

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM E FARMÁCIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - MESTRADO

LETICIA OLIVEIRA DE MELO

**ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA QUILOMBOLA MENOR DE 2 ANOS:
SABERES E PRÁTICAS DE CUIDADO À LUZ DA TEORIA TRANSCULTURAL**

Maceió,
2016

LETICIA OLIVEIRA DE MELO

**ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA QUILOMBOLA MENOR DE 2 ANOS:
SABERES E PRÁTICAS DE CUIDADO À LUZ DA TEORIA TRANSCULTURAL**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas como requisito parcial para obtenção do Título de Mestra em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ingrid Martins Leite Lúcio

Área de Concentração: Enfermagem no cuidado em saúde e na promoção da vida.

Linha de Pesquisa: Enfermagem, vida, saúde, cuidado dos grupos humanos.

Maceió,

2016

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico

Bibliotecária Responsável: Helena Cristina Pimentel do Vale

- M528a Melo, Leticia Oliveira de.
 Atenção à saúde da criança quilombola menor de 2 anos : saberes e práticas de cuidado à luz da teoria transcultural / Leticia Oliveira de Melo. – 2016.
 102 f. : il.
- Orientadora: Ingrid Martins Leite Lúcio.
 Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Alagoas. Escola de Enfermagem e Farmácia. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Maceió, 2016.
- Bibliografia: f. 76-91.
 Apêndices: f. 92-99.
 Anexos: f. 100-102.
1. Enfermagem transcultural. 2. Cuidado da criança. 3. Serviços da saúde infantil. 4. Grupo com ancestrais do continente africano. 5. Comunidade quilombola – Alagoas.
 I. Título.

CDU: 616-083-053.2(813.5)

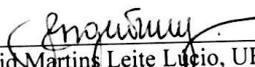
Folha de Aprovação

AUTOR: LETICIA OLIVEIRA DE MELO

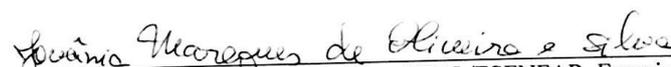
Atenção à saúde da criança quilombola menor de 2 anos: saberes e práticas de cuidado à luz da teoria transcultural

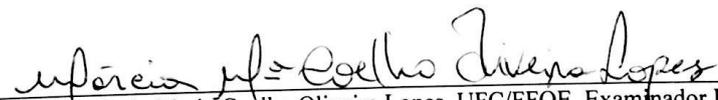
Dissertação submetida ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas, Área de Concentração: enfermagem no cuidado em saúde e na promoção da vida, Linha de Pesquisa: enfermagem, vida, saúde, cuidado dos grupos humanos.

Aprovada em 12 de Dezembro de 2016


Prof.^a Dr.^a. Ingrid Martins Leite Lucio, UFAL/ESENFAR, Orientadora

Banca Examinadora:


Prof.^a Dr.^a. Jovânia Marques de Oliveira e Silva, UFAL/ESENFAR, Examinador Interno


Prof.^a Dr.^a. Márcia Maria Coelho Oliveira Lopes, UFC/FFOE, Examinador Externo

Para minha irmã Luisa que me inspira todos os dias e me faz enxergar através de seus olhos a pureza das crianças.

AGRADECIMENTOS

A Deus por me guiar e iluminar meu caminho me dando saúde, força e perseverança para não desistir.

A minha mãe Kátia, meu agradecimento especial, por todos os ensinamentos, por todo amor, educação e apoio em todos os momentos da minha vida.

A minha avó Lau pelo cuidado diário e pelas orações.

A meu padrasto Osvaldo pelo incentivo, apoio e carinho.

A toda minha família pela torcida, em especial a Isabella e Cláudia.

A minha orientadora Prof^a. Dr^a. Ingrid Martins Leite Lúcio que tem me acompanhado desde a graduação, agradeço pela dedicação, disponibilidade, conhecimentos transmitidos e constante incentivo sempre contribuindo com o meu trabalho e, principalmente, com minha formação.

A Universidade Federal de Alagoas e a Escola de Enfermagem e Farmácia/ESENFAR-UFAL pelo apoio institucional.

Aos professores do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da ESENFAR-UFAL por contribuírem com meu crescimento profissional e pelas valiosas aulas ministradas.

Às professoras da banca examinadora, Jovânia Marques de Oliveira e Silva e Márcia Maria Coelho Oliveira Lopes, pelas preciosas contribuições.

Ao Grupo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem na Saúde Materno Infantil - GEPESMI/CNPq pela parceria e rede de apoio construída com todo grupo.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES, pelo financiamento deste estudo e incentivo à produção científica.

Aos profissionais de saúde do Muquém pelo acolhimento, disponibilidade e auxílio em todas as etapas do estudo.

A todas as famílias que participaram desse estudo e me receberam tão bem em seus domicílios.

Aos meus colegas do mestrado pelo companheirismo, amizade, pelos bons momentos e dificuldades compartilhadas durante todo esse percurso.

RESUMO

Os primeiros anos de vida de uma criança, especialmente os dois primeiros, são caracterizados pelo crescimento acelerado e significativas aquisições no processo de desenvolvimento. A prioridade na atenção à saúde da criança de 0 a 2 anos é reconhecida pelo Ministério da Saúde tendo como proposta a proteção e o fomento ao desenvolvimento integral da criança neste período crítico e sensível da primeira infância. Assim, é fundamental investigar como ocorre o cuidado das crianças no ambiente familiar, pois a família é a primeira instituição social que, em conjunto com outras, busca assegurar a continuidade e o bem-estar dos seus membros e da coletividade, incluindo a proteção e o bem-estar da criança. Objetivou-se analisar os saberes e práticas de cuidado da família na atenção à saúde da criança quilombola menor de 2 anos à luz da Teoria Transcultural de Leininger. Pesquisa qualitativa, apoiada na Etnoenfermagem e no referencial teórico da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado de Madeleine Leininger, realizada na comunidade quilombola do Muquém, no município de União dos Palmares-AL. Aprovada pela Plataforma Brasil com nº 1.500.684. Os participantes foram os principais cuidadores das crianças menores de 2 anos dessa comunidade, totalizando dezesseis, foram utilizados codinomes em homenagem a personalidades que fizeram parte da história da cultura quilombola brasileira para preservar a identidade. A coleta de dados ocorreu de abril a julho de 2016, em *lócus*, com imersão dos pesquisadores no campo, seguindo as quatro fases de observação, participação e reflexão propostas por Leininger. Os instrumentos utilizados na coleta foram: diário de campo, formulário sóciodemográfico, guia de observação e entrevista semiestruturada, as quais foram gravadas. A análise foi organizada conforme as quatro fases de Leininger da etnoenfermagem. As duas primeiras incluem a gravação de todos os dados e a codificação. A terceira fase exige que o pesquisador identifique padrões recorrentes e a quarta fase os temas. Os resultados foram estruturados em três temáticas: 1. Conhecendo os participantes do estudo 2. Saberes e práticas populares no cuidado diário à criança quilombola; 3. Saberes e práticas populares de cuidado nas situações de adoecimento. Na categoria *Saberes e práticas populares no cuidado diário à criança quilombola*, revelou-se os cuidados realizados diariamente às crianças de zero a dois anos são desempenhados predominantemente pelas mulheres dessa comunidade. De acordo com as cuidadoras, os cuidados com higiene, alimentação e prevenção sofrem influência das crenças, costumes e ritos que são repassados de geração a geração. Na categoria *Saberes e práticas populares de cuidado nas situações de adoecimento*, verificou-se que a família inicialmente realiza os cuidados no domicílio, contando com a rede de apoio constituída por familiares e amigos. Essas práticas fundamentam-se majoritariamente pela utilização de plantas medicinais e práticas religiosas que são realizadas por curandeiras da própria comunidade. Conclui-se que a Teoria transcultural possibilita a oportunidade de ressignificar a prática de enfermagem aliando o saber científico ao saber popular.

Descritores: Enfermagem Transcultural. Cuidado da Criança. Grupo com ancestrais do continente africano.

ABSTRACT

The early years of a child's life, especially the first two, are characterized by accelerated growth and significant acquisitions in the development process. The priority in the health care of the child of 0-2 years is recognized by the Ministry of Health with the proposal to protect and foster the integral development of the child in this critical and sensitive period of early childhood. Thus, it is fundamental to investigate how care of children occurs in the family environment, since the family is the first social institution that, together with others, seeks to ensure the continuity and well-being of its members and the community, including protection and The well-being of the child. The objective was to analyze the knowledge and practices of family care in the health care of the quilombola child under 2 years in light of the Leininger Transcultural Theory. Qualitative research, supported by Ethnonursing and the theoretical framework of the Theory of Diversity and Universality of Care of Madeleine Leininger, held in the Quilombola community of Muquém, in the municipality of União dos Palmares-AL. Participants were the main caregivers of children under 2 years of age in this community, totaling sixteen, codenames were used in honor of personalities who were part of the history of the Brazilian quilombola culture in order to preserve their identity. The data collection took place from April to July 2016 in a locus with immersion of the researchers in the field following the four phases of observation, participation and reflection proposed by Leininger. The instruments used in the collection were: field diary, socio-demographic form, observation guide and semi-structured interview, which were recorded. The research was approved by Plataforma Brasil with n ° 1,500,684. The analysis was organized according to the four phases of Leininger's ethnonursing. The first two include recording all data and encoding. The third phase requires the researcher to identify recurrent patterns and the fourth phase the themes. The results were structured in three themes: 1. Knowing the participants of the study 2. Knowledge and practices popular in the daily care of quilombola children; 3. Knowledge and popular practices of care in sickness situations. In the category of Knowledge and Popular Practices in Daily Quilombola Care, the daily care of children from zero to two years of age is predominantly performed by the women of this community. According to the caregivers, the care with hygiene, food and prevention are influenced by the beliefs, customs and rites that are passed on from generation to generation. In the category Knowledge and popular practices of care in situations of illness, it was verified that in these situations the family initially cares for the home, counting on the support network made up of family and friends. These practices are mainly based on the use of medicinal plants and religious practices that are carried out by healers of the community itself. It is concluded that the transcultural theory allows the opportunity to re-signify nursing practice, combining scientific knowledge with popular knowledge.

Keywords: Transcultural Nursing. Child Care. African Continental Ancestry Group.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- Modelo Sunrise de Madeleine Leininger.....	34
Figura 2- Entrada de União dos palmares.....	37
Figura 3- Localização geográfica de União dos Palmares.....	38
Figura 4- Entrada do Muquém (União dos Palmares-AL).....	39
Figura 5- Unidade de Saúde da Família do Muquém (União dos Palmares-AL).....	44
Figura 6- Residências do Muquém (União dos Palmares-AL).....	45
Figura 7- Escola do Muquém.....	45
Figura 8- Centro Ecumênico do Muquém.....	45
Figura 9- Mercadinho do Muquém.....	45
Figura 10- Bar da Comunidade.....	45
Figura 11- Artesã Irinéia Rosa Nunes (patrimônio imaterial).....	46
Figura 12- Dia Nacional da consciência Negra-Parque Memorial Quilombo dos Palmares....	47

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Resumo da base legal das comunidades quilombolas do Brasil.....	21
Quadro 2- Caracterização dos sujeitos do estudo da comunidade do Muquém-AL.....	55
Quadro 3- Plantas medicinais mais utilizados pelos participantes do estudo.....	69

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDPI	Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância
CAAE	Certificação para Apresentação de Apreciação Ética
CNS	Conselho Nacional de Saúde
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESENFAR	Escola de Enfermagem e Farmácia
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCRA	Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária
IPHAN	Instituto do Patrimônio Artístico e Nacional
MS	Ministério da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PET	Programa de Educação pelo Trabalho
PIBIC	Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica
PHPN	Programa de Humanização do Pré-natal
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
PROASP	Programa de Assistência à Saúde Perinatal
RN	Recém-Nascido
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDUCC	Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural
UFAL	Universidade Federal de Alagoas
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS	11
2. OBJETIVOS.....	18
3. REFERENCIAL TEÓRICO	19
3.1 COMUNIDADES QUILOMBOLAS NO BRASIL.....	19
3.1.1 Contexto histórico e base legal.....	19
3.1.2 Perfil socioeconômico e de saúde das comunidades quilombolas	22
3.2 ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA NO BRASIL	26
3.2.1 Políticas públicas de atendimento à saúde da criança no Brasil.....	26
3.2.2 Atenção à saúde da criança quilombola na atenção básica	29
3.3 A TEORIA DA DIVERSIDADE E UNIVERSALIDADE DO CUIDADO CULTURAL DE LEININGER	32
4. PERCURSO METODOLÓGICO.....	36
4.1 Tipo de Pesquisa.....	36
4.2 Local da Pesquisa	37
4.3 Participantes da Pesquisa.....	39
4.4 Aspectos Éticos	40
4.5 Coleta dos Dados	42
4.6 Análise dos Dados	51
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	53
5.1. Conhecendo os participantes da pesquisa.....	53
5.2 Saberes e práticas populares no cuidado diário à criança quilombola	56
5.3 Saberes e práticas populares nas situações de adoecimento.....	65
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	75
REFERÊNCIAS	77
APÊNDICES.....	93
ANEXOS	101

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

“Os enfermeiros começam a desenvolver seus conhecimentos e habilidades, concentrando-se em uma cultura utilizando conceitos, princípios e conhecimentos da enfermagem transcultural”. LEININGER e MCFARLAND, 2002

Esta pesquisa apresenta como objeto de estudo **“Os saberes e práticas de cuidado da família na atenção à saúde da criança quilombola menor de 2 anos na perspectiva da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural”**. A aproximação com o tema, o estudo com famílias, crianças e o cuidado de enfermagem em saúde coletiva foram sendo amadurecidos com experiências decorrentes da formação acadêmica, enquanto Bolsista de Programas Institucionais (PIBIC e PET) nos anos de 2011 a 2014 e atividades do Grupo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem na Saúde Materno Infantil - GEPESMI/CNPq/UFAL.

Posteriormente, durante o trabalho de conclusão do curso de graduação intitulado: “A Vivência dos Profissionais de Saúde no Suporte à Família do Recém-Nascido de Risco” no qual se pesquisou a vivência dos profissionais de saúde no suporte a família da criança, no contexto da Unidade de Terapia Intensiva (UTI), sendo identificadas lacunas relacionadas ao acolhimento da família e sua preparação para cuidados com a criança. Na prática, os profissionais reconhecem a importância da família no processo de cuidado, no entanto, mesmo com esse conhecimento, sentem dificuldade de integrar os familiares nesse processo e sentem dificuldade na preparação para o cuidado no domicílio (MELO, 2014).

A alta hospitalar da criança e a atenção para a preparação relacionada ao cuidado domiciliar pela família deve ser foco das ações de acompanhamento por parte dos profissionais de saúde, pois os primeiros anos de vida da criança são os mais importantes pelas especificidades de crescimento e desenvolvimento nesta fase. Desta forma, a família é vista em sua competência em integrar e aceitar o recém-nascido (RN) pelo modo como trata um conjunto de questões que se relacionam tanto às respostas de satisfação das crianças em suas necessidades como às questões socioeconômicas e culturais (MORAIS; QUIRINO; ALMEIDA, 2009).

Neste sentido, em 2014, refinou-se uma proposta de trabalho como parte de uma das metas do projeto Universal, intitulado “Estudo epidemiológico da saúde da população de remanescentes quilombolas do primeiro quilombo do Brasil”, aprovado em 2014 na chamada Universal-CNPQ edital n. 14/2014, no qual apresenta-se como objetivo geral realizar um estudo epidemiológico tendo como um dos focos a atenção à saúde da criança deste grupo

populacional, e ao qual este estudo se integra juntamente ao Trabalho de Conclusão de Curso de Jatobá (2016), que objetivou analisar os registros do atendimento e acompanhamento à criança quilombola na atenção primária de saúde com ênfase no crescimento e desenvolvimento.

Do ponto de vista da saúde coletiva, no Brasil, esta é uma área que requer atenção especial, pois a temática envolvendo a população quilombola ganhou notoriedade, lícitude e reconhecimento, não apenas pela sua importância histórica e cultural, mas especialmente pelo fato de representar um povo que se reporta a um passado de resistência e luta contra o sistema escravocrata outrora vivenciado neste país. Apesar dessa importância, ainda existem poucos estudos que abordem a interface entre saúde e criança relacionada ao cuidado em comunidades quilombolas (JESUS et al, 2014).

Historicamente, a população negra chegou ao Brasil por navios negreiros trazidos do continente africano no período colonial para exercerem trabalho escravo. As precárias condições de trabalho e de vida bem como a violência a qual eram submetidos resultavam em diversas tentativas de fuga e ao primeiro movimento de resistência negra, os quilombos (BRASIL, 2013a).

Os quilombos tornaram-se comunidades autossustentáveis que viviam basicamente da agricultura de subsistência e pesca. No quilombo, havia uma divisão de tarefas e todos trabalhavam. Existia um líder que comandava o quilombo e neste local podiam viver de acordo com seus hábitos e costumes culturais africanos (MELLO, 2012).

Nessa época, um dos marcos que precedeu a mudança da mão de obra escrava para a livre foi a Lei Eusébio de Queirós (1850) que proibia o tráfico negreiro bem como a Lei de Terras (1850) que regulariza a propriedade fundiária. No entanto, ainda seria percorrido um longo caminho até a libertação dos escravos (KODAMA, 2009).

Posteriormente, foi aprovada em 1871 a Lei do ventre Livre que estabelecia que filhos de escravos nascidos a partir daquela data estavam livres. Apesar da aparente solução para a infância escrava, a Lei estabelecia que essas crianças ficassem sob autoridade dos senhores, os quais deveriam criá-los até os oito anos. A partir daí os senhores poderiam entregá-los ao Estado e receber uma indenização ou continuar utilizando os serviços dos menores até vinte e um anos. Dessa forma, as crianças negras continuaram a ser exploradas pelos senhores de engenho (RAMOS, 2008).

Em 1880, Joaquim Nabuco, deputado pernambucano, criou um projeto de lei que prevê a abolição da escravidão com indenização até 1890 e, no mesmo ano, funda o jornal “O Abolicionista” que é publicado pela primeira vez em 1833 (MENEZES, 2009).

Apenas em 1888, cedendo às pressões externas e internas que direcionavam para uma mudança na força de trabalho necessária para o desenvolvimento econômico e social do País, a Princesa Isabel assinou a Lei nº 3.353, de 13 de maio de 1888, Lei Áurea, que declarou extinta a partir daquela data a escravidão no Brasil. Apesar dessa conquista, a Lei não criou mecanismos para inserção do negro na sociedade provocando a exclusão, relegando assim grande parte à miséria.

A partir dessa realidade, foram sendo criados movimentos de luta, para conquista da cidadania do negro, dentre esses se destaca a Frente Negra Brasileira em 1931 que tornou possível a projeção no âmbito político das necessidades de classe e raça (BRASIL, 2013a).

Na década de 80, ocorreram as primeiras ações governamentais no âmbito estadual e municipal com relação ao tema “Saúde da População negra” em virtude da luta do Movimento Social Negro. Já na década de 90, percebendo a necessidade de maior valorização da temática foi criado o Grupo de Trabalho Interministerial para valorização da população negra (BRASIL, 2011).

A luta do Movimento Social Negro continuou com a participação nas diversas Conferências de Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), fortalecendo assim a participação social. Neste âmbito, foi criada em 2003 a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, o que representou uma conquista importante do Movimento Social Negro. Esta tem como atribuição “promover a igualdade e a proteção dos direitos de indivíduos e grupos raciais e étnicos, por meio do acompanhamento e da coordenação das políticas de diferentes ministérios, dentre os quais o da Saúde, e outros órgãos do governo brasileiro” (BRASIL, 2003a).

Por fim, em 2009 foi sancionada a Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009 que institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN). Esta política reconhece que a história direcionou a injustos processos sociais que refletem nitidamente no processo saúde-doença dessa população. A PNSIPN possui como marca o reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde. Buscando assim, de forma geral, ampliar o acesso da população negra aos serviços de saúde e promover a realização de estudos e pesquisas sobre racismo e saúde da população negra (BRASIL, 2009; BRASIL, 2013a).

O Decreto Federal 4887, de 20 de novembro de 2003, define as comunidades quilombolas como “[...] grupos étnico-raciais, segundo critérios de autoatribuição, com

trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas, com presunção de ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida”.

No Brasil, o marco legal para as comunidades quilombolas se deu na Constituição Federal de 1988 no Artigo 68, do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, mas foi em 1994 que a presença, agora, legalmente instituída da Fundação Cultural Palmares traçou um novo conceito para os quilombos, que passaram a ser vistos como “toda comunidade negra rural que agrupe descendentes de escravos vivendo de uma cultura de subsistência e onde as manifestações culturais têm forte vínculo com o passado” (BRASIL, 1988; SILVA, 2011).

De acordo com a Constituição Federal, cabe ao Governo Federal garantir o direito das comunidades quilombolas à manutenção de sua própria cultura, a terra e a condições dignas de vida. O artigo 68 traz que “aos remanescentes das comunidades dos quilombos que estejam ocupando suas terras, é reconhecida a propriedade definitiva, devendo o Estado emitir-lhes títulos respectivos”. Na Constituição de 88, o artigo 216 dispõe quanto ao direito à manutenção da cultura: “constituem patrimônio cultural brasileiro os bens de natureza material e imaterial, tomados individualmente ou em conjunto, portadores de referência à identidade, à ação, à memória dos diferentes grupos formadores da sociedade brasileira” (BRASIL, 1988).

Corroborar-se ainda com a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra - PNISPN (2008) que convencionou, em seu Plano Operativo, estabelecer estratégias, indicadores e metas para orientar a intervenção no SUS para o enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde com um enfoque na abordagem étnico-racial.

O Ministério da Saúde considera que mais de 46% do total da população de pessoas negras do Brasil vivem em condições desfavoráveis de saúde e, visando a redução dos agravos representados pelas desproporcionais taxas de morbimortalidade que aflige este grupo populacional, o Conselho Nacional de Saúde aprovou em 2006 a PNISPN com o propósito de priorizar a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo, bem como a discriminação e assistência pelos profissionais nas instituições do SUS (BRASIL, 2013a).

Os estudos com esta população mostram que os índices de mortalidade infantil ainda são bastante expressivos, superando as médias nacionais, regionais e estaduais, e classificando-se como alta conforme critérios definidos pelo Ministério da Saúde. Com relação às condições de nutrição, os poucos estudos encontrados demonstram que nas comunidades remanescentes de quilombo a desnutrição foi o desvio mais prevalente (GUERRERO et al, 2007; FERREIRA et al, 2011).

A fim de fazer vigorar a assistência integral à saúde da criança, nesses últimos anos o MS vem atuando na promoção e assistência à saúde, bem como na prevenção de agravos, que vai desde o saneamento básico à implantação da Estratégia de Saúde da Família. Segundo os estudos de Araújo et al., (2010) essas ações têm surtido efeito e revelam que a situação de morbimortalidade infantil no Brasil tem mudado ao longo dos anos.

Convém apontar se esse avanço na saúde da criança tem ocorrido de forma equivalente, quando se refere às crianças remanescentes quilombolas, pois a situação social do negro ainda se encontra em condição desfavorável. Conforme Silva (2007), essa população, de modo geral, encontra-se submetida a uma série de iniquidades sociais, inclusive no que diz respeito à saúde e, quando se trata de comunidades quilombolas e, principalmente as crianças, essas circunstâncias se agravam.

Como uma ação importante vinculada ao Sistema Único de Saúde aponta-se o acompanhamento das crianças pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) com vistas a corroborar com a redução do coeficiente de mortalidade infantil e seus componentes para o alcance de melhoria da qualidade de vida (SUCUPIRA; BRESOLIN, 2003). O acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento é uma ação básica que deve permear toda a atenção à criança (BRASIL, 2012a).

A ESF tem o enfermeiro como um importante membro da equipe multidisciplinar, o que tem aumentado o campo de crescimento e reconhecimento desse profissional, sendo um componente ativo no processo de consolidação da estratégia de forma integrada e humanizada da saúde (SILVA; MOTTA; ZEITOUNE, 2010). Neste âmbito, o enfermeiro (a) encontra-se vinculado à comunidade e aproxima-se dos seus valores, cultura e crenças sendo necessário entender o contexto em que vivem para realizar um cuidado significativo e culturalmente congruente.

Em outro estudo de Marques et al. (2014), a ESF foi identificada pela comunidade quilombola como serviço de referência para o cuidado à saúde das crianças. A legitimidade e o reconhecimento da unidade da ESF por parte da comunidade assistida podem sinalizar que se trata do único acesso disponível à comunidade que muitas vezes se encontra em zonas rurais.

Dentre os Modelos Teóricos que orientam a prática de Enfermagem e destacado o cuidado cultural, utilizaremos a Teoria Transcultural do Cuidado de Leininger pela natureza do objeto deste estudo. As ações desenvolvidas pela Enfermagem para Leininger e Mcfarland (2002) são baseadas num corpo de conhecimentos que englobam a cultura pessoal e profissional. Contudo, a visão do processo saúde-doença dos profissionais nem sempre reflete

a visão de saúde-doença das pessoas com as quais interagem. Isso ocorre, pois diferentes culturas percebem e praticam o cuidado de diferentes formas, ainda que existam alguns elementos em comum.

