

Competências Familiares para a Promoção da Saúde e Desenvolvimento Infantil: Um estudo de 2.600 famílias no Estado do Ceará

Luciano Lima Correia ¹
Dirlene M. Ildelfonso da Silveira ²
Jocileide Sales Campos ³
Anamaria Cavalcante e Silva ³
Francisca M^o. Oliveira Andrade ⁴
Bernardo Lessa Horta ⁵

RESUMO

¹ Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará

² Núcleo de Saúde Sexual e Reprodutiva da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará

³ Escola de Saúde Pública do Ceará

⁴ Fundo das Nações Unidas para a Infância (Escritório regional para os estados do Ceará e Rio Grande do Norte)

⁵ Departamento de Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas, RS

Introdução O fortalecimento das competências familiares para a promoção da saúde e do desenvolvimento infantil é uma das principais estratégias da OMS e UNICEF para melhorar a construção do ser na infância, ainda crítico nas regiões mais pobres. **Métodos** O estudo transversal analisou as principais características socioeco-nômicas da família, características biológicas e de morbidade da criança e conhecimentos, atitudes e práticas das mães relacionadas aos cuidados infantis, em 22 municípios do Estado do Ceará. Em cada município 120 famílias com crianças menores de 6 anos de idade, selecionadas aleatoriamente, foram visitadas, sendo entrevistadas um total de 2.612 mães. **Resultados** Cerca de 30% das famílias não dispunham de água encanada e saneamento básico. O índice de analfabetismo das mães foi de 13%, enquanto o dos pais alcançou 19%. Observou-se associação positiva entre a escolaridade materna e o acompanhamento da gestação e do parto por parte do pai. Mães mais escolarizadas tam-

bém fumaram menos na gestação, amamentaram mais e realizaram mais consultas pós-parto. As crianças se apresentaram amamentadas e imunizadas em elevadas proporções. Quando doentes, 70% receberam mais líquidos e 53% menos comida. "Febre" se constituiu no principal sinal de risco para a saúde infantil, para a maioria das mães. Quanto ao estímulo ao desenvolvimento infantil, observou-se nos domicílios um ambiente pobre em termos de disponibilidade de objetos lúdicos, mas rico em relação à interação criança-adultos. Entre as famílias com maior escolaridade materna, a avó foi quem mais assumiu alternativamente os cuidados da criança, enquanto que nas famílias com menos escolaridade crianças mais velhas foram as principais cuidadoras eventuais. **Conclusões** O estudo mediu o nível de competência familiar em promover a saúde e o desenvolvimento da criança, identificando diversos problemas nos cuidados infantis passíveis de intervenção, bem como aspectos positivos a serem estimulados.

Palavras-chave: Competências familiares; Desenvolvimento infantil; Promoção da saúde infantil.

Family competencies for Health Promotion and Child Development: a study with 2600 families in Ceará, Brazil.

ABSTRACT

Introduction The strengthening of family and community practices that promote child survival, growth and development is a major strategy of WHO/UNICEF towards accomplishing its goals for the new millennium. *Methods* The cross sectional study analysed the main family's socio-economic characteristics, pre-school child biological and morbidity features and mothers' knowledge, attitude and practices related to child care, in 22 municipalities of the State of Ceará, Northeastern Brazil. In each municipality 120 families with children below 6 years of age, randomly selected, were visited, and 2,612 mothers interviewed. *Results* About 30% of the families had no tap water or public sewage system available. Illiteracy achieved 13% of the mothers and 19% of the fathers. A positive association between maternal education and participation of the fathers in both, antenatal and delivery care was observed. Mothers more educated were also more prone to not smoking

during pregnancy, to breastfeed their babies and to attend a post-partum consultation. Considerably high proportions of children were breastfed, 27% on average, and fully immunized (85%). While 70% of them received more fluids when sick, 53% received a lower amount of solid foods. For most of the mothers 'fever' was identified as the main threat to the child's health. In relation to child development, it was observed a poor household environment in terms of availability of ludic materials, and a rich one in relation to child-adults interaction. While in families with higher level of maternal education the grandmother more frequently was the alternative child care-taker, in families with lower levels of education older children more frequently took such role. *Conclusions* The study measured the family's level of competence to promote child health and development, raising several child care issues amenable to interventions, as well as identified positive aspects to be stimulated.

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento infantil, quando comprometido, ocasiona diversas dificuldades para a criança, particularmente quanto à inserção nos grupos de convivência e à aprendizagem. O desconhecimento do processo de desenvolvimento da criança por parte dos pais, da família e dos profissionais de saúde, tem sido responsável pela privação psico-social da criança, que se caracteriza por uma carência importante de estímulos afetivos, motores e sensoriais. Esta privação de estímulos pode acarretar em prejuízos, às vezes irreparáveis, ao desenvolvimento da criança, incluindo déficits de linguagem e de coordenação motora, bem como deficiência nutricional e mental. Peres-Ramos; (1996). Estes distúrbios tendem a prejudicar todo o desempenho escolar, levando à lentidão do aprendizado, repetência e abandono da escola. A criança, vítima da baixa auto-estima, da insegurança, do desamor, facilmente trilhará os caminhos da exclusão social.

A identificação precoce de distúrbios do desenvolvimento, acompanhada de uma pronta intervenção, é fundamental para o prognóstico da saúde da criança, e indispensável em toda consulta pediátrica (Levy, 1993; Miranda, 2003). Estudo realizado no Norte do país, entretanto, aponta para uma escassa sensibilização e capacitação dos profissionais de saúde para a questão do desenvolvimento infantil, mostrando que apenas 22% das mães atendidas nos serviços básicos de saúde foram indagadas com relação ao desenvolvimento de suas crianças e somente 14% receberam orientações sobre como estimulá-las (Figueiras, 2003).

