

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS – UFSCar
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM – DEnf
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – PPGenf

FLÁVIA CORRÊA PORTO DE ABREU

**CÓLICA INFANTIL: O CUIDADO DE MÃES E EQUIPES DA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

São Carlos

2015

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS – UFSCar
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM – DEnf
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – PPGEnf

FLÁVIA CORRÊA PORTO DE ABREU

**CÓLICA INFANTIL: O CUIDADO DE MÃES E EQUIPES DA ESTRATÉGIA
DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) para obtenção do título de mestre em enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Monika Wernet

São Carlos

2015

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da
Biblioteca Comunitária da UFSCar**

A162ci Abreu, Flávia Corrêa Porto de.
Cólica infantil : o cuidado de mães e equipes da estratégia
de saúde da família / Flávia Corrêa Porto de Abreu. -- São
Carlos : UFSCar, 2015.
121 f.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São
Carlos, 2015.

1. Enfermagem. 2. Cólica. 3. Recém-nascido. 4. Atenção
primária à saúde. I. Título.

CDD: 610.73 (20ª)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Folha de Aprovação

Assinaturas dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Flávia Corrêa Porto de Abreu, realizada em 25/02/2015:

Profa. Dra. Monika Wernet
UFSCar

Profa. Dra. Marcia Regina Cangiani Fabbro
UFSCar

Profa. Dra. Lislaine Aparecida Fracoli
USP

Dedico este trabalho às mães, famílias e às equipes da Estratégia de Saúde da Família que, ao relatarem suas experiências sobre o manejo da cólica infantil, proporcionaram a realização deste trabalho.

Agradecimentos

Aqueles que me acompanharam e que me incentivaram na realização deste sonho...

A **DEUS** agradeço pela minha vida, por ser o guia dos meus pensamentos e caminhos, por me dar forças para não desistir dos meus sonhos e para ir à luta deles, e pelas inúmeras oportunidades de crescimento e amadurecimento pessoal e profissional.

Aos meus pais, **Matilde e Reinaldo**, pelo incentivo e pela confiança por acreditar que eu seria capaz. Ter o apoio de vocês em todos os momentos da minha vida, sejam eles tristes ou alegres, de sorrisos ou de choro, é essencial. Pela paciência em ouvir todas as minhas angústias e incertezas. Com vocês aprendi que a vida não é fácil de ser vivida, mas também não é impossível quando se batalha pela realização de um sonho, e que mesmo que existam pedras no caminho devemos carregá-las conosco como um aprendizado e estímulo para continuar a trilhar a vida. Pai e Mãe, para mim são pessoas essenciais, sem vocês não teria realizado mais este sonho. Muito obrigada, amo vocês incondicionalmente.

À minha irmã **Fabiana**, pela paciência por aguentar meus desabafos e por dividir comigo os momentos de alegria e tristeza, mesmo estando longe, você estava comigo.

Ao **Caio**, o homem da minha vida, agradeço pelo amor e carinho, pelo incentivo e apoio na realização deste sonho, por ter acreditado em mim, por me manter de pé em alguns momentos, por ter me dado suporte emocional e “técnico”, por me aguentar nos momentos de nervoso, de estresse, de desespero, de choro e de risos. Saiba que você é meu porto seguro, aquele que está sempre pronto pra me ajudar, não importa o dia e nem a hora. Obrigada por ser companheiro e me fazer muito feliz todos esses anos, desde o primeiro dia que te conheci tive a certeza que você me completa em tudo. Te amo!!!

À minha **família (tias, tios e primas)** pela preocupação constante e pelo incentivo.

À minha avó **Maria**, por ser meu exemplo. Com você eu aprendi que nem tudo na vida é um mar de rosas, até mesmo porque a rosa é uma linda flor e tem espinhos, com você eu aprendi que em todos os momentos da vida, sejam eles fáceis ou difíceis, de tristeza ou alegria, não devemos nos entregar, devemos sempre sorrir, pois o sorriso é que nos dá a força de viver.

Às minhas amigas de mestrado, **Soraya, Dianne, Chris, Jéssica, Lina, Beatriz, Carla, Amanda e Mayara**, o meu muito obrigada por proporcionarem momentos de distração e alegria nesses anos, dos nossos encontros memoráveis, das nossas viagens para os congressos, dos nossos trabalhos grupais, por me ajudarem a fazer entrevistas e as transcrições, por me acolherem em situações de angústia, sofrimento e de felicidade, e pela ajuda e incentivo de conquistar mais esta etapa.

À minha amiga **Rafaella**, que mesmo morando longe, sempre esteve preocupada comigo, me dando apoio e me fortalecendo nos momentos em que eu mais precisei, uma amiga-irmã, que conheci na graduação e que levarei comigo pra toda vida. Sinto saudades dos nossos momentos juntas.

À minha querida orientadora, **Monika Wernet**, por acreditar em minha capacidade de poder realizar o mestrado e por me mostrar o sentido a ser trilhado. Com você aprendi a teoria científica/acadêmica e a teoria da vida de ser mãe, mulher e profissional ao mesmo tempo, tenho uma grande admiração pelo que você é e lhe tenho como meu espelho. Além de orientadora se tornou uma grande amiga com quem posso desabafar e compartilhar segredos, e quando estou ao seu lado sinto uma energia positiva que me faz bem. Muito obrigada por ser essa pessoa maravilhosa, pelo carinho, pela dedicação, pelo tempo disponibilizado, pela amizade, pela paciência de me ensinar, por partilhar os seus conhecimentos e pelos seus conselhos que muito colaboraram para minha vida profissional e pessoal.

À professora **Aline Oliveira Silveira** pela participação na banca do exame de qualificação pelos ensinamentos que contribuíram para a construção deste trabalho.

À professora **Giselle Dupas**, pela participação na banca do exame de qualificação, por compartilhar da sua sabedoria de vida pessoal e profissional e por me proporcionar olhar a família de forma diferente, respeitando-a nas suas individualidades. Tenho grande admiração por você.

À professora **Márcia Regina Cangiani Fabbro**, pelo companheirismo desde a graduação, pelos ensinamentos e pela participação na banca do exame de qualificação e da defesa. Tenho admiração pelo seu trabalho e fico grata de tê-la por perto.

À professora **Lislaine Aparecida Fracoli**, pela participação como membro da banca de defesa do mestrado, pela disponibilidade e pela enorme colaboração.

Às **mães** participantes deste estudo, por abrirem a porta de suas casas, por me acolherem de forma carinhosa neste momento da cólica do filho, e por proporcionarem grandes aprendizados. O meu respeito a estas mães.

Aos **profissionais de saúde**, por cederem um espaço, pela dedicação do tempo e pela abertura em poder conversar a respeito das práticas de saúde no âmbito da cólica infantil e pelos conhecimentos e experiências adquiridas.

Aos **colaboradores** do departamento de enfermagem e da pós-graduação em enfermagem, Tiago e Rose, pelo suporte necessário.

À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)**, pelo apoio financeiro na realização desta pesquisa.

À **Universidade Federal de São Carlos e ao Departamento de Enfermagem**, pelo espaço e recursos proporcionados para esta pesquisa e para o meu conhecimento.

Reconheço a participação de cada um de vocês nesta pesquisa

Muito obrigada !!!

RESUMO

A cólica infantil é uma condição clínica frequente nos recém-nascidos, com início na segunda semana após o nascimento e persistindo até por volta da sexta semana de vida da criança. Está relacionada com a imaturidade do sistema gastrointestinal e também é conhecida como a síndrome do excesso de choro. As Unidades de Saúde da Família são locais privilegiados para novas práticas de promoção da saúde, entretanto, os profissionais destas equipes precisam construir junto às famílias o cuidado à criança com cólica. O presente estudo tem por objetivo caracterizar a inter-relação do manejo da cólica infantil por parte das mães e profissionais da Estratégia de Saúde da Família, com vistas a ampliar a humanização do cuidado. Adotou-se como referencial teórico o Interacionismo Simbólico e como referencial metodológico a Pesquisa de Narrativa. A coleta de dados foi desenvolvida por meio de duas estratégias de entrevista: o grupo focal para a compreensão do cuidado profissional e a entrevista não estruturada de abordagem individual com as mães, ambos com o foco no manejo da cólica. A análise integrada dos dados de 31 entrevistas com mães e quatro grupos focais junto aos profissionais revelou cinco temas tradutores do manejo da cólica infantil por parte destes sujeitos sociais: “abordagem diagnóstica”; “abordagem terapêutica”; “sentimentos”; “apoio no cuidado”; “especialistas”. Identificou-se ser a cólica infantil queixa trazida pelas mães e/ou famílias às Unidades de Saúde da Família, contudo o processo de acolhimento não é pleno, por falta de elementos tradutores de um cuidado humano e integral por parte dos profissionais. Para estes, a cólica significa um evento fisiológico e autolimitado, associado à forte medicalização, sustentando o resultado deste estudo. Contudo, para as mães vivenciarem esta situação há sofrimentos e, na tentativa de tencionar as práticas prescritas pelos profissionais, elas se sentem impotentes por não alcançar o alívio pleno da cólica. Assim, o estudo sinaliza que transformações de práticas de cuidado na Estratégia de Saúde da Família são necessárias para modificar a percepção da cólica infantil da equipe, justificada pela frequência desta queixa no cotidiano da puericultura. Há falta de protocolos para o cuidado da cólica, gerando o sentimento de insuficiência, fato presente nas narrativas dos atores sociais integrantes deste estudo. Portanto, todos os espaços de reflexões e de aprendizagem, acerca da prática de cuidado a este evento, precisam de transformações, a fim de se obter um cuidado humanizado e integral através do acolhimento da queixa de cólica infantil.

Palavras-chave: Enfermagem; cólica; recém-nascido; atenção primária à saúde.

ABSTRACT

Infant colic is a common clinical condition in newborns, starting the second week after birth and persisted until about the sixth week of the child's life. Is related to the immaturity of the gastrointestinal system and also known as excessive crying syndrome. The Family Health Units are privileged locations for new health promotion practices, however, the professionals of these staffs need to build with families the nursing for children with colic. This study aim to characterize the interrelation of the management of infantile colic by mothers and professionals of the Family Health Strategy, in order to broaden the humanization of care. It was adopted as a theoretical reference the Symbolic Interactionism and the methodological reference a Narrative Research. The Data collection was developed through two interview strategies: a focus group to understand the professional care and the unstructured interview of individual approach with the mothers, both with the focus on the care of colic. The integrated analysis of 31 interviews with mothers and 4 focus groups with professionals revealed five management translators themes of infantile colic: "diagnostic approach"; "Therapeutic Approach"; "Feelings"; "Support in care"; "Experts". It was identified that colic child is a complain by mothers and / or families to the Family Health Units, however the user embracement is not entire, for lack of translators elements of a human and comprehensive care from professionals. For these, colic means a physiological and self-limited event, associated with strong medicalization, supporting the results of this study. However, for mothers experiencing this situation there is suffering and in an attempt to intend the practices prescribed by professionals, they feel powerless for not achieve full relief from colic. Thus, the study indicates that changes in care practices in the Family Health Strategy is needed to change the perception of infant colic staff, justified by the frequency of this complaint in the child care everyday. There is a lack of protocols for the care of the colic, creating the feeling of insufficiency, this fact is present in the narrative of social actors from this study. Therefore, all spaces of reflection and learning about the practice of care to this event, need to change in order to obtain a humanized and comprehensive care through the acceptance of the complaint of infantile colic.

Keywords: Nursing; colic; newborn; primary health care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1- Caracterização das mães entrevistadas. São Carlos – SP, 2014.....	49
Quadro 2- Caracterização dos participantes do grupo focal da primeira USF. São Carlos – SP, 2014.....	51
Quadro 3- Caracterização dos participantes do grupo focal da segunda USF. São Carlos – SP, 2014.....	51
Quadro 4- Caracterização dos participantes do grupo focal da terceira USF. São Carlos – SP, 2014.....	52
Quadro 5- Caracterização dos participantes do grupo focal da quarta USF. São Carlos – SP, 2014.....	52

LISTA DE SIGLAS

AB- Atenção Básica;

ACS- Agente Comunitário de Saúde;

APS- Atenção Primária à Saúde;

ARES- Administração Regional de Saúde;

ESF- Estratégia de Saúde da Família;

IS- Interacionismo Simbólico;

PNH- Política Nacional de Humanização

SGI- Sistema Gastrointestinal

SUS- Sistema Único de Saúde;

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TNF α - Fator de necrose tumoral alfa;

USF- Unidade Saúde da Família;

VD- Visita domiciliar

PNPIC- Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

FAPESP- Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo

UFSCar- Universidade Federal de São Carlos

PIBIC- Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica

CAPES- Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO.....	13
1.1. Trajetória da escolha do tema em estudo.....	14
1.2. Trajetória científica.....	14
1.3. Trajetória do Mestrado.....	16
2. INTRODUÇÃO.....	18
2.1. O cuidado nas práticas de saúde.....	19
2.2. Estratégia de Saúde da Família e implicações para o cuidado.....	20
2.3. Cólica infantil: definição, tratamento e repercussões.....	22
3. OBJETIVO.....	28
3.1. Objetivo geral.....	29
3.2. Objetivos específicos.....	29
4. REFERENCIAIS E CONDUÇÃO DO ESTUDO.....	30
4.1. Referencial teórico.....	31
4.2. Referencial metodológico.....	35
4.3. Percurso metodológico.....	38
4.3.1. Local do estudo e aspectos éticos.....	38
4.3.2. Tipo de estudo, sujeitos e coleta de dados.....	40
4.3.2.1. Entrevistas não estruturadas com as mães.....	41
4.3.2.2. Grupos focais profissionais.....	42
4.3.3. Análise de dados.....	44
4.3.4. Apresentando os participantes.....	45
4.3.4.1. Mães.....	45
4.3.4.2. Profissionais de saúde.....	50
5. RESULTADOS.....	53
6. DISCUSSÃO.....	87
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	100
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	104
9. APÊNDICE E ANEXOS.....	116



Ando devagar por que já tive pressa
E levo esse sorriso por que já chorei demais
Hoje me sinto mais forte, mais feliz quem sabe,
Só levo a certeza de que muito pouco eu sei
Nada sei.

Conhecer as manhas e as manhãs,
O sabor das massas e das maçãs,
É preciso amor pra poder pulsar,
É preciso paz pra poder sorrir,
É preciso a chuva para florir

Penso que cumprir a vida seja simplesmente
Compreender a marcha e ir tocando em frente
Como um velho boiadeiro levando a boiada
Eu vou tocando dias pela longa estrada eu vou
Estrada eu sou.