Muitos estudos (LEININGER; MCFARLAND, 1991; MINAYO, 1991; LEININGER; MCFARLAND, 2002; LEININGER, MCFARLAND, 2006) destacam a importância de unir a antropologia cultural a área da saúde por proporcionar um conjunto inter-relacionado de conceitos e hipóteses que irão favorecer o entendimento do processo saúde-doença de indivíduos e grupos.

Assim, cabe a (o) enfermeiro (a) refletir sobre essas diferenças juntamente com outros profissionais, para definir o estabelecimento de cuidados culturalmente congruentes. Desta forma, passa a compreender a visão de mundo das pessoas com as quais estão envolvidos na assistência à saúde (MOURA; CHAMILCO; SILVA, 2005).

O cuidado cultural pressupõe um olhar holístico no atendimento e conhecimento dos padrões de comportamento, visando orientar a prática de enfermagem. Desta forma a enfermagem enquanto ciência visa a produção de um campo de conhecimentos próprios que atendam as peculiaridades da profissão e do contexto. Assim, a aplicação das teorias de enfermagem contribuem para a formação e sustentação da prática profissional por construírem uma base sólida na investigação dos fenômenos pesquisados.

O cuidado culturalmente coerente em determinada realidade funciona como uma estratégia de atenção diferenciada, que aproxima o saber popular do saber profissional (LEININGER, 2002). É importante entender como as pessoas nessa comunidade vivem, pensam e se relacionam e como a sua cultura influencia no cuidado com as crianças, estabelecendo uma interação constante entre os saberes, valores e práticas da vida diária.

Segundo Leininger (2002), os seres humanos são seres culturais capazes de sobreviver ao passar do tempo, através de sua capacidade de prestar cuidado aos outros, nas diversas idades, em vários momentos da vida. Os valores culturais derivam da cultura e identificam maneiras desejáveis de ação e conhecimento. Esses valores culturais são, comumente, mantidos pela cultura, por longos períodos de tempo, e servem para orientar a tomada de decisões.

Assim, é fundamental investigar como ocorre o cuidado das crianças no ambiente familiar, pois a família é a primeira instituição social que, em conjunto com outras, busca assegurar a continuidade e o bem-estar dos seus membros e da coletividade, incluindo a proteção e o bem-estar da criança. A família é vista como um sistema social responsável pela

transmissão de valores, crenças, ideias e significados que estão presentes nas sociedades (KREPPNER, 2000; DESSEN; POLONIA, 2007).

Delimitamos a faixa etária de 0 a 2 anos por ser um período de maior vulnerabilidade da criança, sendo foco de maior atenção pelas peculiaridades de avaliação do crescimento e desenvolvimento, alimentação, higiene, vacinação, sono e repouso. Os primeiros anos de vida de uma criança, especialmente os dois primeiros anos, são caracterizados por crescimento acelerado e enormes aquisições no processo de desenvolvimento (BRASIL, 2012a).

A prioridade na atenção à saúde da criança de 0 a 2 anos é reconhecida pelo Ministério da Saúde e prevista na Rede Cegonha (2011), mais recentemente o programa Brasil Carinhoso (2012) veio somar com um conjunto de ações interministeriais, envolvendo saúde, educação, assistência social pela Primeira Infância Brasileira. Este tem como proposta a proteção e o fomento ao desenvolvimento integral da criança neste período crítico e sensível da primeira infância.

Dessa forma, apresentamos como questão norteadora: **Quais os saberes, práticas de cuidado da família e fatores que influenciam na atenção à saúde da criança quilombola menor de 2 anos?**

2. OBJETIVOS

2.1 Geral:

- Analisar os saberes e práticas de cuidado da família na atenção à saúde da criança quilombola menor de 2 anos à luz da Teoria Transcultural do Cuidado de Leininger.

2.2. Específicos:

- Descrever os saberes e práticas de cuidado da família em relação à atenção à saúde da criança de 0 a 2 anos na comunidade quilombola;
- Identificar os fatores que influenciam o cuidado realizado pela família à criança nesta fase de crescimento e desenvolvimento.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

“O cuidado profissional para pessoas de diversas culturas, requer a utilização de conceitos transculturais, princípios, ideias teóricas e resultados de pesquisas para refletir e orientar as ações e decisões”. LEININGER, (1978)

Este capítulo tem por objetivo apresentar o referencial teórico da pesquisa e fundamentar a contribuição de diversos autores para o desenvolvimento do estudo. Assim dividiu-se estrategicamente em três aspectos teóricos: **1. Comunidades quilombolas no Brasil**, abordando o contexto histórico de surgimento, o arcabouço legal e um perfil socioeconômico e de saúde dessas comunidades; **2. Atenção à saúde da criança**, trazendo as principais políticas públicas e contextualizando a atenção à saúde da criança quilombola no Brasil; e **3. A Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Leininger** na qual apresentamos os principais pontos teóricos, os quais servirão de apoio na análise dos dados.

3.1 COMUNIDADES QUILOMBOLAS NO BRASIL

3.1.1 Contexto histórico e base legal

A conceitualização do termo quilombo, ao longo da história brasileira, passou por diversas modificações de acordo com o período político vigente. Inicialmente o conceito oficial durante o período colonial na resposta a uma consulta do rei de Portugal, o Conselho Ultramarino de 1740 define quilombo como: “toda habitação de negros fugidos, que passem de cinco, em parte despovoada, ainda que não tenham ranchos levantados e nem se achem pilões nele”. Posteriormente na legislação imperial, o número de escravos fugidos determinantes para formação dos quilombos passa de cinco para três (ALMEIDA, 2002; CRUZ, 2014).

A partir da legislação republicana, o conceito “quilombo” passa por mais uma redefinição, quando passa a ser utilizado pelo discurso político vigente como um símbolo de resistência. Sendo assim, o termo é marcado como uma forma de resistência político-cultural negra (ARRUTI, 2008).

Neste contexto, após a abolição da escravidão em 13 de maio de 1888 com a Lei nº 3.353, não foi elaborado nenhum instrumento legal para conceder direitos às comunidades quilombolas. Somente em 1988 com a promulgação da Constituição Federal, foi elaborado o primeiro dispositivo legal, este é considerado um marco histórico, pois através dos artigos 215

e 216 é reconhecida a importância desse grupo na formação da sociedade como patrimônio cultural brasileiro (BRASIL, 1988; CARVALHO; LIMA, 2013).

Ainda na Constituição Federal, de 1988 com relação às questões territoriais: o artigo 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias traz que “Aos remanescentes das comunidades dos quilombos que estejam ocupando suas terras, é reconhecida a propriedade definitiva, devendo o Estado emitir-lhes títulos respectivos” (BRASIL, 1988).

Outro importante marco foi o tombamento da Serra da Barriga em 1986 pelo Instituto do Patrimônio Artístico e Nacional – IPHAN. Esta situa-se em União do Palmares-AL e foi o berço do Quilombo do Palmares, uma comunidade quilombola autossustentável constituída por escravos fugitivos e que se tornou símbolo da resistência negra à escravidão (PINHO; SANSONE, 2008).

Seguindo cronologicamente no dia 22 de agosto de 1988, o Governo Federal fundou a primeira instituição pública voltada para promoção e preservação da arte e da cultura afro-brasileira: a Fundação Cultural Palmares, entidade vinculada ao Ministério da Cultura. Esta trabalha por uma política cultural igualitária e inclusiva, que busca contribuir para a valorização das manifestações culturais e artísticas negras brasileiras como patrimônios nacionais (BRASIL, 2013a).

Após muitos anos da publicação do artigo 68 foi regulamentado o processo de identificação e titulação das terras a partir do Decreto Presidencial nº 4.887 de 20 de novembro de 2003, ordenado no Governo Lula, passando a ser de competência do Ministério do Desenvolvimento Agrário, por meio do Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA), o estabelecimento dos processos administrativos. Este decreto define as comunidades remanescentes quilombolas como “os grupos étnico-raciais, segundo critérios de autoatribuição, com trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas, com presunção de ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida” (BRASIL, 2003b).

Ainda no ano de 2003 entrou em vigor o Decreto nº 4.883 que transfere do Ministério da Cultura para o Ministério do Desenvolvimento Agrário a competência relativa a delimitação das terras dos remanescentes das comunidades dos quilombos, bem como a determinação de suas demarcações (BRASIL, 2003c).

Essas terras são identificadas como território tradicional e segundo o artigo 3º do Decreto 6.040 de 07/11/ 2007, são “[...] os espaços necessários a reprodução cultural, social e econômica dos povos e comunidades tradicionais, sejam eles utilizados de forma permanente ou temporária, observado, no que diz respeito aos povos indígenas e quilombolas [...]”.

Outro marco importante foi a criação do Programa Brasil Quilombola em 2004, fruto da preocupação do governo Federal em melhorar as condições de vida dessas comunidades com o objetivo de consolidar os marcos da política de Estado para as áreas quilombolas. Como seu desdobramento foi instituída a Agenda Social Quilombola (Decreto 6261/2007), que agrupa ações voltadas a quatro eixos: 1. Acesso à terra, 2. Infraestrutura e qualidade de vida, 3. Inclusão produtiva e desenvolvimento local e 4. Direitos e cidadania.

No ano de 2007, foi lançada a portaria n.98 de 2007 que torna o cadastro único das comunidades quilombolas e a emissão de certificados exercida exclusivamente pela Fundação Cultural Palmares. Reafirmando o compromisso com essas comunidades, foi criado em 2010, através da Lei nº 12.288, o Estatuto da Igualdade Racial destinado a “garantir à população negra a efetivação da igualdade de oportunidades, a defesa dos direitos étnicos individuais, coletivos e difusos e o combate à discriminação e às demais formas de intolerância étnica” (BRASIL, 2010).

Abaixo segue um resumo da base legal das comunidades quilombolas elencando os principais pontos discutidos:

Quadro 1: Resumo da base legal das comunidades quilombolas no Brasil

<p>Constituição Federal de 1988</p> <ul style="list-style-type: none"> • Artigos 215 e 216 da Constituição Federal – Direito à preservação de sua própria cultura • Artigo 68 do ADCT – Direito à propriedade das terras de comunidades remanescentes de quilombos.
<p>Decreto nº 4.887, de 20 de Novembro de 2003</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trata da regularização fundiária de terras de quilombos e define as responsabilidades dos órgãos governamentais.
<p>Convenção 169 da OIT – Decreto nº 5.051 de 19 de Abril de 2004</p> <ul style="list-style-type: none"> • Direito à autodeterminação de Povos e Comunidades Tradicionais.
<p>Decreto nº 6.040, de 07 de fevereiro de 2007</p> <ul style="list-style-type: none"> • Institui a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais.
<p>Decreto nº 6.261, de 20 de novembro de 2007</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dispõe sobre a gestão integrada para o desenvolvimento da Agenda Social Quilombola no âmbito do Programa Brasil Quilombola
<p>Portaria Fundação Cultural Palmares, nº 98 de 26 de novembro de 2007</p> <ul style="list-style-type: none"> • Institui o Cadastro Geral de Remanescentes das Comunidades dos Quilombos da Fundação Cultural Palmares, também autodenominadas Terras de Preto, Comunidades Negras, Mocambos, Quilombos, dentre outras denominações congêneres.
<p>Instrução Normativa INCRA nº 57, de 20 de outubro de 2009</p> <ul style="list-style-type: none"> • Regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação, desintrusão, titulação e registro das terras ocupadas por remanescentes das comunidades de quilombos.
<p>Lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estatuto da Igualdade Racial

Fonte: Guia de Políticas Públicas para comunidades quilombolas, BRASIL, 2013.

No Brasil, existem 2474 comunidades quilombolas, distribuídas em 24 estados que já estão registradas pela Fundação Cultural Palmares. Essas comunidades estão localizadas em todas as regiões do território nacional nos estados de: Alagoas (68), Amazonas (7), Amapá

(33), Bahia (638), Ceará (45), Espírito Santo (34), Goiás (30), Maranhão (492), Minas Gerais (226), Mato Grosso do Sul (22), Mato Grosso (67), Pará (227), Paraíba (37), Pernambuco (131), Piauí (82), Paraná (37), Rio de Janeiro (32), Rio grande do Norte (22), Rondônia (7), Rio grande do Sul (107), Santa Catarina (13), Sergipe (29), São Paulo (51) e Tocantins (38). No entanto, os movimentos sociais indicam a existência de 4000 comunidades distribuídas na zona rural de todo o território brasileiro, algumas ainda estão em processo de certificação (BRASIL, 2015).

Essas comunidades estão localizadas em quase todos os estados da federação, com exceção do Acre e de Roraima. Regionalmente, verifica-se a predominância de remanescentes de quilombos na região Nordeste (63,5%), seguidos do Sudeste (13,5%), Norte (12,3%), Sul (6,1%), e Centro-Oeste (4,6%). O Governo Federal estima que o Brasil possui 214 mil famílias e 1,17 milhão de quilombolas (BRASIL, 2015).

Essas comunidades também estão presentes em outros países além do Brasil, onde recebem outras denominações. Na América do Sul são denominados cimarrones e na América Central, creoles e garífunas, já no Brasil o termo adotado foi "quilombo" para representar as comunidades originárias dos agrupamentos de escravos fugitivos (MARTINS, 2008).

No Brasil, estas comunidades em sua maioria encontram-se em áreas rurais, possuem baixos níveis de escolaridade e renda com atividades econômicas predominando a agricultura de subsistência, pecuária e artesanato. Configuram-se assim como uma população altamente vulnerável o que reflete nos indicadores de saúde (FREITAS et.al, 2011; OLIVEIRA et.al, 2014).

Apesar do enorme aparato legal dessas comunidades ainda são grandes os desafios para se efetivar os direitos adquiridos. É preciso garantir a implementação das políticas públicas historicamente conquistadas para essa população que tanto precisa.

3.1.2 Perfil socioeconômico e de saúde das comunidades quilombolas

No Brasil, 90,9% das famílias que vivem nas comunidades quilombolas pertencem às classes D e E possuindo condições socioeconômicas precárias que incidem negativamente no processo saúde-doença. Segundo a lista de classes sociais do IBGE que considera a renda mensal, estas possuem respectivamente por mês: classe A: + de 15 salários mínimos, B: de 5 a 15 salários, C: de 3 a 5 salários, D: 1 a 3 salários, E: até um salário mínimo (BRASIL, 2006).

Essas comunidades vivenciam maior presença de doenças crônico-degenerativas em detrimento de doenças infecciosas caracterizando um importante momento de transição epidemiológica nos dias atuais. Neste âmbito a hipertensão se configura como o problema de

saúde mais frequente, não só nas comunidades quilombolas como também na população negra em todo o mundo (FERREIRA et. al., 2013; SOUZA, BARROSO, e GUIMARÃES, 2014;).

Estudos com a população quilombola evidenciam alta prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) bem como reflexos cardiovasculares, associados inicialmente à predisposição genética e ainda mais enfaticamente às condições do meio. A hipertensão arterial é crescente nas classes mais desfavorecidas, devido ao estresse, desconhecimento dos fatores predisponentes por conta da escolaridade e posteriormente inadequação ao manejo farmacológico e dietético (BEZERRA et. al., 2013; BEZERRA et. al., 2015).

Evidencia-se também um processo de transição nutricional caracterizada por redução da desnutrição infantil e aumento do sobrepeso e obesidade. No entanto, isto não pode ser considerado um fator positivo pois acoberta a carência nutricional. Basicamente a dieta supera as necessidades energéticas diárias, contudo apresenta deficiência de nutrientes, como ferro, vitaminas e minerais (SOARES; BARRETO, 2014; FERREIRA et. al., 2011).

Este fator é particularmente importante ao se analisar os padrões de crescimento e desenvolvimento das crianças quilombolas, onde observa-se a permanência de déficits estaturais com aumento do peso. As consequências dessa desnutrição vão desde retardo no crescimento aos atrasos no desenvolvimento neuropsicomotor e aumento de infecções (FRAGA et. al., 2012; LEITE et. al., 2013).

Essa mudança dos hábitos alimentares que vem aumentando a incidência de sobrepeso e obesidade pode ter sido motivada pelo incremento da renda dessas famílias através dos programas assistenciais do Governo, como o Bolsa Família. Este vem permitindo um aumento da variedade de alimentos consumidos, porém é constatada maior escolha de alimentos calóricos com pouco valor nutricional (LEITE et.al., 2013; CORDEIRO; MONEGO; MARTINS, 2014).

No âmbito da assistência à saúde da mulher caracteriza-se na população quilombola mulheres jovens, em união conjugal, com gravidez precoce, não realização do planejamento familiar acarretando diversas gestações decorrentes da reduzida utilização de métodos contraceptivos. Além disso, verifica-se baixa adesão à realização de exames preventivos como o Papanicolau e exame das mamas. A situação conjugal e o desconhecimento sobre exames e métodos são elencados como explicações (SILVA; LIMA; HAMANN, 2010; SILVA, 2012; OLIVEIRA et.al, 2014).

Além dessas características desfavoráveis de saúde as condições de acesso corroboram para o aumento das iniquidades. A dificuldade de acesso aos serviços de saúde por residirem em localidades rurais, desprovidos de transporte coletivo, dificulta a qualidade e

acessibilidade aos serviços, até a busca por medicamento (VIEIRA; MONTEIRO, 2013; GOMES et. al, 2013).

A assistência à saúde nessas comunidades é direcionada às Unidades Básicas de Saúde da Família constituídas por equipes multiprofissionais. No entanto, essa assistência costuma ser pontual e curativista com enfoque nos aspectos biológicos do processo saúde-doença. Essa condição se agrava ainda mais quando associada a rotatividade dos profissionais, precária infraestrutura para atendimento e racismo institucional. Esses fatores são barreiras que promovem o aumento das desigualdades em saúde (GOMES et.al, 2013; MARQUES et.al, 2014).

Em outro estudo sobre a busca por cuidados terapêuticos é mostrada as estratégias para enfrentamento da doença, sendo estas: estratégias individuais, redes de apoio (vizinhança, familiares) e recursos coletivos (profissionais de saúde). A conjuntura da realidade irá direcionar para determinadas fontes terapêuticas (SANTOS; SILVA, 2014).

É importante enfatizar que o acolhimento nos serviços de saúde é fundamental para a procura a estes locais. A literatura evidencia que este grupo populacional subutiliza os serviços de saúde bem como auto avalia a assistência como muito ruim ou ruim (KOCHERGIN; PROIETTI; CESAR, 2014).

Diante deste cenário os autores sugerem que para o favorecimento do acesso e utilização dos serviços de saúde pela população quilombola é necessário uma adequação do processo de trabalho, voltando-se para o campo da zona rural, com estratégias de educação permanente e promoção de saúde, direcionadas a real necessidade dessa população.

Sendo assim, é fundamental a realização de estratégias de promoção da equidade para o decréscimo das desigualdades raciais que envolvem os grupos quilombolas bem como a efetivação das políticas públicas de inclusão social vigentes (VIEIRA; MONTEIRO, 2013; OLIVEIRA et. al, 2014; BEZERRA et.al, 2014).

O estado de Alagoas é considerado o berço da resistência negra no Brasil por abrigar o Quilombo dos Palmares, o maior quilombo do período colonial que perdurou por quase um século. Um dos líderes deste quilombo, Zumbi dos Palmares, é considerado um ícone desta luta pela liberdade e o dia de sua morte, 20 de novembro, foi adotado como dia da consciência negra (ALAGOAS, 2015).

Alagoas abriga atualmente 68 comunidades quilombolas certificadas pela Fundação Cultural Palmares, distribuídas em 35 municípios (ANEXO C). As regiões do Agreste, Sertão e Médio Sertão possuem a maior quantidade de comunidades. Das famílias quilombolas cadastradas no CadÚnico, verifica-se que 75% destes possuem renda familiar per capita de até

R\$77,00, ou seja, são considerados extremamente pobres (FREITAS et al, 2011; ALAGOAS, 2015).

De acordo com a Secretaria de Assistência Social de Alagoas registra-se ainda que 86% desta população recebe os benefícios do programa Bolsa Família e 75% está dentro da linha de extrema pobreza, caracterizando-se como uma população vulnerável (MOURA, 2009; ALAGOAS, 2012).

Com relação à infraestrutura dos domicílios, observa-se que mais da metade são construídas de alvenaria com revestimento (72,1%). No entanto, 13,1% das pessoas com vivem em casas de taipa, sem qualquer estrutura e submetidos, a conviver com animais peçonhentos: barbeiros, aranhas e escorpiões (ALAGOAS, 2015).

O percentual de água canalizada dos domicílios das comunidades quilombolas de Alagoas é de 42,3%, ou seja, mais da metade da população não tem acesso à rede de abastecimento de água. Já com relação a cobertura de energia, percebe-se uma expressiva cobertura, com um total de 91,4%. Essas condições precárias resultam em problemas de saúde recorrentes, como por exemplo as doenças transmitidas pela água (ALAGOAS, 2015).

No campo da saúde, em um levantamento realizado em 2013 revelou-se que 44% das comunidades não possuíam cobertura da Estratégia de Saúde da Família. Muitos precisam se deslocar em até 20km para receber atendimento em um Unidade Básica de Saúde, bem como nas comunidades que possuem cobertura a visita dos agentes não ocorre com a frequência necessária (ALAGOAS, 2014; ALAGOAS, 2015).

As condições de educação também deixam a desejar, revela-se que 34% são analfabetos. De acordo com o Censo Escolar de 2014, existem 43 escolas em áreas de remanescentes de quilombos, destas grande parte sofre com problemas estruturais. As instalações são precárias, falta água em algumas escolas, a iluminação é insuficiente, dentre outros problemas. Outro ponto importante se refere ao acesso a essas comunidades, que em sua maioria se dá através de estradas de barro o que dificulta a locomoção e o acesso em épocas chuvosas (ALAGOAS, 2014).

Ademais as práticas e expressões culturais nessas comunidades são bem diversificadas existem inúmeros grupos culturais: grupos de dança afro, coco de roda, guerreiro, capoeira, reisado, banda de pífano, e outros (MOURA, 2009; ALAGOAS, 2014).

O artesanato destas comunidades é bem expressivo. As produções englobam cestos de palha, bordados, crochê, redes de pesca, redes de descanso, samburá de cipó, cerâmica, chapéus, dentre outros artigos. Alguns artesãos são reconhecidos nacionalmente, podendo ser citada a artesã Irinéia Nunes da comunidade quilombola do Muquém, que tem suas produções

no catálogo de cultura popular do Ministério da Cultura e faz parte do Registro de Patrimônio Vivo de Alagoas (ALAGOAS, 2015).

Por este perfil socioeconômico e de saúde das comunidades quilombolas procurou-se traçar um panorama para compreender a realidade que vivenciam apontando as principais necessidades e problemas enfrentados na atualidade.

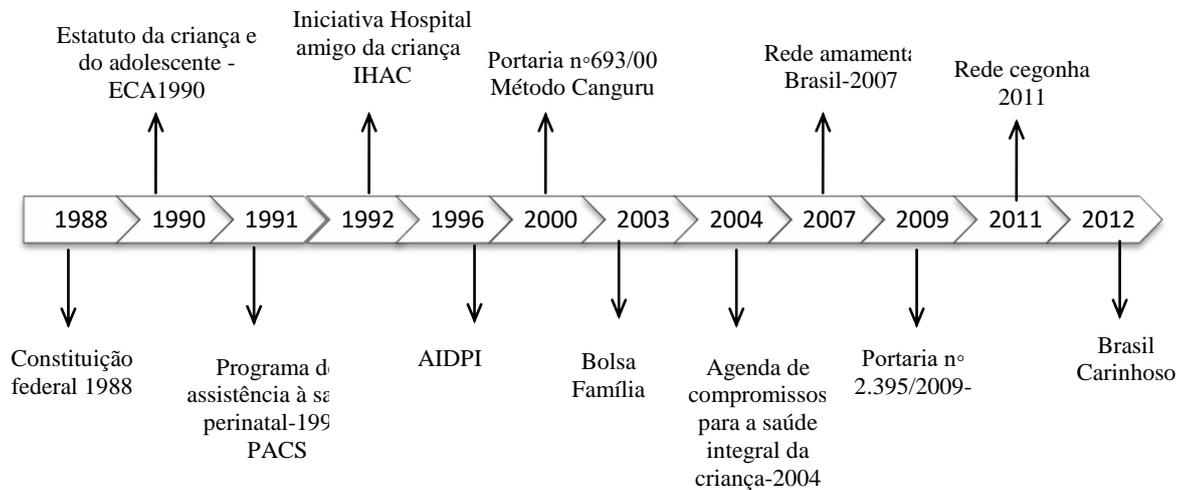
3.2 ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA NO BRASIL

3.2.1 Políticas públicas de atendimento à saúde da criança no Brasil

Na literatura estudada foi evidenciada a inexistência de um sistema de proteção à criança até 1988, sendo estas tratadas da mesma forma que os adultos desconsiderando assim a singularidade desta fase. Com a redemocratização do país a partir de 1980 foi-se regulamentando os direitos políticos, civis e sociais tendo como marco a Constituição de 1988 (PEREZ; PASSONE, 2010; ARAÚJO et. al, 2014). A mesma em seu artigo 227 legitima a criança como sujeito de direitos e que necessita de proteção:

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão” (BRASIL, 1988).

