.

Para este trabalho de cunho qualitativo, foi utilizado o método etnográfico, que se propõe realizar uma descrição densa da realidade estudada. Desse modo, buscou abstrair os significados para poder compreender como eles os interpretam e direcionam as suas atitudes. Barroso e Sousa (2008) afirmam que a etnografia surgiu como um caminho para poder estudar o homem em suas diferenças culturais e que a pesquisa etnográfica tem como característica a inserção do pesquisador em um campo ao longo de um período.

Nesse tipo de pesquisa, busca-se o conhecimento através de interação entre discursos e comportamentos do grupo estudado, bem como observações do pesquisador sobre cada detalhe que compõe os ambientes tanto sociais quanto físicos do grupo estudado (op. cit). Como técnicas de pesquisa para o levantamento dos dados foram realizadas entrevistas semiestruturadas e a observação participante. Para as entrevistas, as questões foram padronizadas. Segundo Goldenberg (1999), esse tipo de questão facilita a comparação das respostas, pois a pergunta é feita de forma homogênea para todos.

A pesquisa, também, utilizou questões abertas, aonde as pessoas puderam falar livremente sobre o tema, ou seja, podiam falar sobre questões que não foram abordadas

propriamente nas perguntas. Por se tratar de uma pesquisa qualitativa a amostra foi definida por critério de saturação de respostas, ou seja, foi trabalho com um grupo inicial de 8 mulheres, não houve necessidade de mais porque em um dado momento as respostas passaram a se repetir.

Assim, a pesquisa foi realizada no Distrito – Federal e foram entrevistadas duas moradoras da Ceilândia e seis de Taguatinga. As entrevistas aconteceram, em alguns casos, na casa das mesmas e em outros no ambiente de trabalho. Elas foram receptivas à pesquisadora. Elas têm entre 25 e 57 anos, cinco se definiram como católica, uma como evangélica, uma como cristã e uma como espírita. São casadas com a exceção de uma que é solteira.

Quanto aos aspectos éticos da pesquisa, a mesma faz parte de um projeto mais amplo denominado “Terapeutas Populares e Tecnologias em Saúde no DF e região do entorno”, coordenado pela Profa. Sílvia Maria Ferreira Guimarães, o qual 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).

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A primeira gestação surge como algo novo, essas mulheres passam a se inserir em um outro universo, do planejamento, e das tecnologias envolvidas. A presença do discurso médico é marcante. A preparação, para a gravidez, toma contorno após a primeira gestação.

*“Não, eu não sabia nem o que era remédio nem camisinha. Eu não evitava ter filho. O primeiro filho eu não sabia como se prevenir, mas eu queria ter. Quando eu tive meus outros dois filhos eu tomava remédio para me prevenir, do primeiro para o segundo são quatro anos de diferença e do segundo para o terceiro são cinco anos. (...) Depois que eu ganhei o primeiro filho fui ao médico aí eu fiz a minha consulta do puerpério, aí eu fui me prevenir, aí o médico perguntou qual método eu achava melhor para mim, camisinha, DIU, remédio, aí eu optei por o remédio, aonde eu engravidei também com o remédio (...) Não tomava nenhum remédio caseiro, apenas o remédio passado pelo médico.” (Margarida)*

De acordo com Siqueira et al (2006) foi observado que cada indivíduo cuida de si e de sua família de uma determinada forma, ou seja, algumas buscam primeiramente fazer remédios caseiros antes de procurar o sistema de saúde oficial, outros já buscam benzedeiras. Assim, as entrevistadas relatam os problemas que enfrentaram em algumas das gestações que tiveram.

Diante da gestação e dos problemas que algumas apresentaram, essas mulheres se apoiaram nos serviços de saúde e na figura do especialista médico. Em alguns casos, elas faziam uso de medicamentos caseiros como chás ou adequavam a alimentação. A maioria das mulheres seguia, exclusivamente, o tratamento médico, outras iam por outras vias, alternativas de cuidado.