Todo mundo ama um dia todo mundo chora,
Um dia a gente chega, no outro vai embora
Cada um de nós compõe a sua história
Cada ser em si carrega o dom de ser capaz
E ser feliz.

Ando devagar porque já tive pressa
E levo esse sorriso porque já chorei demais
Cada um de nós compõe a sua história,
Cada ser em si carrega o dom de ser capaz
E ser feliz.

Tocando em frente- Almir Sater



1. APRESENTAÇÃO

1.1. Trajetória da escolha do tema em estudo

Ao longo da graduação, as atividades práticas e estágios curriculares nos cenários da Atenção Primária em Saúde (APS), assim como as atividades de pesquisa que integrei, conduziram-me a perceber e a pensar os desafios postos à família/mãe no cuidado infantil em domicílio, bem como identificar a necessidade de transformações para o alcance de um cuidado humano e integral.

Minha trajetória na graduação integra duas iniciações científicas uma relacionada ao desmame precoce e outra ao aleitamento materno do prematuro. Em adição, fui pesquisadora auxiliar de um mestrado fruto da dissertação intitulada "Interações profissionais de saúde e mães de prematuros: impacto na maternagem" e de uma iniciação científica com o tema "Tornar-se pai de um filho prematuro", todas sob a orientação da professora doutora Monika Wernet.

Essas vivências me sensibilizaram para os esforços familiares e maternos no cuidado infantil em domicílio. Entre as diversas dificuldades enfrentadas, percebi ser a cólica infantil muito presente no cotidiano e geradora de impotência e sofrimento à família, principalmente para a mãe. Minha percepção era de que os profissionais a ignoravam, consideravam-na irrelevante e me questionavam como podiam agir desta forma se o desespero materno era tão perceptível, em especial derivado de sua insegurança em relação a estar fazendo o possível para amenizar a dor do filho.

Questionavam também a não percepção de que o insuficiente acolhimento de um aspecto na puericultura tem desdobramentos para os demais, como, por exemplo, neste caso manutenção da prática do aleitamento materno exclusivo e a cólica infantil. A ressonância dos distintos aspectos da puericultura é um fato.

Assim, acolher as dúvidas e os sofrimentos da mãe e família nas práticas de puericultura deve ser premissa. E a forma como as intervenções são processadas, tanto no âmbito profissional quanto familiar, deriva de crenças e valores socialmente aprendidos que afetam os significados e o enfrentamento da situação, neste caso da situação de cólica infantil.

Diante disso, ficava a pensar como as mães e famílias desenvolvem as solicitações de apoio aos profissionais da puericultura na Unidade de Saúde da Família (USF)? Será que desejam tê-los como apoio? Para quê? Como está caracterizado o cuidado na puericultura na USF? E como é o cuidado na puericultura, ao se olhar para a queixa da cólica infantil?

Contudo, para mim a Estratégia de Saúde da Família (ESF), modelo de assistência em saúde em expansão no Brasil, tem um desenho diferenciado, no qual a família, o vínculo, a integralidade e humanização despontam como diferenciais. No estágio curricular do último ano de graduação, permaneci neste espaço e comprovei a potencialidade do vínculo para o cuidado. Identifiquei o quanto o desenho tem potencialidade para que os profissionais da equipe aproximem-se e conheçam as particularidades de cada família e seus enfrentamentos na saúde. E, sempre me defrontei com a frequente presença das queixas de cólica infantil nas consultas de puericultura, bem como a pouca importância dada para ela, advinda dos profissionais de saúde.

Devido a toda minha trajetória, despertou-se o interesse em realizar esta pesquisa, pela cólica infantil ter relevância no cuidado com o recém-nascido e ao mesmo tempo ser tão insignificante e corriqueira para os profissionais de saúde, mas de um valor para a mãe e família deste recém-nascido, gerando um descompasso no cuidado e não realizando um cuidado integral e humanizado. Diante disso, me dedico a estudar e a pesquisar esta temática com o objetivo de gerar contribuições para a transformação desse cenário.

1.2. Trajetória científica

Minha trajetória como pesquisadora mostra que a temática do cuidado ao lactente, seja aquele nascido a termo quanto a pré-termo, sempre integrou minhas inquietações. Desde a graduação até o mestrado realizei a elaboração de seis artigos científicos, sendo que até o momento, dois deles obtiveram publicação:

- CUSTÓDIO, N.; ABREU, F.C.P.; MARSKI, B.S.L, MELLO, D.F.; WERNET, M. Alta da unidade de cuidado intensivo neonatal e o cuidado em domicílio: revisão integrativa da literatura. Rev Min Enferm., v.17, n.4, p.984-991, 2013.
- ABREU, F.C.P.; FABBRO, M.R.C.; WERNET, M. Fatores que intervêm na amamentação exclusiva: revisão integrativa. Rev Rene., v. 14, n.3, p.610-619, 2013.

Em adição, estou aguardando as análises dos artigos submetidos às revistas como autora: "ALEITAMENTO MATERNO DO PREMATURO EM DOMICÍLIO" derivado de iniciação científica financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) sob a orientação da Profa. Dra. Monika Wernet, submetido à Revista Texto e Contexto Enfermagem, e "ANGÚSTIA EM PROVER CONFORTO AO FILHO: EXPERIÊNCIA DE MÃES DIANTE DA CÓLICA INFANTIL" derivado de uma iniciação

científica do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) e vinculado à minha pesquisa de mestrado. E como coautora de dois artigos a saber: "TORNAR-SE PAI NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL: REVISÃO INTEGRATIVA", submetido à Revista Cadernos de Terapia Ocupacional, e o artigo "INTERAÇÕES PROFISSIONAIS DE SAÚDE E MÃES DE PREMATUROS: INFLUÊNCIA NO CUIDADO MATERNO", submetido à Revista de Enfermagem UERJ.

Além disso, um artigo está na fase de elaboração derivado de um estudo feito no grupo de pesquisa Saúde e Família sobre a participação da família no aleitamento materno misto. O artigo oriundo do mestrado também se encontra na fase de elaboração, com o objetivo de publicação, após a defesa de mestrado.

1.3. Trajetória do Mestrado

Na trajetória do mestrado cursei diversas disciplinas que ampliaram meu olhar para o que é ser e como ser pesquisadora, além de proporcionar novos conhecimentos teóricos e práticos sobre: os métodos utilizados em pesquisas qualitativas, como realizar pesquisas com famílias, o conceito de dor, a construção da saúde pública no Brasil, os métodos de ensino e a instrumentalização para a prática docente e de pesquisa em saúde.

Em adição vivo a possibilidade de participar da construção e execução como pesquisadora auxiliar de um projeto de mestrado intitulado "Diálogos no pré-natal: desdobramentos na experiência de mulheres em parir e cuidar do(s) filho(s)", de discussões com mestrandas e outras pesquisadoras de iniciação científica, sobre diversas temáticas, o que tem sido um rico momento que me proporciona novos conhecimentos e práticas.

Contudo, poder vivenciar pesquisas de campo me permitiu refletir sobre o papel do pesquisador na coleta e análise de dados, bem como um olhar mais sensível para as experiências das mães e dos profissionais de saúde, no manejo da cólica infantil. Esta sensibilidade contribui com minha prática profissional, em que minha escuta está mais ampliada e sensível, bem como minha disponibilidade para a coconstrução do cuidado neste contexto.

Diante disso, esta pesquisa me invadiu por diferentes emoções, felicidade ao entrevistar cada participante, por poder conhecer as vivências, as angústias e os sofrimentos que os membros vivem no manejo da cólica infantil, mas ao mesmo tempo me deixou

chateada por saber que os meus colegas, profissionais da saúde, banalizam tal questão, não realizando um atendimento integral e humanizado.

Outro ponto marcante é o crescimento profissional e pessoal, concomitantemente contribuindo para meu crescimento como pesquisadora, pois entrar em contato com pessoas que passaram por momentos difíceis, acerca da cólica infantil, me contempla em poder criar estratégias que possam superar este momento e quem sabe até tocar os profissionais a terem um olhar diferenciado para a cólica infantil.

O relatório aqui apresentado, nas páginas a seguir sob a forma de dissertação, é reflexo desta trajetória que se direciona a ser de contribuição social na saúde.

Boa leitura!!!



2. INTRODUÇÃO

2.1. O cuidado nas práticas de saúde

O conceito de cuidado é permeado pela demanda da integralidade e da humanização das práticas de saúde e compromete-se em tornar a atenção à saúde promotora de diálogos das necessidades individuais entre o cuidador e quem recebe o cuidado (AYRES, 2009) para encontrar modificações nas ações de saúde (AYRES, 2011).

Diante disso, o cuidado se reflete na atitude de atenção para com o outro e inclui preocupação e inquietação pelo próximo, de íntima relação com a ligação estabelecida entre o cuidador e quem recebe o cuidado (SILVEIRA; VIEIRA; MONTEIRO; MIRANDA; SILVA, 2013). Traduz o profissional de saúde frente às necessidades do usuário. É uma prática pautada na atitude de ocupação, envolvimento, preocupação e sintonia com o outro (BOFF, 2003). Com isso, o cuidado é o que permeia as relações entre os seres humanos (SILVEIRA; VIEIRA; MONTEIRO; MIRANDA; SILVA, 2013) e trata-se de uma construção coletiva, onde minimamente se tem o profissional de saúde e o usuário (BARROS; GOMES, 2011).

Em adição, o cuidado também pode ser interpretado como o cuidar de si mesmo, configurando-se como uma necessidade de todos os seres humanos, regidos por práticas e responsabilidades individuais (AYRES, 2004).

Assim o cuidado não é promotor de atitudes que visam ao corpo e à doença (ARAÚJO; XAVIER, 2014; QUEIROZ; GARANHANI, 2012), pois ao ter ações de cuidado que vão além da dimensão do corpo e do biomédico é que se consegue realizar o cuidado integral e humanizado (AYRES, 2004).

Diante disso, precisa se considerar a participação dos sujeitos e proporcionar espaços de diálogos e ensinamentos para o compartilhamento de anseios, informações e saberes (BARROS; GOMES, 2011; QUEIROZ; GARANHANI, 2012). Ensinar o cuidado corrobora o entendimento da integralidade e das técnicas que os cuidadores adotam frente à necessidade dos sujeitos que priorizam o cuidar de si (AYRES, 2010).

As práticas de saúde decorrem de diálogos abertos e livres entre os sujeitos envolvidos no cuidado, e para existir o diálogo os sujeitos devem se reconhecer mutuamente (AYRES, 2010). Pode-se dizer que o diálogo é uma tecnologia leve adotada para se realizar cuidado, principalmente no que tange à tecnologia de conversação com uma assistência integral à saúde (AYRES, 2004). Saber ouvir, a paralinguagem e a linguagem, dentre outros elementos, integram e afetam o cuidado, o qual tem íntima relação com a criação de vínculos e afetos (BARROS; GOMES, 2011). Neste sentido, tal atitude do cuidador tem grande representação para o ser que tem a necessidade de cuidado (QUEIROZ; GARANHANI, 2012).

Sendo assim, o cuidado torna a atenção à saúde mais integral e humanizada, por fazer com que os sujeitos sejam não apenas objetos e sim participantes e construtores de diálogos com a abordagem de integrar a totalidade do sujeito no cuidado (AYRES, 2009).

As práticas de saúde humanizada não é uma tarefa fácil, e não é possível realizá-las se baseadas em atender a diferentes necessidades de saúde (AYRES, 2011). Diante disso, a Política Nacional de Humanização (PNH) (2010, p. 16) aponta que:

A modificação das práticas de cuidado se faz no sentido da ampliação da clínica, isto é, pelo enfrentamento de uma clínica ainda hegemônica que: 1) toma a doença e o sintoma como seu objeto; 2) toma a remissão de sintoma e a cura como seu objetivo; 3) realiza a avaliação diagnóstica reduzindo-a à objetividade positivista clínica ou epidemiológica; 4) define a intervenção terapêutica considerando predominantemente ou exclusivamente os aspectos orgânicos.

O cuidado surge como elemento transversal que auxilia as práticas em saúde de maneira interdisciplinar, assumindo um papel relevante nos serviços de saúde no que tange à superação e solução dos problemas dos usuários, tendo o sujeito como foco nos processos de saúde e doença, a família, a comunidade e o próprio contexto em que o usuário está inserido, dando-lhes autonomia (BARROS; GOMES, 2011). Isso só ocorre com trabalho em equipe multidisciplinar que constrói vínculos entre os distintos sujeitos e elabora um projeto terapêutico individual (BARROS; GOMES, 2011).

Em adição, a clínica ampliada adota o conceito de cuidado, sobretudo ao apontar a importância da aliança entre o sujeito singular e o profissional. Ela reconhece e estimula o sujeito a assumir a responsabilidade no seu próprio projeto terapêutico, criando compromisso ético que não o reduz à doença (BARROS; GOMES, 2011).

Com isso, a ESF conta com uma equipe multidisciplinar que dá fundamento para articulações intersetoriais e promotoras do cuidado à saúde, dada sua característica singular nos processos de saúde e doença e devido às suas ações estarem voltadas à promoção da saúde conseguem colocar em prática o conceito de cuidado (AYRES, 2004), além de promover a clínica ampliada no cuidado ao sujeito.

2.2. Estratégia de Saúde da Família e implicações para o cuidado

A política de fortalecimento da APS no Brasil é a ESF que assume como um de seus diferenciais a territorialização (PAIM et al., 2011) e a família na centralidade de suas ações (BRASIL, 2012). Busca a universalidade, equidade e integralidade do cuidado (BRASIL,

2012) por meio de práticas de equipe multidisciplinar, sendo concebida como local privilegiado para promoção da saúde (GRIPPO; FRACOLLI, 2008). Isto se deve, sobretudo, à possibilidade de estabelecimento de vínculo entre profissionais, usuários e suas coletividades, aspecto essencial à integralidade e humanização do cuidado (FIGUEIREDO et al., 2011).

Nesse sentido, profissionais destas equipes precisam criar o cuidado e os conhecimentos e habilidades necessários a ele junto com os indivíduos, famílias e outras coletividades. E, nesta perspectiva, há necessidade de acessar, compreender e fortalecer os mesmos para que eles ampliem seu papel social na saúde, mobilizando recursos e promovendo apoio mútuo e crescimento.

A integralidade e humanização do cuidado em saúde abrange a ampliação da escuta dos profissionais aos sujeitos, bem como das ações desenvolvidas para a saúde (BRASIL, 2004). Contudo, ficam questionamentos do quanto isto está presente e a influência do cuidado das equipes de saúde da família neste sentido (KANTORSKI, 2009).