O reconhecimento da necessidade de se intervir de forma preventiva promovendo o acompanhamento do desenvolvimento infantil, desde a gestação e durante todo o período pré-escolar, gerou o Projeto de Fortalecimento das Competências Familiares no Estado do Ceará a partir de 2002. O Projeto

apresenta como missão principal assegurar o pleno desenvolvimento físico e mental da criança, a partir da mobilização da família, dos profissionais de saúde e do poder público municipal (Ceará, 2005). Neste sentido o Projeto tem seguido as diretrizes da OMS e do UNICEF, os quais têm identificado doze práticas familiares e comunitárias consideradas de vital importância para assegurar a sobrevivência, reduzir a morbidade, e promover um saudável crescimento e desenvolvimento infantil, quais sejam: cumprir o calendário básico de vacinações ainda no primeiro ano de vida; oferecer exclusivamente o leite materno por seis meses; a partir dos seis meses, alimentar a criança com alimentos ricos em energia e nutrientes; assegurar que a criança recebe quantidades adequadas de Vitamina A, Ferro e Zinco; lavar as mãos após defecar, antes de preparar os alimentos e de alimentar a criança; continuar a alimentar e oferecer mais líquidos à criança doente; prover adequado tratamento caseiro para a criança com infecção; reconhecer quando a criança doente precisa de atenção médica; seguir as orientações dos agentes de saúde sobre o tratamento, o acompanhamento e a referência da criança; promover o desenvolvimento social e mental da criança através de cuidados apropriados, que incluem conversar, brincar e prover um ambiente estimulante; quando grávida, realizar pelo menos quatro consultas pré-natal de qualidade (Hill, 2001).

Junto às famílias o Projeto valoriza e promove os seus conhecimentos, comportamentos, práticas e habilidades, ou seja, as suas competências, as quais garantem o desenvolvimento, a proteção e a sobrevivência das crianças. Com os profissionais de saúde, o Projeto estimula a sua adequada interação com as famílias, conscientizando-as de sua imprescindível função educadora, e tornando-as assim mais competentes e autônomas (Segovia, 2005).

Em relação ao município o Projeto incentiva a realização de uma série de ações sociais, educacionais e de saúde voltadas para a família, que assegurem os direitos básicos das crianças.

O Projeto conta ainda com a indispensável atuação dos 10.000 agentes comunitários de saúde do Estado, os quais gradualmente estão sendo capacitados para utilizarem em suas visitas domiciliares o Kit 'Família Brasileira Fortalecida', constituído de materiais educativos voltados para a promoção da saúde e do desenvolvimento infantil desde a sua concepção. Logo no início do Projeto percebeu-se a escassez de informações sobre as famílias locais, quanto aos seus conhecimentos, atitudes e práticas relacionadas aos cuidados infantis. O presente estudo surgiu, então, do reconhecimento desta necessidade, tendo sido realizado com antecedência à exposição da população à intervenção massiva do Projeto.

O Projeto de Fortalecimento das Competências Familiares está direcionado para cumprir a agenda 'Metas do Milênio' preconizada pelas Nações Unidas, sendo apoiado pelo Ministério da Saúde e desenvolvido pela Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, Escola de Saúde Pública e UNICEF em estreita parceria com as Secretarias Municipais de Saúde.

Métodos

O estudo do tipo transversal foi delineado para ser realizado em dois momentos: antes da implantação das ações de promoção das competências familiares e após um ano de implementação nos municípios.

A população do estudo se constituiu de crianças menores de seis anos de famílias residentes na área de atuação do Projeto de Competências Familiares no Ceará, com abrangência de três Células Regionais de Saúde (CERES) da Secretaria de Saúde do Estado. Os municípios pesquisados totalizaram 22, com uma população total estimada

em 700 mil habitantes, sendo assim distribuídos por CERES: Aracati, cinco municípios (Aracati, Beberibe, Fortim, Icapuí e Itaiçaba); Quixadá, nove municípios (Quixadá, Banabuiú, Choró, Ibareta, Milhã, Pedra Branca, Quixeramobim, Senador Pompeu e Solonópoles) e Tianguá, oito municípios (Tianguá, Carnaubal, Croatá, Ibiapina, Guaraciaba, São Benedito, Ubajara e Viçosa). Estas três CERES de Aracati, Quixadá e Tianguá estão localizadas em regiões do Estado geograficamente diferenciadas, quais sejam, Litoral Leste, Sertão Central e Serra da Ibiapaba, respectivamente. Em quatro municípios da CERES de Quixadá (Banabuiú, Ibareta, Milhã e Pedra Branca) as atividades do Projeto de Competências Familiares já vinham sendo desenvolvidas quando a pesquisa de campo foi realizada.

Em cada um dos 22 municípios, 120 famílias foram aleatoriamente selecionadas para participarem da pesquisa, perfazendo um tamanho de amostra de 2.640 famílias. Ao final do processo de coleta de dados, questionários com informações sobre 28 (1%) destas famílias não foram obtidos, ou foram excluídos por falhas no preenchimento, totalizando uma amostra final de 2.612 famílias.

As famílias residiam na área de abrangência do projeto, possuíam pelo menos uma criança com menos de seis anos de idade, tendo sido selecionadas através do seguinte processo de amostragem por conglomerados: em cada município foram sorteados 12 setores censitários, dentro dos quais foram sorteados 10 conglomerados de 10 famílias cada. A primeira família com menores de 6 anos a ser entrevistada no conglomerado foi também escolhida por sorteio, as demais nove famílias foram selecionadas de forma consecutiva à primeira, seguindo-se o sentido anti-horário.