*“Não, eu só tomava medicamento passado pelo médico. Porque a minha gravidez era de alto risco e eu só podia tomar mesmo remédio passado pelo médico. Eu tomava remédio e não queria ter tomando também outros remédios passados por outras pessoas, porque poderia não me fazer bem”. (Margarida)*

*“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”. (Alfazema)*

Muitas enfatizam que viveram o resguardo, assim, neste momento, as práticas populares aparecem, pois não há indicações médicas sobre essa fase.

*“Fiquei de resguardo 45 dias, nas duas primeiras, e, na última, 60 dias. (...) (Resguardo) É não varrer casa, não pegar peso, não comer comida pesada, não ter relações sexuais.” (Girassol)*

*“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 quebrando o resguardo dá uma dor de cabeça com febre muito grande, uma febre assim que*

*“você fica tremendo, tremendo, sem controle, e quando eu quebrava os resguardos eu tomava água inglesa era o que a minha mãe comprava para a gente”.* (Rosa)

Em casa, após o parto, essas mulheres começam a acionar as práticas populares de cuidado. Acima elas falaram sobre o que é o resguardo, agora, seguem explicações sobre como se cuidavam.

*“Eu me lavava com chá de algodão e álcool iodado (para tratar dos cortes) e se alimentava direito”* (Girassol)

*“Após os partos, eu tomava água inglesa para limpar né!? Para ficar limpa e tinha assim cuidado de não comer comida assim que não fosse adequada, porque no hospital você pode comer tudo né!? Mas em casa você não pode comer assim: rabada, abacaxi né!? Porque dá cólica e ter assim muito cuidado de não ficar com os pés descalços, andando em sereno, essas coisas”.* (Rosa)

Sobre o acompanhamento médico, do pediatra, essas mulheres enfatizam a importância desse:

*“Desde quando nasceu tem que ter o acompanhamento até 12 anos, caso precise levar né! Mais é obrigatório levar o bebê para fazer o acompanhamento.”*

*“Desde quando ele nasceu a primeira consulta até 2 anos levei ao médico e depois caso precisasse e também levei para levar todas as vacinas, todas elas que tinham que dar, eu fiz o que era preciso”.* (Margarida)

Sobre os cuidados com a alimentação das crianças, elas enfatizam que é importante para o desenvolvimento da criança se alimentar com comida natural e havia horários determinados.

*“Olha eles comiam de tudo, não tinha esse negócio de fazer a comidinha separada, no começo eu até fazia separado, mas eles não gostavam. Quando eles começaram a comer com uns 9 ou 10 meses eles já começaram a comer com a gente no pratinho, comia comida normal igual a gente, carne, arroz, verdura. Normalmente 11h30 ou 12h que eles almoçava, que era o horário que*

*a gente geralmente comia, eu não lembro direitinho os horários né, mas quando chegava de tarde depois do almoço ele dormia, aí quando acordava fazia um lanche, tomava um suco”. (Hortênsia)*

*“Ah eu procurava dar comida mais natural, mais caseira, arroz, feijão, carne, verdura, eu sempre fiz a comida né, aí eu sempre dei a comida caseira, desde os 4 meses eu já ia acostumando, porque eu não tinha tempo de ficar amamentando, aí com 4 meses eu já ia dando fruta e verdura. Sempre seguia os horários direitinho, de manhã tomava uma mamadeira antes de ir para a loja, umas 10h um lanche, uma fruta, aí almoçava e de tarde lanche e de noite a janta, sempre foram assim, cuidava direitinho”. (Violeta)*

Sobre os cuidados com a higiene da criança e o aprendizado dessas sobre o tema da higiene, elas explicam sobre o banho. Outros cuidados com a saúde, elas utilizam elementos da medicina popular juntamente com a medicina oficial. Os problemas de saúde vinham do ambiente e elas deveriam proteger seus filhos, aqui surge a síndrome do quente-frio (Ibáñez-Novion, 2012) explicando os problemas de saúde, a cura e prevenção. Um equilíbrio não estático era acionado, onde o ambiente, roupas e alimentos, banhos entram em jogo para ativar esse equilíbrio na criança. As estratégias eram variadas para mantê-lo:

*“Até 6 anos eu banhava eles e aos 7 anos eu deixava um dia da semana para ver como eles estavam se cuidando sozinhos. Não deixava pegar chuva, pegar em água fria em tempo frio, cuidava com a alimentação no tempo quente para não dar mal estar, tinha cuidado com os alimentos fora da geladeira para não contaminar e eles não adoecerem, sempre dando água filtrada, comida do dia, tanto gripado não deixava tomar sorvete, eu sempre tive cuidado, de um ano aos seis anos do mesmo jeito, não deixava comer muito doce, não dava muita balinha, chiclete, doces em geral eu evitada, eu dava mais controlado”. (Margarida)*

*“Da primeira filha na minha inexperiência se tivesse um ventinho eu agasalhava a minha filha toda, sempre deixava ela de calça, de meia, toda coberta, já o meu*

*segundo filho eu já sabia, deixava mais a vontade, na minha primeira filha eu não deixava tomar gelado, já o meu filho eu deixava. Era assim, eu evitava deixar eles saírem no vento, deixar eles desagasalhados, não ficar tomando sorvete nem coisas geladas, era mais isso, porque eles começavam a ficar gripados, começava a tossir e ficar com o nariz entupido, aí eu já ficava preocupada”. (Alfazema)*

De acordo com Gutierrez e Minayo, 2010 o significado de saúde para os profissionais da saúde está atrelado ao saber biomédico o qual é responsável principal e único de cuidar da saúde das pessoas o que está diretamente ao período colonial aonde o saber médico era hegemônico o que é refletido até hoje. Contudo, é observado que as famílias praticam o seu auto cuidado o que está atrelado aos seus saberes e práticas de cuidado culturais e familiares.

Assim, ao longo do desenvolvimento da criança, as mães identificam que elementos ou sinais caracterizam o início de uma doença ou algum problema na criança. Uma relação de confiança é estabelecida, essa relação entre mãe e criança é dialógica, a mãe escuta a criança.

*“Que 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.” (Bonina)*

*“Se eu via que tava quieto demais é porque tinha alguma coisa errada, aí eu já prestava atenção, se tivesse com cara de dor aí eu já ia precaver.” (Gardênia)*

A partir dessa análise em casa, a mãe desencadeava a terapêutica ou o itinerário a ser seguido. A decisão inicial estava com ela que partia para trocar informações com pessoas de sua rede familiar e acessar o médico. A febre marca uma gravidade e elas rapidamente buscam o hospital, não tentam desenvolver um cuidado inicial.

*“Então, febre, a criança ficava só deitada, esmorecido, aí eu chegava e colocava o termômetro e via que tava com febre aí eu levava ao médico para saber qual a causa da febre. Quando era infecção de garganta ele falava aí eu via e levava*



*ao médico. Dor de cabeça, levava também ao médico para saber o que era, se era sinusite, enxaqueca, o motivo né, dor de barriga eu levava para saber a causa, se foi alguma comida, se era verme, se era virose, sempre que sentia alguma coisa eu procurava saber o que era”. (Margarida)*

*“Ah classificava só de botar a mão e vê se tava com febre, aí se era uma gripe, se tossia né?! Mas não tiveram uma doença muito forte não”. (Hortênsia)*

Sobre a medicação em casa, algumas fazem uso de plantas medicinais, outras afirmam não dar nada, mas buscar aconselhamento do médico. Muitas examinavam suas crianças, mediam temperatura, olhavam cor e cheiro das fezes, observavam a garganta. Elas dominavam os sentidos corporais e emocionais das crianças. Mas, mesmo tendo o domínio da situação, o que significa conhecer os sinais, a totalidade da criança e o processo de adoecimento em que ela se insere, o médico é um especialista constante.

*“Eu só dou chá de casca de laranja e folha de boldo que são para o intestino. Ah eu dou os remédios, paracetamol, essas coisas.” (Bonina)*

*“Eu dava chá mesmo, só chá mesmo, um A.S. infantil que naquela época podia dar né, não dava antibiótico né, só se o médico passasse que eu dava esses remédios mais fortes. Se eu visse que tava com uma febre, uma coisa muito alta, aí eu levava ao médico, mas se eu visse que não era nada preocupante eu ficava aqui em casa mesmo na base do chazinho”. (Hortênsia)*

Assim, essas mulheres enfatizam a importância dos médicos pediatras, mas fazem uso de remédios caseiros, massagens e outras estratégias de cuidado em casa e até mesmo dos medicamentos que os médicos repassam.