Ter uma filosofia de cuidado que é incipiente na valorização da subjetividade, da escuta e na efetividade da comunicação compromete a humanização das práticas de saúde. Esta é marco teórico-político desde 2004, especialmente em função de lacunas relacionadas ao processo de trabalho, sobretudo nas relações dos profissionais entre si e desses com os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2004).

Como a própria PNH (2004, p. 6, 7) traz:

humanizar é, então ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais. [...] um conjunto de princípios e diretrizes que se traduzem em ações nos diversos serviços, nas práticas de saúde e nas instâncias do sistema, caracterizando uma construção coletiva.

O modo como os processos de trabalho ocorrem precisa ser estruturado em troca solidárias e comprometidas com a produção de saúde, o que requer corresponsabilidade dos atores envolvidos, reconhecendo esta como valor e direito de todos (BRASIL, 2004).

Exige construções coletivas, onde os encontros permitam diálogo e troca de saberes diante da busca de acolhimento, de necessidades sociais, familiares e individuais (BRASIL, 2004). Em adição, a PNH (2004, p. 8) aponta:

A humanização, como um conjunto de estratégias para alcançar a qualificação da atenção e da gestão em saúde no SUS, estabelece-se, portanto como a construção/ativação de atitudes ético-estético-políticas em sintonia com o projeto de corresponsabilidade e qualificação dos vínculos interprofissionais e entre estes e os usuários na produção de saúde.

A humanização do cuidado tem íntima associação com a satisfação do usuário e com o acolhimento recebido. Neste sentido, dentre as diversas queixas que integram a puericultura e geram insatisfação e sofrimento a usuários e família está a cólica do lactente, também nomeada como cólica infantil.

2.3. Cólica infantil: definição, tratamento e repercussões

A cólica infantil é uma condição clínica frequente na infância (SAVINO, 2007) e queixa recorrente nas primeiras consultas de puericultura (ABE; FERRARI, 2008). Sua ocorrência independe dos seguintes fatores: sexo da criança (CHRISTOFFEL et al., 2013; SAAVEDRA et al., 2003); peso ao nascimento; situação socioeconômica. Porém sua ocorrência depende do nível de escolaridade materna, do tipo de parto e da oferta do leite materno (SAAVEDRA et al., 2003). Porém pode estar relacionada com os fatores gastrointestinais (LANDGREN; KVORNING; HAALSTRÖM, 2011), é também conhecida como a síndrome do excesso de choro (HERMAN; LE, 2007).

O conceito da literatura comumente utilizado para a definição da cólica infantil é o estabelecido por Wessel, baseado na presença dos paroxismos de irritabilidade, agitação e choro. Quando o choro se faz presente, este se inicia geralmente ao entardecer, com duração igual ou maior de 3 horas por dia, com ocorrência deste choro por 3 dias da semana ou mais, e que se estende por um período mínimo de 3 semanas (LANDGREN; KVORNING; HAALSTRÖM, 2010, 2010a, 2011; REINTHAL; LUND; LUNDEBERG, 2011; SAVINO, 2007; WESSEL et al., 1954).

O início da cólica ocorre na segunda semana após o nascimento (CHRISTOFFEL et al., 2013; ÇETINKAYA; BASBAKKAL, 2012) e persiste até a sexta semana (ÇETINKAYA; BASBAKKAL, 2012), ou até o terceiro mês de vida (CHRISTOFFEL et al., 2013; SAAVEDRA et al., 2003), sendo prevalente em aproximadamente 10% a 30% dos lactentes

(LANDGREN; KVORNING; HAALSTRÖM, 2010, 2011; SAVINO, 2007; SAVINO et al., 2010).

Contudo, há falta de evidências científicas que definam etiologia e patogenia da cólica com clareza, sendo assim, não existe um tratamento específico, mas se sabe que quando a criança alcança a idade de 4-6 meses, o problema resolve-se espontaneamente (ENGLER; HADASH; SHEHADEH, 2012).

Sobre a etiologia o que se sabe é que está relacionada à imaturidade fisiológica, tendo múltiplos fatores da sua causa, podendo ser divididas em fatores gastrointestinais e não gastrointestinais (MURAHOVSKI, 2003). Os fatores mais mencionados pela literatura foram: (1) disfunção gastrointestinal (ENGLER; HADASH; SHEHADEH, 2012; HERMAN; LE, 2007; ÇETINKAYA; BASBAKKAL, 2012); (2) imaturidade do sistema gastrointestinal (ENGLER; HADASH; SHEHADEH, 2012; HERMAN; LE, 2007; PERRY; HUNT; ERNST, 2011; SAAVEDRA et al., 2003; ÇETINKAYA; BASBAKKAL, 2012) que gera um acúmulo de gases e consequente distensão abdominal e dor (ENGLER; HADASH; SHEHADEH, 2012; ÇETINKAYA; BASBAKKAL, 2012); (3) má absorção alimentar (HERMAN; LE, 2007; PERRY; HUNT; ERNST, 2011; SAAVEDRA et al., 2003; SAVINO, 2007); (4) dismotilidade gastrointestinal (HERMAN; LE, 2007); (5) hipermotilidade gastrointestinal (SAVINO, 2007); (6) insuficiência de enzimas fisiológicas no sistema intestinal (SAVINO, 2007); (7) hiperperistalse do cólon (SAVINO, 2007); (8) refluxo gastroesofágico (SAAVEDRA et al., 2003); (9) desequilíbrio hormonal intestinal (REINTHAL; LUND; LUNDEBERG, 2011); (10) dificuldades de relacionamentos entre pais e filhos (REINTHAL; LUND; LUNDEBERG, 2011; ÇETINKAYA; BASBAKKAL, 2012); (11) desregulação no sistema nervoso central e autônomo (REINTHAL; LUND; LUNDEBERG, 2011; ÇETINKAYA; BASBAKKAL, 2012).

Em adição, um estudo mostrou que as crianças que não são alimentadas no seio materno apresentam maior incidência de cólica infantil das que recebem o leite materno (SAAVEDRA et al., 2003).

O leite materno tem um efeito inibidor da cólica e do choro, devido à liberação de melatonina, hormônio com propriedades miorrelaxantes ao sistema gastrointestinal (ENGLER; HADASH; SHEHADEH, 2012). Ele gera aumento do esvaziamento gástrico, aumento do peristaltismo do intestino delgado e diminuição no tempo do trânsito intestinal (SAVINO, 2007). Em contraponto, aponta-se que o leite materno contém o fator de necrose

tumoral alfa (TNF α) que desregula a produção da melatonina e os níveis de serotonina do bebê, desencadeando a cólica no lactente (CAKMAK, 2011).

Para o diagnóstico da cólica, os pais se baseiam na presença do choro do filho (CHRISTOFFEL et al., 2013; HERMAN; LE, 2007; LEANDRO; MOREIRA, 2011; SAVINO, 2007), sendo que este é estridente, inconsolável (HERMAN; LE, 2007; SAVINO, 2007), incessante, intenso (LEANDRO; MOREIRA, 2011) e está acompanhado de contratura das pernas (CHRISTOFFEL et al., 2013; HERMAN; LE, 2007; LEANDRO; MOREIRA, 2011; SAVINO, 2007) e do corpo (CHRISTOFFEL et al., 2013), rubor da face (CHRISTOFFEL et al., 2013; HERMAN; LE, 2007; SAVINO, 2007), franzir de sobrancelhas (HERMAN; LE, 2007; SAVINO; 2007), caretas, sudorese e a agitação em que o filho se encontra (CHRISTOFFEL et al., 2013). A presença do choro da criança causa na mãe e na família preocupações e nervosismo, e por não conhecer a causa certa do como cessar esse choro sentimentos de impotência, desespero e pena da criança surgem, ao vivenciarem esta situação (LEANDRO; MOREIRA, 2011).

Apesar dos tratamentos não terem sua eficácia comprovada cientificamente, os pais lançam-se nos contínuos processos de experimentá-los e verificar seus efeitos. Sendo assim, algumas intervenções são adotadas no manejo da cólica infantil no intuito de amenizar a dor e o choro.

Dentre elas destacam-se: (1) Acupuntura que resulta na redução do choro (CAKMAK, 2011; LANDGREN; KVORNING; HAALSTRÖM, 2010, 2011; REINTHAL; LUND; LUNDEBERG, 2011; SKJEIE et al., 2013), melhora na qualidade do sono (LANDGREN; KVORNING; HAALSTRÖM, 2011) e na agitação do bebê (CAKMAK, 2011; LANDGREN, KVORNING E HAALSTRÖM, 2010, 2011; REINTHAL, LUND E LUNDEBERG, 2011); (2) a massagem (PERRY; HUNT; ERNST, 2011; RAMOS et al., 2014; TOMELERI; MARCON, 2009; ÇETINKAYA E BASBAKKAL, 2012), por ser método de fácil aplicabilidade e de estímulo na formação de vínculo mãe e filho (RAMOS et al., 2014) e a aromoterapia que assim como a massagem diminuem a ansiedade da criança, aliviam a dor e relaxam a musculatura (ÇETINKAYA; BASBAKKAL, 2012); (3) a sacarose oral por liberar opioides endógenos que proporcionam um efeito analgésico (HERMAN; LE, 2007); (4) introdução de chá de ervas (HERMAN; LE, 2007; RAMOS et al., 2014; SAVINO, 2007; TOMELERI; MARCON, 2009); (5) os medicamentos anticolinérgicos (Funchicórea®) (HERMAN; LE, 2007; RAMOS et al., 2014); (6) medicamentos alopáticos (Luftal® e

Buscopam®) muitas vezes ofertados à criança sem a prescrição médica (RAMOS et al., 2014); (7) diferentes maneiras de segurar o bebê (LANDGREN; KVORNING; HAALSTRÖM, 2010a), como de braços, por exemplo (RAMOS et al., 2014), concomitante com a realização de diversos tipos de balanço e aconchego (LANDGREN; KVORNING; HAALSTRÖM, 2010a); (8) colocar a barriga do bebê em contato com a barriga da mãe e/ou algum membro da família (RAMOS et al., 2014); (9) exercícios com as pernas (RAMOS et al., 2014); (10) uso do calor na barriga com um pano quente (TOMELERI; MARCON, 2009); (11) uso de probióticos na diminuição do tempo de choro (ANABREES et al., 2013). Em adição, um estudo mostra que a realização de uma dieta hipoalergênica e a restrição alimentar da mãe que amamenta trazem repercussões positivas e eficazes no surgimento da cólica (RAMOS et al., 2014), e essa técnica é colocada em prática por algumas mães (TOMELERI; MARCON, 2009). Porém, um estudo afirma que quando a mãe restringe alimentos como o leite de vaca e seus derivados, estes não surtem efeitos positivos, mostrando que não existe nenhuma influência de a mãe ingeri-los com a ocorrência da cólica (MORAVEJ et al., 2010).

Quando nenhuma dessas intervenções mencionadas acima surte efeitos positivos no manejo da cólica, os pais e famílias recorrem a informações em livros (LANDGREN; KVORNING; HAALSTRÖM, 2010a) e na internet (BAILEY; D'AURIA; HAUSHALTER, 2013; LANDGREN; KVORNING; HAALSTRÖM, 2010a) e testam diferentes maneiras de alimentação e medicação na busca de solucionar a cólica infantil (LANDGREN; KVORNING; HAALSTRÖM, 2010a).

Sendo assim, a cólica infantil traz repercussões para a dinâmica familiar (HERMAN; LE, 2007; MURAHOVSKI, 2003; SAAVEDRA et al., 2003), como problemas na relação e interação entre pais e filhos (LANDGREN; KVORNING; HAALSTRÖM, 2010a; SAAVEDRA et al., 2003; SAVINO, 2007; ÇETINKAYA; BASBAKKAL, 2012), conflitos na relação conjugal (ÇETINKAYA; BASBAKKAL, 2012), maus-tratos à criança (LANDGREN; KVORNING; HAALSTRÖM, 2010a; SAAVEDRA et al., 2003; ÇETINKAYA, BASBAKKAL, 2012), negligência (LANDGREN; KVORNING; HAALSTRÖM, 2010a), interferências no cuidado a outros filhos (LANDGREN; KVORNING; HAALSTRÖM, 2010a), além do isolamento do convívio familiar e social (LANDGREN; KVORNING; HAALSTRÖM, 2010a).

E ao vivenciar essa situação, gera nos pais sentimentos negativos como: de incompetência (LANDGREN; KVORNING; HAALSTRÖM, 2010^a; SAAVEDRA et al.,

2003); de impotência (LANDGREN; KVORNING; HAALSTRÖM, 2010a); de incapacidade (LEANDRO; MOREIRA, 2011); de insegurança no cuidado com o filho (CHRISTOFFEL et al., 2013; LANDGREN; KVORNING; HAALSTRÖM, 2010a); de ansiedade (CHRISTOFFEL et al., 2013; HERMAN; LE, 2007; SAVINO, 2007); de tensão (CHRISTOFFEL et al., 2013); de irritação (CHRISTOFFEL et al., 2013); de angústia (CHRISTOFFEL et al., 2013); de cansaço (CHRISTOFFEL et al., 2013; LEANDRO; MOREIRA, 2011) e de estresse (HERMAN; LE, 2007), podendo levar até a uma depressão (ABACI et al., 2013; CHRISTOFFEL et al., 2013; HERMAN; LE, 2007; MURAHOVSKI, 2003). Esses sentimentos se sobressaem em relação aos sentimentos de tranquilidade e paciência no manejo da cólica do filho, tornando-os mais sensíveis e vulneráveis (CHRISTOFFEL et al., 2013).

Em adição, um estudo mostrou que as mães que vivenciam a cólica do filho apresentam baixa qualidade de vida devido às repercussões negativas em sua saúde mental e física (ABACI et al., 2013).

A existência desses sentimentos negativos mencionados acima, além do medo e frustração, integra processo da cólica que tende a ser desanimador tanto para os pais quanto para os profissionais da saúde (LANDGREN; KVORNING; HAALSTRÖM, 2010a).

Contudo, o cuidado infantil com cólica em domicílio ainda é uma tarefa que exige muito esforço por parte dos pais, e estes têm grande sofrimento na tentativa de escolha do melhor tratamento para o filho e buscam por ajuda dos profissionais de saúde, especialmente aqueles que conduzem a puericultura. É nas consultas de puericultura que a queixa de cólica infantil emerge, e os profissionais que a conduzem devem detectá-la e preveni-la (ABE; FERRARI, 2008), além de dar todo o suporte necessário à mãe e família.