A partir da constituição foi estabelecida a ordenação legal de criação do Estatuto da Criança e do Adolescente, assim em 13 de julho de 1990 foi aprovada a Lei n. 8.069 que regulamenta o ECA, o qual atesta a necessidade em promover políticas que propiciem o crescimento e desenvolvimento saudáveis em condições adequadas. Este traz em seu artigo 2º que “considera-se criança, para os efeitos desta Lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade”. Apesar do avanço que essa legislação representa após vinte e quatro anos de sua implementação ainda são grandes os desafios para sua real efetivação (BRASIL, 1990; LEMOS, 2009; EDUARDO; EGRY, 2010).



Após a criação do ECA no ano seguinte em 1991 foi implantado o Programa de Agentes Comunitários de saúde (PACS) que foi substituído em 1994 pelo Programa de Saúde da Família (PSF) que posteriormente foi transformado em Estratégia de Saúde da Família (ESF). Esta iniciativa do Ministério da saúde potencializou as ações de promoção e prevenção no âmbito da saúde da criança bem como nas demais áreas (BRASIL, 1996; ROSA; LABATE, 2005).

Concomitantemente em 1991 foi criado o Programa de Assistência à Saúde Perinatal (PROASP) objetivando a atenção perinatal enfatizando o cuidado à mãe e ao bebê e buscando melhorar a qualidade da assistência, promover alojamento conjunto, incentivar o aleitamento, capacitar os recursos humanos dentre outros (BRASIL, 1991).

Já em 1992 com o intuito de favorecer a assistência obstétrica e neonatal humanizada o Ministério da Saúde iniciou a implantação da iniciativa Hospital amigo da criança para incentivar e apoiar o aleitamento materno. Esta iniciativa tem como base os “Dez passos para o sucesso do aleitamento materno” para qualificar a equipe do serviço hospitalar a preparar as mães para o manejo correto esclarecendo as vantagens do aleitamento. Buscava então romper com o modelo biomédico ainda tão presente na atualidade (OMS, 1990).

Com o passar do tempo os estudos evidenciaram que a mortalidade de crianças menores de cinco anos estava ocorrendo consideravelmente, assim foi lançada no Brasil em 1996 inicialmente no Norte e Nordeste a “Atenção Integrada às doenças Prevalentes na Infância-AIDPI”. O objetivo do AIDPI é reduzir a morbimortalidade associada à pneumonia, diarreia, desnutrição, sarampo e malária, doenças consideradas pela OMS como principais

causadoras da mortalidade infantil no mundo. (BRASIL, 2000a; AMARAL; VITÓRIA; CUNHA, 2008).

O Ministério da saúde expandiu o AIDPI para todo o país em 1998 realizando treinamento dos profissionais de saúde de todos os estados. Essa iniciativa provocou a redução da mortalidade nos menores de cinco anos, no entanto o Norte e Nordeste continuam ocupando os piores índices do Brasil (ARAÚJO et al, 2014).

No ano 2000 foi implantado mais um programa de assistência à mulher e ao RN o “Programa de Humanização do Pré-natal e do Nascimento (PHPN)”. Este criou um protocolo de ações na assistência obstétrica visando um cuidado integral que melhorasse o atendimento na rede pública, convergindo na redução dos óbitos maternos por causas evitáveis (BRASIL, 2000b; ANDREUCCI; CECATTI, 2011).

Em 2003 o Governo Federal buscando a promoção da saúde entre as famílias mais vulneráveis do Brasil lançou o programa bolsa família que reuniu quatro programas anteriores de transferência de renda (Bolsa Escola, Auxílio-Gás, Bolsa Alimentação e Cartão Alimentação). Algumas condições são obrigatórias para o recebimento da bolsa como frequência escolar, manutenção do esquema vacinal de crianças de 0-6 anos e acompanhamento nutricional o que gera uma maior utilização desses serviços, mesmo que de forma obrigatória (BRASIL, 2004a; SENNA et. al, 2007; FONSECA et. al, 2013;).

No ano seguinte o MS lançou a Agenda de compromissos para a Saúde Integral da Criança que possui diretrizes que favorecessem o nascimento, crescimento e desenvolvimento saudável, diminuição de doenças prevalentes na infância e distúrbios nutricionais. Essa Agenda foi estruturada em linhas de cuidado, as principais relacionadas à saúde da criança são: promoção do nascimento saudável; acompanhamento do RN de risco; acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e imunização; promoção do aleitamento materno e alimentação saudável: atenção aos distúrbios nutricionais e anemias carenciais; abordagem das doenças respiratórias e infecciosas (BRASIL, 2004b; ARAÚJO et.al, 2014).

Posteriormente a necessidade de promoção do aleitamento materno na atenção básica levou a criação em 2012 da Rede amamenta Brasil, pois até então as estratégias criadas se direcionaram a rede de atenção hospitalar. Os estudos demonstram que essas estratégias vêm surtindo efeito, na última pesquisa do Ministério da Saúde houve um aumento da prevalência de aleitamento materno exclusivo entre 0-4 meses de 35,5% para 51,2% nas capitais brasileiras (VENÂNCIO et.al, 2013; BRASIL, 2013b).

Em 2009 foi lançada a Portaria n. 2.395/09 que criou a Estratégia Brasileirinhos e Brasileirinhas Saudáveis que objetivou “construir novas ofertas de cuidado humanizado à

saúde e fortalecer aquelas tradicionalmente dirigidas a mulheres e crianças, na perspectiva do vínculo, crescimento e desenvolvimento integral da criança de zero a cinco anos” (BRASIL, 2009).

Por fim, em 2011 foi instituída a Rede cegonha que visa oferecer uma rede de cuidados à mulher em seu ciclo gravídico puerperal bem como atenção integral à criança desde o nascimento, crescimento e desenvolvimento. Esta iniciativa se encontra dentro das Redes de Atenção à Saúde (RAS) lançada pela Portaria Ministerial n. 4.279/2010 que visa superar o sistema de saúde fragmentado vigente. Sendo assim, é visto que as políticas de atenção à saúde da criança são vistas como prioridade em nosso País (BRASIL, 2010; CAVALCANTI et al. 2013).

3.2.2 Atenção à saúde da criança quilombola na atenção básica

No Brasil, a atenção básica é desenvolvida de forma descentralizada sendo orientada pelos princípios da universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade, humanização, equidade e participação social. Configura-se assim como a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2012b).

A Política Nacional de Atenção Básica é regulamentada pela Portaria nº 648/2006, a qual enfatiza que “a Atenção Básica se caracteriza por um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde” (BRASIL, 2006).

Nesse contexto, insere-se a ESF, proposta pelo Ministério da Saúde em 1994 inicialmente como um programa e posteriormente transformando-se em estratégia, que incorpora e reafirma os princípios do SUS. As equipes são compostas, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Quando ampliada, conta ainda com: um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental podendo ainda contar com outros profissionais (BRASIL, 1996).

A ESF trabalha com um modelo de vigilância à saúde pautado na responsabilização da equipe de saúde pela população adscrita em seu território com base no trabalho multiprofissional incentivando a participação popular, criação de parcerias intersetoriais buscando reorientar as ações de saúde (BRASIL, 2012b).

O acompanhamento das crianças pela Estratégia de Saúde da Família é visto como uma das ações mais importantes para a redução do coeficiente de mortalidade infantil e seus componentes para o alcance de melhor qualidade de vida (SUCUPIRA; BRESOLIN, 2003). O acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento são ações básicas que devem permear toda a atenção à criança (BRASIL, 2012a).

Esse acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento é considerado o eixo integrador das ações básicas através da sistematização de retorno do RN e criança ao serviço de saúde, sendo assim um indicador positivo de saúde, dentro de uma perspectiva integral (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2013b).

O crescimento e o desenvolvimento fazem parte deste processo, contudo são interdependentes, mas não são sinônimos, à medida que o crescimento se expressa por aumento da massa corporal, o desenvolvimento se expressa pela aquisição de habilidades progressivamente mais complexas. Ambos são processos dinâmicos e contínuos que ocorrem em um indivíduo a partir de sua concepção (BRASIL, 2012a; MAGALHÃES et al, 2014).

O monitoramento do crescimento tem como alicerce a promoção à saúde da criança, prevenindo a desnutrição e identificando disfunções antes do estado nutricional ser prejudicado. Assim, o monitoramento deve ser realizado especialmente nos primeiros anos de vida. Essa avaliação é um importante instrumento para acompanhamento das condições de saúde e nutrição, tanto de indivíduos quanto de populações (RATIS, 2003).

Na criança, a avaliação é realizada pela história clínica e social, exame físico, dados dos pais e a velocidade de crescimento. Avaliações em diferentes etapas da vida do ser humano em crescimento podem contribuir para explicações do que ocorreu em fases anteriores e sugerir riscos imediatos, mediatos e tardios para a saúde (BRASIL, 2012a; MAGALHÃES et al, 2014).

Acompanhar o desenvolvimento da criança nos primeiros anos de vida é fundamental, pois é nessa etapa da vida extrauterina que o tecido nervoso mais cresce e amadurece, estando sujeito a agravos, sendo o momento em que a criança melhor responde às terapias e estímulos do meio ambiente (OPAS, 2005).

Em 2006, o Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome, por meio da Chamada Nutricional Quilombola explanou ao povo brasileiro a preocupação governamental acerca da real situação das crianças moradoras em comunidades quilombolas e propôs um amplo questionamento sobre as peculiaridades a serem observadas e respeitadas neste grupo populacional (BRASIL, 2006).

Nos escassos estudos encontrados, as condições de nutrição e saúde das crianças de 6 a 59 meses de 39 comunidades remanescentes dos quilombos foram descritas onde se detectou que a desnutrição crônica foi mais prevalente, sendo esse desvio antropométrico identificado pelo déficit de estatura, seguido pelo sobrepeso, a despeito do perfil de pobreza predominante (FERREIRA et.al, 2011; JESUS et.al, 2014).

Esses achados corroboram com achados da Chamada Nutricional Quilombola (2008) onde afirmam que 57% das famílias quilombolas está inserida na classe E, esse grupo populacional encontra-se incluído entre os 4% mais pobres da sociedade brasileira, isso supõe que crianças quilombolas estão vivendo desprovidas de instalações e equipamentos mínimos para suprir necessidades básicas.

As características desta população mostram que as crianças quilombolas vivem em condições socioeconômicas precárias, moram em locais desconfortáveis e suas famílias possuem poucos recursos de acesso aos bens e serviços em geral. Onde em sua maioria são famílias cujos pais e mães são jovens, com baixa escolaridade, com número de filhos acima da média brasileira, residindo em casas pequenas, muitas delas sem estrutura adequada de saneamento ou conforto mínimo (SILVA, 2007; MARQUES et al, 2014).

Quando se trata da avaliação dos serviços de saúde destinados à população quilombola revela-se que quase todos os atributos da atenção primária não estão adequadamente presentes no processo assistencial. Desse modo, não existe aderência dos serviços ao novo modelo assistencial e perpetua-se a proposta de assistência pontual e curativista com centralidade nos aspectos biológicos do processo saúde-doença (CAMPOS et al, 2011).

A ESF tem o enfermeiro como um importante membro da equipe multidisciplinar, o que tem aumentado o campo de crescimento e reconhecimento desse profissional, sendo um componente ativo no processo de consolidação da estratégia de forma integrada e humanizada da saúde (SILVA, MOTTA, ZEITOUNE, 2010).

As ações desse profissional para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento na ESF são: conhecer a população infantil da área de atuação; garantir a execução do calendário de acompanhamento do crescimento/desenvolvimento; manter continuamente a prática do acolhimento e escuta da criança que procura o serviço; detectar sinais de risco de doenças nas crianças que chegam à unidade, no domicílio ou em instituição infantil; avaliar integralmente a criança; checar e atualizar o cartão da criança em todas as oportunidades, visando garantir a vigilância nutricional (SILVA, ROCHA, SILVA 2009).

3.3 A TEORIA DA DIVERSIDADE E UNIVERSALIDADE DO CUIDADO CULTURAL DE LEININGER

Madeleine Leininger (1925-2012) foi a fundadora do campo acadêmico da enfermagem transcultural. Nascida em Nebraska, EUA, iniciou sua carreira em 1948 ao concluir o curso de graduação em Enfermagem na *St. Anthony's School of Nursing*. Em 1954, Leininger obteve o título de mestre em enfermagem psiquiátrica na *Catholic University of America* (LEININGER; MCFARLAND, 2002).

Durante seu trabalho em uma unidade psiquiátrica em meados dos anos 50, em Cincinnati percebeu uma lacuna na compreensão dos fatores culturais que influenciavam o comportamento das crianças que estavam sob seus cuidados. A partir disso, começou a refletir sobre a relação entre enfermagem e antropologia e buscou adquirir conhecimento na área.

Leininger debruçou-se sobre os estudos da antropologia e doutorou-se em antropologia cultural, social e psicológica na Universidade de Washington, em Seattle. Durante seu doutorado desenvolveu um método de pesquisa que denominou de etnoenfermagem. Com esse método estudou diversas culturas e pode observar especificidades e inúmeras diferenças entre as culturas ocidentais e não ocidentais relacionadas a prática do cuidado (GEORGE, 2011).

Assim em 1965 terminou seu doutorado, tornando-se a primeira enfermeira com título de doutorado em antropologia. Em 1970 a disciplina da enfermagem transcultural foi inserida nos cursos de graduação por Leininger.

Em 1979, pág.15, Leininger definiu a enfermagem transcultural como:

Um subcampo ou ramo da enfermagem que enfoca o estudo comparativo e a análise de culturas com respeito à enfermagem e às práticas de cuidados de saúde-doença, às crenças e aos valores, com meta de proporcionar um serviço de atendimento de enfermagem significativo e eficaz para as pessoas de acordo com seus valores e seu contexto de saúde-doença.

No ano de 1985, publicou seu primeiro trabalho sobre sua teoria denominada “Teoria do Cuidado Cultural” ou da “Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural”. O objetivo principal de sua teoria é identificar os meios para proporcionar um cuidado culturalmente congruente para a saúde e bem-estar de indivíduos, famílias, comunidades e ambientes institucionais (LEININGER; MCFARLAND, 2002; GEORGE, 2011).

Esta teoria se estrutura basicamente no que é universal e diverso sobre o cuidado humano dentro de uma perspectiva cultural. O foco desta teoria é descobrir semelhanças (*Universalidade*) e diferenças (*Diversidade*) sobre os cuidados e culturas. A *Universalidade*

se refere à natureza de um ser ou um objeto, comum ou universalmente encontrada no mundo como parte da humanidade. Com universais se busca descobrir e compreender semelhanças. Já a *Diversidade* almeja descobrir semelhanças e diferenças nos estilos de vida, valores e regras entre as culturas (LEININGER; MCFARLAND, 2002).

Para a teórica esse conhecimento é essencial para o enfermeiro em nosso mundo multicultural. Pois tanto as semelhanças quanto às diferenças entre as culturas mantêm os enfermeiros alerta para práticas de cuidados humanísticos.

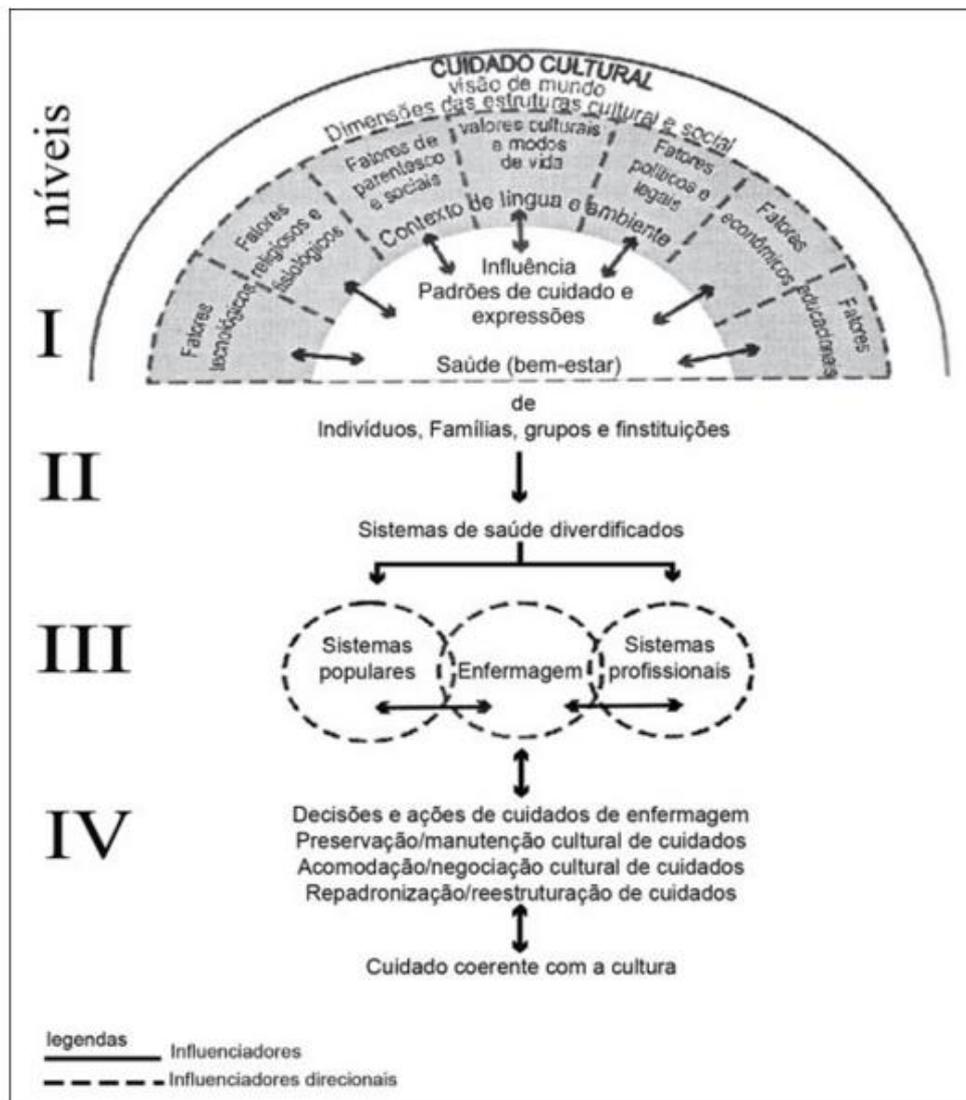
Leininger e Mcfarland (2006) em seu livro traz definições que são usadas na teoria como um guia para descobrir fenômenos de cuidados culturais, dentre elas destaco:

1. **Cuidado Humano / Cuidado:** refere-se aos fenômenos abstratos e evidentes como expressões de apoio, de suporte, permitindo e facilitando formas de ajudar a si mesmo ou outras pessoas com necessidades previstas para melhorar a saúde, a condição humana, ou o estilo de vida, ou para enfrentar deficiência ou para morrer.
2. **Cultura:** relacionado aos valores, crenças, normas, estilo de vida, símbolos e práticas dos indivíduos, grupos ou instituições que são aprendidos, compartilhados e transmitidos entre as gerações.
3. **Cuidado de Enfermagem culturalmente competente:** refere-se ao uso explícito do conhecimento de cuidados de base cultural de formas sensíveis, criativas e significativas para atender os modos de vida geral e as necessidades de indivíduos ou grupos para a saúde benéfica e significativa e bem-estar ou para enfrentar a doença, deficiência ou morte.

Nesse sentido o metaparadigma de enfermagem apresentado para o modelo é identificado pelos conceitos de **Ser humano** como seres cuidadores que sobrevivem em uma diversidade de culturas pela sua capacidade de proporcionar a universalidade do cuidado de várias maneiras de acordo com as diferentes culturas, necessidades e situações; o **Ambiente/ sociedade** como sendo a totalidade de um evento, situação de experiência e aspectos contextuais nos quais indivíduo ou grupo cultural vivem; a **Enfermagem** como uma profissão e uma disciplina científica aprendida e humanista enfocada no fenômeno e nas atividades do cuidado humano para assistir, apoiar, facilitar ou capacitar indivíduos ou grupos a manterem ou readquirirem seu bem estar em formas culturalmente significativas e benéficas ou para ajudar a pessoa a enfrentar a deficiência ou a morte ; e por fim a **Saúde**, definida como “ um estado de bem-estar culturalmente definido, valorizado e praticado, que reflete a capacidade dos indivíduos para desempenhar suas atividades diárias em modos de vida culturalmente expressos” (LEININGER,1979, GEORGE, 2011).

O MODELO SUNRISE

O Modelo Sunrise (figura 1) foi criado como um guia para facilitar e ilustrar os fatores teóricos envolvidos na teoria. O modelo mostra diferentes fatores ou componentes que precisam ser sistematicamente estudados com a teoria. Ele serve como um guia para trazer à tona os fenômenos de cuidados de cultura em uma perspectiva holística dos vários fatores que podem potencialmente influenciar o cuidado e o bem-estar das pessoas. O modelo não é a teoria em si, mas descreve fatores que precisam ser estudados em relação aos princípios da teoria e do domínio específico da investigação em estudo (LEININGER; MCFARLAND 2006).



Fonte: Leopardi, 1999.

Figura 1: Modelo Sunrise

Esse modelo consta de quatro níveis, o **nível I** é representativo da visão de mundo e sistemas sociais, possibilitando a compreensão dos atributos dos cuidados em três perspectivas: micro perspectiva (indivíduos de uma cultura), perspectiva média (fatores mais complexos de uma estrutura específica), macro perspectiva (fenômenos transversais em diversas culturas) (LEININGER, MCFARLAND, 2002).

O **nível II** proporciona informações sobre os indivíduos, sobre uma família, bem como informações sobre significados e expressões específicas relacionadas com o cuidado de saúde. O **nível III** retrata informações sobre os sistemas tradicionais e profissionais, incluindo a enfermagem, que atuam em uma cultura e permite a identificação da diversidade e universalidade dos cuidados culturais (LEININGER, MCFARLAND, 2002).

O último nível, **IV** determina o nível de decisões dos cuidados de enfermagem congruente, divididos em três modos de decisão:

- ***Preservação e/ou Manutenção do cuidado cultural:*** refere-se aos atos ou decisões assistenciais de apoio, facilitadores ou de capacitação profissional que ajudam as culturas a manter, preservar ou reter as crenças e valores benéficos do cuidado ou para enfrentar deficiências e a morte (LEININGER; MCFARLAND, 2006).

- ***Acomodação e/ou Negociação do cuidado cultural:*** refere-se às ações e decisões que assistem, acomodam, facilitam ou capacitam o cuidado e que ajudam as culturas a se adaptar ou negociar o cuidado congruente, seguro e efetivo para sua saúde, bem-estar, ou lidar com a doença ou com a morte (LEININGER; MCFARLAND, 2006).

- ***Repadronização e/ou reestruturação do cuidado cultural:*** refere-se às ações e decisões mútuas, assistenciais, de apoio, facilitadoras ou de capacitação que ajudam as pessoas a modificar, reordenar, mudar ou reestruturar seu modo de vida e as instituições para melhores padrões (benéficos) de cuidado à saúde (LEININGER; MCFARLAND, 2006).

Desta forma reforça-se a escolha da Teoria transcultural do cuidado de Leininger como referencial teórico deste estudo acreditando que o cuidado de enfermagem culturalmente congruente irá influenciar nos aspectos de saúde-doença das pessoas de diferentes culturas.

4. PERCURSO METODOLÓGICO

“Teorias com métodos de pesquisa apropriados são a porta de entrada para o conhecimento e a prática inovadora ou reafirmada” LEININGER, (1998).

4.1 Tipo de Pesquisa

Pesquisa qualitativa, apoiada na etnoenfermagem e no referencial teórico da Teoria Transcultural do Cuidado de Leininger. O método qualitativo se aplica ao estudo das relações, crenças, opiniões e percepções que traduzem as interpretações que as pessoas constroem a respeito de como vivem, sentem e pensam. Possibilita desvendar processos sociais concernentes a grupos particulares, fornecendo o desenvolvimento de novas abordagens, criação e revisão de conceitos (MINAYO, 2014). Ainda segundo Minayo o método qualitativo:

Caracteriza-se pela empiria e pela sistematização progressiva de conhecimento até a compreensão da lógica interna do grupo ou do processo em estudo. Por isso, é também utilizado para a elaboração de novas hipóteses, construção de indicadores qualitativos, variáveis e tipologias (MINAYO, 2014, pág.57).

A etnoenfermagem proposta por Leininger é um método significativo para obtenção de fatos, sentimentos, visões de mundo e outros achados que evidenciem o mundo real, verdades e modos de vida das pessoas possibilitando a compreensão de crenças e valores. Esta vem sendo utilizada no campo da enfermagem para fornecer subsídios aos profissionais de saúde para prestar um cuidado culturalmente congruente (LEININGER; MCFARLAND, 2006).

O conhecimento desenvolvido na etnoenfermagem abrange duas perspectivas, a *emic*, cuidado genérico ou nativo popular, o qual é apreendido informalmente e em geral passado de geração em geração, bem como expressa a visão dos membros de uma cultura. Em contrapartida o conhecimento *etic*, de fora, pode ser entendido como as ideias do profissional enfermeiro de acordo com seu aprendizado formal. Ambos são fundamentais para avaliar e direcionar as decisões e o pensamento crítico do enfermeiro para com os clientes (ROSA; LUCENA; CROSSETI, 2003; LEININGER; MCFARLAND, 2006; SILVEIRA et. al, 2009).