As entrevistadoras eram todas de nível superior (enfermeiras), em número de duas por cada município, totalizando 44 profissionais. As candidatas a entrevistadora participaram inicialmente de um curso sobre o Projeto de Competências Familiares, ao fi-

nal do qual foram submetidas a um teste de seleção. As entrevistadoras selecionadas receberam um treinamento de uma semana sobre técnicas de entrevistas específicas para as competências familiares. Basicamente o treinamento constou da apresentação da pesquisa e leitura do questionário, dramatização, treinamento de campo e avaliação do treinamento.

Cada dupla de entrevistadoras completou um conglomerado de dez famílias em um dia, cobrindo o município em cerca de doze dias úteis. O controle de qualidade da pesquisa foi realizado por três supervisoras de campo, as quais realizaram re-entrevistas de uma sub-amostra de cerca de 10% das mães visitadas pelas entrevistadoras. Cada supervisora ficou responsável pela cobertura de sete municípios. O trabalho destas supervisoras foi acompanhado pela coordenação geral do estudo. O trabalho de campo foi realizado entre novembro de 2004 e janeiro de 2005.

Os dados foram digitados e processados em microcomputador, utilizando-se o programa Epi-Info, versão 6.04 (CDC/WHO). Para as variáveis categóricas foram calculadas proporções e para as numéricas médias e desvios padrões. Diferenças entre proporções foram testadas quanto à significância estatística utilizando-se o Teste Qui-quadrado.

Resultados

Um total de 2.612 domicílios foram pesquisadas, todos com pelo menos uma criança menor de 6 anos de idade. Com relação às características destes domicílios, observou-se que água encanada e saneamento não estavam disponíveis em 25 e 30% deles, respectivamente. O acesso à energia elétrica e à TV, por sua vez, foi praticamente universal. Aparelhos de rádio chegaram a ser menos disponíveis que os de televisão. Em um de cada cinco domicílios, as famílias já haviam demonstrado al-

gum ativismo social, na forma de reivindicações de serviços de educação e saúde para a comunidade. Com relação à criança, os resultados apresentados a seguir referem-se àquela mais velha no domicílio, entre as que tinham menos de 6 anos de idade. Cerca de 80% destas crianças freqüentavam a pré-escola. O percentual que freqüentava uma creche, embora tenha sido bem menor (18%), pode ser considerado elevado, uma vez que as regiões pesquisadas eram predominantemente rurais.

Entre as crianças menores de 6 anos 3,3% ainda não tinha tido seus nascimentos registrados. Este percentual variou bastante entre os municípios, passando de 8,3% em Quixadá a nenhuma criança sem registro em Aracati, Ibaretama e Solonópoles.

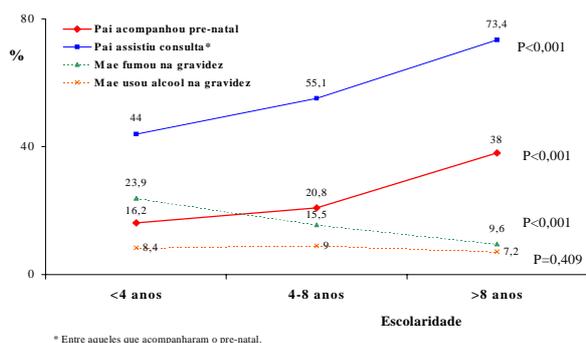
No total 5,8% das crianças menores de 6 anos apresentavam algum tipo de deficiência física ou mental. Entre estas deficiências, as mais freqüentemente reportadas foram a visual (15,9%) e a deformidade dos pés (11,9%), seguidas de retardo mental (9,3%) e de deficiências de locomoção (8,5%) e auditiva (7,2%).

Em 85% dos casos a mãe era a principal cuidadora das crianças menores de 6 anos, aparecendo em segundo lugar a avó (9,6%). Em média as mães apresentavam uma idade de 28 anos e as avós de 51 anos de idade. Somente 50% das mães se declararam formalmente casadas, sendo que 25,6% encontravam-se em união conjugal.

O nível de educação paterna foi mais baixo do que o materno, com 19,2% dos pais não sabendo ler ou escrever, contra 13,3% das mães. O nível de escolaridade variou também entre as regiões, com o percentual de mães analfabetas oscilando entre 10 e 17%, em Aracati e Tianguá, respectivamente. Um percentual elevado de quase 50% das mães considerou que a gravidez referente àquela criança não foi desejada, refletindo sobretudo a deficiência das ações de planejamento familiar na região. Em relação ao pré-natal 94,3% das mães

realizaram pelo menos uma consulta. Cerca de um quarto dos pais participaram da atenção, acompanhando a gestante em pelo menos uma consulta pré-natal. Entre estes pais participantes, dois terços chegaram a assistir as consultas.