Segundo Murakami e Campos, 2015 é importante existir uma relação entre as mães e profissionais da saúde, pois há uma tensão na relação com o médico, em alguns casos. E algumas mães da pesquisa esperam o aval do médico para atuarem. Há uma hegemonia deste saber médico sobre as práticas de cuidado das mães.

*“Para cólica, chá de erva doce, só esse, esquentava a fraldinha e colocava na barriguinha do neném, fazia exercício com as perninhas dele ‘contraí e retraí’ as perninhas para os gases”. (Margarida)*

*“Eu sempre uso chá, suco, mel, dependendo da doença, se for doença respiratória, gripe, diarreia, eu sempre dou remédio natural mesmo, chá de cidreira que limpa o intestino ou soro caseiro e soro comprado na farmácia também. Sim, erva cidreira, camomila, erva doce, para cólica, para criança ficar tranquilinha e dormir, para cólica eu dava o de erva cidreira e o de camomila era para acalmar e dormir, para tranquilizar a criança”. (Girassol)*

Alvim et al, 2006 frisa que a utilização de práticas alternativas para cuidarem da saúde sempre foram utilizadas, estando entre essas a ordem espiritual, física e o emprego de plantas medicinais. Portanto, na pesquisa foi mostrado que outros especialistas aparecem em casos contados por essas mulheres, mas elas têm receio discutir esse assunto.

*“Essas coisa já são muito íntimas (risos), bom eu estava dando de mamar para a última filha quando chegou uma mulher e ficou o tempo todo falando que minha filha era muito bonita e que mamava muito bem e a partir daí na frente da mulher mesmo a minha filha começou a vomitar e foi esmorecendo aí eu tive que levar ela em um benzedor e aí a benzedeira falou que foi a mulher que fez minha filha ficar daquele jeito, pois ela colocou um quebrante tão forte na minha filha que fez ela ficar daquele jeito, aí quando a benzedeira benzeu a minha filha ficou boazinha. A benzedeira falou que o quebrante foi muito tão forte que quase matava a minha filha.” (Margarida)*

*“Era igual eu sempre te falei, eu não levava para benzer porque estava sentindo alguma coisa, eu pedia só para a minha avó benzer quando a gente ia na casa dela”. (Alfazema)*

Uma prática importante no cuidado com os filhos é inseri-los em ambiente religioso. Assim, elas enfatizam:

*“Levo para a igreja e agora to levando para o grupinho de oração”. (Bonina)*

*“Sempre deixei a vontade para eles escolherem, mas sempre falando de Deus, falando da palavra, para eles saberem que existe um Deus, mas independente da religião. Já levei eles para a igreja e eles mesmo, escolheu por catequese e levava para a igreja para o culto”. (Girassol)*

Com relação ao atendimento médico, elas enfatizam que isso depende do médico, alguns são receptivos e examinam as crianças, outros não conversam e não fazem o que elas definem como exame completo.

*“Teve um que não escutava não, nem olhar olhava, só olhava o olho e o ouvido e já ia dando o diagnóstico. Já a outra médica que eu tô consultando ela não, ela primeiro coisa, pega o neném bota na maca, tira a roupa, coloca o neném para andar para lá e para cá aí depois que ela vai ouvir, até o pintinho ela arregaça assim, aí eu falo, valha meu Deus”. (Bonina)*

*“Eles escutavam. E se estiver errada ele mete bronca, e se eu estiver errada eu escuto calada né, ele é médico, estudou, então sabe. Mas se eu estiver certa, também falo, mas eu nunca discuti com nenhum médico, eu sou muito calma.” (Gardênia)*

Em casa, após o conhecimento adquirido com médico e vendo o efeito positivo de um medicamento, elas o reutilizam quando observam que a criança está com os mesmos sintomas.