Assim, como metodologia de pesquisa, a etnoenfermagem compreende quatro fases de observação, uma fase de entrevista e quatro fases de análise dos dados as quais serão detalhados mais adiante. Essas fases inter-relacionam-se em um movimento constante a partir

do início do processo de coleta de dados até o seu final (LEININGER; MCFARLAND, 2002; SILVEIRA et. al, 2009).

Desta forma, como referencial teórico fez-se uso da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural (TDUCC) proposto pela Enfermeira Madeleine Leininger (LEININGER; MCFARLAND, 2006). Esta teoria foi desenvolvida com o objetivo de descobrir as diversidades e universalidades dos seres humanos e os meios de prover o cuidado culturalmente congruente às pessoas de diferentes culturas.

4.2 Local da Pesquisa



Figura 2- Entrada de União dos Palmares-
Monumento em homenagem a Zumbi dos Palmares
Fonte: Pesquisadora, 2015

O estado de Alagoas possui sessenta e oito comunidades quilombolas certificadas, se destacando no cenário nacional por ser o berço da resistência negra, tendo como principal líder Zumbi dos Palmares. O Quilombo dos Palmares na serra da barriga localizada em União dos Palmares foi o maior e mais bem organizado quilombo brasileiro. Hoje no local, além do Parque Memorial Quilombo dos Palmares encontra-se a comunidade quilombola Muquém (ALAGOAS, 2016).

O estudo foi realizado no município de União dos Palmares-AL, na comunidade quilombola do Muquém. A escolha deste local foi decorrente da aprovação do projeto Universal 2014, intitulado “Estudo epidemiológico da saúde da população de remanescentes quilombolas do primeiro quilombo do Brasil”, no qual este projeto está inserido.

União dos palmares localiza-se a norte da capital do Estado, distando desta cerca de 73 quilômetros e faz limite com as cidades de Santana do Mundaú, São José da Laje, Ibateguara,

Branquinha e Joaquim Gomes. Sua população foi estimada em 2015 pelo IBGE em 66.017 habitantes, sendo uma das dez cidades mais populosas do Estado de Alagoas (IBGE, 2010).

O município é considerado uma das principais cidades de Alagoas, sendo conhecido por ser "A Terra da Liberdade", já que foi nela, mais precisamente na Serra da Barriga, onde foi dado o primeiro grito de liberdade, por Zumbi dos Palmares. A economia do município tem as suas bases no binômio agricultura-pecuária, destacando-se, como um dos maiores produtores de cana-de-açúcar de Alagoas.



Figura 3- Localização geográfica de União dos Palmares
Fonte: IBGE, Infográficos, 2016

A comunidade quilombola Muquém é composta de remanescentes do Quilombo dos Palmares, localizada aos pés da Serra da Barriga em União dos Palmares, na região da Zona da Mata alagoana. Com pouco mais de 20 hectares, abriga 665 pessoas, aproximadamente 187 famílias que vivem do corte da cana-de-açúcar, da lavoura e da fabricação de panelas, potes e outros objetos de barro. O artesanato em barro é uma das características marcantes do povoado. Tradição passada ao longo das gerações, a arte de transformar barro em panelas, jarros e outros objetos de decoração se perpetua graças à dedicação dos mais velhos. Pelo menos dois artesãos locais mantêm a tradição.



Figura 4- Entrada do Muquém (União dos Palmares-AL).

Fonte: Registro da Pesquisadora, 2015.

O nome Muquém é assim chamado, conforme Moura (2009), porque, segundo os próprios moradores, teria se originado de Moquém, que significa grelha de varas para assar ou secar carne ou peixe, ou instrumento fabricado pelos quilombolas e usado como armadilha nas chamadas aratacas, ou o nome de guerra do primeiro homem a habitar aquelas terras, ou ainda originado da expressão *amuquenhar*, esconder-se.

A localização próxima ao Rio Mundaú, e a péssima condição da estrada dificultam o acesso ao local e faz do Muquém um lugar quase isolado, apesar de estar apenas a 5 km da cidade de União dos Palmares. O isolamento impede a divulgação da cultura local. Os moradores da comunidade, em sua grande maioria, são parentes. O casamento entre primo é uma constante entre esses quilombolas que chegaram ao local há aproximadamente 250 anos, fugidos da Serra da Barriga (MOURA, 2009).

4.3 Participantes da Pesquisa

Nesta pesquisa, delimitamos como participantes os principais cuidadores da família da criança menor de 2 anos da comunidade quilombola do Muquém, no município de União dos Palmares-AL. Participaram da pesquisa: treze mães, duas avós e uma tia, as quais se configuraram como as principais cuidadoras das crianças.

Os cuidadores foram selecionados a partir dos seguintes critérios: identificar-se como principal cuidador da criança de 0 a 2 anos de idade e ser nativo da comunidade quilombola do Muquém. Como critérios de exclusão: ter filho maior de 2 anos, ser portador de alguma condição que impossibilitasse a coleta; e/ou recusar-se a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE (Apêndice A).

Inicialmente para aproximação com esses cuidadores foi solicitado ao agente de saúde da comunidade uma lista com todas as famílias que tinham crianças de 0 a 2 anos, posteriormente, o agente realizou o convite dessas famílias para uma reunião na Unidade de saúde da comunidade. Nesta reunião, foi realizada a explicação sobre o projeto de pesquisa que seria realizado e dando continuidade foram sendo agendadas atividades de educação em saúde e participação nas atividades da unidade para estreitar os laços com a comunidade.

Em seguida, os principais cuidadores dessas crianças foram convidados a participar de acordo com os critérios de inclusão do estudo e foram agendadas as visitas domiciliares para realização da coleta de dados com os instrumentos, como também para conhecer a rotina de cuidados à criança. O nome dos participantes foi preservado, utilizando em substituição nome de personagens que fizeram parte da história da cultura quilombola do nosso país.

4.4 Aspectos Éticos

Os princípios éticos foram seguidos em todas as fases do estudo, em consonância com a resolução 466/12, tendo iniciado após aprovação pela Plataforma Brasil. O projeto com Certificação para Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) 52792816.8.0000.5013 foi aprovado em 14 de abril de 2016, com número de parecer: 1.500.684 (ANEXO B).

Antes do envio para o Comitê de Ética foi agendada visita à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de União dos Palmares – Alagoas com o intuito de dar ciência da pesquisa aos gestores e profissionais de saúde, bem como para entrega dos documentos de autorização do Comitê de Ética em Pesquisa e da SMS/ União dos palmares.

Após aprovação os familiares foram convidados a participar do estudo de forma voluntária e gratuita, não havendo obrigatoriedade em sua participação, sendo esclarecidos em linguagem clara e acessível de acordo com as características individuais de cada pessoa. Foram esclarecidos quanto aos objetivos, justificativa e relevância do estudo, bem como aos procedimentos, riscos e benefícios.

A pesquisadora deixou claro que poderiam desistir da participação no estudo, em qualquer fase, sem que tal decisão gerasse prejuízo no atendimento da unidade de saúde local. A pesquisadora disponibilizou número de telefone e endereço para contato, possibilitando acesso nos casos de eventuais dúvidas ou comunicação de desistência.

Com a preocupação de haver comodidade e não causar despesas aos sujeitos da pesquisa este pôde escolher o local em que se sentia mais confortável para realizar a

entrevista, que poderia ser realizada em sua própria casa ou em um local reservado da unidade de saúde.

Os riscos que a pesquisa apresenta são: o desconforto do familiar para relatar sua história relacionada ao cuidado da criança e possíveis constrangimentos ou manifestações emocionais relacionadas às perguntas da entrevista. Respeitando estes aspectos a pesquisadora adotou as seguintes medidas para minimizar os riscos: esclarecer o familiar a qualquer momento sobre o estudo, assegurando o sigilo e confidencialidade para diminuir o desconforto, bem como deixando claro que poderia retornar em outro momento que o familiar preferisse ou ainda interromper a entrevista. O mesmo poderia desistir sem nenhum ônus, tanto para ele, quanto para a pesquisadora.

Na eventualidade da participação nesta pesquisa, causar qualquer tipo de dano aos participantes, os pesquisadores se comprometeram em reparar este dano, e ou ainda prover meios para a reparação. O estudo seria suspenso ou encerrado caso não houvesse anuência por parte da população-alvo em participar das entrevistas individuais e/ou atividades outras que inviabilizem a constituição de uma amostra viável – o que não foi o caso.

Para assegurar a privacidade das pessoas entrevistadas e a confidencialidade das informações em todas as fases da pesquisa, resguardando-se os princípios éticos e legais, os familiares serão identificados por nomes fictícios. Os registros de áudio serão apagados após a defesa do estudo e as transcrições serão mantidas por um período de cinco anos, arquivadas nas dependências da Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas por um período de cinco anos.

De acordo com a Resolução 466/12 do CNS, o “respeito à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si só e/ou seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação da pesquisa”. Nesta perspectiva, foi elaborado o Termo de Consentimento livre e esclarecido-TCLE (Apêndice A), sendo informados do direito de anular o consentimento em qualquer fase da pesquisa com a garantia de não haver nenhum ônus. Todos os participantes que aceitaram participar do estudo assinaram o TCLE, sendo uma cópia para o pesquisador e outra para o entrevistado.

No presente estudo, não houve qualquer cláusula restritiva quanto à divulgação pública dos resultados desta pesquisa e, portanto, comprometemo-nos a torná-los públicos, quer sejam eles favoráveis ou não.

4.5 Coleta dos Dados

A coleta de dados ocorreu em *locus* com imersão dos pesquisadores no campo no período de abril a julho de 2016, seguindo as etapas do percurso metodológico. Para a coleta foram utilizados os seguintes instrumentos: um Guia de Observação, Participação e Reflexão, formulário de coleta de dados sócio demográficos e uma entrevista semiestruturada. Além disso, utilizou-se diário de campo e o gravador em todas as entrevistas.

O **Guia de Observação** (Apêndice B) foi o mesmo utilizado por Leininger, quando realizou sua primeira pesquisa com os Gadsup Akunan na Nova Guiné na década de 60, o qual contempla aspectos a serem observados com relação a linguagem, contexto de vida, fatores econômicos, expressões de cuidado, dentre outros.

O **formulário do perfil sóciodemográfico** (Apêndice C) foi adaptado do instrumento do censo do IBGE (2010) e teve por objetivo delinear os fatores contidos nas dimensões da estrutura social e econômica para caracterizar as famílias. O roteiro de entrevista (Apêndice D) foi adaptado do estudo de Morais (2013) e contém perguntas em linguagem simples e acessível para conhecer como os pais ou responsáveis cuidam das crianças.

Segundo Minayo (2014), a **entrevista** deve propiciar uma conversa sobre determinada experiência, deseja-se assim que a entrevista possibilite as várias narrativas possíveis das vivências e não apenas respostas dicotômicas do tipo sim ou não.

O roteiro da entrevista semiestruturada se constitui como um guia que possui vários tópicos considerados essenciais e funcionam como lembretes, servindo de orientação e guia para o andamento da interlocução, devendo ainda propiciar flexibilidade nas conversas, desse modo cada questão do roteiro deve fazer parte do delineamento do estudo para dar-lhe forma contribuindo com o que é previsto no projeto (MINAYO, 2014).

O **diário de campo** foi outro recurso aplicado para coleta de dados, no qual foi utilizado em todas as idas ao campo para registrar as observações, atividades realizadas e impressões pessoais durante o processo da pesquisa. Segundo Demo (2006) e Minayo (2014) o diário de campo se constitui como um caderno de notas no qual são registrados conversas, manifestações e observações quanto aos investigados bem como as impressões pessoais do pesquisador, estas podem se modificar com o tempo e devem ser utilizadas para análise do objeto de investigação.

Esta coleta foi realizada de acordo com as quatro fases de observação, participação e reflexão propostas por Leininger e Mcfarland (2006) de acordo com o fluxograma abaixo:

Fluxograma 1: Fases da Observação-participação-reflexão



Fonte: Leininger e Mcfarland, 2006.

• **Na Fase 1 – Observação e Ação Ativa de Ouvir:** Esta é a fase que compreende a entrada no campo, o pesquisador concentra-se nas observações. Observar e escutar são aspectos essenciais. O observador busca obter uma visão ampla da situação e, gradualmente, faz observações detalhadas. É essencial que seja reservado algum tempo para a documentação detalhada das observações, antes que haja interação ou participação mais direta com as pessoas, pois isto permite verificar o que está ocorrendo antes que a situação seja influenciada pela participação de um estranho. Nesta fase, o observador é também observado e testado pelos informantes (LEININGER; MCFARLAND, 2006).

Inicialmente, o primeiro contato com o local do estudo ocorreu em março de 2015, por meio de visita de campo com os pesquisadores do projeto Universal “Estudo epidemiológico da saúde da população de remanescentes quilombolas do primeiro quilombo do Brasil” da qual este projeto faz parte para conhecer a comunidade e apresentar a proposta do estudo.

Ao chegar no Muquém conhecemos a Unidade de Saúde composta por uma Enfermeira, uma Médica, um Dentista, um Agente de saúde, um Auxiliar de Enfermagem e pela equipe administrativa. Esta possui um espaço amplo com salas suficientes para todos os profissionais e é relativamente recente na comunidade, tendo sido inaugurada em outubro de 2011.



Figura 5- Unidade de Saúde da Família do Muquém (União dos Palmares-AL).
Fonte: Registro da Pesquisadora, 2015.

Em seguida, fomos visitar os demais locais da comunidade para conhecer o contexto no qual se inserem as participantes do estudo. A agente de saúde nos acompanhou e nos relatou que no dia 18 de junho de 2010 ocorreu uma enchente, fazendo o rio Mundaú transbordar e derrubar as casas da comunidade do Muquém. Muitas pessoas conseguiram se salvar ao subir nas jaqueiras que até hoje são preservadas e consideradas sagradas pela comunidade.

Paradoxalmente, essa data representou um divisor de águas na comunidade, o governo do estado de Alagoas se sensibilizou com a situação dos moradores e a comunidade que até então vivia no “esquecimento” foi alvo de grandes investimentos. Conjuntamente aos órgãos públicos construíram 120 imóveis do programa Minha Casa, Minha Vida, do governo federal para abrigar as famílias. Além das casas foram construídas na comunidade após a enchente: a Unidade de Saúde Santa Luzia, a escola e outros locais de apoio para a comunidade.

O desastre da enchente modificou o cenário dessa comunidade que até então possuía casas de taipa, tijolos e até de lona, padronizando os domicílios. Além disso, destaca-se que as famílias costumavam manter em seus quintais pequenas hortas com cultivo de algumas plantas, no entanto, após essa reestruturação o espaço foi modificado acabando com essa cultura.

A comunidade certificada como remanescente quilombola no dia 19 de Abril de 2005 apesar de viver uma nova realidade ainda possui muitas dificuldades, a principal delas é o transporte até a cidade, o acesso se dá por uma longa estrada de barro e não existe transporte público até o local.



Figura 6- Residências do Muquém (União dos Palmares-AL).

Fonte: Registro da Pesquisadora, 2015.

Além da Unidade de Saúde a comunidade também conta com uma escola, um centro ecumênico, uma associação de moradores, uma igreja evangélica, dois espaços de eventos, um mercadinho e um bar.



Figura 7- Escola do Muquém

Fonte: Registro da Pesquisadora, 2015



Figura 8- Centro ecumênico

Fonte: Registro da Pesquisadora, 2015



Figura 9- Mercadinho do Muquém

Fonte: Registro da Pesquisadora, 2015



Figura 10- Bar da comunidade

Fonte: Registro da Pesquisadora, 2015

O artesanato também é um dos destaques da comunidade que ganha vida nas mãos da artesã Irinéia Rosa Nunes, mãe de dez filhos que junto com seu marido produz as peças. O trabalho da artesã foi reconhecido pelo governo, ganhou a Ordem do Mérito dos Palmares, concorreu a um prêmio da Unesco e é considerada patrimônio imaterial. Apesar da importância histórica e cultural desse trabalho os jovens da comunidade não parecem ter interesse em aprender esse ofício e dar continuidade à produção das peças.



Figura 11- Artesã Irinéia Rosa Nunes (patrimônio imaterial) e seu marido.

Fonte: Registro da Pesquisadora, 2015.

• **Na Fase 2 – Observação com Participação Limitada:** Nesta fase a observação é contínua, mas alguma participação ocorre. O pesquisador começa a interagir mais com as pessoas e observa suas respostas (LEININGER; McFARLAND, 2006).

Após o contato inicial com a comunidade e realização de observações sobre o contexto e dinâmica foram agendadas visitas para realização de atividades de educação em saúde para começar a participar das atividades realizadas na comunidade, inicialmente mensais, depois quinzenais e posteriormente semanais. As oficinas foram realizadas na própria UBS e contou com a explanação dos temas: higiene e alimentação saudável, amamentação, prevenção de acidentes/violência infantil, saúde bucal, doenças prevalentes na infância e imunização. Participaram dessas oficinas os principais cuidadores das crianças de 0-2 anos que foram previamente convidados pela agente de saúde da unidade com número médio de dez a doze pessoas por oficina.

As mesmas foram realizadas no turno matutino pela própria pesquisadora, nas quais as ações foram construídas de acordo com a demanda observada, seguindo a ordem de realização

de dinâmicas para acolhimento, explanação do tema, com linguagem clara, interação com os participantes (debates e esclarecimentos de dúvidas) e fechamento para avaliação.

A metodologia se fundamentou na educação popular em saúde (AMARAL; PONTES; SILVA, 2014). Para cada tema utilizou-se dinâmicas diferenciadas para promover o debate e a troca de experiências entre as pessoas da comunidade. Fomentou-se a reflexão crítica por parte dos discentes sobre seu papel na promoção da saúde, visando à formação de sujeitos autônomos. Outro aspecto positivo foi a visualização de um espaço de diálogo, no qual puderam refletir sobre seu cotidiano, esclarecer dúvidas e trocar conhecimento.

A experiência da realização dessas oficinas foi compartilhada no II Seminário Internacional de Integração institucional Ensino, pesquisa e serviço com apresentação do trabalho “Oficinas educativas com familiares e crianças quilombolas” realizado na Universidade Estadual do Ceará (2016).

Participamos também no dia da consciência negra com os pesquisadores das atividades culturais realizadas na Serra da barriga no Parque Memorial Quilombo dos Palmares no dia 20 de novembro de 2015.



Figura 12- Dia Nacional da consciência Negra-Parque Memorial Quilombo dos Palmares

Fonte: Registro da Pesquisadora, 2015.

• **Na Fase 3 – Participação com Observações Continuadas:** o pesquisador torna-se um participante nas atividades dos informantes, ficando difícil fazer observações detalhadas de todos os aspectos. Ele desenvolve vários níveis de participação para aprender com as pessoas, sentir e experimentar através do envolvimento direto nas atividades. É importante, porém, que se mantenha sempre como observador atento, embora isto ocorra com menos intensidade (LEININGER; McFARLAND, 2006).

Nesta terceira fase a pesquisadora foi se inserindo nas atividades da unidade de saúde de forma continuada e com mais frequência: consultas, visitas domiciliares, sala de vacina e atividades de educação em saúde para aproximação com a comunidade.

A Unidade de Saúde é um dos locais de referência da comunidade e realiza atendimento de segunda a sexta-feira. O cronograma da unidade é organizado da seguinte forma: às segundas atendimento de demanda ao adulto de manhã e à criança à tarde; às terças visitas domiciliares; às quartas pré-natal de manhã e demanda espontânea à tarde; às quintas hipertensos e diabéticos; às sextas citologia de manhã e planejamento à tarde. Essa rotina de atendimentos é organizada entre a médica e a enfermeira da unidade.

O desenvolvimento e organização das atividades na atenção básica deve ser realizado com base em um diagnóstico situacional focando na família e comunidade. O atendimento deve ser realizado de forma humanizada buscando estabelecer um vínculo com a comunidade e deve ser realizado em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência idade adulta e terceira idade (BRASIL, 2006).

Na unidade em questão, verificamos que o cronograma não contempla todas as fases de desenvolvimento, bem como na saúde da criança e do adulto priorizam-se atendimentos de demanda o que dificulta o estabelecimento do vínculo e da continuidade. Assim, atividades de promoção e prevenção são deixadas em segundo plano e é dada ênfase a consultas curativistas quando já existe algum desequilíbrio no processo saúde-doença.

No estudo de Leão, Caldeira e Oliveira (2011) observamos que a ESF é um espaço que deve favorecer atividades de promoção da saúde infantil, contudo o estudo indicou que existe a deficiência de alguns atributos que necessitam de reformulações para oferecer uma assistência de qualidade.

A sala de vacina da UBS é equipada adequadamente e possui um computador com acesso à internet para acesso ao SI-PNI que é alimentado diariamente, sendo assim bem estruturada e evidenciando um adequado acompanhamento da cobertura vacinal. Durante a coleta de dados notamos a organização e o constante controle para a atualização das vacinas por parte do profissional da sala. Através da implantação do registro das doses aplicadas no SI-PNI o cartão-controle poderá ser gradualmente desativado (BRASIL, 2014).

O atendimento na sala de vacina deve buscar ir além da técnica e estabelecer um vínculo com o profissional para que a família se envolva e entenda a importância deste procedimento, isto favorece o retorno para as vacinas posteriores e a periodicidade nas consultas da unidade (FIGUEIREDO; MELLO, 2003). Na unidade apesar desse acompanhamento constante e da alta cobertura vacinal, verificamos ainda uma falta de

integração entre as atividades desenvolvidas, é importante que a família se sinta partícipe desse processo e seja incentivada e orientada nos cuidados à criança numa perspectiva integral.

Nas consultas o tempo disponível é curto devido à alta demanda. As principais queixas demandadas com relação à saúde da criança são tosse ou dificuldade para respirar, febre e eritemas na pele devido à grande quantidade de crianças que brincam descalças na areia. Identificamos ainda que não existe na rotina de atendimentos um dia específico para puericultura, apenas um horário de demanda para atendimentos à criança.

Em estudo realizado por Vitolo, Gama e Campagnolo (2010) observou-se que mais de 50% das crianças não foram acompanhadas de forma regular no primeiro ano de vida nas unidades de atenção primária de saúde. Os resultados gerais apontam baixa frequência no atendimento de puericultura em populações com condições socioeconômicas desfavoráveis, nos quais a doença é o motivo principal da busca pelo serviço.

O calendário proposto pelo Ministério da Saúde para o monitoramento do crescimento e desenvolvimento, de crianças saudáveis, é de sete consultas de rotina no primeiro ano de vida (1ª semana, 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês), além de duas consultas no 2º ano de vida (18º e 24º mês) e, a partir do 2º ano de vida, consultas anuais, próximas ao mês do aniversário (BRASIL, 2012a).

Verificamos ainda que na unidade faltam alguns suplementos importantes para criança como vitamina A e ferro. No estudo de Santana (2016) realizado na comunidade do Muquém constatou-se que a vitamina A está em atraso em 81,4% das crianças de 0 a 5 anos.

No Brasil, o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A foi instituído por meio da Portaria nº 729, de 13 de maio de 2005, cujo objetivo é reduzir e controlar a deficiência nutricional de vitamina A em crianças de 6 a 59 meses de idade e puérperas no pós-parto imediato. Evidências acerca do impacto da suplementação com vitamina A em crianças de 6 a 59 meses de idade apontam uma redução do risco global de morte em 24%, de mortalidade por diarreia em 28% e de mortalidade por todas as causas, em crianças HIV positivo, em 45% (BRASIL, 2013c).

A carência de vitamina A é considerada a principal causa de cegueira evitável e contribui também para a ocorrência de agravos à saúde, como diarreia e afecções respiratórias (BRASIL, 2013; SILVA et al. 2015).

No estudo de Silva et al. (2015) verificou-se que as crianças filhas de mães adolescentes e com baixa escolaridade estão mais propensas a apresentar anemia ferropriva na

infância, bem como crianças de mães não brancas apresentaram maior prevalência de valores baixos de vitamina A.

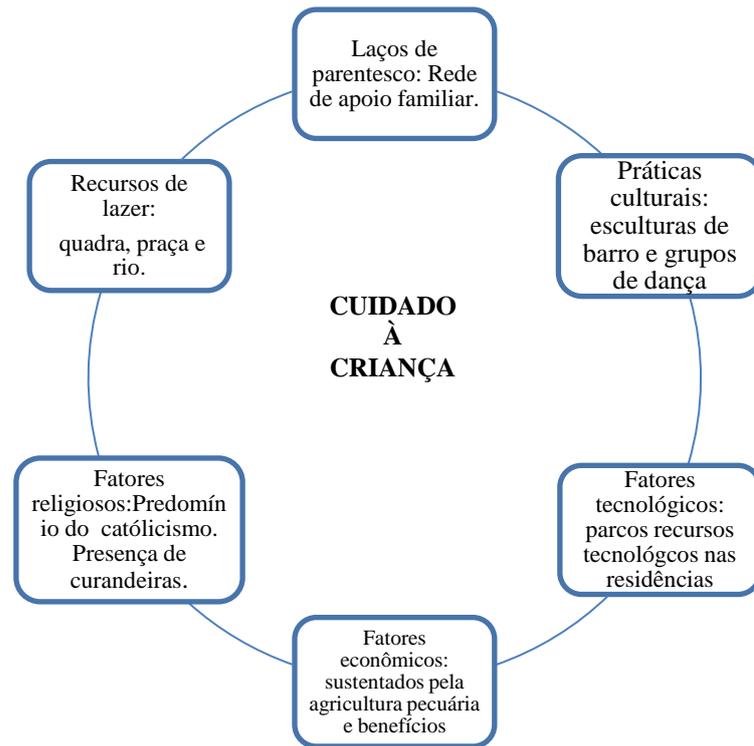
Esta situação da não distribuição dos suplementos recomendados pelo Ministério da Saúde para a unidade caracteriza-se como um grande desafio para o enfermeiro que precisa se adequar a essa realidade para prestar uma assistência de qualidade dentro dos limites encontrados. Desta forma observa-se que nem todas as habilidades essenciais que compõem o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças são realizadas e que as consultas de puericultura não são organizadas conforme o cronograma indicado pelo Ministério da Saúde (SANTANA, 2016).