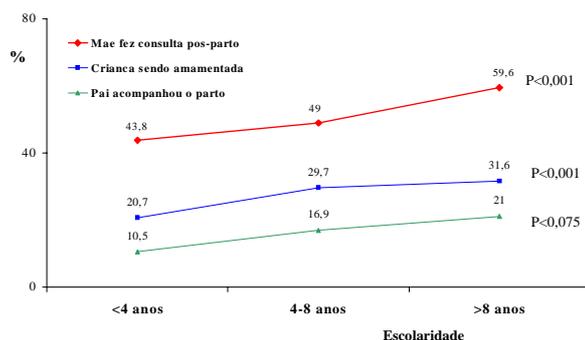
Figura 1. Atitudes de pais e mães durante a gestação da criança, de acordo com o nível de escolaridade da mãe. Ceará, 2005



Observou-se que a proporção de pais que acompanharam a gestante em pelo menos uma consulta pré-natal aumentou gradativamente com o nível educacional da gestante (Figura 1), passando de 44% entre aquelas com até três anos de estudo, para 73% entre as que tinham mais de 8 anos, equivalente ao segundo grau ou superior ($P < 0,001$). A mesma tendência foi registrada quando se analisou, entre os pais que acompanharam a gestante, a proporção que efetivamente assistiram a consulta, observando-se um percentual duas vezes maior no grupo de gestantes com maior escolaridade (38,0%) do que no de menor nível educacional (16,2%).

Em geral 15,5% das mães fumaram durante a gestação, um percentual que chegou a 23,9% entre as gestantes com até três anos de escolaridade, contra somente 9% no grupo mais escolarizado (Figura 1). Cerca de 8,2% das gestantes fizeram uso de bebidas alcoólicas na gravidez, não sendo observada diferenças significativas da prevalência de uso do álcool por nível educacional da gestante.

Figura 2. Presença paterna na sala de parto, consulta materna pós-parto e amamentação da criança, de acordo com o nível de escolaridade da mãe. Ceará, 2005



O nascimento da criança foi acompanhado por cerca de 15% dos pais, sendo mostrado na Figura 2 que este percentual entre as mães com mais de oito anos de estudo (20%), foi o dobro do registrado para aquelas com menos de quatro anos (10%). A associação entre o nível educacional e a realização de consulta pós-parto e a prática de amamentar também foi demonstrada, observando-se que estas aumentam significativamente com o número de anos de estudo da mãe (Figura 2).

Características	No.	%
Práticas da mãe enquanto amamenta a criança:		
Conversar com alguém	435	19,2
Alimentar outra criança	215	9,5
Tocar a criança	2.080	88,4
Olhar nos olhos da criança	1.973	85,1
Conversar com a criança	2.035	86,9
Idade média quando a criança começou a receber os seguintes alimentos:		
Chá, água ou suco		4,3 meses
Leite em pó ou de vaca		5,0 meses
Sopa		6,8 meses
Comida de adultos		10,2 meses
Quantidade de líquidos que a criança recebe quando fica doente:		
Mais líquido	1.768	69,7
A mesma de sempre	478	18,8
Menos líquido	291	11,5
Quantidade de comida que a criança recebe quando fica doente:		
Menos comida	1.332	53,1
A mesma de sempre	680	27,1
Mais comida	497	19,8
Atitudes da mãe quando a criança não quer comer na hora das refeições:		
Oferece uma comida diferente	1.155	49,9
Permite um lanche mais tarde	324	14,0
Força a criança a comer	278	12,0
Brinca com ela para comer	267	11,5
Oferece depois a comida	207	8,9
Permite não fazer a refeição	82	3,5

Tabela 1. Práticas e atitudes relacionadas à alimentação das crianças

Cerca de 87% das crianças foram amamentadas logo após o nascimento, um percentual elevado, levando-se em conta que pelo menos 15% das mães devem ter se submetido a um parto cirúrgico. O percentual de crianças sendo correntemente amamentadas foi de 27,4%, a maioria concentrando-se na faixa etária menor de dois anos.

Com relação à interação mãe-filho durante a amamentação, mais de 85% das mães reportaram interagir com a criança, tocando-a, olhando em seus olhos, ou conversando com ela (Tabela 1). Os 15% restantes admitiram costumar interagir com outras pessoas (crianças ou adultos) durante o ato de amamentar. Em média as mães introduziram líquidos e outros tipos de leite na dieta da criança em torno dos 4-5 meses de idade; outros alimentos em forma de sopa aos 6-7 meses e alimentos sólidos aos 10 meses. Quando a criança adoecer, cerca de 70% das mães oferecem mais líquido à criança; em contrapartida, 53,1% oferecem menos comida.

Condições	No.	%
Condições em que a criança deve ser levada com urgência ao médico:		
Febre	1.650	64,9
Diarréia	1.444	56,1
Vômito	1.406	54,5
Tosse com febre	1.251	49,3
Agravamento da doença	683	27,5
Dificuldade em respirar	534	21,5
Ataque ou convulsão	438	17,5
Respiração rápida com chiado	427	17,0
Olhos fundos e sede	323	13,0
Sangue nas fezes	319	12,8
Pele amarela	313	12,6
Bebe pouco líquido	293	11,8
Lábios e dedos arroxeados	261	10,5
Não consegue mais mamar	243	9,8
Práticas maternas relacionadas ao asseio das mãos:		
Lavar as mãos antes de cozinhar	1.267	49,8
Lavar as mãos depois de usar o banheiro	1.220	47,9
Lavar as mãos da criança depois dela ter usado o banheiro	1.191	46,8
Lavar as mãos antes de dar a comida da criança	1.143	44,7
Lavar as mãos depois de trocar a fralda ou levar a criança ao banheiro	549	22,1

Tabela 2. Proporção de mães que fizeram menções espontâneas sobre sinais de risco para a saúde infantil e sobre práticas higiênicas

A principal alternativa utilizada pelas mães para estimular a criança a comer se constitui na mudança da dieta, com a oferta de novos alimentos (49,9%). Indagadas a respeito das condições de morbidade infantil que requerem uma busca urgente por atenção médica, "febre" constituiu-se na ameaça mais em evidência, citada espontaneamente por dois terços das mães (Tabela 2). Em seguida, com frequência de menções em torno de 50%, vieram a diarreia, os vômitos e a tosse acompanhada de febre. O agravamento de uma doença já instalada e a dificuldade em respirar foram também mencionadas com frequência acima de 20%.