*“Sim quando era garganta inflamada, aí eu repetia o mesmo remédio, fora isso eu levava ao médico, quando eu não sabia o que que era e não dava remédio*

*passado por ninguém, e usava a mesma quantidade indicada pelo médico”.*  
(Margarida)

*“O paracetamol quando ele tem febre, eu modifico a quantidade de acordo o peso que ele tá, porque é pelo peso”.* (Bonina)

De acordo com Gutierrez e Minayo, 2009 a automedicação por meio de chás é uma característica das mulheres da camada popular aonde muitas vezes elas não conseguem atendimento ou medicamentos da medicina oficial e então ativam as suas redes de cuidados, aonde é repassado de geração a geração as formas de cuidados alternativos que se são muitas vezes por remédios caseiros e até mesmos cuidados relacionados a religião.

No ambiente doméstico, essas mulheres enfatizam algumas pessoas como centrais e que lhes auxiliam nas tomadas de decisão quanto à saúde dos seus. As mães ou avós das crianças são as que mais aparecem nos relatos. Mesmo com a ênfase dado ao médico, elas aprenderam a cuidar do filho com a mãe, pois esse cuidado está além de conter uma doença, mas engloba outras dimensões da vida.

*“Minha querida mamãe, porque ela conviveu a vida inteira com os netos, ela na casa dela e eu na minha mas ela sempre acompanhando.”* (Margarida)

*Até os meus 19 anos foi a minha mãe, que ela morreu quando eu tinha 19 anos, aí eu aprendi com ela porque eu tinha que cuidar dos meus irmãos, aí eu aprendi a cuidar dos meus filhos com ela. Eu seguia tudo que ela falava e não me arrependo, porque eu acho assim, que é a orientação da mãe, a minha mãe sempre foi tudo para mim né, e eu achava que tava correto e eu segui o que ela me ensinou e fora ela eu escutava a minha sogra, porque depois que a minha mãe faleceu aí eu escutava muito ela.”* (Violeta)

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.

*“Eu e o pai, e a avó e a tia ficavam quando precisava, mas eles sempre foram acompanhados por todos, pelos avós, pelos tios, foi uma opção minha cuidar dos meus filhos, primeiramente de Deus e segundo minha, já que eu tinha condição de fazer isso, então aproveitei, porque o meu esposo falou que já que tinha condição de eu ficar cuidando só das crianças então eu resolvi ficar cuidando só das crianças”. (Margarida)*

*“Só eu e um monte de cliente”. (Bonina)*

*“Quando eu era casada, eu e meu ex-marido né, agora eu sozinha, eu moro só, mas a minha mãe tá sempre aí. Quando meus filhos eram pequenos a minha irmã que cuidava quando eu ia trabalhar, porque ela morava comigo.” (Gardênia)*

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 acionado, caso contrário, muitas deixam de trabalhar. Assim, Almeida, 2007 enfatiza que as mulheres trabalhadoras das camadas populares muitas vezes não podem se dedicar inteiramente ao cuidado com os filhos, ficando este para as avós, vizinhos e na maioria das vezes para a irmã mais velha.

*“Se tivesse com febre ou assim quando era essas doenças que criança tem igual catapora, aí geralmente eu ficava em casa para cuidar”. (Violeta)*

*“Às vezes quando o problema era mais assim, quando necessitava de mais cuidado, assim, quando tinha que ficar dando um medicamento, aí, as vezes, eu faltava um dia, mas aí ia melhorando e depois eu tinha que ir trabalhar”. (Girassol)*

Gutierrez e Minayo, 2009 afirmam que os profissionais da saúde relatam que a mulher é a responsável pela saúde dos seus filhos sabendo falar cada detalhe do que cada um sente, porém enquanto as mulheres buscam fazer consultas e exames preventivos os homens enxergam como excesso de cuidados desnecessários.

Assim foi observado que as entrevistadas acompanham os membros da família quando esses devem ir ao médico. No caso da saúde de seus esposos, elas são figuras centrais:

*“Sempre, me sinto mais segura, porque eu pergunto a causa da doença o que fazer, o porquê que aconteceu o sintoma para eu poder dar o remédio certo passo pelo médico. Eu entro na consulta com eles”. (Margarida)*

*“Sim. Porque sente mais segurança por ser a mãe é muito próxima do familiar. Sim, sempre. Porque eu mesma que levo os filhos ao hospital então tem que ir sempre.” (Girassol)*

Elas acabam sendo centrais no cuidado de seus maridos, ao longo da vida conjugal, elas também vão tendo domínio sobre eles, observando os processos de adoecimento em que eles se inseriram.