Dando continuidade a esta fase, além das da participação nas consultas e demais atividades da unidade, foram agendadas visitas às famílias para conhecer o contexto que vivem e aplicar os instrumentos da pesquisa. Nesta fase tornou-se possível desenvolver a entrevista com foco no fenômeno estudado.

• **Na Fase 4 – Reflexão e Reconfirmação de Resultado com os Informantes:** o pesquisador faz observações reflexivas para determinar o impacto dos eventos, ou dos acontecimentos na vida das pessoas. Observação reflexiva significa “olhar para trás”, lembrar como se desenvolveu todo o processo e avaliar como as pessoas respondem ao pesquisador. Isto auxilia o pesquisador a complementar a influência sofrida e a exercida nas pessoas. Representa uma síntese de todo processo de forma sequencial e particular, para obter uma visão global (LEININGER; McFARLAND, 2006).

O processo de coleta de dados com a aplicação dos instrumentos foi realizado pela própria pesquisadora nos turnos matutino e vespertino, inicialmente às segundas e sextas-feiras e posteriormente três vezes por semana.

Diagrama 1: Síntese das Observações de acordo com O Guia de Observação-participação-reflexão de Leininger.



4.6 Análise dos Dados

Na análise de dados foi utilizado as fases de Leininger da etnoenfermagem para análise qualitativa dos dados que se constitui de quatro fases. As duas primeiras incluem a gravação de todos os dados juntamente com a codificação. A terceira fase exige que o pesquisador identifique padrões recorrentes e a quarta fase os temas como detalhadas abaixo:

- **Primeira fase (Descrição e documentação dos dados brutos)**

Nesta fase o pesquisador descreve os registros e recolhe dados relacionados às questões da investigação do estudo. Esta inclui: gravação dos dados da entrevista, realização de observações e experiências participativas, interpretações preliminares. Os dados obtidos no campo são transferidos diretamente para o computador e codificados (LEININGER e MCFARLAND, 2002). Todas as entrevistas foram transcritas em documento do Word e codificadas de acordo com o codinome escolhido para cada participante.

- **Segunda Fase (Identificação e categorização de descritores e componentes)**

Os dados foram codificados e classificados de acordo com o domínio da investigação e os descritores *emic* e *etic* são estudados a partir do contexto para identificar semelhanças e diferenças, bem como os componentes recorrentes são estudados para analisar os significados (LEININGER e MCFARLAND, 2002). Nessa fase foi possível identificar inicialmente

algumas ideias relativas às características próprias da comunidade, classificando-as com base nas questões investigadas.

- **Terceira fase (padrão e análise contextual)**

Nessa terceira fase os dados foram analisados para descobrir as ideias saturadas e padrões recorrentes (LEININGER e MCFARLAND, 2002). As transcrições foram lidas exaustivamente para buscar as formas estruturais, expressões e explicações de dados relacionados ao domínio do estudo. Estes foram analisados para mostrar padrões com relação aos significados em contexto

- **Quarta fase (Principais temas, descobertas formulações teóricas e recomendações)**

Esta última fase da análise se constitui como a maior fase da análise e interpretação pois requer a síntese do pensamento, os resultados interpretados e as formulações a partir das fases anteriores com as recomendações. Segundo Leininger e Mcfarland, 2002:

É esta fase que requer o mais alto nível de abstração e pensamento crítico pelo pesquisador para chegar a temas explicativos sucintos, precisos e geralmente poderosos da massa de dados ricos processados [...] Estes temas são claramente demonstrados como principais domínios para orientar os enfermeiros na prestação de cuidados culturalmente congruentes e relevantes para culturas com o objetivo final da teoria é a de levar a saúde e bem-estar, ou ajudar a morrer.

A partir da compreensão e síntese dos resultados constituíram-se unidades temáticas, as quais foram organizadas, analisadas e interpretadas à luz dos pressupostos básicos da Teoria Transcultural de Leininger.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

‘Se os seres humanos são feitos para sobreviver e viver em um mundo saudável, pacífico e significativo, então, enfermeiros e outros profissionais de saúde precisam entender a cultura de cuidados das crenças, valores e modos de vida das pessoas, a fim de prestar cuidados de saúde culturalmente congruentes e benéficos’.
LEININGER, (1978)

5.1. Conhecendo os participantes da pesquisa

Inicialmente, buscamos conhecer um pouco do universo desses cuidadores que participaram do estudo procurando adentrar no contexto em que vivem. Para tanto, procuramos realizar uma breve descrição das características e da realidade em que estão inseridos.

Na comunidade do Muquém grande parte das famílias sobrevivem e são sustentadas pelos homens através do trabalho na agricultura e pecuária em fazendas próximas à União dos Palmares como também em outros Estados saindo do convívio familiar e permanecendo distantes a maior parte do ano. Desta forma são as mulheres que comandam suas casas e organizam a comunidade.

As mulheres passam o dia cuidando de seus filhos e das tarefas domésticas. Em geral os recursos eletrônicos não são presentes nas famílias da comunidade, como computadores e videogames. As crianças de 0 a 2 anos por ainda não estarem na escola passam o dia em casa com suas mães ou com parentes próximos, brincando no domicílio ou próximo às residências.

As crianças mais velhas dividem seu tempo entre as brincadeiras e a escola presente na comunidade que vai do 1^o ao 9^o ano, algumas das professoras da escola são nascidas na própria comunidade. Após esta etapa para continuarem os estudos e cursarem o ensino médio os jovens se deslocam até as escolas de União dos Palmares por meio do transporte fornecido pela prefeitura.

No cuidado à criança, a família conta com a rede de apoio constituída por tias, avós, vizinhos e principalmente os mais antigos na comunidade que são consultados. Dentro desse quadro percebemos os mais velhos sendo respeitados pela comunidade por sua sabedoria, sendo fonte de conhecimentos culturais que são passados de geração a geração.

A partir da coleta dos dados com o formulário sóciodemográfico (Apêndice C) foi possível conhecer algumas características dos participantes do estudo: idade, sexo, religião, estado civil, escolaridade, ocupação, renda familiar, número de filhos e características gerais do domicílio (Quadro 2).

Todos os cuidadores entrevistados das crianças menores de dois anos da comunidade eram do sexo feminino, de acordo com o parentesco com a criança: treze mães, duas avós e uma tia que se apresentaram como as principais cuidadoras.

De acordo com a idade, os participantes situam-se predominantemente na faixa etária de adultos jovens (20 a 40 anos) com onze participantes, seguido por adolescentes (<19 anos) com três participantes e idosos (>60 anos) com dois participantes.

Quanto ao estado civil a maior parte era casada (9 participantes), sucessivamente estavam as que possuem união estável (4 participantes), duas viúvas e uma solteira. A maioria disse ser da religião católica, dez participantes, e o restante disse não possuir religião.

Outra variável pesquisada foi a de escolaridade, a metade das participantes possuía ensino fundamental incompleto, seguido por ensino médio e ensino fundamental completo (3 participantes cada), ensino médio incompleto (1) e ensino superior (1).

Com relação a renda familiar das participantes a maioria vive com menos de 1 salário mínimo por mês, o que corrobora com os dados apresentados no Cadastro Único para Programas Sociais-CadÚnico pelo governo de Alagoas em 2015, o qual evidencia que 75% das famílias quilombolas do estado de Alagoas possuem renda familiar de 77,00 mensais, ou seja situados na linha de extrema pobreza. Destes entrevistados todos recebem o benefício do programa social Bolsa família, um programa de transferência de renda para as famílias em situação de pobreza e extrema pobreza em todo o país que visa ajudar essas famílias a superarem a situação de vulnerabilidade.

No tocante a ocupação das participantes a maior parte é dona de casa, contando ainda com duas aposentadas, uma estudante, uma agricultora e uma professora. As participantes tinham em média três filhos e moravam em seu domicílio com uma média de quatro pessoas.

No que se refere a estrutura dos domicílios estes são em quase sua totalidade, com exceção de alguns situados em áreas de risco, de alvenaria com revestimento o que se configura como resultado do programa Minha casa, minha vida que realizou a construção de 120 casas na comunidade após a enchente de 2010. A comunidade possui coleta de lixo, água encanada e energia elétrica nos domicílios.

Quadro 2: Caracterização dos participantes (principal cuidadora) da comunidade do Muquém-AL, de famílias com crianças menores de 2 anos, 2016.

Sujeitos	Idade	Religião	Estado civil	Escolaridade	Ocupação	Parentesco com a criança	Nº de moradores	Idade da criança 0-2	Nº de filhos	Renda familiar
Aqualtune	38	Católica	Casada	Fundamental incompleto (3 série)	Dona de Casa	Mãe	6	1 ano e 9 meses	4	Menos de 1 salário*
Sabina	25	Católica	Casada	Ensino médio completo	Dona de casa	Mãe	3	1 ano e 7 meses	1	Menos de 1 salário
Ana	32	Católica	União estável	Fundamental completo	Dona de casa	Mãe	5	2 anos	3	Menos de 1 salário
Rainha Teresa	66	Católica	Viúva	Fundamental incompleto (7 série)	Aposentada	Avó	3	1 ano	10	1 salário
Brandina	30	Católica	Solteira	Ensino médio completo	Dona de casa	Tia	5	1 ano e 2 meses	1	Mais de 2 salários
Dandara	16	Nenhuma	União estável	Fundamental completo	Dona de casa	Mãe	3	1 ano e 5 meses	1	Menos de 1 salário
Severina	27	Católica	Casada	Fundamental incompleto (2 série)	Dona de casa	Mãe	5	1 ano e 11 meses	3	Menos de 1 salário
Delminda	37	Católica	União estável	Fundamental incompleto (1 série)	Agricultora	Mãe	5	1 ano	3	Menos de 1 salário
Chica da Silva	28	Nenhuma	Casada	Fundamental incompleto (3 série)	Dona de casa	Mãe	6	2 anos	4	Menos de 1 salário
Adelina	19	Nenhuma	Casada	Ensino Médio completo	Dona de casa	Mãe	3	1 ano e 1 mês	1	Menos de 1 salário
Rita Maria	21	Católica	Casada	Fundamental incompleto (7 série)	Dona de Casa	Mãe	5	1 ano e 4 meses	3	Menos de 1 salário
Luíza Mahin	19	Nenhuma	Casada	Ensino médio incompleto	Estudante	Mãe	5	1 mês	1	1 salário
Maria Felipa	26	Nenhuma	Casada	Fundamental completo	Dona de casa	Mãe	5	2 meses	3	Menos de 1 salário
Rosa Maria	30	Católica	Casada	Superior incompleto	Professora	Mãe	4	1 ano	2	Mais de 1 salário
Anastácia	25	Nenhuma	União estável	Fundamental incompleto (8 série)	Dona de casa	Mãe	4	6 meses	2	Menos de 1 salário
Mãe Menininha	65	Católica	Viúva	Fundamental incompleto (2 série)	Aposentada	Avó	4	11 meses	7	Mais de 1 salário
	*Valor do salário mínimo: 880,00									

5.2 Saberes e práticas populares no cuidado diário à criança quilombola

A transmissão de valores culturais propicia a continuidade da identidade de uma cultura, a qual é transmitida através de seus costumes e ritos, desta forma as crenças, os rituais e os valores passados entre as gerações garantem a sobrevivência e o fortalecimento de uma cultura (LISBOA, CARNEIRO, JAMBLOISKY, 2009).

Leininger e Mcfarland (2006) conceituam cultura como relacionada aos valores, crenças, normas, estilo de vida, símbolos e práticas dos indivíduos, grupos ou instituições que são aprendidos, compartilhados e transmitidos entre as gerações.

Segundo Rangel, Moreira e Castro (2007), no contexto familiar, os principais cuidadores são as mulheres, mães e avós que participam mais efetivamente e assumem a responsabilidade de cuidados com o RN. Este fato também foi visto nesta pesquisa, dos 16 participantes que se configuraram como principais cuidadores, treze são as mães, duas as avós e uma a tia. A análise deste tópico foi estruturada em três subtemáticas: *Cuidados com a higiene, Cuidados com a alimentação e Cuidados preventivos*.

Cuidados com a higiene

A higiene faz parte dos cuidados básicos na infância e permite a criança desfrutar de experiências sensitivas através do toque. Um dos cuidados de higiene mais citados foi o cuidado com o banho. Na maioria das culturas é realizado desde o primeiro dia de vida, utilizando água tratada ou morna, sabonete neutro e evitando utilizar perfumes, loções perfumadas, shampoos e talcos (CUNHA, MENDES, BONILHA, 2002; BRASIL, 2006).

Na fala das participantes ficou evidente a preocupação em realizar o banho da criança, muitas mães preferem que os familiares com mais experiência assumam essa tarefa logo no início e posteriormente quando adquirem mais segurança passam a realizar esse cuidado. Além disso, os pais e avós são citados como as principais pessoas a realizarem esse cuidado inicialmente e a ensinar como deve ser feito, como visto nas falas.

Quando eu tenho meus meninos eu nunca dou banho quando é muito novinho que eu tenho medo de quebrar o espinhaço, aí às vezes eu chamava a madrastra do meu marido para dar banho nele. Aí depois eu mesma dava banho nele, emborcava ele e passava o sabonete e lavava ele, não dava banho direito (Delminda).

Ensinaaram a dar banho nela que eu não sabia, porque para dar banho nela sozinha foi quase 8 meses, que eu tinha medo de derrubar ela na água, eu

não sabia dar banho direito, ensinaram a pegar ela assim com jeitinho e dando banho com a mão para não entrar água no ouvido dela (Sabina).

As cuidadoras relataram ainda tomar cuidados para não deixar entrar água no ouvido das crianças, não entrar sabonete nos olhos e para não colocar a cabeça da criança dentro da água, evitando que a mesma se afogue.

Outro cuidado importante nos primeiros dias de vida, são os cuidados com o coto umbilical. Segundo Linhares et. al (2012), o cuidado com o coto umbilical é proveniente dos modos de cuidar e do contexto familiar no qual se insere a criança, este pode envolver o uso de substâncias populares sendo característico de uma cultura e transmitido de geração em geração na prática de cuidados. Esses conhecimentos e costumes são transmitidos entre as gerações e envolvem valores culturais que destacam-se na área da saúde que visa compreender os significados atribuídos nesse processo de cuidar.

Desta forma, os aspectos culturais são determinantes no processo saúde-doença, partindo da concepção de que os seres humanos são resultado do meio em que vivem, tornando-se transmissores da experiência e conhecimento adquirido através das gerações (SILVA, 1996).

As crianças da comunidade em geral nascem na maternidade de referência Santa Catarina localizada em União dos Palmares. Após a alta, retornam para a comunidade do Muquém na qual são realizados os primeiros cuidados domiciliares ao RN. Um destes é a limpeza do coto umbilical.

O cordão umbilical é seccionado e clampeado após o nascimento, recebendo a denominação de coto umbilical. Este apresenta duas fases de cicatrização, inicialmente nas primeiras horas de vida tem uma característica gelatinosa, de cor branca-azulada, é úmido e brilhante. Na segunda fase, ocorre a desidratação e o coto adquire coloração escura devido ao processo de mumificação (LINHARES, 2011).

O desprendimento da parede abdominal ocorre em do 4º ao 8º dia e pode ocorrer até os 15 dias. Segundo Richetto e Souza (2011), é necessário evitar a ocorrência de infecções durante esse período, que são caracterizadas por secreção purulenta, edema e hiperemia, pois esse tecido é um excelente meio de cultura. A OMS recomenda que o coto umbilical deve ser mantido limpo e seco. As orientações do MS com relação a limpeza consiste em utilizar o álcool 70% ou clorexidina alcoólica a 0,5% após o banho e troca de fraldas para promover o processo de antissepsia e desidratação (BRASIL, 2011).

As recomendações encontradas na literatura para os cuidados com o coto são diversas, existindo pouco consenso em relação ao melhor produto a ser utilizado. No entanto, existe o consenso de algumas práticas seguras para o manuseio como higienização das mãos e limpeza diária, prevenindo infecções e promovendo a cicatrização (LUÍS; COSTA, 2014; MIRANDA et. al, 2016).

Como visto nas falas que se seguem este cuidado era realizado utilizando algumas práticas culturais que foram sendo transmitidas de geração a geração na comunidade do Muquém.

Quando eu tive meu menino mais velho para o umbigo cair a gente nessa época não lavava com álcool, não lavava com nada né, porque agora mudou o tempo né, tem que ir para o álcool 70% né, para lavar o umbigo. A minha irmã vinha todo dia fumar de cachimbo, fumar daí ela chegava, fumava e cuspiam em cima do umbigo dele, para ficar o umbigo murchando. Ela cuspiam toda noite, vinha fumar e cuspiam, a gente não usava não álcool. Mais dessa menina de dois anos eu não usei mais não esse negócio do tempo veio, eu comprei o álcool 70, daí eu curei com ele, com esse álcool. Mas meus filhos mais velhos foi tudo aqui em casa (Aqualtune).

Aí o umbigo nesse tempo a minha cumadre pegava um pozinho, a gente queimava assim e botava no umbigo deles, nesse tempo não tinha essa boniteza que tem agora. Aí quando era com uns cinco dias, seis dias tava sequinho pronto. Aí depois que caiu o umbigo tinha uma faixinha de pano e a gente amarrava no umbigo (Rainha Teresa).

O umbigo dele demorou não pra cair, acho que com três dias caiu, porque eu colocava pó de esteira, porque é a tradição né do povo daqui. Aí eu tirava aquela palhinha dela, queimava no fogo e ficava só aquele pozinho e colocava em cima do umbigo, pronto foi sarando com isso e olho de pequi (Ana).

Apesar de utilizarem essas práticas no cuidado ao RN com utilização de pó de esteira e cachimbos, os familiares relatam não mais realizar essa prática por conta das orientações dos profissionais de saúde que recomendam a utilização do álcool 70%. Muitas mães declaram que com os filhos mais velhos utilizaram essas práticas populares que são recomendadas pelos mais antigos da comunidade, mas atualmente utilizam apenas o álcool 70%.

Quem cuidou foi eu do umbigo sempre lavando com álcool 70 toda vez que ia trocar a fralda, limpava o umbiguinho, caiu no período certo sequinho, não teve infecção nenhuma (Brandina).

Não foi encontrado na literatura evidências científicas que relacionem a utilização do pó de esteira à promoção do processo de cicatrização, necessitando de outras pesquisas que esclareçam a eficácia desse método. Com relação ao antisséptico mais eficaz os estudos trazem a clorexidina e o álcool 70% como produtos de escolha (MIRANDA et. al, 2016).

O cuidado com o coto umbilical relaciona-se intrinsecamente aos valores determinados pela cultura e crenças, estes devem ser considerados pelos profissionais de saúde ao realizarem as recomendações de cuidados com a criança, buscando orientar os cuidadores de acordo com cada contexto vivenciado (MORAIS, 2013).

Durante as atividades realizadas na comunidade, bem como através dos momentos de participação das visitas domiciliares e consultas não foi possível a observação da realização desse cuidado, pois todas as crianças que participaram da pesquisa já apresentavam cicatriz umbilical, não possuindo nenhum recém-nascido nas famílias estudadas.

Verifica-se na comunidade que houve uma *Repadronização* do cuidado cultural com relação ao coto umbilical, que de acordo com Leininger e Mcfarland (2006) relaciona-se às decisões assistenciais que ajudam as pessoas a modificar ou reestruturar seus padrões de cuidado à saúde, visto que nenhuma das entrevistadas utiliza mais as práticas populares que eram utilizadas antes com os filhos mais velhos, como: pó de esteira e a saliva após fumar o cachimbo. Essa modificação de práticas com os filhos mais novos de até dois anos relaciona-se a capacitação desses cuidadores por parte dos profissionais da unidade que vem instituindo outros padrões e práticas.

Cuidados com a alimentação

O aleitamento materno exclusivo é recomendado como a primeira forma de nutrição da criança até os seis meses de vida, não sendo indicada a introdução de alimentação complementar antes desse período. A OMS e o MS recomendam o aleitamento até os dois anos ou mais e este possui inúmeros benefícios para a mãe e o bebê. Para a criança proporciona uma melhor nutrição, prevenção de infecções e alergias, melhora o sistema imunológico e ajuda no desenvolvimento da cavidade bucal. Para a mãe ajuda na prevenção do câncer de mama, evita nova gravidez, diminui os custos e promove o vínculo para ambos (BRASIL, 2015).

A alimentação das crianças da comunidade se inicia com o leite materno, a amamentação se estende até mais de seis meses e em muitas famílias até os dois anos. No entanto apesar de demonstrarem em suas falas terem recebido a orientação dos profissionais de saúde sobre a importância do aleitamento materno exclusivo até os seis meses, a maioria das famílias realiza o complemento com gogós, mingau, chás e água. Alguns cuidadores relatam que só amamentam e não inserem os complementos, mas se contradizem ao relatar que além da amamentação introduzem água e chás como foi o caso de Maria Felipa ao dizer “*Eu só amamento, mas dou água e chá*”.

De acordo com o Ministério da Saúde (2010) em seu guia com os “Dez passos para uma alimentação saudável” o leite materno contém tudo o que o bebê precisa até o 6º mês de vida, inclusive água. Desse modo, a oferta de chás, sucos e água é desnecessária e pode prejudicar a sucção do bebê, fazendo com que ele mame menos leite materno, pois o volume desses líquidos irá substituí-lo. Além disso, a oferta de água, chás e suco é um meio de contaminação que pode aumentar o risco de doenças. A oferta desses líquidos em mamadeiras faz com que a criança engula mais ar (aerofagia) e leva ao desconforto abdominal por conta da formação de gases. Outra desvantagem é que pode ocorrer confusão de bicos, dificultando a pega correta da mama e aumentar futuros problemas ortodônticos e fonoaudiológicos.

As cuidadoras também relatam que não acreditam que o peito seja suficiente para “sustentar” a criança e que a inserção da água e gogós é fundamental como Chica da Silva relatou “*Vou matar o menino de sede nada*”. Para Nakano (2003) o mito da insuficiência do leite para nutrir a criança deve-se ao fato de as mães se sentirem inseguras quanto à sua capacidade de produzir leite no volume adequado para o filho. Esta concepção muitas vezes é apoiada no choro do bebê, que pode ser relacionado à fome.

Apesar das orientações dos profissionais da comunidade as famílias possuem forte influência cultural entrando em choque com algumas destas orientações como visto na fala abaixo.

Quando ele era novinho eu dava só o peito, aí depois [...] eu comecei a dar gogó a ele, aí eu levei ele para a médica que ele estava com a barriga inchada aí ela disse “Você já tá dando gogó a esse menino, não é pra dar gogó a esse menino agora não” aí eu disse se ele só vive chorando, acho que o peito não sustenta aí estou arroxando gogó (Delminda).

Como visto no estudo de Linhares et al. (2012), os padrões culturais, por vezes, desconsideram o saber profissional, de forma a apoiar-se nos saberes populares. Assim, a rede

de apoio domiciliar prevalece e constitui-se como dominante em algumas situações de cuidado.

Segundo Leininger e Mcfarland (2002), as práticas tradicionais de cuidado estão relacionadas aos valores, crenças e estilos de vida padronizados e aprendidos cognitivamente, estes são transmitidos e usados para ajudar, facilitar ou permitir que outro indivíduo mantenha seu bem-estar ou saúde de acordo com práticas culturais de cada grupo. Nesse sentido, o profissional de saúde deve buscar maneiras de preservação, acomodação/negociação ou repadronização do cuidado cultural. Dessa forma o profissional não deve adotar uma postura impositiva e repressora como visto na fala anterior, mas sim orientar de acordo com cada contexto dentro de uma perspectiva cultural.

Outra prática muito forte e presente no Muquém é a utilização do chá de alho assim que a criança chega ao domicílio sendo relatado que este favorece a limpeza do organismo da criança.

Chá eu dei no primeiro dia quando ela chegou, um pouquinho de chá de alho. As pessoas falam que é para limpar os órgãos dela, para tirar o resto do parto aí vem no cocô e no xixi (Luíza Mahim).

O alho conhecido cientificamente como *Allium sativum* tem entre suas propriedades terapêuticas ação antiplaquetária, antitumoral e anti-infeccioso. No estudo de Torres et. al (2005) o uso do alho trouxe benefícios para as crianças sendo utilizado como terapia complementar. Contudo, não foram encontrados estudos que comprovem os benefícios do uso em recém-nascidos no pós-parto.