A interação dos pais com os profissionais de saúde no momento da cólica infantil é de informações (LANDGREN; KVORNING; HAALSTRÖM, 2010a), de orientações impositivas (RAMOS et al., 2014) e ao mesmo tempo de não compreensão da real situação vivenciada por eles (LANDGREN; KVORNING; HAALSTRÖM, 2010a; RAMOS et al., 2014). Sendo assim, os profissionais precisam criar uma aliança terapêutica para poder ajudar os pais a enfrentarem a situação do estresse e sofrimento que a cólica infantil gera (LANDGREN; KVORNING; HAALSTRÖM, 2010a) através do apoio emocional (BAILEY; D'AURIA; HAUSHALTER, 2013; HERMAN; LE, 2007; MURAHOVSKI, 2003); ofertar informações (SAVINO, 2007) e conselhos para tranquilizá-los perante a situação

(MURAHOVSKI, 2003; SAVINO, 2007) e para que consigam resolvê-la da maneira que acharem conveniente.

Frente ao exposto, o presente estudo propõe-se a contribuir com a humanização e o cuidado no contexto da puericultura na ESF, com foco na queixa da cólica infantil. Para tanto, volta-se a compreender o manejo da mesma na ótica dos sujeitos envolvidos sob a pergunta: "Como ocorre o acolhimento da queixa da cólica infantil na ESF na perspectiva das mães e profissionais? Quais as dissonâncias e consonâncias existentes?"



3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo geral

Caracterizar a inter-relação do manejo da cólica infantil por parte das mães e profissionais de ESF, com vistas a ampliar a humanização do cuidado.

3.2. Objetivos específicos

- Analisar o cuidado dos profissionais da ESF frente à cólica infantil;
- Analisar o cuidado da mãe frente à cólica infantil do filho.

4. REFERENCIAIS E CONDUÇÃO DO ESTUDO

4.1. Referencial teórico

Em função de o estudo requerer o conhecimento dos significados e das ações, o Interacionismo Simbólico (IS) revelou-se um referencial teórico pertinente. Isto se deve ao fato de ele explorar comportamento humano individual e grupal, a partir de significados simbólicos (CHARON, 2010). A obtenção do material empírico é obtido por meio de técnicas que permitam geração de blocos textuais, como, por exemplo, estudo de caso; entrevistas; observação participante; história de vida; conversações; análise de documentos; cartas; diários (ENNES, 2013).

O IS, referencial social da vertente interpretativa, explora como os significados emergem na e da interação social e seus desdobramentos em ações humanas (AKSAN et al., 2009). Essas ações estão baseadas no significado que as coisas (objetos físicos, categorias de objetos, instituições, ideais, atividades e situações) têm para o(s) ator(es) social(ais), e o significado é decorrente da(s) interação(ões) social(is), sofrendo alterações constantemente (NUNES, 2013).

Esse referencial surgiu na Universidade de Chicago, no século XVIII, tendo o professor de Filosofia chamado George Herbert Mead (1863-1931) como o primeiro a se aprofundar no assunto e difundi-lo nos anos de 1893 a 1931 (CHARON, 2010). Mead teve um livro escrito após sua morte, o *Mind, Self and Society*, editado em 1934 por seu aluno Charles Morris, que abarca os princípios cruciais da interação simbólica, dando fundamento para o IS (BELL, 1996).

Um discípulo de Mead, o sociólogo Herbert Blumer, deu continuidade aos estudos sobre a abordagem interacionista, desenvolvendo o IS. Após ele, existiram outros pesquisadores que contribuíram para mudanças nesta abordagem, gerando correntes dentro do IS (CHARON, 2010).

Este estudo selecionou como referencial o IS na perspectiva de Blumer (1969), o qual aponta que o IS na sua concepção é baseado em três premissas:

1. Os seres humanos compreendem o mundo e atuam em relação aos significados que as coisas têm para si;
2. O significado é fruto das interações sociais que o ser humano vivencia com os outros e com o ambiente;

3. As interações sociais alteram os significados mediante o próprio processo interpretativo da pessoa.

Em resumo, as premissas de Blumer determinam que a ação do ser humano ocorre devido a sua relação com o meio, através da interação social regida pela própria interpretação que dá origem aos significados (ENNES, 2013).

Em adição, Charon (2010) da mesma vertente defendida por Blumer, traz as ideias fundamentais do IS, apresentadas em cinco categorias:

1. O ser humano é ator de suas ações, onde estas são alteradas pelas interações sociais que vivencia, ocasionando uma interpretação, ou seja, a ação é dependente do meio vivenciado pelo ser;

2. O ser humano é considerado um ser pensante, capaz de pensar, e suas ações estão entrelaçadas com o processo dinâmico do pensamento;

3. O conjunto de pensamento e interações sociais de maneira dinâmica resulta no ambiente do ser humano que está interligado com as vivências atuais ou já vivenciadas;

4. A ação humana é fruto da vivência atual, mas os momentos já vivenciados podem fazer parte desta ação desde que sejam alterados mediante a nossa vivência atual;

5. Os seres humanos são considerados operantes no seu ambiente e através das interações sociais consigo e com o outro regulam suas ações, pensamentos e situações.

Percebe-se que o referencial teórico do IS concebe a pessoa como ativa na sua experiência e ser no presente de cada vivência que ocorre a definição da realidade com o desencadeamento de ações influenciadas pelas interações (BLUMER, 1969). Ou seja, o ser humano é ativo na sua experiência e à medida que interage age no presente aplicando seu passado vivido (CHARON, 2010).

Sendo assim, o IS é constituído por conceitos básicos como **símbolo**, **self**, **mente**, **assumir o papel do outro**, **ação humana**, **interação social** e **sociedade**, abaixo descritos (CHARON, 2010).

- A ideia central do IS é o **símbolo**, pois é através dele que os seres humanos interagem entre si, sendo este um objeto social que surge e/ou se mantém e/ou se transforma a partir das interações sociais vivenciadas pelo indivíduo. Tem a intenção de representar e compartilhar os significados para si mesmo e para o outro, derivados dos processos sociais e da historicidade do indivíduo, com o intuito de determinar as ações sociais, a fim de atribuir um significado para si e para o outro com quem está interagindo;
- O *self* surge nas interações sociais, também pode ser considerado como um objeto social, mas com um olhar voltado para o interior do indivíduo, ou seja, o *self* acontece quando interagimos com os outros e com nós mesmos, determinando ações sociais mobilizadas por outros elementos de forma dinâmica. É composto pelo "**Eu**" e pelo "**Mim**", na qual o "**Eu**" tem o indivíduo como sujeito, e as respostas às ações ocorrem de forma espontânea e impulsiva, não sofrendo influências do meio social, e o "**Mim**" são atitudes organizadas que surgem das interações norteadas pelas crenças, culturas e conceitos dos outros que cercam o indivíduo, dando uma direção para a ação com considerações às expectativas e imposições sociais;
- A **mente** é definida como ação social, que age como intermediário ao acionar o *self* através dos símbolos que emergem das interações sociais. Além disso, está envolvida na elaboração dos significados que surgem das interações consigo próprio e com o outro, dando origem às ações sociais;
- **Assumir o papel do outro** é uma atividade mental que visa à compreensão do *self*, ao utilizar o próprio processo interacional para a compreensão do outro e consequentemente alinhando à própria ação, promovendo melhor interação nas relações;
- A **ação humana** é a competência que o ser humano tem para realizar indicações para si, sendo também um processo simbolicamente formado e que traduz as ações que o indivíduo realiza. Com isso, o indivíduo interpreta os significados dos outros, constituindo sua própria linha de ação que sofre influências das interações consigo próprio e com o outro. As ações são estabelecidas conforme o que se vive no presente e são estruturadas em metas e objetos sociais. O ser humano age conforme suas experiências do passado, do presente e do futuro, e suas ações são resultados da definição da situação.
- A **interação social** é central para o IS, definida quando os seres humanos interagem consigo, com os outros e com o ambiente através da comunicação utilizando os símbolos, direcionando o *self*, estabelecendo a atividade mental, tomadas de decisões, estabelecer situações e assumir papéis. É na interação social que os seres humanos criam os símbolos e

objetos sociais; criam e definem o *self*; criam e influenciam a mente e a própria habilidade de assumir papéis. Quando a interação social ocorre, realizamos interpretações dos outros (objetos sociais) através da nossa perspectiva, sendo que os atos dos seres humanos são simbólicos, e atuamos por intermédio do *self*, empenhando-se na atividade mental ao interagir e assim assumir papel para, então, entender o outro.

- A **sociedade** se define através das interações simbólicas e a criação das culturas, sendo que os indivíduos têm o compromisso de se envolver para poder mantê-la.

Em resumo, o IS é um referencial teórico que tem como pressuposto que a experiência humana é mediada pela interpretação e esta determina significados aos objetos sociais e determina atos em função destes. O processo de significação, desencadeado neste processo interacional com o *self* e com o contexto, é comunicado por meio de símbolos.

Os símbolos buscam a representação das pessoas do significado interacional estabelecido. Contudo, tal processo só é efetivamente atingido quando o significado intencionado é compreendido por aquele que o produz e por aquele que o recebe (BLUMER, 1969).

Assim sendo, o comportamento humano pauta-se no ato social por meio do comportamento externado e do processo interiorizado (atividade interna à pessoa) (CHARON, 2010). Na interação social, somos objetos sociais para nós e para os outros, usamos símbolos, exercemos a atividade mental que direciona o *self* e integramos tomadas de decisão, a partir de definições estabelecidas na situação (CHARON, 2010).

Nas pesquisas de enfermagem, o IS aponta ser um referencial teórico pertinente, pelo fato de ter o significado como eixo central, por ser através das interações que emergem as ações por meio do contexto social em que as pessoas vivem. Ao colocar na prática essa teoria, surtem efeitos nos relacionamentos interpessoais, onde estes se tornam mais humanizados e interativos através da ampliação dos conhecimentos, das ações e da construção de estratégias direcionadas para que esse tipo de relacionamento aconteça (LOPES; JORGE, 2005).

Frente ao foco do estudo que explora ações, tanto de profissionais quanto de mães, diante da cólica infantil, pode-se dizer que os significados estruturantes deste processo originam-se na interação que os profissionais de saúde e mães estabelecem entre si, bem como na interação com aspectos de um passado vivido e do atual contexto social. Neste sentido, a

caracterização e a análise da experiência de cuidado, na situação de cólica infantil no contexto familiar e da ESF, requerem acessar o fenômeno na perspectiva dos atores envolvidos. E o presente projeto elencou as mães e os profissionais da ESF como sujeitos e entende que os demais elementos do contexto social serão trazidos nas perspectivas destes, ao narrarem sua experiência de cuidado.

4.2. Referencial metodológico

Como estratégia metodológica propõe-se a pesquisa de narrativa, pois ela permite apreender elementos significativos de experiências interacionais, uma vez que se trata de estratégia metodológica adotada na pesquisa qualitativa para extrair, analisar e compreender histórias vividas (BLEAKLEY, 2005; CASTELLANOS, 2014; CLANDININ; CONNELLY, 2004).

Os participantes da pesquisa são escolhidos propositalmente, mediante o foco do estudo, e a quantidade também varia de acordo com o escopo e as informações adquiridas no decorrer da pesquisa (DRIESSNACK; SOUSA; MENDES, 2007).

As investigações narrativas são estudos nos quais as epifanias, rituais, rotinas, metáforas e experiências cotidianas são captadas, desveladas e exploradas (CLANDININ; CONNELLY, 2004). A exploração deve ser conduzida com a coparticipação dos envolvidos, a fim de existir a coconstrução da história, em um processo circular de escutar, refletir e interpretar o narrado por eles (BARTON, 2004).

Quando o participante traz sua história, ele a reorganiza de forma coerente, com a própria interpretação e/ou percepção das suas vivências e busca transmitir isto àquele que o ouve no intuito de que o exposto corresponda ao que lhe foi perguntado. Assim, a narrativa gerada contém dados das vivências em foco no estudo, sendo este "material" o que permitirá o estabelecimento de resposta aos objetivos postos no estudo (SILVA; TRENTINI, 2002). Trata-se de referencial que abarca as interpretações das ações e significados trazidos enquanto uma história descritiva em resposta a uma pergunta feita, pergunta esta que remete a vivências de uma pessoa ou grupo (CASTELLANOS, 2014).

As narrativas dos participantes nem sempre estão organizadas de forma clara, sistemática e sequencial, pois as vivências estão sendo descritas a partir de um enredo e

elementos relevantes dele selecionados por aquele que as experienciou (SILVA; TRENTINI, 2002). Assim, a pesquisa de narrativa pauta-se no princípio de que o narrador seleciona, para a reconstrução da história, os componentes significativos, estruturando-os com o objetivo de alcançar a melhor retratação e tradução de sua experiência. E, por isto, ressalta-se, neste referencial, a atenção aos elementos estruturantes da narrativa, sobretudo enquanto temporalidade (desdobramentos das experiências e ações) e enredo (revelador da justaposição dos fatos, suas causas e consequências, bem como os significados que determinaram tal processo). Integram ainda elementos tradutores de preocupações e sofrimentos, os quais necessitam ser apreendidos e compreendidos enquanto parte da história narrada (GREENHALGH; RUSSELL; SWINGLEHURST, 2005; SILVA; TRENTINI, 2002).

Pelo exposto, tal referencial exige do pesquisador esforço de assumir o papel de ouvinte, de forma a evitar interromper seu pensamento no processo de narrar. Por isto, a apresentação de perguntas deve ser criteriosamente planejada de forma concomitante à escuta (SILVA; TRENTINI, 2002), o que requer atitudes que o colocam em interação à voz de quem narra, ao referencial teórico e a si próprio (GREENHALGH; RUSSELL; SWINGLEHURST, 2005). Tal aspecto exige do pesquisador um contínuo processo de diálogo com a história narrada, com o referencial teórico e consigo próprio, enquanto intérprete e explorador do que é exposto (GREENHALGH; RUSSELL; SWINGLEHURST, 2005).

Jovchelovitch e Bauer (2002) propõem os seguintes processos na condução de estudos sob este referencial: o reconhecimento do contexto do estudo e possíveis perguntas que permitam compreensão da história em exploração; estabelecimento do elemento disparador do diálogo; não interrupção do entrevistador e uma atitude que o encoraje a dar continuidade na sua narração; apresentar perguntas exploratórias mediante sinais de finalização da narração e não expressar opiniões.