*“Hoje em dia eu corro para o hospital né, porque é diabético e diabete é coisa séria né, geralmente ele sente uns calafrios, uma coisa, uma ansiedade né, aí a gente tem que ir para o médico né, porque é diabete aí já é outra coisa. Mas quando era gripe eu dava chá de alho com limão e resprim e se não melhora e é garganta aí vai para o médico”. (Violeta)*

*“Meu marido quando dá alguma coisa, alguma dor, ele mesmo se medica já que ele é farmacêutico já toma as coisinhas dele natural, ele mesmo já faz os remedinhas dele e toma lá, para ele procurar o alopático é muito difícil, mas assim, quando ele tem alguma coisa mais forte, uma dor no peito aí eu falo para ele vir no hospital para a gente bater um raio X”. (Alfazema)*

Portanto, Botelho et al (2012) abordam que o profissional de saúde deve buscar compreender como são as singularidades referentes à qualidade de vida dos indivíduos. Por isso, a relação entre médico e paciente deve ser dialógica e horizontal, o interesse pelos itinerários terapêuticos e pelas alternativas de autocuidado deve acontecer, pois

somente assim as terapêuticas oficiais podem se adequar à vida social, incluindo verdadeiramente os sujeitos nas terapêuticas.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Na atualidade o saber médico ainda tem forte controle sobre como devem ser feitos os cuidados no enlace mãe e filho. Porém, as mães como terapeutas familiares só buscam a prática da biomedicina após se esgotarem todos os procedimentos que podem ser feitos na medicina popular, bem como quando acreditam ser necessário uma intervenção imediata do saber científico.

Assim, percebe-se que as mães têm a autonomia de diagnosticarem os seus filhos quando estão em suas casas, ou seja, as mesmas sabem verificar a gravidade da doença através dos sintomas percebidos. E assim, elas categorizam as doenças entre leves e graves, quando devem acionar o médico, por exemplo, a febre contínua é um sintoma que alerta a mãe e a faz ir 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.

Observa-se que a figura do especialista médico é uma constante e, em alguns casos, limitador da atuação da mãe. Algumas mães deixam de ter autonomia no cuidado e veem no médico a fonte de conhecimento para a cura. Foi observado que essa autonomia é muito restrita e as mães acabam não podendo relatar as suas opiniões de como querem ou podem cuidar de seus filhos, porque o profissional da saúde impõe como é que devem ser esses cuidados, bem como o que pode e o que não pode ser feito para que a criança tenha um completo bem estar.

A figura da mãe é muito importante para os cuidados com a criança, pois as mesmas são conhecedoras do seu grupo familiar, desencadeando o cuidado até mesmo com a figura paterna. Essas mulheres conhecem seus entes em suas totalidades, porém, muitas vezes, elas não conhecem seus direitos e deixam de desencadear a promoção da saúde por não terem autonomia sobre o cuidado com os seus.

Vale salientar que essas mães praticam cuidados descentralizados, ou seja, buscam cuidar de seus filhos observando eles como um ser total, avaliando as suas singularidades, recebendo informações dos médicos, de suas mães e outros. Lembrando que esse cuidado

do binômio mãe-filho também está atrelado a um fator de gênero aonde a mãe é tida como a cuidadora e o pai como o provedor, o que relaciona a saúde da mulher exclusivamente com a reprodução.

Portanto, é de grande relevância que exista cada vez mais estudos voltados para a área da saúde popular, pois nesse contexto, estão camadas populares que são subjugadas e sofrem violência institucional. Em específico, as mães cuidadoras as que estão diretamente ligadas aos cuidados dos seus, merecem um olhar diferenciado no que se refere ao autocuidado e cuidado com seus entes, bem como é importante que o desenvolvimento de estudos sobre essas práticas de cuidados, para que as políticas e intervenções sejam cada vez mais disseminadas e que abranja essa classe de terapeutas em suas totalidades.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, L. S. **Mãe, cuidadora e trabalhadora: as múltiplas identidades de mães que trabalham.** *Rev. Dep. Psicol., UFF* [online]. 2007, vol.19, n.2, pp. 411-422. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rdpsi/v19n2/11.pdf>>. Acesso em: 6 de abr. 2014.