Após os seis meses, as famílias costumam inserir na alimentação da criança sopas, verduras, frutas e alimentos consumidos pelas demais pessoas da casa; mas, mantendo a utilização dos gogós e papinhas que em geral são feitos com leite camponesa, arroizina®, cremogema® ou mucilon®.

Ele toma mamadeira que eu faço gogó com a cremogema e o leite camponesa e as três horas da tarde eu dou o Danoninho, tem vezes que nove horas da manhã eu dou a batatinha cozinhada com vários outros legumes para ele ir se adaptando. Eu amamenteei ele até os três meses por aí, aí depois como eu tive problema de saúde com mastite eu não estava aguentando muito aí sugeri a questão do gogó (Anastácia).

De acordo com o Ministério da Saúde em seu Guia alimentar para crianças menores de dois anos (2013), a partir dos seis meses as necessidades nutricionais não são supridas apenas

com o leite materno. A criança com essa idade já apresenta maturidade fisiológica para receber outros alimentos, no entanto deve continuar mamando, pois o leite materno é uma fonte rica em nutrientes. A partir de então a criança deve começar a receber água em intervalos regulares.

Apesar de começarem a ingerir alimentos pastosos, semissólidos e sólidos as crianças não devem consumir todos os alimentos consumidos pela família como iogurtes e macarrão industrializado, pois muitos destes alimentos tiram o apetite da criança e competem com alimentos mais nutritivos. Além disso, o sal iodado deve ser moderado e restrito às papas salgadas (BRASIL, 2013; BRASIL, 2015).

Em sua maioria as famílias inserem esses alimentos, mas não costumam preparar a comida da criança à parte, fazem a comida da mesma forma para todos e esta é oferecida no horário das refeições da família de forma regular seis vezes ao dia como relata Dandara *“Eu alimento ela seis vezes no dia, dava de mamar quando ela nasceu até agora estou dando de mamar a ela. Ela come comida de panela, ela come tudo, ela ainda mama. Quando ela nasceu dava chá, suco, água”*.

A gente foi acostumando a dar sopa de verdura para ele, aí ele já come leite durante o dia, só de tardezinha minha menina faz uma mamadeira para dar a ele porque ele já come com a gente, já come comida, já come arroz, eu machuco feijão faço aqueles bolinhos e dou para ele, faço pirãozinho escaldado de peixe, faço pirão (Mãe menininha).

Durante as observações realizadas na comunidade infere-se que a utilização do mesmo alimento para toda a família pode estar relacionada às condições socioeconômicas que não permitem a despesa de realizar mais de um tipo de refeição. No entanto, não podemos adotar uma abordagem reducionista associando a escolha da alimentação apenas aos fatores econômicos, visto que no estudo de Gedrich (2003) foi observado que o comportamento alimentar está relacionado a cinco grandes determinantes: biológicos, socioculturais, antropológicos, econômicos e psicológicos.

Desta forma, na comunidade em questão as práticas realizadas com relação à amamentação e alimentação complementar divergem em relação às orientações preconizadas pelo Ministério da Saúde e apresentam forte influência cultural.

Cuidados preventivos

As cuidadoras das crianças enfatizaram nas entrevistas os cuidados com relação à prevenção de acidentes na infância e prevenção de doenças. Durante as observações realizadas na comunidade percebe-se que as mães passam o dia cuidando de seus filhos dividindo o tempo entre as atividades domésticas e o cuidado à criança.

Os acidentes representam uma importante causa de morbimortalidade na atualidade. Particularmente na infância, o acidente prejudica o indivíduo em plena fase de crescimento e desenvolvimento, acarretando sérias consequências futuras. Apesar do acidente ser algo imprevisível podem ser adotadas medidas de segurança e prevenção que venham a minimizar a probabilidade de ocorrência (COSTA et. al., 2015).

De acordo com Souza, Rodrigues e Barroso (2000) as crianças que se encontram na primeira infância carecem de maior vigilância pois a noção de perigo ainda não está materializada. Além disso, a imaginação fértil, as brincadeiras e a curiosidade são características que favorecem os acidentes.

O ambiente domiciliar é o principal local em que ocorrem os acidentes na infância sendo as crianças um percentual significativo de vítimas. A OMS mostra em suas pesquisas os altos índices destes acidentes e revela que em boa parte quando não há o óbito, ocorre incapacidades. Alguns destes acidentes podem acarretar em sérias sequelas como lesões neurológicas, dificuldade motora, danos emocionais e até mesmo psicológicos, todas preocupantes, uma vez que estes indivíduos se encontram no auge de seu desenvolvimento (ARRUÊ et. al, 2013). Como visto na fala que se segue a segurança das crianças é alvo de preocupação e cuidados.

Eu cuido com muito cuidado, eu tenho muito medo dela subir na mesa, cair, quebrar um braço, quebrar uma perna. Quando ela sobe numa mesa eu tiro ela, desço ela para o chão. Não deixo ela subir no sofá, para não cair, não machucar, em cima da cama, correndo. É muito cuidado, eu cuido tanto dela, tanto que esqueço até dos outros (Aqaltune).

Segundo um estudo realizado por Malta (2009) dentre os acidentes sofridos por neonatos e menores de cinco anos, o domicílio é o principal local de ocorrência, constituindo 66% dos casos. A maioria destes são quedas e 86% são menores de dois anos.

Culturalmente os acidentes são identificados pelas pessoas como situações inevitáveis, que não são planejadas e muitos não acreditam que acontecerão até acontecer. Contudo,

quando acontece um acidente e ocorre a reflexão sobre a forma como ocorreu, podemos descobrir diversas formas de tê-lo evitado (SOUZA, BARROSO, 1999).

A realização de atividades de educação em saúde com foco na prevenção deve ser enfatizada, buscando relacionar à realidade local e às principais ocorrências observadas. No acompanhamento do crescimento e desenvolvimento o profissional deve atuar junto à família e aos principais locais de apoio de cada comunidade para fortalecer esse cuidado e sensibilizar para as mudanças no comportamento que contribuam para a redução de acidentes na infância (SOUZA; RODRIGUES; BARROSO, 2000).

Além da prevenção de acidentes as cuidadoras destacam a realização de cuidados para prevenção de doenças, dentre esses trazem a importância de calçar as crianças, evitar o sereno e agasalha-los ao anoitecer, como relatado nas falas.

Não deixar ela muito descalça, nem mexer nas areias que tem muitas fezes de cachorro e gato que tem nas areias. Tem menino aí que só vive no chão, aí coloca a mão no chão e coloca na boca, aí adocece. Eu não deixo ela ficar muito no chão não, é mais no braço (Sabina).

Eu evito nesses tempos de chuva, sereno que eu não ando assim com ele de noite, é calçado assim de meia, sandália ele tira e ele ainda puxa as meias dos pés, de noite eu enrolo ele bem agasalhado “por modo da frieza” que eu tenho maior medo dele adoecer (Mãe Menininha).

Apesar de muitas mães relatarem saber da importância da prevenção e tomar sempre cuidados como deixar sempre as crianças calçadas, observa-se na comunidade que muitas crianças brincam próximo à areia e terra adquirindo algumas doenças que são recorrentes durante as consultas de enfermagem que foram acompanhadas.

Nesse sentido é fundamental conhecer os aspectos socioculturais que influenciam cada contexto para adequar as atividades de prevenção e fortalecer as ações de cuidado (SOUZA, RODRIGUES; BARROSO, 2000). O enfermeiro tem papel primordial ao esclarecer as principais formas de contaminação e prevenção de acidentes na infância a fim de sensibilizar para a adoção de medidas de segurança e melhoria da qualidade de vida. Para isso é fundamental conhecer os aspectos socioculturais que influenciam cada contexto para adequar sua prática e fortalecer as ações de cuidado.

5.3 Saberes e práticas populares nas situações de adoecimento

A realização dos cuidados frente às situações de adoecimento na comunidade inicia-se no ambiente domiciliar e estrutura-se basicamente em duas vertentes: *Utilização de plantas medicinais* e *Práticas religiosas* as quais irei detalhar posteriormente.

Utilização de Plantas medicinais

As plantas medicinais segundo a Anvisa (2016) são aquelas capazes de aliviar ou curar enfermidades e têm tradição de uso como remédio em uma população ou comunidade. Para usá-las, é necessário conhecer a planta e saber onde colhê-la e como prepará-la.

A utilização dessas plantas nasceu desde o início da humanidade para fins terapêuticos. No Brasil a influência cultural de índios, negro e portugueses contribuiu para propagar esse conhecimento que foi sendo herdado ao longo do tempo sobre as inúmeras espécies vegetais (IPORACCI; SIMÃO, 2013).

Avalia-se que aproximadamente metade dessas espécies presentes no nosso país possua propriedades medicinais, contudo nem 1% foi estudada apropriadamente. Os saberes e práticas relacionados a esses recursos fazem parte da transmissão cultural dos povos e comunidades, assim é fundamental resgatar esse conhecimento tão valioso das práticas populares no uso de plantas, reconhecendo e destacando sua relevância (MARTINS, 2003; BRASIL, 2009).

O saber popular na utilização das plantas medicinais está relacionado às informações ontologicamente adquiridas, desta forma são próprias à natureza do ser humano e apreendidas individual e coletivamente em seu meio social. Muitos autores trazem que o uso dessas plantas é comumente transmitido de pai para filho fazendo parte da cultura popular, sendo a transmissão oral a principal forma de perpetuação (SOLDATI, 2013; LEITE; MARINHO 2014).

Dessa forma, é importante que esse conhecimento popular seja registrado e estudado para que não se perca, pois é representativo da identidade cultural de um povo. Além disso, fornece subsídios para investigações farmacológicas que contribuam com a área da saúde nas diversas situações inerentes ao processo saúde-doença (DAVID et. al, 2014; BAPTISTEL et. al, 2014).

Nesse sentido o Ministério da Saúde lançou em 2006 a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos objetivando garantir à população brasileira o acesso seguro e o uso

racional de plantas medicinais e fitoterápicos, promovendo o uso sustentável da biodiversidade, o desenvolvimento da cadeia produtiva e da indústria nacional (BRASIL, 2006).

No estudo de Morais (2013) verificou-se a utilização de plantas medicinais no cuidado em saúde fazia parte do cotidiano da comunidade quilombola em estudo, na qual as mulheres inseriam cuidados variados para prevenir doenças em seus filhos, como chás caseiros, garrafadas, melaços, assim como resgatavam outros saberes e práticas para cuidarem dos filhos doentes, como os remédios caseiros, banhos de assento e benzimentos.

Na comunidade do Muquém a utilização de plantas medicinais é algo que foi predominante em todas as entrevistas, as mulheres costumam utilizar como primeiro recurso quando a criança adoece e apenas em situações mais graves levam para atendimento na UBS. Configura-se assim como a principal prática realizada pelos cuidadores nas situações de adoecimento, como visto na fala que se segue.

Eu faço um chá de mato (...) Nos faz chá de favaca, chá de erva doce, um mato de espinho de oração tudo é bom pra tosse. A gente dá, eu sou acostumada a dar chá de mato. O outro é um mato, chá de mussambê, a gente faz tudo misturado, ninguém sabe para onde a tosse vai, num instante fica boa da tosse. A gente só é acostumada a levar assim quando está diarreia, vomitando, a gente vai pro posto. Mais um chazinho assim a gente faz em casa (Aqualtune).

[...]porque tem ervas também né pra dar banho em criança que quando tá gripada ajuda na respiração, eu gosto sempre quando eles estão gripados dar o banho com manjeriço e também perfume de erva-doce, a folha de laranja aí pega uma folhinha daquela mais novinha e esfrega na água aí ajuda a desentupir o nariz, quando tá corizando (Rosa Maria).

Foi observado que a partir da modificação da estrutura da comunidade que foi reorganizada a partir da enchente, a prática de cultivar essas plantas no próprio quintal diminuiu devido a modificação do espaço disponível em cada residência. No entanto ainda se observa o cultivo de algumas dessas plantas na comunidade.

A utilização dessas plantas configura-se como uma prática cultural que vem sendo mantida pela comunidade. Desta forma o profissional de saúde deve buscar formas de proporcionar um cuidado centrado nas crenças e valores de cada pessoa, conhecendo e estudando sobre as plantas utilizadas para conhecer os benefícios, efeitos e toxicidade no sentido de orientar para acomodação, manutenção ou preservação do cuidado como proposto por Leininger.

As plantas medicinais são utilizadas pela comunidade na forma de chás, lambedor, nos banhos e aplicação direta na pele. A rede familiar foi citada como a principal fonte de transmissão desses conhecimentos, esta prática cultural é algo que acompanha a criança em seu contexto sociocultural e tem como referência os moradores mais antigos na comunidade, como relatado ao serem questionados sobre como adquiriram esse conhecimento:

Através dos mais velhos, da mãe que ensinava, os avós (Rosa Maria).

Minha vó foi quem criou a gente, minha avó era quem cuidava da gente aí sempre ensinava muitas coisas diferentes que hoje em dia a gente não vê nem a metade (Mãe Menininha).

A minha tia velha que tem lá em cima, as minhas irmãs. Ensinaram tudo dos tempo velho (Aquatune).

Além da utilização dessas plantas foi observado frequentemente a utilização conjugada dos chás com a banha de galinha nas situações em que a criança está gripada e com tosse produtiva para ajudar a liberar as secreções, como relatado nas falas.

O chá eu botava no fogo para ferver, aí depois deixava esfriar quando ela tava gripada. O povo diz que é bom botar banha de galinha para soltar o catarro, de galinha de capoeira, aí eu dava a ela (Dandara).

Aí hoje mesmo os três estão gripados, aí eu pego banha de galinha com hortelã e tô dando. Eu ferver a água e lavo a hortelã, aí depois coloco a hortelã e abafo, aí depois eu coloco a banha da galinha. Os mais velhos diz que é bom, três vezes por dia (Severina).

Na literatura pesquisada a banha de galinha também trazida em alguns estudos como a “gordura abdominal da galinha” possui altos teores dos ácidos graxos palmítico e oleico (CHIU; GIOIELLI, 2002). Esta vem sendo utilizada devido às propriedades químicas vantajosas nutricionalmente, bem como na produção de alguns produtos importantes para a indústria. Após ser tratada pode ser aproveitada para produtos da alimentação humana, produção de sabão, rações e também na produção de biocombustível (CENTENARO; FURLAN; SOUZA-SOARES, 2008).

Apesar dos inúmeros benefícios para a produção de alguns produtos não foram encontradas evidências científicas que atestam sua eficácia em situações de gripe para expectoração de secreções. Contudo no estudo de Morais (2013) realizado em uma comunidade quilombola da Bahia a banha de galinha também vem sendo utilizada com o mesmo propósito.

Com relação às plantas medicinais mais citadas nas entrevistas estão: alho, alfavaca, espinho de oração, mussambê, chumbinho, maria chicão, erva-doce, hortelã, erva-cidreira, folha de laranja e rosa branca. Os participantes do estudo citaram 17 plantas utilizadas para o cuidado à saúde da criança. Quanto a forma de preparo, o que predominou foi a infusão das folhas, sendo a maioria obtida na própria comunidade. Das dezessete plantas medicinais citadas no estudo apenas 3 estão presentes na lista do Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos do Ministério da Saúde.

Observando que as famílias possuem um sistema de saúde estruturado em seu contexto histórico e cultural, torna-se primordial que os profissionais de saúde conheçam as particularidades e os costumes relacionados às práticas no processo de saúde-doença, inclusive com relação às plantas medicinais. Bem como esse conhecimento é proveitoso para realização de estratégias de conservação de tais recursos (ALBUQUERQUE; HANAZAKI, 2006; NEGELISKI; LAUTERT, 2011).

Assim, ao realizar o cuidado deve-se considerar a diversidade das práticas socioculturais utilizadas na comunidade, possibilitando que os profissionais de saúde considerem a forma de pensar e agir diante das situações de adoecimento, favorecendo a comunicação e um cuidado que seja culturalmente coerente e favoreça a relação entre o cuidado popular (*emic*) e o cuidado profissional (*etic*) (LEININGER; MCFARLAND, 2006; ROSA et. al, 2009).

Esses resultados sinalizam para a importância de registrar esses conhecimentos e práticas que são utilizados nessa comunidade quilombola para nortear e servir como base para futuros estudos que sejam capazes de isolar as substâncias bioativas dessas plantas que carecem de estudos para subsidiar a prática do enfermeiro na orientação da utilização das mesmas.

Quadro 3: Plantas medicinais mais utilizados pelos participantes do estudo.

Nome popular	Nome científico	Indicação Popular	Parte utilizada	Imagem
Alho	<i>Allium sativum</i>	Utilizado no RN após o parto como chá, para limpar o organismo da criança e tirar o “resto de parto”	Bulbo (chá)	
Alfavaca	<i>Ocimum gratissimum</i>	Diarréia	Folhas	
Espinho de Oração; Ora-pro-nóbis	<i>Pereskia aculeata</i>	Constipação, melhora o funcionamento intestinal.	Folhas	
Mussambê	<i>Tarenaya spinosa</i>	Tosse	Folhas e flores	
Chumbinho, Cambará	<i>Lantana câmara</i>	Problemas pulmonares: asma, cansaço.	Folhas e flores	
Erva-doce	<i>Pimpinella anisum</i>	Problemas respiratórios, cólica,	Frutos	
Hortelã	<i>Mentha</i>	Gripe, tosse.	Folhas	
Erva-Cidreira	<i>Melissa officinalis</i>	Diarréia, febre.	Folhas	
Laranja	<i>Citrus aurantium L.</i>	Febre, gases, barriga inchada.	Folhas (chá)	
Rosa branca	<i>Rosa centifolia L.</i>	Febre, gripe.	Flor (banho)	

Práticas religiosas

A religião é um fenômeno humano complexo sendo ao mesmo tempo sociológico, teológico, filosófico, psicológico, político e histórico. Desta forma, a religião implica em abordagens diversas da vida individual e coletiva. Esta é extremamente variável de acordo com o contexto cultural e o período histórico vivido. É ainda considerada um conjunto de crenças, leis e ritos que buscam um poder divino com o qual se estabelece uma conexão (DALGALARRONDO, 2008; GUSSY; DITZ, 2008).

É importante destacar ainda o conceito de religiosidade, que se baseia na crença, não se firmando a partir de evidências científicas. Esta possibilita às pessoas que suas experiências de sofrimento adquiram um sentido em meio as dificuldades experienciadas. Desta forma, a religiosidade implica em uma mobilização de energia positiva, a fé. Assim, por estar imersa no mundo da cultura a religião e a religiosidade devem ser vistas como aspectos fundamentais na vida do ser humano (BALTAZAR, 2003; BOUSSO, 2011).

A religião é parte importante da estrutura social sendo incorporada na vida diária das pessoas e intimamente relacionada a cultura de cada local. Segundo Leininger e McFarland (2002) a estrutura cultural e social abrange os padrões dinâmicos e holísticos de uma cultura que incluem a religião (espiritualidade), parentesco (social), política, fatores econômicos, educação, tecnologia, história dentre outros.

Os valores espirituais, a religião e as crenças fazem parte do sistema popular de cuidado (*folk*) no qual encontram-se os profissionais de cura não reconhecidos por lei que utilizam conhecimentos e habilidades culturalmente apreendidos que empregam em favor da saúde, utilizando plantas, manipulações e rezas (LEININGER; MCFARLAND, 2006; PIRIZ et. al, 2014).

Segundo Alves et. al (2010) é fundamental entender a interface entre saúde e religião para explicar os resultados positivos da religiosidade sobre o estado de saúde. De acordo com o autor a religião é responsável pelo estabelecimento de comportamentos de proteção que favorecem à saúde, como o não uso de álcool e drogas. Além disso, deve-se considerar o vínculo entre religiosidade e saúde na cura e tratamento de doenças.

Historicamente, diversas culturas atestam os benefícios dos rituais e cerimônias no encontro da cura. Esses rituais de cura estão presentes em todas as sociedades desde a criação do homem. Os praticantes da cura têm a concepção de que a doença se manifesta fisicamente a partir de um desequilíbrio espiritual ou psicológico. Nesse sentido, o papel do curador é

corrigir esse desequilíbrio, através de métodos que são culturalmente apreendidos (BOUSSO, 2011).

Com a evolução do conhecimento científico e a criação de novas tecnologias, a importância de preservar as crenças dentro do contexto terapêutico vem sendo deixada em segundo plano, dando lugar a uma abordagem mecanicista e reducionista que não percebe o ser humano de forma integral e holística (ALVES, et. al, 2010).

Inúmeros estudos relacionam a religiosidade com melhores resultados no tratamento e recuperação de pessoas com doenças físicas e mentais. De forma geral, vários indicadores examinados em diversos grupos indicam um melhor estado de saúde associado a níveis mais elevados de envolvimento religioso. Dentro da população as pessoas que tem alguma crença religiosa lidam de forma mais eficaz do que aqueles que não tem (MATTHEWS et. al, 1998; ALVES et. al, 2010).

Os valores religiosos são experienciados na comunidade em situações de adoecimento ou para prevenção de problemas, nos quais são usadas a religião e as crenças espirituais. Segundo Leininger e Mcfarland (2002) para o enfermeiro é importante compreender sobre como a religião ajudou no passado e pode ajudar no presente, além de como é utilizada para recuperar a saúde e ajudar no processo de cura.

Atualmente nas comunidades quilombolas do Brasil predominam três religiões: catolicismo, candomblé e evangelismo. O Candomblé é uma religião de matriz africana que se organiza a partir do culto aos Orixás, Inquices e Voduns, divindades originárias do panteão africano, mas também incluem as Entidades do universo mítico-religioso do Brasil, considerados, por alguns, espíritos de antepassados (SANTOS, 2010; SILVA; MELO, 2011).

As mulheres que rezam são conhecidas como “benzedeiras”, “rezadeiras” ou ainda “curandeiras”. Na presente pesquisa adotaremos o último termo pelo qual se referem as participantes do estudo. As curandeiras realizam benzeduras utilizando conhecimentos do catolicismo com o objetivo de restabelecer o equilíbrio das pessoas que as procuram. Apesar de estarem presentes em todo território nacional, é no Nordeste que essa prática ganha ênfase e se caracteriza como algo recorrente (SANTOS, 2009).

As pessoas que realizam a cura e a atribuem a um dom têm a prática reconhecida pelo Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional (IPHAN) como patrimônio imaterial da cultura brasileira. O patrimônio cultural imaterial diz respeito “àquelas práticas e domínios da vida social que se manifestam em saberes, ofícios e modos de fazer; celebrações; formas de expressão cênicas, plásticas, musicais ou lúdicas; e nos lugares (como mercados, feiras e santuários que abrigam práticas culturais coletivas)” (IPHAN, 2013).

É importante destacar que durante o período da pesquisa não foi observado a realização dos rituais de cura nem realizado entrevista com a curandeiras da comunidade. Todas as informações referentes ao processo foram coletadas a partir das entrevistas realizadas com a família das crianças. O que pôde ser observado foi a forte presença da religiosidade em todas as participantes do estudo, inclusive naquelas que relataram não ter religião.

Como dito anteriormente no Muquém a reza não é realizada apenas nas crianças doentes, mas também de forma a prevenir problemas decorrentes do “mau-olhado”. Nessa comunidade existem duas curandeiras, assim denominadas pelas participantes, que são procuradas nas situações de adoecimento e servem de referência para a comunidade, como relatado a seguir.

Oxi quando ela adoce dá um trabalho pra ficar boa, a gente vai pro curador, a gente vai curar. Para o curador, o homem que cuida de olhado, aqui as crianças adoecem mais de olhado, é difícil adoecer assim de outra coisa, só de olhado. O povo quando olha pra pessoa e diz” eita que menina linda” “eita que menina bonitinha” pronto aí já pegou olhado, dali a pessoa tem que levar pra curar porque se não curar daí fica magra pra sempre, não engorda mais, porque botou olhado na carne (Aqaltune).

[...]aqui tem curador, já ouviu falar de curador? Aí tá com olhado, aí vai pro curador. Aí tem gente que cura de cólica com o prego, é uma senhora que cura, ela bota o prego no chão e faz uma reza aí quando o menino é novinho para não sentir mais cólica. Aí a outra é de olhado que cura. A curadora é três vezes que ela cura, aí vai um dia e depois vai mais dois aí pronto curou e a do prego só foi uma vez que o meu foi curado, ele estava novinho, acho que ele tinha uns dois meses, aí ela bota o prego no chão, tirou a minha dele e deixou ele de cabeça pra baixo, aí ela bate o prego no chão (Adelina).

Para o ritual utilizado no processo de cura das crianças, foi referido pelas participantes que são utilizados diversos instrumentos pelas curadoras como a reza, plantas, cuias e pregos. A escolha do ritual varia de acordo com o problema apresentado pela criança, como citado o ritual deve ser realizado de um a três dias de acordo com cada caso. As participantes enfatizam a melhora visível da criança após o processo como relatado na sequência.

O curador tem um em taquari e tem um aqui na comunidade. Uma mulé que cura, ela pega um matinho daí reza o pai nosso, ave maria, daí vai jogando o raminho em cima dela, daí se o raminho ficar murcho, porque o raminho fica murcho vai morrendo, daí ela diz porque tava cheia de olhado. Oxi quando é no outro dia a criança já tá comendo já (Aqaltune).