As narrativas são classificadas em três tipos de acordo com o autor Silva e Trentini (2002, p. 427-428):

Narrativas breves: focalizando um determinado episódio, como a descoberta da doença, um súbito mal-estar. Essas narrativas podem ser apresentadas como resposta à pergunta, durante um diálogo ou extraídas de um texto de uma narrativa mais ampla. O elemento básico é que contenha a estrutura mínima de uma narrativa: começo, meio e fim. São narrativas mais sintéticas, em que é facilmente identificada a sequência do enredo;

Narrativas de vivências: são mais amplas, incluindo a história da vivência de uma pessoa com a doença. Essa narrativa inclui vários episódios que, geralmente, são colocados numa sequência de acontecimentos, dos quais nem sempre há uma interpretação temporal, construindo-se a experiência como um processo [...];

Narrativas populares: são as histórias contadas e recontadas entre pessoas de uma comunidade, podendo, algumas vezes, tornarem-se lendas. Essas histórias populares, muitas vezes, tornam-se referência para análise de situações vividas no presente pelas pessoas daquela comunidade.

As narrativas breves e de vivências são adquiridas por meio de entrevistas abertas ou semiestruturadas que englobam perguntas que instigam o entrevistador a narrar determinado fato. Já para obtenção das narrativas populares, a observação ou observação participante é o método mais utilizado, devido ao pesquisador estar presente no ambiente, conseguir captar informações relevantes através das histórias narradas pelos membros da comunidade (SILVA; TRENTINI, 2002). Sendo assim, cabe ao pesquisador escolher qual a melhor forma para obter as narrativas e criar suas próprias habilidades (SILVA; TRENTINI, 2002). Este estudo buscou narrativas de vivências e, por isso, selecionou a entrevista enquanto estratégia para obtenção das narrativas.

Dentre as diversas possibilidades de análise na pesquisa de narrativas, o presente estudo propõe a adoção da perspectiva holística com ênfase no conteúdo, na qual, a unidade de análise terá um posicionamento mais holístico, levando em consideração o todo da história e o conteúdo trazido à luz de temas (LIEBLICH; TUVAL-MASHIACH; ZILBER, 1998). Os procedimentos metodológicos seguirão recomendações (LIEBLICH; TUVAL-MASHIACH; ZILBER, 1998) que consistem em:

- Leitura reiterativa, de forma empática, do material coletado na tentativa de se estabelecer um núcleo central, um foco da história como um todo;
- Apontamento das impressões globais iniciais;
- Especificação dos termos ou focos de conteúdos a serem seguidos na reconstrução da história;
- Retomada da leitura reflexiva da história, destacando trechos da narrativa que retratam os temas especificados, momento em que novos temas podem ser estabelecidos, à medida que o processo analítico se desenvolve.

Na análise, o pesquisador assume o papel de fazer uso das narrativas para compreender as vivências pessoais dos entrevistados e o seu desafio está na interpretação das

narrativas, por ter que tornar claros e compreensíveis os significados contidos nelas. E assim estruturar em episódio sequencial as vivências narradas pelos entrevistados, mediante o foco do estudo (SILVA; TRENTINI, 2002).

4.3. Percurso metodológico

Trata-se de um estudo exploratório, com análise qualitativa dos dados, com um desenho de contribuição ao cuidado humanizado e integral, desenvolvido na cidade de São Carlos.

4.3.1. Local do estudo e aspectos éticos

O município de São Carlos está localizado no interior paulista, com área de abrangência de 1.137 km² (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010), com população estimada de 221.950, com índice de desenvolvimento humano municipal (2010) de 0,805, sendo que o índice nacional é de 0,744 (2014), e a taxa de nascidos vivos deste município é de 2.831 (BANCO DE DADOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 2012).

A territorialização na saúde pública na cidade do estudo está organizada em cinco regiões denominadas de Administração Regional de Saúde (ARES), com a função de coordenar as unidades de saúde de uma determinada área, além de ser um local que representa a Secretaria Municipal de Saúde para atender às demandas, sugestões, críticas, necessidades e propostas dos usuários (SÃO CARLOS, 2015). Todos os AREs possuem ESF, composta por equipe interdisciplinar (médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem, cirurgião-dentista, auxiliar de consultório dentário e agentes comunitários de saúde) (SÃO CARLOS, 2015a). O desenvolvimento do estudo aconteceu em um desses AREs, sob a indicação da Secretaria Municipal de Saúde, tendo como justificativa ser aquele que continha o maior número de articuladoras da Saúde Materno-Infantil do município.

Estabelecido o ARES, automaticamente as USFs e sua população estavam delimitados. Para estabelecer o primeiro contato com a USF, foi realizada uma visita até a unidade para a apresentação da pesquisa à enfermeira, profissional elencada como articuladora do estudo. Após essa apresentação, utilizou-se a reunião de equipe nas USFs como espaço para expor a pesquisa a toda equipe da USF, para apresentar os objetivos e os sujeitos intencionados (mães e profissionais da equipe). Assim, ao término da reunião sempre

existiu um posicionamento da equipe em relação ao estudo e propostas de como captar as mães.

Todas as quatro equipes integrantes do ARES aceitaram integrar o estudo e agendaram datas para a realização do grupo focal com os membros da equipe da USF. Em relação à captação das mães propuseram estratégias distintas: duas unidades preferiram que os agentes comunitários de saúde (ACS) buscassem na sua área crianças que atendiam aos critérios de inclusão, e as outras duas além desta forma mencionada sugeriram para que a pesquisadora levantasse os participantes através da ficha-espelho da vacina.

Ressalta-se que anterior à ida às unidades, e por conta de todas as recomendações éticas, o projeto de pesquisa foi apresentado primeiramente para a Secretaria Municipal de Saúde, a fim de se obter uma autorização (Anexo A) para a realização. Posterior à autorização, o projeto de pesquisa passou pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSCar (Anexo B) aprovado com parecer número 190.917. Todos os preceitos da Resolução 466/2012 foram seguidos e respeitados, em especial a de ser a participação na pesquisa voluntária e oficializada, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A).

A realização do convite a todos os sujeitos teve abordagem individual para as mães e coletiva na reunião de equipe para os profissionais. Frente ao interesse em participação, data, horário e local para a realização da coleta de dados foram combinados. No dia marcado, antes do início da coleta dos dados, o objetivo do estudo foi retomado (de forma individual com as mães e coletivamente com os profissionais) e foi feita a leitura do TCLE em conjunto, estando o pesquisador disponível para responder a quaisquer dúvidas que surgissem com a liberdade para o(s) sujeito(s) em potencial desistir(em) da participação. Logo após esse momento, foi ofertado um tempo para o preenchimento do TCLE em duas vias, de maneira individual, para só então ocorrer o início da coleta de dados.

A ética na realização de pesquisa qualitativa implica em respeitar o outro, de maneira a não expor a fonte do material coletado, para o anonimato dos participantes, mas sem deixar de lado as riquezas dos dados. Além disso, tem-se de pensar na ética e autonomia na relação entre os sujeitos e pesquisadores, e nos efeitos que os dados podem gerar após sua divulgação (SILVA; MENDES; NAKAMURA, 2012).

4.3.2. Tipo de estudo, sujeitos e coleta de dados

A pesquisa exploratória qualitativa tem o propósito de observar e explorar os processos sociais com o objetivo de descrever amplamente determinado fenômeno (LAKATOS; MARCONI, 2010), de analisar as relações, percepções e opiniões de indivíduos e/ou grupos na interpretação da realidade (MINAYO, 2010). Explora as valências das atitudes, sentimentos, crenças, aspectos culturais, dentre outros (MINAYO; GUERRIERO, 2014).

Este tipo de pesquisa pode ser de cunho indutivo, com objetivos amplos e exploratórios (DRIESSNACK; SOUSA; MENDES, 2007) e de contribuição para a expansão do entendimento dos processos sociais e da complexidade que os constitui (LACERDA; LABRONICI, 2011), inclusive na compreensão e avaliação de processos de trabalhos e serviços de saúde (MINAYO; GUERRIERO, 2014). Com isto, amplia e cria novos conhecimentos (LACERDA; LABRONICI, 2011; (DRIESSNACK; SOUSA; MENDES, 2007) a serem considerados no cotidiano das práticas em saúde, o que abarca o fenômeno deste estudo, ou seja o manejo da cólica infantil.

Os participantes das pesquisas de abordagem qualitativa são captados propositalmente, escolhidos por terem vivenciado, estar vivenciando ou ter alguma correlação com a temática em foco (DRIESSNACK; SOUSA; MENDES, 2007; MINAYO; GUERRIERO, 2014). Este aspecto deve-se aos saberes e vivências deles que permitirão a ampliação dos conhecimentos existentes e transformações de práticas (MINAYO; GUERRIERO, 2014). Neste sentido, os sujeitos deste estudo foram as mães adscritas às USFs e os profissionais de saúde destas.

A apreensão das informações que compõem a experiência materna e de profissionais, no manejo da cólica infantil, foi obtida por meio de entrevistas. A entrevista é uma conversa, preferencialmente realizada frente a frente com o participante (GOMES; SILVEIRA, 2012), com direcionamento para a apreensão de informações sobre o fenômeno em estudo, as quais serão interpretadas em função do problema formulado, a partir do objeto da pesquisa (CEDRO, 2011). No caso deste estudo, o objeto de pesquisa é o manejo da cólica infantil sobre a pergunta: "Como ocorre o acolhimento da queixa da cólica infantil na ESF?". E, portanto, ouvir os atores, mães e profissionais é caminho de contribuição para tal entendimento.

Para May (2004), existem quatro tipos de entrevista: estruturada; semiestruturada; não estruturada; em formato de grupo e a de grupo focal. Neste estudo, adotou-se para apreensão da perspectiva materna a entrevista não estruturada e para a profissional a de grupo focal, em função de características de cada uma delas, com a busca de densidade e riqueza de descrição das vivências do entrevistado (DRIESSNACK; SOUSA; MENDES, 2007).

A qualidade dos dados obtidos tem íntima correlação com a habilidade do pesquisador em conduzir o processo e neste sentido a explicitação do objeto e do seu problema precisa ter sido claramente definida (CEDRO, 2011), saber ouvir de forma ativa e interessada com adequação das intervenções questionadoras promove descrições densas (BELEI et al., 2008). Tais cuidados foram seguidos e o processo de formação no Programa de Pós-graduação em Enfermagem proveu tal atitude.

4.3.2.1. Entrevistas não estruturadas com as mães

A entrevista não estruturada oferece liberdade na formulação de perguntas e intervenção do entrevistador no processo de interação estabelecido com o entrevistado, na compreensão do fenômeno em foco (BELEI et al., 2008).

No caso da presente pesquisa, utilizou-se como proposição disparadora da conversa, "Conte-me como você(s) cuida(ram) da (nome da criança) que teve cólica?" e, ao longo dela foram apresentadas outras questões com vistas a explorar os seguintes focos: crenças, relação com os profissionais, influência do círculo social nas decisões de cuidado, dificuldade, facilidades e sofrimentos no cuidado à criança, segurança nas ações de cuidado e eficiência das ações adotadas. As perguntas foram realizadas em consonância com o que foi exposto pela mãe com o objetivo de dar fluidez à narrativa, direcionando a descrição da experiência. Neste sentido, perguntas circulares são relevantes e foram adotadas (LEAHEY; WRIGHT, 2012).

Este estudo obteve a participação de 31 mães mediante os critérios de inclusão: ser parte de família adscrita à USF elencada para o estudo, ser maior de 18 anos, ter vivenciado ou estar vivenciando enquanto mãe biológica o cuidado a uma criança a termo com cólica infantil. Os critérios de exclusão adotados foram: mãe que não consegue narrar oralmente com coerência a experiência vivenciada; mães cuja experiência de cuidado da cólica infantil seja vinculada ao filho com morbidade congênita ou genética; mães de gemelares.

No intuito de alcançar dados significativos e de suficiência para descrever a experiência materna de cuidado com a cólica infantil, prospectou-se, inicialmente, a participação de 10 mães adscritas em cada USF, totalizando 40 participantes, o que seria necessário. Contudo, por volta da 16^a. Entrevista identificaram-se evidências da saturação teórica dos dados, devido à repetição dos elementos integrantes da experiência de manejo da cólica infantil, sem identificação de novos temas no processo analítico (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008). Contudo manteve-se o desenho inicial de buscar 10 mães adscritas em cada USF, uma vez ter sido isto o combinado com a equipe e existir tempo hábil para tanto.

O número de participantes prospectado não foi alcançado, devido à participação de apenas uma mãe em uma das USFs, fato que foi interpretado como um não desejo de colaboração dos profissionais da equipe na captação das mesmas. Apesar das distintas idas à unidade e tentativas de localizar as mães, a equipe sempre dizia que não identificava nenhuma outra mulher a não ser a já sugerida.

As entrevistas foram gravadas em áudio, pois tal fato garante o registro na íntegra da fala e captação de elementos de comunicação (pausas, entonação, estruturação da frase, dentre outros) importantes à compreensão do narrado (BELEI et al., 2008; MINAYO; GUERRIERO, 2014). Todas as gravações foram transcritas e submetidas aos processos analíticos do método selecionado e descrito acima.

4.3.2.2. Grupos focais profissionais

No que tange aos profissionais, a estratégia de coleta de dados adotada foi o grupo focal, no qual a obtenção das informações ocorre a partir da estruturação de uma conversa coletiva, em que os participantes expressam suas percepções, crenças, valores, atitudes e representações sociais sobre uma questão específica, que no caso deste estudo é o cuidado à cólica infantil. O grupo focal faz uso explícito da interação para a produção de dados (CAREY; ASBURY, 2012). A dinâmica da reunião não se restringe à simples alternância entre perguntas de um pesquisador e respostas dos participantes. Diz respeito a uma sessão em que os sujeitos do estudo discutem vários aspectos de um tópico específico colocado em diálogo (MORGAN; KRUEGER, 1998). No caso do presente estudo, o elemento disparador desta conversa foi a proposição "Como vocês cuidam da família e criança que vivencia a

cólica infantil." Ao longo das falas, o pesquisador pode utilizar perguntas e colocações para favorecer a exploração, clarificação e ampliação de núcleos relevantes expostos. Assim, à medida que as narrativas fluíram, perguntas foram formuladas para esclarecer a experiência de cuidado do profissional às crianças com cólica infantil e a suas famílias.

Assim como nas entrevistas com as mães, os grupos focais foram gravados, transcritos e posteriormente analisados à luz dos referenciais acima descritos.

Foram realizados quatro grupos focais, ou seja, um com cada equipe de ESF elencada ao estudo. Os critérios de inclusão adotados para os profissionais foram: ser o profissional maior de dezoito anos e ter vivenciado o cuidado e/ou seu planejamento às crianças com cólica infantil e suas famílias.

O primeiro grupo foi composto por 5 profissionais, todos eles ACSs. Cabe ressaltar que a equipe desta unidade possui ainda 1 enfermeira, 1 médico e 2 auxiliares de enfermagem como profissionais. Todos eles alegaram estar ocupados com demandas da unidade, o que impediu a participação.