Brinquedos próprios para estimular a coordenação motora, como aqueles de montar ou encaixar,

	No.	%
Disponibilidade de brinquedos no domicílio:		
Boneca	1.921	75,2
Bola	1.663	65,1
Lápis de cor	1.532	60,2
Brinquedo de movimento (chocalho, raquete etc)	1.448	56,6
Objetos de fora de casa (pedras, gravetos etc)	1.246	49,0
Brinquedos que tocam música	1.118	46,3
Objetos de casa (panelas, colheres etc)	1.133	44,4
Brinquedos de encaixar, montar	931	36,5
Brinquedos feitos por adultos	767	30,1
Interação da criança com outras crianças e com a televisão:		
Disponibilidade de aparelho de TV no domicílio	2.215	91,8
Média de horas por dia que a criança passa assistindo TV		4,5 horas
Mãe verifica a adequação dos programas ou conversa com a criança sobre isto	1.273	72,8
Meios e práticas de estimulação do desenvolvimento infantil:		
Criança possui um livro infantil ou com gravuras e figuras	1.385	54,6
Disponibilidade de jornais, revistas ou livros que a criança possa ver	1.688	66,6
A mãe ou outras pessoas costumam brincar, conversar, ler para a criança	2.165	85,6
Criança costuma brincar ou jogar com outras crianças	2.146	84,8

Tabela 3. Proporção de famílias com meios e práticas de estimulação psico-social da criança no domicílio

foram encontrados em somente um terço dos domicílios. A televisão e outras crianças competem igualmente pela atenção da criança, interagindo com 91,8 e 84,8% delas, respectivamente. Diariamente, de quatro a cinco horas em vigília da criança são gastas assistindo TV.

Um percentual relativamente elevado de mães (72,8%) reportou avaliar a adequação da programação televisiva assistida por suas crianças. Pouco mais da metade das crianças dispunham de um livro infantil. Uma proporção similarmente baixa de famílias reportou dispor de material impresso, tipo jornais, revistas ou livros, adequados para serem vistos por uma criança (Tabela 3). A falta de material ilustrado, entretanto, parece ser compensada por estímulos psico-motores, advindos de brincadeiras, conversas e leituras envolvendo as crianças (85,6%).

Práticas de interação	No.	%
Crianças menores de 12 meses		
Cantou para a criança	286	85,1
Brincou com objetos sonoros	259	60,5
Brincou com objetos pequenos	183	55,5
Brincou com bolas, objetos que rolam	141	42,9
Crianças entre 12 e 35 meses		
Levou criança para passear	658	84,9
Cantou para a criança	632	79,0
Brincou com brinquedos pequenos	598	76,4
Jogou bola	483	61,8
Desenhou, pintou	325	41,5
Crianças entre 36 e 59 meses		
Levou criança para passear	674	73,5
Brincou com brinquedos pequenos	593	65,0
Cantou para a criança	575	62,6
Desenhou, pintou	543	59,3
Jogou bola	493	53,6
Correu com a criança	476	51,1
Brincou com quebra-cabeças	207	22,7
Crianças entre 60 e 72 meses		
Orientou como se comportar na escola	683	91,8
Ensinou o alfabeto	664	87,3
Ensinou a ler ou escrever	641	86,0
Ensinou a brincar com outras crianças	629	84,7
Jogou bola	408	55,1
Andou de bicicleta, cavalo etc.	366	49,1

* Pessoas com mais de 15 anos de idade

Tabela 4. Proporção de mães e outras pessoas da família* que interagiram com as crianças, nos prévios três dias, por faixa etária da criança

A interação da mãe e outros membros da família com a criança menor de um ano se dá principalmente através da comunicação oral, com 85,1% destas pessoas tendo cantado para ela nos três dias

anteriores à entrevista (Tabela 4). Percentuais igualmente elevados de 75 a 85% dos familiares interagiram com a criança de 1 a 4 anos, no mesmo período, levando-a a um passeio. Para crianças maiores de 5 anos a interação ocorreu mais freqüentemente (91,8%) através de orientações sobre como se comportar na escola.

“Dar palmadas” ainda se destaca como a principal atitude disciplinadora, sendo mencionada espontaneamente por 40,4% das mães como a medida corretiva aplicada em suas crianças (Tabela 5). A segunda atitude mais mencionada, pelas mães foi explicar à criança porque ela deveria mudar seu comportamento (33,9%).

A preocupação com as queimaduras foi praticamente universal entre as mães de crianças pré-escolares (Tabela 5).