As curadoras são procuradas na maioria das vezes nos casos de cólica e mau-olhado, cada uma com sua especialidade. Corrobora-se com o estudo de Santos (2009) o qual traz que existe a presença de certa especialidade na reza, havendo casos em que uma curandeira só reza para vento caído, outra para mau-olhado e assim por diante. A presença dessas especificidades favorece a rede de relações que se estabelece em torno desta prática.

Como relatado o mau-olhado é uma das situações de maior procura das curandeiras. Segundo a crença o olhado é decorrente de uma admiração que alguma pessoa tem sobre determinado aspecto: beleza, inteligência, etc. De acordo com Maués (1997) “É provocado pelo ‘fincamento de olho’ por seres humanos que têm ‘mau-olho’, podendo atingir pessoas de ambos os sexos e de qualquer idade, bem como plantas e animais”. Os sintomas, geralmente, são: falência, sonolência, abrição de boca, inapetência e falta de ânimo. O tratamento ocorre através da realização de rezas, utilização de ramos e gestos, sendo necessário repetir o ritual durante três dias para retirar todo olhado.

Estas têm influência do catolicismo nos rituais pois utilizam algumas orações católicas como o pai-nosso e a ave-maria nos processos de cura das crianças da comunidade. De acordo com Aguiar (2009) para esses rituais são utilizados variados elementos além do conjunto de rezas que podem ser realizados pessoalmente ou a distância.

No Brasil os problemas de saúde estão entre as principais causas que levam as pessoas a buscar auxílio religioso. Assim a religiosidade das classes populares é apontada em alguns estudos como tendo papel chave como espaços terapêuticos (FERRETI, 2003).

Na prática de enfermagem deve-se atentar para os aspectos relacionados a espiritualidade para ofertar um atendimento integral. O enfermeiro precisa conhecer as práticas espirituais da família, experiências religiosas e as crenças que se relacionam com as concepções sobre saúde e doença (PILGER et. al, 2013).

Nos estudos de Nascimento et.al (2013) e Pilger et. al. (2013) foi visto que as crenças religiosas do profissional de saúde, bem como sua formação profissional influenciam fortemente na assistência com relação à abordagem da religião no cuidado prestado. Desta forma o cuidado de enfermagem carece de profissionais que conheçam as diferentes religiões e acolham a singularidade de cada cultura com um olhar holístico que contemple as dimensões de cada ser.

Nesse sentido, percebe-se que a religiosidade é relevante para muitas pessoas, famílias e comunidades não podendo ser deixada em segundo plano pelos profissionais de saúde nas situações de adoecimento. Apesar dessa importância, os profissionais sentem dificuldade e

insegurança em abordar as questões referentes a esse tema por conta da religiosidade ainda ser um tema polêmico no âmbito da ciência (SALGADO; ROCHA; CONTÍ, 2007).

A Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural apresenta-se como uma alternativa para lidar com essas dificuldades, por propiciar um modelo que ajuda a conhecer a cultura de cada indivíduo e trazer conceitos pautados no cuidado culturalmente congruente que auxiliam a aliar o saber popular ao saber profissional.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Chegamos ao momento de realizar um apanhado do que foi exposto até aqui, refletindo sobre os avanços que podem ser apresentados a partir desta pesquisa, mas também apontando seus limites e os novos desafios que se apresentam para futuras empreitadas. Afinal, é preciso considerar a processualidade do conhecimento, que nunca está acabado, e que toda conclusão não apenas é parcial mas se abre para novos caminhos.

Estudar os saberes e práticas de cuidado à criança quilombola menor de dois anos à luz da teoria transcultural possibilitou a imersão nesta comunidade, conhecendo e analisando o contexto em que vivem, a forma como são cuidadas, os principais fatores que influenciam os cuidadores dessas crianças e os padrões de cuidado que se apresentam no contexto saúde-doença.

O referencial teórico utilizado da Teoria Transcultural de Leininger propiciou alcançar os objetivos propostos, bem como a resposta à questão norteadora por oportunizar a análise de culturas com respeito às crenças e aos valores. Como a proposta central da teoria é a promoção e a manutenção do cuidado cultural, os enfermeiros devem aprender sobre as semelhanças (Universalidades) e diferenças (Diversidades) para comparar as diversas culturas, conhecendo-as e respeitando-as durante a prestação de serviços. Em um mundo que é multicultural é fundamental conhecer os valores, estilos de vida e regras entre as culturas, pois permite ao enfermeiro práticas de cuidado que humanizem a assistência.

Ao utilizar a teoria nessa pesquisa percorreu-se todas as fases do percurso metodológico proposto por Leininger. Na primeira fase da observação, ocorreu a entrada no campo e observação inicial do contexto podendo-se ter uma ampla visão. Na segunda fase com participação limitada começou-se a interagir com os integrantes da comunidade, observar as respostas e estabelecer uma aproximação com o objeto de estudo. Na terceira fase de observação continuada foi possível participar de forma mais frequente nas atividades da comunidade e realizar as entrevistas. Por fim na última fase foi realizada uma síntese de todo o processo para análise dos dados.

A análise permitiu a estruturação a partir das diversas leituras se desdobrando em algumas categorias temáticas e subtemáticas que possibilitaram a discussão dos saberes e práticas de cuidado à criança quilombola. Na primeira categoria *Saberes e práticas populares no cuidado diário à criança quilombola* revelou-se que os cuidados realizados diariamente as crianças de zero a dois anos são desempenhados predominantemente pelas mulheres dessa

comunidade. Foi visto que os cuidados com higiene, alimentação e prevenção sofrem influência das crenças, costumes e ritos que são repassados de geração a geração.

Na segunda categoria *Saberes e práticas populares de cuidado nas situações de adoecimento* verificou-se que diante dessas situações a família inicialmente realiza os cuidados no domicílio contando com a rede de apoio constituída por familiares e amigos. Essas práticas fundamentam-se majoritariamente pela utilização de plantas medicinais, as quais foram citadas em todas as entrevistas e nas práticas religiosas que são realizadas por curandeiras da própria comunidade. As curandeiras são procuradas na maioria das vezes nas situações de cólica e mau-olhado e sofrem forte influência do catolicismo em seus rituais. Apenas em situações mais graves a família busca o atendimento no serviço de saúde presente na comunidade.

Constata-se também que vem ocorrendo a repadronização de alguns cuidados que são realizados devido a presença dos profissionais de saúde na comunidade que utilizam decisões assistenciais que estão reestruturando alguns dos padrões de cuidado às crianças.

Assim o profissional de saúde deve buscar maneiras de acomodar, negociar ou repadronizar o cuidado cultural. A enfermagem para prestar um cuidado que seja culturalmente congruente deve buscar aprender sobre as diferentes culturas e conhecer o contexto no qual se inserem para tornar o cuidado de enfermagem significativo e benéfico. Esta não é uma tarefa simples, pois requer que o enfermeiro adentre na vida das pessoas, aprenda com eles e use seu conhecimento de acordo com as necessidades culturais de cada povo que é único e singular.

A utilização de teorias que subsidiem a prática de enfermagem é algo que vem se tornando uma tendência, no entanto esta evolução ainda é lenta pois na prática os enfermeiros ainda sentem dificuldade na utilização dessas teorias. Dessa forma, é fundamental que desde a graduação o acadêmico seja familiarizado com as diferentes teorias e a forma de empregá-las.

Nesse contexto, ao utilizar a Teoria Transcultural surge a oportunidade de ressignificar a prática de enfermagem aliando o saber científico ao saber popular. Ressalta-se a necessidade de outros estudos nesta comunidade tão rica para aprofundar alguns aspectos conhecendo também a visão do profissional de saúde sobre a prestação de cuidados numa perspectiva transcultural. Pretende-se ainda retornar ao local da pesquisa para divulgar os resultados encontrados e discutir com os profissionais de saúde novas perspectivas para a prestação de cuidados de acordo com os desafios que se apresentam diariamente.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, G.O. As benzedoras do Rio de Contas e os desafios às Ciências Sociais. **Revista Nures**, São Paulo, n.13, p. 1-6, set/dez. 2009. Disponível em <http://revistas.pucsp.br/index.php/nures/article/view/4428/2999>. Acesso em 06 out 2016.

ALAGOAS. Instituto de terras e Reforma agrária de Alagoas: **Comunidades quilombolas de Alagoas. 2016**. Disponível em: <http://www.iteral.al.gov.br/dtpaf/comunidades-quilombolas-de-alagoas/comunidades-quilombolas-de-alagoas>. Acesso em: 12 mai. 2016.

_____. Secretaria de Estado da Mulher e Direitos Humanos de Alagoas (SEMUDH). **Levantamento Socioeconômico das Comunidades Quilombolas de Alagoas**. Maceió, 2012.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. **Perfil da Realidade Social das Comunidades Quilombolas de Alagoas**. Maceió, 2013.

_____. Secretaria de Estado do Planejamento, Gestão e Patrimônio. **Estudo sobre as comunidades Quilombolas de Alagoas/Alagoas**. Secretaria de Estado do Planejamento, Gestão e Patrimônio. – Maceió: SEPLAG, 2015.

_____. **Situação Vivida Pelas Comunidades Quilombolas de Alagoas**. Arapiraca, 2014

ALBUQUERQUE, U.P.; HANAZAKI, N. As pesquisas etnodirigidas na descoberta de novos fármacos de interesse médico e farmacêutico: fragilidades e perspectivas. **Revista Brasileira de Farmacognosia**, v.16, p.678-89, 2006.

ALMEIDA, A.W.B. Os Quilombos e as Novas Etnias. In: O'DWYER, Eliane Cantarino (org.). **Quilombos: identidade étnica e territorialidade**. Rio de Janeiro: Editora FGV, . p. 43-82, 2002.

ALVES, R.R.N et al . The influence of religiosity on health. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 4, p. 2105-2111, Jul 2010 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000400024&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 21 Nov.2016.

AMARAL, J.J.F et al . Implementação da estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância no Nordeste, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 598-606, Ago. 2008.

AMARAL, M.C.S; PONTES, A.G.V; SILVA, J.V. O ensino de Educação Popular em Saúde para o SUS: experiência de articulação entre graduandos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde. *Interface (Botucatu)*, **Botucatu**, v. 18, supl. 2, p. 1547-1558, 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000601547&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 29 Nov. 2016.

ANDREUCCI, C.B; CECATTI, J.G. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p. 1053-1064, Jun 2011.

ARAÚJO, E.C et al. Mortalidade em crianças menores de um ano de um distrito de saúde. **Rev enferm UFPE on line** [Internet]. 2010.

ARAUJO, J. P et al . História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 67, n. 6, p. 1000-1007, dez. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672014000601000&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 15 de abril de 2016.

ARRUÊ A. M, et. al. Demanda de Um Pronto Socorro Pediátrico: Caracterização dos Atendimentos de Enfermagem. **Rev. enferm UFPE on line**, Recife, n.7, v.4, pág:1090-1097 abr 2013. Disponível em: <file:///C:/Users/Let%C3%ADcia/Downloads/3135-38927-1-PB.pdf>. Acesso em: 08 de out. 2016.

ARRUTI, J. M. A. Quilombos. In: SANSONE, L.; PINHO, O. A. **Raça**: novas perspectivas antropológicas. Salvador: EDUFBA, 2008. p. 315-350.

BEZERRA, V.M et al. Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: hipertensão arterial e fatores associados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, Set. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000900027. Acesso em : 14 de nov de 2015.

_____. Desconhecimento da hipertensão arterial e seus determinantes em quilombolas do sudoeste da Bahia, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 3, mar.2015 .

_____. Inquérito de Saúde em Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil (Projeto COMQUISTA): aspectos metodológicos e análise descritiva. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 19,n. 6, jun.2014 .

BAPTISTEL, A.C., COUTINHO, J.M.C.P., LINS NETO, E.M.F. & MONTEIRO, J.M. Plantas medicinais utilizadas na Comunidade Santo Antônio, Currais, Sul do Piauí: um

enfoque etnobotânico. **Revista Brasileira de Plantas Medicinais**, v.16, n.2, pág: 406-425, 2014.

BOUSSO, R.S et. al. Crenças religiosas, doença e morte: perspectiva da família na experiência de doença. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, abr. 2011.

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos**. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/12. 12 de dezembro de 2012.

BRASIL, Fundação Cultural Palmares. **Lista das comunidades remanescentes quilombolas certificadas até 2015**. Disponível em: <http://www.palmares.gov.br/wp-content/uploads/crqs/lista-das-crqs-certificadas-ate-23-02-2015.pdf>. Acesso em: 20 de junho de 2016.

BRASIL.M.S. **Avaliação do manejo da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância – AIDPI** nas unidades de saúde: manual de instrução. Brasília, 2000a.

_____. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.

_____. **Cadernos de Atenção Básica de Saúde. Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento**. Brasília, 2012a.

_____. **Saúde da Família: uma estratégia de organização dos serviços de saúde**. Brasília: 1996.

_____. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. **Caderneta de saúde da Criança**. 8a Ed. Brasília: 2013b.

_____. Portaria 992 de 13 de maio de 2009. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Brasília: Ministério da Saúde, 13 de mai. 2009. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992_13_05_2009.html. Acesso em: 13 de abr. 2015.

_____. Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. (Série E. Legislação em Saúde)

_____. Portaria n. 4.279/2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Portaria n. 569 de 1 de Junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000b.

_____. Portaria n. 648 de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf. Acesso em: 03 de jun. 2016.

_____. Portaria n. 1920 de 5 de setembro de 2013. Institui a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde (SUS) -Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

_____. Portaria n. 2.395 de 2009. Institui a Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis e cria o Comitê Técnico- Consultivo para a sua implementação. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS / Ministério da Saúde**, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010. Institui o Estatuto da Igualdade Racial; altera as Leis nos 7.716, de 5 de janeiro de 1989, 9.029, de 13 de abril de 1995, 7.347, de 24 de julho de 1985, e 10.778, de 24 de novembro de 2003. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 21 de jul. 2010. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/112288.htm. Acesso em 05 mai, 2016.

_____. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, Senado, 1998. Promulgada em 5 de outubro de 1988. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em 12 de out, 2015.

_____. Decreto nº 4.887, de 20 de Novembro de 2003. Regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos de que trata o art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/d4887.htm. Acesso em: 17 de nov. 2015.

_____. Decreto nº 6.261, de 20 de Novembro de 2007. Dispõe sobre a gestão integrada para o desenvolvimento da Agenda Social Quilombola no âmbito do programa Brasil Quilombola, e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 21 de nov. 2007. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Decreto/D6261.htm. Acesso em: 04 de ago de 2015.

_____. Lei 8.069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 16 de jul. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm. Acesso em 14 de fev de 2016.

_____. Lei nº 10.678, de 23 de maio de 2003. Cria a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, da Presidência da República, e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 26 de mai. 2003a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.678.htm. Acesso em: 27 de abr. 2015.

_____. Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004. Cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 12 de Jan. 2004a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/110.836.htm. Acesso em: 15 de mar. 2016

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. **Política nacional de plantas medicinais e fitoterápicos** / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL, M. S. **Manual de condutas gerais do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c.

BRASIL. M.D.S. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, Departamento de Avaliação e Monitoramento. **Chamada Nutricional Quilombola 2006**. 2007.

CAMPOS, R.M.C et al. Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família. **Rev Esc Enferm USP**. São Paulo. 2011.

CARVALHO, B.M.A; LIMA, G.F.C. Comunidades quilombolas, territorialidade e a legislação no Brasil: uma análise histórica. **Revista de Ciências Sociais**, n. 39, p.329-346, 2013.

CAVALCANTI, P.C.S et al . Um modelo lógico da Rede Cegonha. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 4, p. 1297-1316, Dec. 2013 . Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000400014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 de ago de 2016.

CENTENARO, G.S; FURLAN, V.J.M; SOUZA-SOARES, L.A. Gordura de frango: alternativas tecnológicas e nutricionais . **Semina: Ciências Agrárias**, Londrina, v. 29, n.3, p. 619-630, jul./set. 2008

CHIU, M.C; GIOIELLI, L.A. Consistência da gordura abdominal de frango, de suas estearinas e de suas misturas binárias com toucinho. **Rev. Bras. Cienc. Farm.**, São Paulo , v. 38, n. 1, p. 95-105, Mar. 2002 . Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-93322002000100010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 Nov. 2016.

CORDEIRO, M.M; MONEGO, E.T; MARTINS, K.A. Overweight in Goiás'quilombola students and food insecurity in their families. **Rev. Nutr.**, Campinas , v. 27, n. 4, Ago. 2014 .Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rn/v27n4/1415-5273-rn-27-04-00405.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2015.

COSTA, A.C.P.J et. al. Prevenção de acidentes em crianças e adolescentes na estratégia saúde da família. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, pág.: 668-673, Set, 2015.
Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/5863/15616>. Acesso em 15 de nov de 2016.

CRUZ, A.P.B. “Viver do que se sabe fazer”: memória do trabalho e cotidiano em Santiago do Iguape (1960-1990). 2014. Dissertação (Mestrado em História) -Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana, 2014.

CUNHA, M.L; MENDES, E.N; BONILHA, A.L. O cuidado com a pele do recém-nascido. **Rev Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v.13, n.2, p.6-15, 2002.

DALGALARRONDO P. **Religião, Psicopatologia e Saúde mental**. Porto Alegre: Artmed, 2008. 288 p.

DAVID, M., MAMEDE, J.S.S., DIAS, G.S. & PASA, M.C. Uso de plantas medicinais em comunidade escolar de Várzea Grande, Mato Grosso, Brasil. **Biodiversidade**, v.13, n.1, pág: 38-50, 2014.

DEMO, P. **Pesquisa e informação qualitativa: aportes metodológicos**. 3 ed. Campinas: Papyrus; 2006.

DESSEN, M.A; POLONIA, A.C. A família e a escola como contextos de desenvolvimento humano. **Paidéia** (Ribeirão Preto), Ribeirão Preto , v. 17, n. 36, p. 21-32, Apr. 2007 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2007000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 June 2016.

EDUARDO, L.P; EGRY, E.Y. Estatuto da Criança e do Adolescente: a visão dos trabalhadores sobre sua prática. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 44, n. 1, p. 18-24, Mar. 2010 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 de ago. 2016.

FERREIRA, H.S et al . Nutrição e saúde das crianças das comunidades remanescentes dos quilombos no Estado de Alagoas, Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, Washington , v. 30, n. 1, Jul 2011. Disponível em:< <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v30n1/v30n1a08> >. Acesso em: 19 mar.2015.

FERREIRA, H.S et al. Body composition and hypertension: a comparative study involving women from maroon communities and from the general population of Alagoas State, Brazil. **Rev. Nutr.**, Campinas , v. 26, n. 5, Oct. 2013 . Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rn/v26n5/a05v26n5.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2015.

FERRETI, M. M. R. **Religiões afro-brasileiras e saúde: diversidade e semelhanças**. In: Seminário nacional: Religiões afro-brasileiras e saúde, 2003, São Luís. Anais do seminário Nacional de Religiões Afro-brasileiras. São Luís: CENMA, 2003.

FIGUEIREDO, G.L.A; MELLO, D.F. A prática da enfermagem na atenção à saúde da criança em unidade básica de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 4, p. 544-551, 2003. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000400019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 de out. de 2016.

FONSECA, F.F et.al. As vulnerabilidades na infância e adolescência e as políticas públicas brasileiras. **Rev Paul pediatria**. 2013.

FRAGA, J.A.A et al. A relação entre a desnutrição e o desenvolvimento infantil. **Rev. Assoc. Bras. Nutrição**. v.4, n.5. 2012. Disponível em: <http://www.rasbran.com.br/rasbran/article/view/129>. Acesso em: 20 mar. 2015.

FREITAS, D.A et al . Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura. **Rev. CEFAC**, São Paulo , v. 13, n. 5, Out. 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/2011nahead/151-10.pdf> >. Acesso em: 18 mar.2015.

GEDRICH, K. Determinants of nutritional behavior: a multitude of levers for successful intervention? **Appetite**. v. 41, n.3, pág: 231-238, 2003.

GEORGE, J.B. **Nursing theories: the base for professional nursing practice**. 6 th. Califórnia State University, Fullerton. Person: 2011.

GOMES, K.O et al . Utilização de serviços de saúde por população quilombola do Sudoeste da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, Set. 2013 . Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n9/a22v29n9.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2015.

GUERRERO, A.F.H et al. Mortalidade infantil em remanescentes de quilombos do Município de Santarém - Pará, Brasil. **Saude soc.**, São Paulo, v. 16, n. 2, Aug. 2007

GUSSI, M.A; DYTZ, J.L.G. Religião e espiritualidade no ensino e assistência de enfermagem. **Rev Bras Enferm**. v.61, n.3, pág:377-84, 2008.

IPORACCI, H.S.N.; SIMÃO, D. G. Levantamento etnobotânico de plantas medicinais nos quintais do Bairro Novo Horizonte, Ituiutaba, MG. **Revista Brasileira de Plantas Mediciniais**, v.15, n.4, p.529-540, 2013.

JESUS, V.S et.al. Saúde da criança remanescente quilombola: uma retrospectiva bibliográfica. **Rev. Digital. Buenos Aires**: 2014.

KOCHERGIN, C.N; PROIETTI, F.A; CESAR, C.C. Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: autoavaliação de saúde e fatores associados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 30, n. 7, Jul 2014.

KODAMA, K. Antiescravidão e epidemia: "O tráfico dos negros considerado como a causa da febre amarela", de Mathieu François Maxime Audouard, e o Rio de Janeiro em 1850. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 2, p. 515-520, June 2009 .

KREPPNER, K. The child and the family: interdependence in developmental pathways. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília , v. 16, n. 1, p. 11-22, Apr. 2000 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722000000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 June 2016.

LEAO, C.D.A; CALDEIRA, A.P; OLIVEIRA, M.M.C. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 11, n. 3, p. 323-334, 2011. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292011000300013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 de out. de 2016.

LINHARES, E.F et al . Influência intergeracional no cuidado do coto umbilical do recém-nascido. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 21, n. 4, p. 828-836, Dez. 2012.

LISBOA, A.V; FERES-CARNEIRO, T; JABLONSKI B. Transmissão intergeracional da cultura: um estudo sobre uma família mineira. **Psicol Estud.** 2007.

LEININGER, M.M; MCFARLAND, M.R. **Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory.**New York: McGraw-Hill, 2006.

LEININGER, M.M; MCFARLAND, M.R. **Transcultural nursing: concepts, theories, research & practice.** 3 ed. New York:The McGraw-Hill companies, 2002.

LEININGER, M.M. **Transcultural Nursing**, New York: Masson International Press, 1979.

LEITE, F.M. et al. Consumo alimentar e estado nutricional de pré-escolares das comunidades remanescentes dos quilombos do estado de Alagoas. **Rev. paul. pediatr.**, São Paulo , v. 31, n. 4, Dez. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rpp/v31n4/pt_0103-0582-rpp-31-04-00444.pdf. Acesso em: 20 mar. 2015.

LEITE, I. A.& MARINHO, M. G.V. Levantamento etnobotânico de plantas medicinais em comunidade indígena no município de Baía da Traição-PB. **Biodiversidade**, v. 13, n. 1, pág: 82-105, 2014.

LEMOS, F.C.S. O Estatuto da Criança e do Adolescente em discursos autoritários. *Fractal, Rev. Psicol.*, Rio de Janeiro , v. 21, n. 1, p. 137-150, abr. 2009 . Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php?s>. Acesso em : 27 de jan 2016.

LUÍS, S.P.D; COSTA, M.G.F.A; CASTELEIRO, C.S.C. Boas práticas nos cuidados ao coto umbilical: um estudo de revisão. *Millenium [serial on the internet]*. 2014.

MAGALHAES, F.P et al. Ações de promoção da saúde realizadas por enfermeiros na avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil. **Cienc. enferm.**, Concepción , v. 20, n. 1, abr. 2014 .

MALTA, D.C et al . Acidentes e violência na infância: evidências do inquérito sobre atendimentos de emergência por causas externas – Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 9, p. 2247-2258, Sept. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000900007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 nov. 2016.

MARQUES, A. S. et al. Atenção Primária e saúde materno-infantil: a percepção de cuidadores em uma comunidade rural quilombola. **Ciênc. saúde coletiva**, Fev 2014.

MATTHEWS, D.A, et. al. Religious commitment and health status. **Arch. Fam. Med.**; v.7, pág:118–124, 1998.

MARTINS, E.R. et al. **Plantas medicinais**. Viçosa: UFV Imprensa Universitária, 220p, 2003.

MARTINS, T.J. **Quilombo do Campo Grande** - A História de Minas que se devolve ao povo. Contagem-MG: Editora Santa Clara, 2008.

MELLO, M.M. **Reminiscências dos Quilombos**: territórios da memória em uma comunidade negra rural. São Paulo: Terceiro Nome, 2012, 267 p.

MELO, L.O. **A vivência dos profissionais de saúde no suporte à família do recém-nascido de risco**. 2014. Trabalho de conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem)-Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2014.

MENEZES, J.M.F. Abolição no Brasil: A construção da liberdade. **Revista HISTEDBR On-line**, Campinas, n.36, p. 83-104, dez.2009.