O segundo grupo foi composto por 12 integrantes, compostos por 6 ACSs, 1 enfermeiro, 1 médico, 2 auxiliares de enfermagem, 1 dentista e 1 auxiliar de odontologia.

O terceiro grupo foi composto por 10 integrantes, compostos por 5 ACSs, 1 enfermeiro, 1 médico, 1 auxiliar de enfermagem, 1 dentista e 1 auxiliar de odontologia.

O quarto grupo foi composto por 11 integrantes, compostos por 5 ACSs, 1 enfermeiro, 1 médico, 2 auxiliar de enfermagem, 1 dentista e 1 auxiliar de odontologia.

Foi estabelecido previamente o número de um encontro, mas caso fosse identificada a necessidade de os profissionais falarem mais ou a não geração de dados, poderia ser realizado mais um grupo focal. Como não houve tal necessidade, realizou-se apenas um encontro com cada USF, visto que foi o suficiente para a obtenção dos dados de acordo com a proposta de saturação na literatura (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

Ressalta-se que assim como no caso das mães existiu uma equipe que não compareceu em sua integralidade, segundo o estabelecido no município. Contudo, não se refere à mesma equipe relatada como de intercorrência para a captação das mães, e o fato foi interpretado por nós como possível entendimento de que o acolhimento da cólica infantil envolve sobretudo o ACS.

4.3.3. Análise de dados

Neste estudo, as entrevistas e os grupos focais tiveram os áudios gravados e transcritos na íntegra em forma de texto e analisados à luz dos referenciais acima descritos, em um processo contínuo e concomitante de coleta e análise dos dados.

A análise dos dados foi conduzida separadamente, mas com o mesmo critério de análise. O texto emergido das transcrições era lido repetidas vezes para aproximação com o fenômeno exposto.

Durante as leituras e exploração do material, foi realizada a organização das ideias a fim de elencar os elementos essenciais de cada narrativa. A partir da segunda leitura, as falas que se destacaram foram sublinhadas e separadas da entrevista completa. Após a separação das falas de todas as entrevistas e dos grupos, realizou-se agrupamento em temas, ou seja, nas entrevistas com as mães emergiram alguns temas e nos grupos focais outros temas.

Com isso, os temas emergidos tanto nas entrevistas com as mães quanto nos grupos focais que tinham os conteúdos semelhantes foram associados, passaram por uma nova releitura a fim de elucidar as particularidades e com isso poder produzir novos temas que integrassem os achados até então produzidos. Os resultados estão apresentados sob temáticas e integram a perspectiva de ambos os "sujeitos" aqui entrevistados (profissionais e mães).

As falas das mães e dos profissionais estão identificadas da seguinte forma, no intuito de manter o sigilo e anonimato:

- Cada profissional está representado pela sua categoria, como médico, enfermeiro, ACS, dentista, auxiliar de enfermagem, entre outros, independente de qual USF ele pertence, pois o foco foi a prática dos profissionais de saúde e não a unidade de saúde;
- As mães estão codificadas com a letra "M" seguida de um número correspondente à ordem em que integrou a pesquisa em termos de realização da entrevista, por exemplo, "M6", é a mãe que foi a sexta entrevistada neste estudo.

Foram realizadas correções gramaticais em algumas narrativas sem mudança no significado e no conteúdo. Em narrativa longa do mesmo indivíduo, as reticências entre colchetes, [...], foram adotadas para sinalizar um recorte na mesma.

4.3.4. Apresentando os participantes

4.3.4.1. Mães

M1 - 20 anos, solteira, mãe de uma criança com 3 meses, estudou até o ensino fundamental e não trabalha. Reside com a mãe, pai e 2 irmãos. Sua filha é alimentada com leite materno exclusivo e a cólica teve início no segundo mês de vida;

M2 - 27 anos, casada, mãe de duas filhas (4 meses e 6 anos), possui ensino médio completo, reside com o marido e os filhos. Trabalha em um serviço de saúde como secretária, e estava em licença maternidade, permanecendo o dia todo com a criança. Sua filha é alimentada com leite materno exclusivo e começou a apresentar cólica no primeiro mês de vida;

M3 - 26 anos, casada, mãe de uma criança com 5 meses, possui ensino médio completo, reside com o marido e o filho, e está desempregada. Seu filho é alimentado com a fórmula infantil e começou a apresentar cólica no primeiro mês de vida;

M4 - 24 anos, casada, mãe de uma criança com 4 meses, estudou até o ensino fundamental, reside com o marido e filhas, e está desempregada. Sua filha é alimentada com o leite materno e complementação com a fórmula infantil. Apresentou cólica com 1 mês e meio de vida.

M5 - 28 anos, casada, mãe de duas crianças (4 meses e 8 anos), possui ensino superior completo, reside com o marido e os filhos. Trabalha como professora, e estava em licença maternidade, permanecendo o dia todo com a criança. Seu filho é alimentado com a fórmula infantil e apresentou cólica a partir do primeiro mês de vida;

M6 - 30 anos, casada, mãe de três crianças (4 meses e meio e gêmeos de 5 anos), possui ensino fundamental completo, reside com o marido e os filhos e está desempregada, permanecendo o dia todo com a criança. Seu filho é alimentado com leite materno exclusivo e apresentou cólica a partir do primeiro mês de vida;

M7 - 22 anos, casada, mãe de um filho (4 meses e meio), possui ensino médio incompleto, reside com o marido e filho, e está desempregada. Seu filho é alimentado com a fórmula infantil e apresentou cólica a partir do segundo mês de vida;

M8 - 25 anos, solteira, mãe de um filho de 5 meses, possui ensino médio completo, reside com os pais e filho. Possui emprego fixo e está em licença maternidade, permanecendo o dia todo com a criança. Seu filho é alimentado com leite materno e complementação com a fórmula infantil e apresentou cólica a partir do primeiro mês e meio de vida;

M9 - 23 anos, casada, mãe de um filho de 3 meses e meio, possui ensino médio completo, reside com o marido e filho. Possui emprego fixo e está em licença maternidade, permanecendo o dia todo com a criança. Seu filho é alimentado com leite materno e complementação com a fórmula infantil e apresentou cólica a partir do primeiro mês e meio de vida;

M10 - 25 anos, casada, mãe de um filho de 4 meses, possui ensino superior incompleto, reside com os pais, marido e filho e está desempregada, permanecendo o dia todo com a criança. Seu filho é alimentado com leite materno exclusivo e apresentou cólica a partir do segundo mês e meio de vida;

M11 - 25 anos, casada, mãe de um filho de 6 meses, possui ensino superior completo, reside com marido e filho. Trabalha como professora e está em licença maternidade, permanecendo o dia todo com a criança. Seu filho é alimentado com leite materno e complementação com a fórmula infantil e apresentou cólica a partir do primeiro mês de vida;

M12 - 30 anos, solteira, mãe de quatro filhos (4 meses, 4 anos, 9 anos e 12 anos), possui ensino fundamental incompleto, reside com os filhos. Trabalha de empregada doméstica e está em licença maternidade. Seu filho é alimentado com leite materno exclusivo e apresentou cólica a partir do primeiro mês de vida;

M13 - 25 anos, casada, mãe de três filhos (1 mês e 40 dias, 2 anos e 5 anos) estudou até o primeiro ano do ensino médio, reside com o marido e filhos, e está desempregada. Sua filha é alimentada com leite materno exclusivo e apresentou cólica com 40 dias;

M14 - 23 anos, solteira, mãe de uma filha de 5 meses, possui ensino superior incompleto, reside com a mãe, irmão e filha, e está desempregada, permanecendo o dia todo com a criança. Sua filha é alimentada com leite materno exclusivo e apresentou cólica a partir da primeira semana de vida;

M15 - 29 anos, casada, mãe de um filho de 5 meses, possui ensino superior completo, reside com o marido e filho. Trabalha em um serviço de saúde como secretária, e estava em

licença maternidade, permanecendo o dia todo com a criança. Seu filho é alimentado com leite materno exclusivo e apresentou cólica a partir do 15º dia de vida;

M16 - 21 anos, solteira, mãe de um filho de 3 meses, possui ensino superior incompleto, reside com a mãe, irmão e filho, e está desempregada. Seu filho é alimentado com fórmula infantil e apresentou cólica a partir do primeiro mês de vida;

M17 - 27 anos, casada, mãe de dois filhos (2 meses e 8 anos), possui ensino fundamental completo, reside com o marido e filho, e está desempregada, permanecendo o dia todo com a criança. Seu filho é alimentado com fórmula infantil e apresentou cólica a partir do 20º dia de vida;

M18 - 22 anos, casada, mãe de filho de 2 meses, possui ensino fundamental incompleto, reside com o marido e filho, e está desempregada, permanecendo o dia todo com a criança. Seu filho é alimentado com leite materno e fórmula infantil e apresentou cólica a partir do 5º dia de vida;

M19 - 26 anos, casada, mãe de filha de 5 meses, possui ensino superior completo, reside com o marido e filha, e está desempregada, permanecendo o dia todo com a criança. Sua filha é alimentada com leite materno exclusivo e apresentou cólica a partir do 40º dia de vida;

M20 - 33 anos, casada, mãe de dois filhos (2 meses e 14 anos), possui ensino fundamental incompleto, reside com o marido e filhos, e está desempregada, permanecendo o dia todo com a criança. Sua filha é alimentada com leite materno exclusivo e apresentou cólica a partir do 10º dia de vida;

M21 - 27 anos, casada, mãe de um filho de 4 meses, possui pós-graduação, reside com o marido e filha, e trabalha como professora. Sua filha é alimentada leite materno e com fórmula infantil e apresentou cólica a partir do primeiro mês de vida;

M22 - 26 anos, casada, mãe de dois filhos (6 meses e 3 anos), possui ensino superior completo, reside com o marido e filhos, e trabalha na Universidade de São Paulo na área de educação física. Seu filho é alimentado com leite materno exclusivo e apresentou cólica a partir de 45 dias de vida;

M23 - 25 anos, solteira, mãe de quatro filhos (3 meses, 3 anos, 7 anos e 9 anos), possui ensino médio completo, reside com o namorado e filhos, e desempregada. Seu filho é

alimentado com leite materno e fórmula infantil e apresentou cólica a partir de 45 dias de vida;

M24 - 26 anos, casada, mãe de um filho de 4 meses, possui ensino médio completo, reside com o marido e filho, e está em licença maternidade. Sua filha é alimentada com fórmula infantil e apresentou cólica a partir do primeiro mês de vida;

M25 - 27 anos, amasiada, mãe de um filho de 3 meses, possui ensino médio completo, reside com o marido e filho, e está em licença maternidade. Seu filho é alimentado com leite materno exclusivo e apresentou cólica a partir do segundo dia de vida;

M26 - 23 anos, solteira, mãe de um filho de 3 meses, possui ensino médio completo, reside com a mãe, avó e filho, e está em licença maternidade. Seu filho é alimentado com fórmula infantil e leite materno, e apresentou cólica a partir do 15º dia de vida;

M27 - 35 anos, casada, mãe de um filho de 6 meses, possui pós-graduação, reside com o marido e filho, e está em licença maternidade. Seu filho é alimentado com leite materno exclusivo e apresentou cólica a partir do 5º dia de vida;

M28 - 33 anos, casada, mãe de dois filhos (5 meses e 2 anos), possui ensino superior completo, reside com o marido e filhos, e está em licença maternidade, permanecendo o dia todo com a criança. Seu filho é alimentada com leite materno exclusivo e apresentou cólica a partir do primeiro mês de vida;

M29 - 32 anos, casada, mãe de dois filhos (2 meses e 11 anos), possui ensino fundamental completo, reside com o marido e filhos, e está em licença maternidade, permanecendo o dia todo com a criança. Sua filha é alimentada com leite materno exclusivo e apresentou cólica a partir do 5º dia de vida;

M30 - 29 anos, casada, mãe de filho de 5 meses, possui ensino pós-graduação, reside com o marido e filho, e está em licença maternidade, permanecendo o dia todo com a criança. Seu filho é alimentado com leite materno e fórmula infantil e apresentou cólica a partir do 20º dia de vida;

M31 - 22 anos, solteira, mãe de um filho de 4 meses, está cursando o ensino superior, reside com a mãe, tio e filho, e não trabalha. Seu filho é alimentado com leite materno exclusivo e apresentou cólica a partir do primeiro mês de vida;

Quadro 1. Caracterização das mães entrevistadas. São Carlos – SP, 2014.

Sujeito	Idade	Estado civil	Grau de escolaridade	Situação atual	Número de filhos (idade)	Início da cólica
M1	20 anos	Solteira	Ensino Fundamental	Desempregada	1 filha (3 meses)	2° mês
M2	27 anos	Casada	Ensino Médio	Empregada	2 filhas (4 meses e 6 anos)	1° mês
M3	26 anos	Casada	Ensino Médio	Desempregada	1 filho (5 meses)	1° mês
M4	24 anos	Casada	Ensino Médio	Desempregada	1 filha (4 meses)	1 mês e meio
M5	28 anos	Casada	Ensino superior	Empregada	2 filhos (4 meses e 8 anos)	1° mês
M6	30 anos	Casada	Ensino Fundamental	Desempregada	3 filhos (4 meses e meio, e dois de 5 anos)	1° mês
M7	22 anos	Casada	Ensino Médio Incompleto	Desempregada	1 filho (4 meses e meio)	2° mês
M8	25 anos	Solteira	Ensino Médio	Empregada	1 filho (5 meses)	1 mês e meio
M9	23 anos	Casada	Ensino Médio	Empregada	1 filho (3 meses e meio)	1 mês e meio
M10	25 anos	Casada	Ensino superior incompleto	Desempregada	1 filho (4 meses)	2 meses e meio
M11	25 anos	Casada	Ensino Superior	Empregada	1 filho (6 meses)	1° mês
M12	30 anos	Solteira	Ensino Fundamental Incompleto	Empregada	4 filhos (4 meses, 4 anos, 9 anos e 12 anos)	1° mês
M13	25 anos	Casada	Ensino Médio Incompleto	Desempregada	3 filhos (1 mês e 40 dias, 2 anos e 5 anos)	40° dia
M14	23 anos	Solteira	Ensino Superior Incompleto	Desempregada	1 filha (5 meses)	7° dia
M15	29 anos	Casada	Ensino Superior	Empregada	1 filho (5 meses)	15° dia
M16	21 anos	Solteira	Ensino Superior Incompleto	Desempregada	1 filho (3 meses)	1° mês
M17	27 anos	Casada	Ensino Fundamental	Desempregada	2 filhos (2 meses e 8 anos)	20° dia
M18	27 anos	Casada	Ensino Fundamental	Desempregada	1 filho (2 meses)	5° dia
M19	26 anos	Casada	Ensino Superior	Desempregada	1 filha (5 meses)	40° dia
M20	33 anos	Casada	Ensino Fundamental Incompleto	Desempregada	2 filhos (2 meses e 14 anos)	10° dia
M21	27 anos	Casada	Pós-graduação	Empregada	1 filho (4 meses)	1° mês
M22	26 anos	Casada	Ensino Superior	Empregada	2 filhos (6 meses e 3 anos)	45° dia
M23	25 anos	Solteira	Ensino Médio	Desempregada	4 filhos (3 meses, 3 anos, 7 anos e 9 anos)	45° dia
M24	26 anos	Casada	Ensino médio	Empregada	1 filho (4 meses)	1° mês
M25	27	Amasiada	Ensino Médio	Empregada	1 filho (3 meses)	2° dia

	anos					
M26	23 anos	Solteira	Ensino Médio	Empregada	1 filho (3 meses)	15° dia
M27	35 anos	Casada	Pós- graduação	Empregada	1 filho (6 meses)	5° dia
M28	33 anos	Casada	Ensino Superior	Empregada	2 filhos (5 meses e 2 anos)	1° mês
M29	32 anos	Casada	Ensino fundamental	Empregada	2 filhos (2 meses e 11 anos)	5° dia
M30	29 anos	Casada	Pós- graduação	Empregada	1 filho (5 meses)	20° dia
M31	22 anos	Solteira	Ensino superior incompleto	Desempregada	1 filho (4meses)	1° mês

4.3.4.2. Profissionais de saúde

A primeira USF participante do estudo é composta por 1150 famílias cadastradas, 23 gestantes e 62 crianças menores de 1 ano. Participaram um total de 5 profissionais do sexo feminino e 1 do masculino, na qual 1 é solteiro, a idade variou de 30 à 5 anos e a quantidade de filhos variou de 1 à 4. O grau de escolaridade dos 6 participantes foi o 2º grau completo. Os dados detalhados estão no quadro 2.