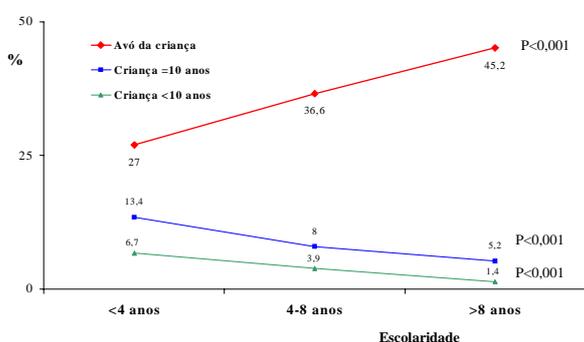
Menções espontâneas	No.	%
Atitudes tomadas quando a criança não se comporta bem		
Dá palmadas	1.020	40,4
Diz porque não se comportar assim	848	33,9
Dá um castigo	681	27,1
Grita com a criança	600	24,2
Diz ‘não’ ou ‘para’	394	15,9
Faz ameaças	373	15,0
Bate na criança	340	13,7
Distrai a criança	279	11,3
Manda a criança sentar, afasta do local	164	6,6
Não faz nada	107	4,3
Práticas de proteção das mães contra acidentes das crianças:		
Crianças menores de 1 ano		
Criança dorme longe do fogão, vela etc.	307	96,8
Objetos pequenos mantidos fora do alcance	280	89,2
Criança dorme afastada do chão	276	87,1
Criança não fica sozinha	236	75,2
Criança não dorme na cama dos pais	103	59,0
Tomadas elétricas tampadas	114	36,7
Crianças entre 1 e 6 anos		
Criança dorme longe do fogão, vela etc.	2.229	97,9
Medicamentos mantidos fora do alcance	2.173	95,6
Cabos de painéis para dentro do fogão	2.138	94,4
Detergente, água sanitária fora do alcance	2.135	94,0
Facas, tesouras fora do alcance	2.051	90,2
Criança dorme afastada do chão	1.985	87,2
Criança brinca longe do fogo	1.814	80,6
Tomadas elétricas tampadas	1.098	48,3

Tabela 5. Proporção de mães que fizeram menções espontâneas sobre atitudes e práticas relacionadas ao comportamento e acidentes na infância

Precauções contra acidentes com objetos cortantes e medicamentos foram também mencionadas por quase todas as mães. Cuidados com relação aos choques elétricos foram os menos mencionados, por menos da metade das mães. Mais de 50% das mães afirmaram que tomavam pelo menos cinco das seis medidas preventivas contra acidentes domésticos da criança menor de um ano avaliadas. O percentual de mães que reportou só tomar até duas destas medidas foi menor que 10%.

A avó da criança se destaca como a principal cuidadora da criança depois da mãe, apresentando-se em 36,8% das famílias como sua substituta, quando esta necessita se ausentar de casa. A requisição dos cuidados da avó aumenta significativamente com o nível educacional da mãe, passando de 27% no grupo com menos de quatro anos de estudo para 45% no grupo com mais de oito anos (Figura 3). A utilização de outras crianças para a provisão de cuidados infantis, por sua vez, assume uma tendência inversa, sendo requisitadas para tal numa proporção três vezes maior entre as mães com baixa escolaridade do que entre as com escolaridade mais elevada (Figura 3). Em somente 15,6% das famílias o pai substitui eventualmente a mãe nos cuidados infantis.

Figura 3. Cuidadores da criança em eventuais ausências maternas, de acordo com o nível de escolaridade da mãe. Ceará, 2005



Discussão

Considerando-se o total de 2.612 famílias e a distribuição geográfica das microrregiões pesquisadas, localizadas nas regiões do Litoral, Sertão Central e

Serrana, considera-se este estudo representativo no que se refere ao interior do Estado. Desta maneira é relevante realizar o mesmo estudo somente na Região da Capital, para se ter uma representatividade global do Estado. Este estudo complementar proporcionaria também a possibilidade de se comparar os resultados de regiões de cultura predominantemente rural, com os resultados de Fortaleza, de cultura eminentemente urbana. Com relação às comparações entre as três microrregiões, embora tenha se observado poucas diferenças expressivas entre elas, em geral a microrregião serrana apresentou uma pior performance dos indicadores em relação às demais.

Fatores como a educação dos pais e o nível sócio-econômico da família tendem a estar correlacionados, tendo sido largamente demonstrada sua associação com a morbi-mortalidade infantil (Barros, 1987; Selwyn, 1990; Victora, 1994). Neste estudo, quase 40% dos pais e mães só apresentavam até três anos de escolaridade, sendo que destes cerca da metade poderiam ser considerados tecnicamente analfabetos, uma vez que não eram capazes de ler ou escrever uma simples mensagem. Deste modo, embora o acesso a informações através do rádio e da TV seja praticamente universal, uma elevada proporção das famílias do Estado, ao recebê-las, provavelmente não dispõem de um adequado senso crítico necessário para sua depuração. O estudo mostrou ainda que a escolaridade materna estava positivamente associada à adoção de hábitos e práticas saudáveis por parte da mãe, e a uma maior participação do pai no acompanhamento da gestação e do nascimento da criança. Mães com nível educacional médio ou superior tenderam a fumar menos na gravidez, a amamentar mais e a realizar consulta no período pós-parto.

Em torno de 20% das crianças menores de seis anos de idade freqüentavam uma creche e cerca de 80% das de quatro a seis anos estavam na pré-escola,

percentuais elevados considerando a natureza rural dos municípios pesquisados. Estudos nesta área, contudo, apontam a falta de atividades de estímulo ao desenvolvimento psico-motor como uma deficiência séria e generalizada nestes estabelecimentos (Andrade, 2002). É premente a necessidade da promoção sistemática de práticas de estimulação precoce nas creches e pré-escolas, mesmo apesar destes estabelecimentos serem deficientes em recursos, tendo sido excluídos do Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação - FUNDEB. (Naspolini, 2005).

Em média o percentual de crianças menores de seis anos que não dispõem de registro de nascimento chega a 3,3%, podendo-se estimar em 17.000 o número de crianças cearenses nesta faixa que não existem oficialmente para o estado brasileiro. Em um de cada quatro municípios pesquisados a situação pode ser considerada crítica, com o percentual de subregistro ultrapassando o dobro da média encontrada neste estudo. Faz-se necessária uma análise da questão em cada município do Estado, promovendo-se o fortalecimento do projeto de registro civil nas maternidades.