MINAYO, M.C.S. Abordagem antropológica para avaliação de políticas sociais. **Rev Saúde Pública.**, v.3, p. 233-8, 1991.

_____. **O desafio do conhecimento.** Pesquisa qualitativa em saúde. 14 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MIRANDA, J.O.F et. al. Evidências para as práticas de cuidado do coto umbilical: revisão integrativa. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 10, Supl. 2, pág:821-829, fev., 2016.

MORAIS, A.C. **O cuidado à criança quilombola no domicílio à luz da teoria transcultural de Leininger.** 2013. Tese (Doutorado) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013.

MORAIS, A.C; QUIRINO, M.D; ALMEIDA, M.S. O cuidado da criança prematura no domicílio. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 22, n. 1, p. 24-30, Fev. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 03 de Outubro de 2016.

MORETTO, E.F.S. Consulta de enfermagem no Programa de Saúde da Família na visão do usuário. **Rev Téc Cient Enferm.** 2005.

MOURA, D. (Org.). **Resquícos de Palmares.** O que uma comunidade quilombola nos diz. Maceió: Edufal, 2009.

MOURA, M.A.V; CHAMILCO, R.A.S; SILVA, L.R. A teoria transcultural e sua aplicação em algumas pesquisas de enfermagem: uma reflexão. **Rev. Anna Nery.** Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 434-440, Dez 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452005000300012. Acesso em: 19 de mar de 2016.

NAKANO, M.A.S. As vivências da amamentação para um grupo de mulheres: nos limites de ser “o corpo para o filho” e de ser “o corpo para si”. **Cad Saude Publica**, v.19, Supl.2, pág:355-363, 2003.

NASCIMENTO, L.C et al . Espiritualidade e religiosidade na perspectiva de enfermeiros. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 22, n. 1, p. 52-60, Mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 01 Dez. 2016.

NEGELISKI, I C, LAUTERT L.Occupational stress and work capacity of nurses of a hospital group. **Rev Lat Am Enfermagem** [Internet]. v.19, n.3, pág:606-613, 2011.

OLIVEIRA, S.K.M et al . Saúde materno-infantil em comunidades quilombolas no norte de Minas Gerais. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 3, 2014 . Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v22n3/1414-462X-cadsc-22-03-0307.pdf> >. Acesso em: 18 mar.2015.

OMS. Evidências científicas dos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2001.

PEREZ, J.R.R; PASSONE, E.F. Políticas sociais de atendimento às crianças e aos adolescentes no Brasil. **Cad. Pesqui.**, São Paulo , v. 40, n. 140, p. 649-673, Ago. 2010.

PILGER, C et. al. Percepção da equipe de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva com relação à espiritualidade e religiosidade. **Cienc Cuid Saude**, v. 13, n. 3, p.:479-486, 2014. Disponível em: http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/19788/pdf_219. Acesso em: 13/11/2016.

PINHO, O; SANSONE, L (org). **Raça: novas perspectivas antropológicas**. 2 ed. Rev Salvador: Associação brasileira de antropologia: EDUFBA, 2008.

PIRIZ, M.A et. al. O cuidado à saúde com o uso de plantas medicinais: uma perspectiva cultural. **Cienc Cuid Saude** Abr/Jun; v.13, n.2, pág:309-317, 2014.

RAMOS, C.M.R. **A escravidão, a educação da criança negra e a lei do ventre livre (1871): a pedagogia da escravidão**. 2008. Dissertação (Mestrado em Educação)-Universidade Estadual de Campinas, Campinas-SP, 2008.

RANGEL, S.L; MOREIRA, C.M.S; CASTRO J. A prática do cuidado prestado pelas mulheres aos filhos no domicílio. **Enferma Global**. 2007.

RATIS, C.A.S. **Monitoramento do crescimento e desenvolvimento de crianças atendidas em serviços públicos de saúde do Estado de Pernambuco.** Dissertação (mestrado). Universidade Federal de Pernambuco. Departamento de Nutrição. Programa de Pós-Graduação em Nutrição. Área de concentração: Saúde Pública. CCS, 2003. 80p.

RICHETTO, A.M, SOUZA, A.B.G. **A higiene do recém-nascido e cuidados com o coto umbilical.** In: Souza ABG. *Enfermagem neonatal: cuidado integral ao recém-nascido.* São Paulo: Martinari; p. 107-13, 2011.

ROSA, LM, et.al. Família, cultura e práticas de saúde: um estudo bibliométrico. **Rev. enferm. UERJ.** [Internet]. 2009

ROSA, N.G; LUCENA, A.F; CROSSETI, M.G.O. Etnografia e etnoenfermagem: métodos de pesquisa em enfermagem. **Rev Gaúcha de Enfermagem**, v.24, n.1, 2003.

ROSA, W.A.G; LABATE, R.C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 13, n. 6, p. 1027-1034, Dez. 2005 .

SALGADO, A.P.A; ROCHA, R.M; CONTÍ, C.C. O enfermeiro e a abordagem das questões religiosas. **R Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p.223-228, 2007. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v15n2/v15n2a11.pdf>. Acesso em: 29/10/2016.

SANTANA, E.J. Registros de atendimento e acompanhamento da criança quilombola na atenção primária de saúde: ênfase no crescimento e desenvolvimento. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal de Alagoas.2016.

SANTOS, E.P. Formação de professores e religiões de matrizes africanas: um diálogo necessário. Belo Horizonte: **Nandyala**, 2010.

SANTOS, R.C; SILVA, M.S. Condições de vida e itinerários terapêuticos de quilombolas de Goiás. **Saude soc.**, São Paulo , v. 23, n. 3,Set. 2014 . Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n3/0104-1290-sausoc-23-3-1049.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2015.

SANTOS, F.V.O ofício das rezadeiras como patrimônio cultural: religiosidade e saberes de cura em Cruzeta na região do Seridó Potiguar. **Revista CPC**, São Paulo, n. 8, p. 6-35, mai 2009.

SENNA, M.C.M et al . Programa bolsa família: nova institucionalidade no campo da política social brasileira?. **Rev. katálysis**, Florianópolis , v. 10, n. 1, p. 86-94, June 2007 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802007000100010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 de fev de 2016.

SERAPIONI, M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 187-192, 2000.

SILVA, G; MELO, S.F.B. **Análise religiosa e cultural das comunidades quilombolas na atualidade**. V Colóquio de História: Perspectivas históricas, historiografia, pesquisa e patrimônio.2011.

SILVA, J. M. O. **Significado da gravidez para a adolescente quilombola: um OLHAR etnográfico da enfermagem**: Tese [Doutorado]. Salvador (BA): Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2012.

SILVA, L.F; SOUZA, L.J.E.X; FREITAS, M.C. Família e redes sociais: o uso das práticas populares no - 836 - **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.21, n 4, p 828-836, 2012.

SILVA, M. A.; CARVALHO, C. A.FONSECA, P. C. A.; VIEIRA, S. A.; RIBEIRO, A. Q.; PRIORE, S. E.; FRANCESCHINI, S. C. C. Prevalência e fatores associados à anemia ferropriva e hipovitaminose A em crianças menores de um ano. **Cad. saúde colet.** Rio de Janeiro, v. 23, n.4, p. 362-367, 2015.

SILVA, P.S. Rio Grande Profundo: o estado da arte da questão quilombola. **Rev Eletron Grup Pesq Identid** [Internet]. 2011.

SILVA, JAN. Sanitary and health conditions at Caiana dos Crioulos, a quilombo community in the State of Paraíba. **Saúde Soc** [Internet]. 2007.

SILVA, M.J.G; LIMA, F.S.S; HAMANN, E.M. Uso dos serviços públicos de saúde para DST/HIV/aids por comunidades remanescentes de Quilombos no Brasil. **Saude soc.**, São Paulo , v. 19, supl. 2, Dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19s2/11.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2015.

SILVA, M.M.; ROCHA, L.; SILVA, SO. Enfermagem em puericultura: unindo metodologias assistenciais para promover a saúde nutricional da criança. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS) 2009.

SILVA, V. G.; MOTTA, M. C. S.; ZEITOUNE, R. C. G. A prática do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: o caso do Município de Vitória/ ES. **Rev. Eletrônica de Enferm**, Rio de Janeiro, 2010.

SILVEIRA, R.S et al . Etnoenfermagem como metodologia de pesquisa para a congruência do cuidado. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 62,n. 3,p. 442-446, Jun 2009 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000300017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 Ago. 2016.

SOARES, D.A; BARRETO, S.M. Sobre peso e obesidade abdominal em adultos quilombolas, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 30, n. 2, Fev. 2014 . Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n2/0102-311X-csp-30-2-0341.pdf> >. Acesso em: 18 mar.2015.

SOLDATI, G.T. **Transmissão de conhecimento**: origem social das informações e evolução cultural. In: ALBUQUERQUE, U.P. (org.) Etnobiologia: bases ecológicas e evolutivas. Recife, PE: NUPEEA. p. 37-61, 2013.

SOUZA, C.L; BARROSO, S.M; GUIMARAES, M.D.C. Oportunidade perdida para diagnóstico oportunista de diabetes mellitus em comunidades quilombolas do sudoeste da Bahia, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 6, jun. 2014 . Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n6/1413-8123-csc-19-06-01653.pdf> >. Acesso em: 19 mar.2015.

SOUZA, L.J.E; RODRIGUES, A.K.C; BARROSO, M.G.T. A família vivenciando o acidente doméstico: relato de uma experiência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 8, n. 1, p. 83-89, Jan. 2000 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692000000100012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 Nov. 2016.

SUCUPIRA, A.C.S.L, BRESOLIN, A.M.B. **Caderno temático da criança**: princípios do atendimento à criança. São Paulo: Prefeitura do Município de São Paulo; 2003. p. 95

TORRES, A.R. et al . Estudo sobre o uso de plantas medicinais em crianças hospitalizadas da cidade de João Pessoa: riscos e benefícios. **Rev. bras. farmacogn.**, João Pessoa ,v. 15,n. 4, p. 373-380,Dec. 2005 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-695X2005000400019&lng=en&nrm=iso. Acesso em 15 de out 2016.

VENÂNCIO, S.I et.al. **Análise de implantação da Rede Amamenta Brasil**: desafios e perspectivas da promoção do aleitamento materno na atenção básica. 2013.

VIEIRA, A.B.D; MONTEIRO, P.S. Comunidade quilombola: análise do problema persistente do acesso à saúde, sob o enfoque da Bioética de Intervenção. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 37, n. 99, Dez. 2013. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n99/a08v37n99.pdf> >. Acesso em: 18 mar.2015.

VITOLO, M. R.; GAMA, C. M. e CAMPAGNOLO, P. D. B. Frequência de utilização do serviço público de puericultura e fatores associados. **J. Pediatr. (Rio J.)**, vol.86, n.1, pp.80-84, 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (T.C.L.E.) – FAMÍLIA (Em 2 vias, firmado por cada participante voluntário(a) da pesquisa e pelo responsável)

“O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após o consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa”

Eu, _____, tendo sido convidado(a) a participar como voluntário(a) do estudo “ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA REMANESCENTE QUILOMBOLA MENOR DE 2 ANOS: SABERES E PRÁTICAS DA FAMÍLIA”, que será realizada na comunidade quilombola do Muquém, recebi do(a) Sr(a) Professora Dra Ingrid Martins Leite Lúcio e Leticia Oliveira de Melo, responsáveis por sua execução, as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos:

- 1) **Que o estudo se destina a:** Analisar a atenção à saúde da criança remanescente quilombola menor de 2 anos pela família à luz da Teoria transcultural do cuidado de Leininger;
- 2) **Que a importância deste estudo é:** A possibilidade de conhecer como as crianças são cuidadas no dia-dia e como os profissionais de saúde podem interferir e aprender com este processo.
- 3) **Que os resultados que se desejam alcançar são:** Este estudo ajudará na prática de profissionais que atuam nestas comunidades quilombolas e servirá como apoio para ações de saúde dos órgãos públicos que atuam nestas comunidades;
- 4) **Que este estudo começará em:** Abril de 2016 e terminará em fevereiro de 2017;
- 5) **Que eu participarei do estudo da seguinte maneira:** A entrevista será realizada no local onde eu me sentir mais confortável e poderá ser na própria unidade onde eu e meu filho somos atendidos de modo reservado ou na minha própria casa. Serei acompanhada pelas pesquisadoras após a assinatura do TCLE, dados serão colhidos por meio de um formulário e uma entrevista, que será gravada com o meu consentimento. Estou ciente que o prontuário do meu filho será fonte de consulta de dados;
- 6) **Que os possíveis riscos à minha saúde física e mental são:** Desconforto para falar como eu cuido do meu filho e constrangimentos ou manifestações emocionais relacionados às perguntas da entrevista. Respeitando este fato, em qualquer momento da entrevista, eu poderei parar a entrevista se me sentir desconfortável e poderei desistir de participar do estudo sem nenhum prejuízo para mim, quanto para a pesquisadora.
- 7) **Que os pesquisadores adotarão as seguintes medidas para minimizar os riscos:** A pesquisadora irá parar a entrevista me explicar o sigilo e confidencialidade das informações, bem como para diminuir o desconforto poderá retornar em outro momento que eu preferir ou ainda interromper a entrevista.

Ingrid

8) Que os benefícios que deverei esperar com a minha participação são:

A possibilidade de ajudar a conhecer como as crianças são cuidadas no dia-a-dia e como os profissionais de saúde podem ajudar e aprender com estes cuidados. Este estudo ajudará na prática de profissionais que atuam nestas comunidades quilombolas e servirá como apoio para as ações dos órgãos públicos que atuam nestas comunidades e para a própria população sobre como utilizar as práticas populares de saúde no cuidado às crianças sempre de maneira positiva.

9) Que, sempre que eu desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo;

10) Que, a qualquer momento, eu poderei recusar a continuar participando do estudo e, também, que eu poderei retirar este meu consentimento, sem que isso me traga qualquer penalidade ou prejuízo para a minha pessoa ou para a criança que sou responsável;

11) Que as informações conseguidas através de minha participação não permitirão a identificação da minha pessoa, exceto nos responsáveis pelo estudo, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto;

12) Que deverei contar com a seguinte assistência: minha participação no estudo não comprometerá nenhuma assistência já prestada na unidade de saúde, no período em que participarei da pesquisa, pela equipe multiprofissional.

13) Que as informações correspondentes a cada participante incluído na pesquisa serão guardadas durante o período de cinco anos após o término do estudo, respeitando a confidencialidade e sigilo, e após esse período serão destruídos.

14) Que eu não receberei, nem pagarei nenhum valor para participar do estudo;

15) Que eu serei indenizado (a) por qualquer dano que venha a sofrer com a minha participação na pesquisa, sendo a mesma em dinheiro ou em forma de tratamento dependendo da situação;

16) Que esta pesquisa poderá ser encerrada ou suspensa caso não haja adesão por parte da população-alvo em participar das entrevistas individuais e/ou atividades outras que inviabilizem a constituição de uma amostra viável;

17) Que receberei uma via do TCLE assinada por mim e pelos pesquisadores;

Finalmente, tendo eu compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e, estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implica, concordo em dela participar e, para tanto eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Endereço d(o,a) participante-voluntário(o,a)

Domicílio: (rua, praça, conjunto):

Bloco: /Nº: /Complemento:

Bairro: /CEP/Cidade: /Telef

Ponto de referência:

Contato de urgência

Domicílio: (rua, praça, conjunto):

Bloco: /Nº: /Complemento:

Bairro: /CEP/Cidade: /Telefone:

Ponto de referência:

Endereço d(os,as) responsável(is) pela pesquisa:

Instituição: Universidade Federal de Alagoas - UFAL/ Escola de Enfermagem e Farmácia - ESENFAR

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n Maceió - AL

Bloco: /Nº: /Complemento: Bairro: /CEP/Cidade: 57072-970/Tabuleiro dos Martins/Maceió-AL

Telefones p/contato: (082) 3214-1155

Endereço do Comitê de ética em Pesquisa

Campus A.C Simões, Prédio da Reitoria, 1º andar, Sala vizinha a PROPEP, Maceió-AL

Telefone para contato: 3214-1041

União dos Palmares, _____ de _____ de 2016

Assinatura ou impressão datiloscópica
do(a) voluntário(a) ou responsável legal

Assinatura do responsável pelo Estudo
Profª. Drª. Ingrid Martins Leite Lúcio

Assinatura de Leticia Oliveira de Melo
Leticia Oliveira de Melo
Mestranda

Documento em 2 vias

APÊNDICE B-Roteiro de Observação

Guia de Observação, Participação e Reflexão (OPR) -Leininger, 2006

Aspecto		Anotações
1	Linguagem, Comunicação & Gestual (nativa ou não-nativa)	
2	Contexto de vida ambiental geral (símbolos, materiais e não-materiais)	
3	Vestuário em Uso & Aparência Física	
4	Tecnologia Utilizada em Ambiente de Vida (residencial)	
5	Visão de Mundo (como a pessoa percebe/observa sobre o mundo)	
6	Modo de Vida Familiar (valores, crenças e normas)	
7	Interação Social e Geral e Laços de Parentesco	
8	Atividades Padronizadas Diárias	
9	Crenças e Valores Religiosos (ou espirituais)	
10	Fatores Econômicos (custo de vida difícil, estimado e rendimentos)	
11	Valores Educacionais ou Fatores de Crença	
12	Influenciadores Políticos ou Legais	
13	Usos na Alimentação e Valores Nutricionais, Crenças e Tabus	
14	Cuidado à Saúde Popular (genérico ou indígena – cura) Valores, Crenças e Práticas	
15	Cuidado à Saúde Profissional (cura) Valores, Crenças e Práticas	
16	Conceitos ou padrões de cura que orientem as ações, isto é, referentes a apoio, presença, etc.	
17	Padrões ou Expressões de Cuidado	
18	Visões dos Modos de: 1) Prevenção de Doença; 2) Prevenção ou Manutenção do Bem-estar ou da Saúde; 3) Cuidado Próprio ou aos outros	
19	Outros Indicadores de Apoio mais Tradicionais ou não, aos modos de vida	

APÊNDICE C-Formulário de dados sócio demográficos da família



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM E FARMÁCIA**

Av. Lourival Melo Mota, s/n, CEP: 57072-970

Campus A.C. Simões, Tel.: (82) 3214 1153

**FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS
SÓCIO DEMOGRÁFICOS DA FAMÍLIA**

DOMICÍLIO

1.1 Este domicílio é () Próprio () alugado () outro _____

1.2 Material das paredes externas da casa () alvenaria com revestimento () alvenaria sem revestimento () madeira () Taipa () outro _____

1.3 Quantos cômodos existe no domicílio __|__

1.4 Quantos cômodos servem de dormitório __|__

1.5 Quantos banheiros _____ banheiro com chuveiro e vaso sanitário

1.6 O esgoto do banheiro é jogado em () Rede geral de esgoto () Fossa asséptica () Fossa rudimentar () Vala () Rio, lago () outro _____

1.7 Forma de abastecimento de água () Rede geral de distribuição () Rio () Poço () Outro _____

1.8 O lixo deste domicílio é () Coletado em caçamba de serviço de limpeza () enterrado () queimado () jogado em terreno baldio () jogado em rio () outro _____

1.9 Energia elétrica no domicílio () Sim () Não

1.10 Neste domicílio existe:

Rádio () Sim () Não Quantos _____

TV () Sim () Não Quantos _____

Máquina de lavar () Sim () Não Quantos _____

Geladeira () Sim () Não Quantos _____

Telefone celular () Sim () Não Quantos _____

Telefone fixo () Sim () Não Quantos _____

Computador ()Sim () Não Quantos_____

Moto ()Sim () Não Quantos_____

Automóvel ()Sim () Não Quantos_____

•1.11: Lista de moradores do domicílio

Nome do morador	Parentesco com a criança	Ocupação

•1.12 Recebem benefício de algum programa social

()Sim () Não Qual/is_____

1.13 Qual(is) as fontes de renda da família: _____

CUIDADOR PRINCIPAL DA CRIANÇA:

APÊNDICE D-ROTEIRO DE ENTREVISTA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM E FARMÁCIA
 Av. Lourival Melo Mota, s/n, CEP: 57072-970
 Campus A.C. Simões, Tel.: (82) 3214 1153

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

IDENTIFICAÇÃO DO CUIDADOR PRINCIPAL DA CRIANÇA

Data da entrevista: ____/____/____ Número da entrevista: _____

Nome: _____

Idade: _____ anos Região de Moradia: _____

Escolaridade (anos de estudos completos): _____

Parentesco com a criança: _____

Tem filhos? NÃO () SIM () idade de cada um _____

Atividade que desempenha e/ou

Profissão: _____ Sexo: ()F ()M

Qual é a sua cor (raça)? _____

Crença e/ou religião: sim () não () qual _____

Você já cuidou de outras crianças (filhos/outros)? _____

Estado civil: () Casado () Solteira () Viúvo/a () Separado/a

Como a cultura quilombola influencia seu modo de vida:

Há quanto tempo mora na comunidade: _____

ROTEIRO SEMI-ESTRUTURADO: Perguntas norteadoras

1. Fale como você realiza o cuidado do seu filho desde o dia que ele nasceu

- o Rotina de cuidados:
 - Alimentação
 - Imunização
 - Sono
 - Saúde bucal
 - Rotina da criança
 - Brincadeiras

- Consultas
- Exames de triagem
- Doenças prevalentes
- Uso de medicamentos ou outras substâncias

2. Como você acha que deve ser o cuidado com a criança

- Algum profissional de saúde já lhe deu orientações sobre o cuidado com a criança

3. Como você cuida do seu filho para que não fique doente/ manter sua saúde

- Quais os principais problemas de saúde que a criança já teve?
- Diante de tais problemas, qual é a sua conduta?
- Como você obteve esses conhecimentos?

4. Como você acompanha o crescimento do seu filho?

5. Você acha que sua cultura/costumes influencia o modo de cuidar da criança? De qual forma?

6. O que os seus pais/ avós lhe ensinaram sobre o cuidado com a criança?

7. Como você repassa para seus filhos o que aprendeu com seus pais/avós?

8. Você acha que a cultura/costumes de hoje é/são igual(s) a da época dos seus pais e avós?

ANEXOS

ANEXO A-AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE UNIÃO DOS PALMARES

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

Eu, **Maria do Rosário Albuquerque Pedrosa**, abaixo assinado, Secretária de Saúde do Município de União dos Palmares, Estado de Alagoas, autorizo a realização do estudo: **“ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA QUILOMBOLA MENOR DE 2 ANOS: SABERES E PRÁTICAS DE CUIDADO DA FAMÍLIA”**, a ser conduzido pelas pesquisadoras, abaixo relacionadas, na Comunidade Quilombola do Muquém.

Declaro que fui informado pelas pesquisadoras responsáveis por esse estudo sobre as características e objetivos da pesquisa, bem como das atividades que serão realizadas na instituição a qual represento, bem como ter lido e concordar com a realização desse, após o parecer ético emitido pelo CEP da instituição proponente, em consonância com as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. A participação será voluntária, não fornecendo por ela qualquer tipo de pagamento, bem como não haverá nenhum ônus para o município.

Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

União dos Palmares, 20 de Janeiro de 2016

Maria do Rosário A. Pedrosa

Maria do Rosário Albuquerque Pedrosa

Secretária Municipal de Saúde de União dos Palmares-AL

LISTA NOMINAL DE PESQUISADORES:

Drª Ingrid Martins Leite Lúcio

Professora Adjunta da Universidade Federal de Alagoas Escola de Enfermagem

Orientadora Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Mestrado) - ESENFAR

Leticia Oliveira de Melo

Discente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Mestrado) – ESENFAR

ANEXO B-APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

Campus A. C. Simões – Av. Lourival Melo Mota, S/N

Cep: 57072-970, Cidade Universitária – Maceió-AL

comitedeeticaufal@gmail.com - Tel: 3214-1041



CARTA DE APROVAÇÃO

Maceió-AL, 20/07/2016

Senhor(a) Pesquisador(a), Ingrid Martins Leite Lúcio
Leticia Oliveira de Melo

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), em Reunião Plenária de 14/04/2016 e com base no parecer emitido pelo(a) relator(a) do processo nº **52792816.8.0000.5013**, sob o título **ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA QUILOMBOLA MENOR DE 2 ANOS: SABERES E PRÁTICAS DA FAMÍLIA**, comunicar a **APROVAÇÃO** do processo acima citado, com base no artigo X, parágrafo X.2, alínea 5.a, da Resolução CNS nº 466/12.

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS 466/12, item V.3).

É papel do(a) pesquisador(a) assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e sua justificativa. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o (a) pesquisador (a) ou patrocinador(a) deve enviá-los à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem incluídas ao protocolo inicial (Res. 251/97, item IV. 2.e).

Relatórios parciais e finais devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos no Cronograma do Protocolo e na Resolução CNS 466/12.

Na eventualidade de esclarecimentos adicionais, este Comitê coloca-se a disposição dos interessados para o acompanhamento da pesquisa em seus dilemas éticos e exigências contidas nas Resoluções supra-referidas.

Esta aprovação não é válida para subprojetos oriundos do protocolo de pesquisa acima referido.

(*) Áreas temáticas especiais

Válido até: MAIO de 2017.


Prof.ª Denise Juliana Francisco
Coordenadora do Comitê de
Ética em Pesquisa -UFAL