A segunda USF participante do estudo é composta por 882 famílias cadastradas, 9 gestantes e 19 crianças menores de 1 ano. Participaram um total de 12 profissionais do sexo feminino e nenhum do masculino, na qual 3 são solteiras, a idade variou de 25 à 52 anos e a quantidade de filhos variou de 1 à 3. O grau de escolaridade de 5 participantes foi o 2º grau completo, 3 como curso profissionalizante e 4 com nível superior completo. Os dados detalhados estão no quadro 3.

A terceira USF participante do estudo é composta por 898 famílias cadastradas, 12 gestantes e 22 crianças menores de 1 ano. Participaram um total de 10 profissionais do sexo feminino e nenhum do masculino, na qual 1 é solteiras, a idade variou de 29 à 60 anos e a quantidade de filhos variou de 1 à 3. O grau de escolaridade de 5 participantes foi o 2º grau completo, 3 como curso profissionalizante e 4 com nível superior completo. Os dados detalhados estão no quadro 4.

A quarta USF participante do estudo é composta por 850 famílias cadastradas, 7 gestantes e 15 crianças menores de 1 ano. Participaram um total de 10 profissionais do sexo feminino e 1 do masculino, na qual 2 são solteiros, 2 divorciados e 7 casados. A idade variou de 25 a 61 anos e a quantidade de filhos variou de 1 à 2. O grau de escolaridade de 3

participantes foi o 2º grau completo, 2 como curso profissionalizante, 4 com nível superior completo e 2 com pós-graduação. Os dados detalhados estão no quadro 5.

Quadro 2 - Caracterização dos participantes do grupo focal da primeira USF. São Carlos – SP, 2014.

Categoria profissional	Idade	Sexo M/F	Estado civil	Numero de filhos	Grau de escolaridade
ACS	30 anos	M	Solteiro	Nenhum	Ensino Médio
ACS	47 anos	F	Casada	2 filhos	Ensino Médio
ACS	50 anos	F	Casada	4 filhos	Ensino Médio
ACS	31 anos	F	Casada	2 filhos	Ensino Médio
ACS	35 anos	F	Casada	1 filho	Ensino Médio
ACS	45 anos	F	Casada	2 filhos	Ensino Médio

Quadro 3 - Caracterização dos participantes do grupo focal da segunda USF. São Carlos – SP, 2014.

Categoria profissional	Idade	Sexo M/F	Estado civil	Numero de filhos	Grau de escolaridade
ACS	35 anos	F	Casada	3 filhos	Ensino Médio
ACS	25 anos	F	Solteira	Nenhum	Ensino Superior
ACS	50 anos	F	Solteira	1 filho	Ensino Médio
ACS	25 anos	F	casada	Nenhum	Ensino Médio
ACS	25 anos	F	solteira	Nenhum	Ensino Médio
ACS	40 anos	F	casada	3 filhos	Ensino Médio
Dentista	42 anos	F	Casada	2 filhos	Ensino Superior
Médico	50 anos	F	Casada	1 filho	Ensino Superior
Auxiliar de Enfermagem	40 anos	F	Casada	2 filhos	Curso técnico
Auxiliar de Enfermagem	30 anos	F	Casada	Nenhum	Curso técnico
Auxiliar de Odontologia	41 anos	F	Casada	2 filhos	Curso técnico
Enfermeira	52 anos	F	Casada	2 filhos	Ensino Superior

Quadro 4 - Caracterização dos participantes do grupo focal da terceira USF. São Carlos – SP, 2014.

Categoria profissional	Idade	Sexo M/F	Estado civil	Número de filhos	Grau de escolaridade
ACS	38 anos	F	Casada	3 filhos	Ensino Médio
ACS	31 anos	F	Solteira	Nenhum	Ensino Médio
ACS	39 anos	F	Casada	2 filhos	Ensino Médio
ACS	29 anos	F	Casada	1 filho	Ensino Médio
ACS	30	F	Casada	1 filho	Ensino Médio
Dentista	44 anos	F	Casada	1 filho	Ensino Superior
Médico	60 anos	F	Casada	2 filhos	Ensino Superior
Auxiliar de Enfermagem	37 anos	F	Casada	1 filho	Curso Técnico
Auxiliar de Odontologia	39 anos	F	Casada	1 filho	Ensino Superior
Enfermeira	33 anos	F	Casada	2 filhos	Ensino Superior

Quadro 5 - Caracterização dos participantes do grupo focal da quarta USF. São Carlos – SP, 2014.

Categoria profissional	Idade	Sexo M/F	Estado civil	Numero de filhos	Grau de escolaridade
ACS	25 anos	F	Solteira	2 filhos	Ensino Médio
ACS	28 anos	F	Casada	1 filho	Ensino Superior
ACS	28 anos	F	Solteira	Nenhum	Ensino Superior
ACS	25 anos	F	Casada	1 filho	Ensino Médio
ACS	31 anos	F	Casada	Nenhum	Ensino Médio
Dentista	51 anos	F	Casada	2 filhos	Pós-graduação
Médico	37 anos	M	Casado	2 filhos	Pós-graduação
Auxiliar de Enfermagem	61 anos	F	Casada	2 filhos	Curso Técnico
Auxiliar de Enfermagem	47 anos	F	Divorciada	2 filhos	Curso Técnico
Auxiliar de Odontologia	34 anos	F	Casada	1 filho	Ensino Superior
Enfermeira	42 anos	F	Divorciada	2 filhos	Ensino Superior



5. RESULTADOS

5. RESULTADOS

O manejo da cólica infantil pelos profissionais da ESF pauta-se na tentativa de confirmação de diagnóstico da cólica infantil associado à oferta de processo interventivo fortemente influenciado pela medicalização das práticas em saúde. Poucos são os profissionais que acolhem o sofrimento advindo da cólica infantil e que buscam o estabelecimento de um relacionamento voltado a cuidar da especificidade de cada situação. As categorias “abordagem diagnóstica”; “abordagem terapêutica”; “sentimentos”; “apoio no cuidado”; compõem a descrição do manejo da cólica infantil pelos profissionais de saúde da ESF e pelas mães.

Abordagem diagnóstica

A compreensão da cólica infantil para os profissionais está pautada no conhecimento teórico adquirido na sua formação e para as mães no que o profissional a orientou na maternidade e nas consultas de puericultura. Para o profissional, é uma situação relacionada à imaturidade da criança, especialmente do não desenvolvimento completo da inervação do sistema gastrointestinal (SGI) com contrações peristálticas involuntárias e promotoras de dor e desconforto. Soma-se a não colonização plena do SGI. Esta compreensão de ser a cólica atrelada ao desenvolvimento da criança contribui para uma tendência de o profissional dar pouca relevância a ela na puericultura, pois entende ser normal, autolimitada e cuja resolução está quase que exclusivamente dependente do crescimento da criança.

Como a inervação, o sistema gastrointestinal não está totalmente formado, existem algumas disfunções de estímulo, de contrações involuntárias, em relação ao peristaltismo né, que causam esse desconforto e que a gente traduz como cólica né, como cólica abdominal (Médico).

Até onde eu sei, que a criança dependendo da fase que ela nasce, ela está desenvolvendo a flora [gastrointestinal] depois do nascimento. Então pode ser assim um ajuste do organismo, entendeu, isso não é um padrão. Então assim não é um padrão, então eu acredito que a cólica vá pra uma linha dessa (Dentista).

Nas falas maternas, emergem a formação, amadurecimento e adaptação do SGI, o acúmulo de gases, a sujeira do parto restante no SGI, a adaptação extrauterina do bebê em receber alimentos (por exemplo leite materno) e o estado emocional materno como fatores que justificam e influenciam na ocorrência de cólica infantil. Além disso, as mães apontam que os profissionais reforçam ser a cólica um processo fisiológico “normal” para os bebês.

Porque ela [filha] ficou nove meses na minha barriga e até então ela recebia alimentação de outro jeito né, e aí a partir do momento que ela começa a ter contato com o leite, ou algo que entra no sistema digestivo, ele não aceita essa mudança e dá cólica (M21).

O intestino está sendo formado, então tem ali, acumula-se gases né, e isso se estende um pouco à barriguinha né, ela fica inchada e tem as contrações abdominais, e dói né, então é um processo doloroso pro nenê, mas isso é o fisiológico pra formação do intestino, isso foi o que ele [médico] me falou que é cólica (M22).

O Dr. X falou que é normal, que a cólica é normal, que tá a formaçãozinha do intestino, por isso que dá a cólica (M23).

É que lá na maternidade dá aula dessas coisas, acho que lá o moço falou um pouco, um pouco da sujeira do parto que dá cólica, até não limpar tudo não passa a cólica (M29).

O meu estado emocional influencia muito na cólica, passa pra ele sim e chega ao ponto que causa cólica, então influencia (M30).

O surgimento da cólica infantil tanto no entendimento dos profissionais de saúde quanto das mães acontece nas primeiras semanas de vida da criança e persiste até o terceiro mês. Além disso, há um momento clássico do dia para acontecer, que seria no entardecer e início da noite.

Bom, normalmente a cólica abdominal tem um período de ela aparecer, que é normalmente final da tarde até umas nove da noite mais ou menos (Médico).

Ele teve cólica nos três primeiros meses, começou já logo na segunda semana que ele [filho] estava em casa (M18).

Eram episódios que começavam no fim do dia, durava até o comecinho da noite (M28).

Duas mães traziam um horário diferente de surgimento da cólica. Para uma mãe, a cólica surge na madrugada e só termina quando o remédio fizer efeito, e para outra ela tem horário para começar, que é a noite, mas não tem hora para terminar.

O período assim que ele tinha era mais na madrugada, quando o corpinho já estava descansando, da meia-noite em diante, mas ele ficava da meia-noite às duas horas da manhã, até o remédio fazer efeito no corpinho dele (M25).

Mais à noite, à noite ficam mais fortes, entre as 21h, 21:30h às vezes é 23h, 00h, não tem hora pra acabar, é complicado (M20).

O reconhecimento da cólica infantil para as mães está pautado principalmente no choro do filho, pois a mãe interpreta que existem diferentes tipos de choro, e que o da cólica tem características específicas por ser um choro desesperador, estridente, excessivo, prolongado e quando ocorre após as mamadas.

A gente vai identificando pelo choro [...] o choro da cólica é um choro mais forte, é um choro estridente que não para, ele é contínuo, se ele está com fome, se ele está sujo ele chora um pouquinho, o choro da fome é um choro mais forte, já o choro da cólica é um choro bem doído mesmo, aquele choro estridente, então quando ele dava aquele choro prolongado e estridente eu já imaginava que era cólica (M11).

Quando ele [filho] mamava logo, depois ele chorava muito, era cólica, porque eu interpretava dessa forma (M30).

Em adição, outras manifestações caracterizadoras da cólica emergem das falas das mães: (1) “retorcidas” do corpo; (2) barulho e rigidez na barriga; (3) movimentos com as pernas; (4) flatulências. É a intensidade, repetição e associação desses sinais que conduzem a mulher a concluir ser cólica. Cabe destacar que, na ocorrência do choro, as mães realizam todos os cuidados que o bebê necessita como dar de mamar, trocar a fralda e dar banho e, quando o mesmo não é consolado, para ela significa ser o choro de cólica.

Porque ele retorcia o corpo todo e não parava de chorar. Então, por isso que eu percebi que era dorzinha da cólica [...] Ele retorcia assim as perninhas, esticava as perninhas também (M15).

Eu pego assim na barriguinha dela, de leve aí faz um barulhinho mais estranho, você sente que é cólica e às vezes ela fica encolhendo também as perninhas né (M20).

A barriguinha fica dura, fica bem rígida, você aperta e sente, assim como a nossa quando a gente está com dor na barriga, que é cólica [...] é um choro bem mais desesperado também, um choro que você percebe que não é fome, não é fralda, não é manha, não é nada, realmente está com cólica [rs] (M21).

Eu acho que mais os gases, porque ele solta bastante pum né, ele solta bastante pum, fica assim chorando, chora bastante, mexe as perninhas, as perninhas não param de mexer (M28).

O choro para os profissionais também é uma das evidências tradutoras de cólica e dor, devendo ser explorado com vistas a diferenciá-lo de: (1) situações patológicas prevalentes na fase da lactância que também gera dor; e (2) desconfortos advindos da não satisfação de suas necessidades.

A cólica tem uma característica, ela não traz o choro a noite inteira. A criança que chora a noite inteira já chama mais a atenção. A cólica ela tem um período que ela acontece [...] a criança que chora a noite inteira, não consegue dormir, não deixa os pais dormir, não é cólica (Médico).