ALVIM, N. A. T. FERREIRA, M. A. CABRAL, I.E. ALMEIDA, F. A. J. O uso de plantas medicinais como recurso terapêutico: das influências da formação profissional às implicações éticas e legais de sua aplicabilidade como extensão da prática de cuidar realizada pela enfermeira. **Revista Latino-Americana de Enfermagem.** 2006. 14 (3); 316-323. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692006000300003&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692006000300003&script=sci_abstract&lng=pt). Acesso em: 8 de abr. 2016.

BARROSO, M.G. SOUSA, L.B. **Pesquisa Etnográfica: Evolução e Contribuição para a Enfermagem.** *Ver. Enferm.* 2008 mar; 12 (1): 150 - 5. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n1/v12n1a23.pdf>. Acessado em: 08 de jun. 2014.



BEZERRA, L. Q. **Saber popular: sua existência no meio universitário**. *Rev. bras. enferm.* [online]. 2004, vol.57, n.6, pp. 715-719. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n6/a17.pdf>. Acessado em: 6 de jul. 2014.

BOLTANSKI, L. 1978. “A descoberta da doença- difusão do conhecimento médico” e “Medicina popular e medicina científica”. In: **As classes sociais e o corpo**. SP: Ed. Graal.

GERHARDT, T. E. **Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade**. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2006, vol.22, n.11, pp. 2449-2463. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n11/19.pdf>. Acessado em: 6 de jul. 2014.

BOTELHO, S. M. BOERY, R. N. S. O. VILELA, A. B. A. SANTOS, W. S. PINTO, L. S. RIVEITO, V. A. Et Al. O cuidar materno diante do filho prematuro: um estudo das representações sociais. **Revista esc. enferm. USP** [online]. 2012. 46 (4); 929-934. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n4/21.pdf>. Acesso em 3 de março. 2016.

GOLDENBERG, M. A arte de pesquisar. Rio de Janeiro e São Paulo: Editora Record, 1999. P. 85-91.

GUTIERREZ, D. M. D. MINAYO, M. C. S. Papel da Mulher de Camadas Populares de Manaus na Produção de Cuidados da Saúde. **Rev. Saúde Soc.** São Paulo, v.18, n.4, p.707-720, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n4/14.pdf>>. Acesso em: 06 de Abril. 2016.

GUTIERREZ, D. M. D. MINAYO, M. C. S. Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, 15(Supl. 1):1497-1508, 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/062.pdf> >. Acesso em: 11 de Abril. 2016.

IBÁÑEZ-NOVIÓN, A. M. In: \_\_\_\_\_. **Anatomias Populares: a antropologia médica de Martín Alberto Ibáñez-Nóvion**. Brasília: Editora Unb, 2012. 296 p.

LOYOLA, M. A. 1978. “**Medicina Popular**”. In GUIMARÃES, R. (Org.). **Saúde e medicina no Brasil**. Rio de Janeiro: GRAAL, 1978, pp. 225-250.

MINAYO, M. C. S. Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade. Petrópolis: Editora Vozes, 2010. P. 61-106.

MURAKAMI, R; CAMPOS, C. J. G. Importância da relação interpessoal do enfermeiro com a família de crianças hospitalizadas. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 64, n. 2, p. 254-260, Apr. 2011 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003471672011000200006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672011000200006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 Oct. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000200006>.

OLIVEIRA, W. F. **Violência e Saúde Coletiva: contribuições teóricas das ciências sociais à discussão sobre o desvio**. *SciELO, 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 de Abr. 2014.

SIQUEIRA, K. M. BARBOSA, M. A. BRASIL, V. V e Et al. **Crenças populares referentes à saúde: apropriação de saberes sócio-culturais**. *Texto contexto - enferm.* [online]. 2006, vol.15, n.1, pp. 68-73. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n1/a08v15n1.pdf>. Acessado em: 6 de jul. 2014.