Cerca de 6% da população pré-escolar do Interior do Estado, ou seja, cerca de 30.000 crianças, apresentavam deficiência de natureza física, mental ou sensorial. Dados do Censo 2000 mostraram que 15% da população brasileira apresentava algum tipo de deficiência, predominando nos grupos de crianças e adolescentes as deficiências relacionadas aos distúrbios do desenvolvimento (IBGE, 2002). Considerando que a grande maioria dos serviços especializados no atendimento destas crianças deficientes encontram-se localizados na Capital, deduz-se que muito ainda há que ser feito para assistir de forma satisfatória esta população, tanto em termos quantitativos, como qualitativos. Os indicadores da atenção pré-natal mostram que esta ação está consistentemente organizada no Esta-

do, possibilitando o acesso a 95% das gestantes, que em média realizam cerca de sete consultas. Uma proporção considerável das mulheres, contudo, ainda realizam somente uma única consulta, podendo neste grupo concentrar-se gestações de risco. É reconhecido que crianças prematuras, de muito baixo peso, apresentam com maior frequência comprometimento do desenvolvimento cognitivo, identificando-se o investimento em unidades de atendimento de gestantes de risco como um meio eficiente de prevenção deste problema (Méio, 2003); (Silva, 2003). O planejamento familiar, por sua vez, não pode ser avaliado positivamente, considerando-se que quase a metade das mulheres afirmaram que a gravidez da criança não foi desejada, pelo menos para aquele momento. Este resultado é claramente indicativo da necessidade de se rever as políticas de planejamento familiar, tanto no âmbito local, como estadual e nacional.

Imunizar as crianças, tanto de forma natural (amamentação), como artificial (vacinação), tem sido uma prática firmemente incorporada à cultura das mães cearenses relativa aos cuidados infantis. Elevadas prevalências de amamentação e extensas coberturas vacinais, observadas mesmo para as vacinas de introdução recente, têm sido registradas continuamente no Estado, não sendo afetadas em sua constância por mudanças administrativas no setor saúde (Ceará, 2005).

Em torno de 50% das mães identificaram sintomas comuns da criança, como febre, diarreia, vômito e tosse, como sinais de alerta para a busca de atenção médica. Sinais obviamente graves como convulsão, dispnéia e desidratação foram reconhecidos como tais por menos de 20% das mães, mostrando que se faz necessário elevar o nível de conhecimento na família sobre as complicações das enfermidades infecciosas, particularmente das diarreias e das infecções respiratórias, doenças prevalentes na infância.

Práticas higiênicas simples, como lavar as mãos ao cozinhar e ao utilizar o banheiro, foram lembradas espontaneamente por menos da metade das mães. Embora, a não menção destas práticas possa se dever à não recordação, devido ao fato de se constituírem num hábito já muito condicionado por parte das mães, seria oportuno investigar, dado seu elevado potencial preventivo de infecções.

Atividades lúdicas são ferramentas indispensáveis no desenvolvimento infantil, pois através delas a criança é introduzida no meio sociocultural do adulto, constituindo-se num modo de assimilação e recriação da realidade (Santos, 2001).

O estudo mostrou que em somente cerca da metade das famílias é possível encontrar materiais lúdicos apropriados para o desenvolvimento psico-motor da criança, tais como livros infantis e brinquedos sonoros, móveis ou de armar. A falta de estímulo de natureza material é, entretanto, compensada pelo estímulo humano, caracterizado por uma elevada disponibilidade dos pais, irmãos mais velhos e outros parentes, para interagirem com a criança, principalmente conversando, cantando e levando-a a passeios. Neste sentido, é reconhecido que, na medida em que a criança avança em suas etapas evolutivas, as atividades lúdicas vão se tornando mais consistentes, facilitando a interação com os adultos (Santos, 2001). Sem desprezar o inestimável valor da interação familiar, seria de alta relevância incentivar a indústria local, inclusive com subsídios, a produzir brinquedos estimuladores do desenvolvimento infantil, a serem adquiridos a baixo custo, tanto pelas famílias, como pelas entidades públicas que lidam com a população pré-escolar.

O grande espaço ocupado pela televisão no cotidiano infantil tem-se mostrado como um poderoso fator de transformação, e redução, das atividades lúdicas das crianças (Friedmann, 1996). Mais de 90% das famílias com crianças em idade pré-escolar possuíam uma TV, sendo que mesmo as crianças que não dispõem do aparelho em casa, pro-

vavelmente têm acesso à televisão em outros domicílios. Dentro do período diário de vigília das crianças, de quatro a cinco horas tem sido gastas diariamente em frente à TV, assistindo a programas de conteúdo duvidoso, em termos educativos. Pelo menos com relação à audiência pré-escolar deveria haver influência da sociedade sobre a programação televisiva, e principalmente políticas governamentais de comunicação, não permitindo que ela se guiasse meramente por interesses comerciais.

Entre as quatro principais atitudes disciplinadoras da criança adotadas pelas mães três envolveriam algum grau de agressividade: "Dar palmadas", "gritar" e "por de castigo". Um terço das mães, entretanto, recorre a uma atitude mais educativa, explicando à criança porque ela deve corrigir seu comportamento. Estimular a mudança das atitudes tradicionais das mães ao lidarem com seus filhos exige um persistente esforço, apresentando-se como um campo dos mais férteis a ser trabalhado pelo Projeto de Fortalecimento das Competências Familiares. Neste sentido, seria interessante a realização de estudo que possibilitasse o conhecimento do perfil destas mães que usam mais racionalidade no processo educativo de seus filhos. Na ausência da mãe, a avó responde pela provisão dos cuidados da criança em 37% das famílias. O fato das avós frequentemente voltarem a assumir o papel de mães é revelador da importância de se trabalhar com este grupo de mulheres que, apesar de já terem bastante experiência acumulada em cuidados infantis, necessitam de reciclagem com relação aos novos conceitos e tecnologias ludo pedagógicas constantemente introduzidos nesta área. Não desprezando as práticas tradicionais, em geral mais humanizadas, deve-se estimular as gerações menos recentes de mulheres a incorporar as práticas modernas, as quais muitas vezes fazem a diferença entre a sobrevivência ou não da criança. Com relação aos acidentes domésticos, as queimaduras foram eleitas como a principal preocupação

das mães de crianças pré-escolares, com praticamente todas afirmando que tomam precauções para prevenir este tipo de acidente. A proteção da criança em relação ao contato com objetos cortantes ou muito pequenos, medicamentos e outras substâncias nocivas, foi também uma prática universal. A questão que se coloca, no entanto, é, qual a eficácia destas medidas em realmente proteger a criança contra acidentes, uma vez que resultados de estudo de abrangência estadual mostraram que cerca de 15% das crianças menores de três anos já haviam sofrido um acidente doméstico que requereu atenção médica (Correia, 2003).

Conclusão

Os resultados deste estudo são ricos em apontar caminhos a serem tomados visando a promoção da saúde e do desenvolvimento da criança, através de cuidados infantis apropriados e sensíveis à realidade local. Neste sentido o Projeto de Fortalecimento das Competências Familiares se consolidou como uma iniciativa imprescindível para o alcance deste objetivo, recomendando-se aqui que o mesmo seja fortalecido, avaliado e expandido para todo o Brasil.

Agradecimentos

Os autores agradecem ao UNICEF, por seu indispensável apoio técnico-financeiro, sem o qual a realização deste estudo não seria possível.

REFERÊNCIAS

Andrade, RC. A espera e a ociosidade na rotina da creche comunitária de Fortaleza. [Dissertação]. Fortaleza (CE): Universidade Federal do Ceará, 2002

Barros, FC. Victora, CG. Vaughan, JP. Teixeira, AMB. Ashworth, A Infant mortality in Southern Brazil: a

population based study of causes of death. Arch Dis Child. 1987; 62: 487-90.

Bowlby, J. et al. Crianças carentes. Tradução Ervin Wolffebüttel. São Paulo: Linografia, 1960.

Ceará. Secretaria de Saúde do Estado. Projeto de fortalecimento das competências familiares: promovendo a saúde da criança. Fortaleza: SESA, 2003.

Ceará. Secretaria de Saúde do Estado. Indicadores e dados básicos para a saúde no Ceará 2002. Fortaleza: SESA, 2005.

Correia, LL. Silveira, DMI. Campos, JS. Quarta Pesquisa de Saúde Materno-infantil do Ceará (PESMIC IV): Resultados comparativos, período 1987-2001. Fortaleza: Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, 2003.

Figueiras, ACM. Puccini, RF. Silva, EMK. Pedromônico, MRM. Avaliação das práticas e conhecimentos de profissionais da atenção primária de saúde sobre vigilância do desenvolvimento infantil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(6): 1691-99, 2003.

Friedmann, A. A evolução do brincar. In: FRIEDMANN, A. et al (Org.). O direito de brincar. 3. ed. São Paulo: Fundação ABRINQ, 1996. 265 p. 27-35.

Hill, Z. Kirkwood, B. Edmond, K. Family and community practices that promote child survival, growth and development: a review of the evidence. London School of Hygiene and Tropical Medicine. London, 2001.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2002. Censo Demográfico 2000, Rio de Janeiro.

Levy, SG. Hyman, SL. Pediatric assessment of the child with developmental delay. *Ped Clin N Am* 1993, 40: 465-77.

Miranda, LP. Resegue, R. Figueiras, ACM. A criança e o adolescente com problemas do desenvolvimento no ambulatório de pediatria. *J Pediatr* 2003; 79(supl.1): S33-S42.

Napolini, A. As creches e o FUNDEB. *Jornal O Povo*. Fortaleza, 29 agosto 2005.

Peres-Ramos, AMQ; Peres-Ramos, J. Estimulação precoce: serviços programas e currículos. 3. ed. Brasília, DF, 1996. 255 p.

Santos, SMP. Cruz, DRM. da Brinquedo e Infância: um guia para pais e educadores em creche. 3 ed. Petrópolis: Vozes, 2001. 120p.

Segovia, J. D. Reconstruir la Competencia Familiar: algunas puntualizaciones de interés sobre la formación de los padres. Disponível em: <http://contexto_educativo.com.ar/2002/3/nota_07.htm> 3.ago.2005.

Selwyn, BJ. the epidemiology of acute respiratory tract infection in Young children. Comparison of findings from several developings countries. *Rev Infect Dis*. 1990; 12: 870-88.

Silva, A. C. O impacto do programa de saúde da família no Município de Sobral-Ceará: uma análise de evolução de saúde das crianças menores de cinco anos de idade no período de 1995-2002. [Dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo, 2003.

Victora, CG. Fuchs, SC. Flores, JAC. Fonseca, WWC. Kirkwood, B. Risk factors for pneumonia among children in a brazilian metropolitan area. *Pediatrics*. 1994; 93(6): 977-85.