O choro de frio e fome, essas coisas são diferentes de choro de cólica, o choro da cólica é diferente, tem isso o choro da cólica é diferente, não sei dizer por quê, mas é (Enfermeiro).

Nas primeiras orientações, a gente sempre orienta que quando a criança está com dor, está chorando demais, primeiro temos que ver se está com a fralda suja ou se está incomodada por alguma coisa ou se tem assadura ou alguma alteração, alteração na urina e tudo mais, se está com fome põe no peito vê se mama, se não mamar e continua chorando, depois de ver tudo isso você vai na verdade observar a barriguinha da criança que pode ser cólica (Médico).

Os profissionais entendem estar a alimentação da criança diretamente correlacionada à cólica infantil em função: da deglutição de ar ao longo das mamadas; de no aleitamento materno existir a liberação hormonal e transferência de componentes alimentares desencadeadores de cólica (feijão, chocolate e refrigerantes) ingeridos pela mãe; e do uso de fórmulas infantis e leite de vaca.

Então a forma como pega na mama, se está numa posição confortável, isso influencia na cólica, favorece ingestão de ar. [...] o bebê quando faz uma pega errada engole muito ar, respira de uma forma errada, engole de uma forma errada, isso pode causar uma distensão abdominal (Enfermeiro).

O bebê sente um pouco de cólica, porque tem liberação hormonal tal, estimula mais o peristaltismo tal, e a criança sente cólica ali, logo (Médico).

Uma coisa que eu vejo que está associado à cólica é se há dor, o desconforto, o incômodo, o choro vêm depois da criança se alimentar, vêm depois que ela mama ou depois que a mãe dá o outro leite, então é mais ou menos por aí que eu identifico (ACS).

É que às vezes a gente orienta as mães a se alimentar, né? A não comer alimentos fortes, como feijão, refrigerante e chocolate, porque passa pra criança e dá cólica (ACS).

Para diagnosticar a cólica infantil, além dos aspectos acima destacados, o profissional também aprecia manifestações corporais da criança, sobretudo a contração das pernas e a contorção do corpo.

Normalmente quando chega neném com cólica eu percebo que o neném dá uma repuxada na perna, dá uma contraída, eu acho que auxilia um pouco, que ajuda a identificar também (Enfermeiro).

A cólica vem associada à maneira como que a criança reage, elas se contorcem o corpinho, elas torcem as perninhas (ACS).

Apesar de utilizarem algumas referências clínicas para diagnosticar a cólica, os ACSs sentem dificuldades. Apontam que, na escuta das queixas maternas, os ACSs sentem dificuldade em diagnosticar a cólica infantil. Apontam que a mesma tem sinais e sintomas comuns a outras patologias prevalentes na infância.

A gente não sabe especificar se é cólica ou outra coisa, dá pra confundir os sintomas com outra coisa (ACS).

É que tem doença que já é certo, tem os sintomas certos, agora a cólica é um ponto de interrogação, não tem nada definido, é muito parecido com outras doenças (ACS).

Destaca-se ainda que os sinais e sintomas da cólica infantil são entendidos pelos profissionais como inespecíficos e determinam explorações relacionadas a outras patologias. Neste estudo, por exemplo, mulher relata ter procurado por dois médicos devido ao filho estar com a barriga rígida. O diagnóstico para um médico foi infecção de urina, já para o outro foi cólica. Vivenciar tal circunstância afeta a confiança e segurança das mulheres no profissional, com repercussões na confiança no profissional.

Ela tá com a barriga dura, de achar até de estar com infecção de urina, um médico disse que era isso. Daí levei em outro lugar e a médica achou que

apenas cólica infantil e me deu um remédio para aliviar a cólica e a barriga dura (M1)

Neste estudo, identificaram-se duas correntes distintas de abordagem da cólica infantil: (1) profissionais com uma visão biologicista e, portanto, limitada aos parâmetros acima descritos; (2) profissionais que vivenciaram a cólica infantil de seus filhos ou de outra criança muito próxima, e como reflexo agregam na sua exploração diagnóstica o impacto da cólica na mãe, pai e familiares. Estes últimos enfatizam terem vivenciado “na pele” o sofrimento, impotência, aflição diante do quadro da cólica infantil. Assim, abrem um canal de diálogo para explorar o impacto da cólica no cotidiano destas pessoas, sobretudo da mãe.

Abordagem terapêutica

A cólica infantil é entendida como situação que requer intervenção tanto para mães quanto para os profissionais. As primeiras justificam tal necessidade pelo sofrimento da criança derivado da dor gerada pela cólica e buscam o alívio da mesma. Já em relação aos profissionais, há os que entendem ser uma queixa materna e, portanto, deve ser acolhida de alguma forma, e, outros (minoria) compadecem-se com o sofrimento da criança e mãe, sobretudo dessa última, e sendo tal sofrimento que os conduz a ter ações voltadas à cólica infantil. Estes últimos ampliam a intervenção para além de uma abordagem fisiológica, com inclusão de aspectos das vivências da mesma.

Quando vejo meu filho nesta situação de sofrimento com a ‘coliquinha’, eu quero é tirar essa dor dele o mais rápido possível tento buscar coisas que faz passar (M26).

As orientações que a gente faz primeiro é tranquilizar a mãe de que não é nada mais sério né, depois, claro, tem que sempre avaliar a criança, ver se é só isso a queixa, se não tem mais nada no exame físico (Médico).

Eu tento mais é acalmar a mãe mesmo, esclarecer ela de tudo que ela vai passar, as fases que ela vai ter, e se for muito fora do normal pra ela vir novamente conversar, quando ela [mãe] sai calma, as mães calmas eu percebo que elas não retornam tanto, porque elas fazem bastante perguntas (Auxiliar de Enfermagem).

Na explicação em relação ao motivo da ocorrência de cólica, tanto profissionais quanto mães associam a mesma com uma imaturidade do sistema gastrointestinal. E, portanto, a entendem como uma situação que tem íntima correlação com o crescimento e desenvolvimento da criança. Profissionais sinalizam às mães que com cerca de 3 meses de idade ela irá desaparecer como reflexo do processo de crescimento e desenvolvimento.

Considerando que seja só cólica mesmo abdominal ou essa irritabilidade, ou ainda esse não completo desenvolvimento em relação à inervação gastrointestinal. [...] E aí passado o primeiro trimestre já diminui bastante, já some, não tem grandes dores de cólicas (Médico).

Aí o Dr.X falou que é normal, que a cólica é normal, [...] porque está em formação o intestino, então dá a cólica mesmo e que não era pra me desesperar, que com 3 meses ia acabar (M23).

A abordagem terapêutica adotada para o alívio da cólica tem na perspectiva do profissional um alcance de amenizar o quadro, mas, nunca de eliminá-lo. Tal fato não está claro para as mães que, ao receberem as prescrições profissionais, têm expectativas de resolução do quadro.

A gente orienta muitas coisas em relação às cólicas, mais é pra aliviar a cólica, orientar que é comum, que é normal, dentro do nosso universo acontece mesmo, para a mãe não se preocupar, que não existe uma solução (Médico).

Ele [médico] receitou a massagem e o remédio, mas eu fazia e não adiantou nada, não resolvia (M4).

As recomendações profissionais estão amplamente presentes nas narrativas maternas, quando se pode mencionar segurar a criança de bruços, exercícios de flexão/extensão com a perna da criança, o contato pele a pele, a massagem, o uso do calor, a restrição alimentar da nutriz e as terapias medicamentosas. As quatro últimas despontam-se como prescrições prevalentes do profissional, sendo que as duas últimas têm parcial adesão materna.

Que era pra ter esse procedimento, de dar o Luftal®, fazer massagem na barriga, usava paninho quente que era que ajudava a melhorar e dar paracetamol pra dor porque ele se retorcia muito, ele gritava muito [...] e pra evitar certos alimentos, né, refrigerante, por conta do que vai pro leite, então fazia mal (M12).

Ah, ela [médica] falou pra segurar de bruço, assim segurando na barriga, fazendo massagem, exercícios com a perninha, colocava barriga com barriga, e se não passar fazendo isso, só se não passar, aí dar o remédio, mas era só duas ou três gotinhas só (M14).

Cabe ressaltar que, em relação às restrições alimentares, os profissionais sinalizam que na literatura científica não há evidências que as justifiquem, contudo as recomendam por terem vivenciado com o filho e percebem que as mães seguem. Esse fato apareceu nas falas maternas.

Então não tem nada científico comprovado, mas eu oriento a restrição alimentar, porque assim foi mudar minha alimentação que minha filha melhorou muito (Enfermeiro).

Ah não eles [profissionais] explicam, indicam e falam, primeiro eles ficam falando que é aquilo que você come, aí você não pode fazer isso senão dá, e às vezes não é nada, é normal do bebê mesmo só o bebê tem, então primeiro você fica aí não toma refrigerante não come gordura, carne de porco, não faz isso e não tem naaaaaada a ver com a cólica do bebê, às vezes ele só tem por estar formando o intestino dele mesmo (M17).

Ah eu fiz, na primeira consulta com o pediatra, eu perguntei pra ele sobre alimentos que poderiam dar cólica, que existe essa controvérsia também, tem gente que diz que você pode comer qualquer coisa, que a cólica vai dar do mesmo jeito, mas ele [médico] me alertou sobre alguns tipos de alimentos, feijão, couve, fruta ácida, qualquer coisa que tivesse acidez, molho de tomate, tomate, cebola, ele mandou cortar tudo, eu numa época cortei tudo (M30).

Em relação às terapias medicamentosas, identifica-se que cerca de metade dos profissionais deste estudo já adota a mesma de imediato em associação com as terapias não

medicamentosas e a outra metade a adota em segundo plano, na menção materna/familiar de não resolutividade das primeiras.

Quando elas passam comigo a primeira orientação que eu dou é a massagem mesmo, o aquecimento do local, tentar não entrar com medicação logo no primeiro momento [...] se não melhorar eu converso com a médica pra ver se é o caso da gente entrar com medicação (Enfermeiro).

Parte de orientação, eu particularmente oriento a medicação assim, no último caso. Eu oriento a fazer massagem, esquentar a barriguinha do neném e colocar o neném na posição de braços (Enfermeiro).

É que elas [mães] já saem da maternidade com a prescrição, então eles já vêm com a prescrição do Simeticona (Auxiliar de Enfermagem) .

O médico receitou logo que ela nasceu, ele [médico] já sabia que desde o início o bebê tem cólica, e ele receitou um remédio Mylicon® três gotinhas até três vezes ao dia sempre que tiver cólica (M21).

Os métodos de alívio para a cólica, verbalizados pelas mães, são as terapias não medicamentosas e as terapias medicamentosas, utilizadas separadamente ou concomitantemente. Embora existam aquelas que não utilizam nenhuma dessas terapias por entenderem que não apresentam efeitos positivos na redução da dor e no sofrimento do filho.

Mas o que funcionava de verdade é deixar ele aqui no braço [gestos] com a mão na barriguinha dele, era o que funcionava, ele parava de chorar, aos pouco ela ia soltando gases e tal, e daí passava, era o que mais funcionava, o remédio não foi eficaz assim, [...] e o paninho quente às vezes ajudava, porque neutraliza um pouco a dor, não sei, é bem isso que a gente fazia (M5).

O remédio que às vezes eu dou só é única coisa que passa a cólica (M8).

Eu gosto do remédio, acho mais rápido, né (M14).

E o Luftal® com a eliminação de gases, mas o paninho quente também ajuda muito. A massagem, o paninho quente também ajuda muito. Então é um conjunto deles, né, porque se você fizer só um, fizer só a massagem sem ter a medicação não vai resolver. Se você fizer só a medicação, não fizer uma massagem, pôr um paninho quente também não resolve. Então é um conjunto, tem que fazer um pouquinho de cada coisa (M12).

Nenhum, nenhum. Pra ele, não foi nenhum, nem a massagem nem o remédio. Ele gritava do mesmo jeito, chorava, berrava (M15).

Nas prescrições médicas de manejo da cólica, prevalece o uso concomitante de terapias medicamentosas e não medicamentosas, justificadas em minimizar o retorno das mães/famílias à unidade. Ou seja, já garantir uma prescrição de medicamento é solução para diminuir demandas espontâneas. Nota-se um predomínio desta atitude nos profissionais de visão biologicista.

Elas [mães] vêm aqui comigo 4, 5 vezes, a esse remédio não serviu, quero outro, eu falo que a cólica vai continuar até os três meses, você vai ter que ter paciência, fazer massagem, mas não vai ter nada que passa a cólica. Porque se não ela vai ficar toda semana batendo na minha porta querendo uma solução, porque não vai melhorar, não adianta (Médico).

As mães entrevistadas neste estudo apontam o uso de terapia medicamentosa, tanto alopáticos quanto homeopáticos ou associação deles. Recebem predominantemente a prescrição médica de terapia alopática especialmente Luftal®, Buscopan® e Atroveran®. Dentre as terapias medicamentosas fitoterápicas, o Funchicórea® ganha destaque e tem boa aceitação pelas mães. Este medicamento se apresenta na forma de pó composto do extrato de chicória e a essência das plantas *funcho*, sacarina e carbonato de magnésio, e pode ser oferecido à criança após diluição na mamadeira ou aplicar no bico da chupeta (FUNCHICOREA, 2014).

Neste estudo, a minoria das mães verbalizou que este medicamento foi receitado pelo médico, e na maioria foi indicação por algum membro da sua rede social.

O Luftal® foi por indicação do pediatra, o Funchicórea® foi por boca de

mães que já utilizaram que também estavam nessa situação, passaram por essa situação de cólica e me indicaram, e eu utilizei com o neném (M25).

Desde o início a gente optou por tratar com homeopatia, a gente até teve os médicos que deram outros medicamentos alopáticos, mas a gente preferiu a homeopatia e foi bem tranquilo (M22).

Na perspectiva materna, a prescrição médica tem sempre um medicamento voltado para a dor e outro para a intensificação do peristaltismo intestinal. Fruto deste entendimento, elas os intercalam sem seguir fielmente a prescrição médica recebida. Neste mesmo foco, mães que receberam prescrição médica de medicamentos alopáticos e homeopáticos também os oferecem intercalados, sem seguir fielmente a prescrição.

O médico receitou os dois remédios, eu não dava muito o Buscopan®, eu dava mais o Luftal®, mas era de vez enquanto, ou intercalava os dois (M26).

O Paracetamol® foi o Dr. P, o Luftal® também. Aí eu comprei esses dias aquele de pozinho que é o Funchicórea® que foi ele [médico] que me receitou, quando a cólica aparece eu vou tentando dar um de cada vez até passar (M29).

Uma mãe deste estudo verbalizou que usa o medicamento promotor do peristaltismo intestinal como um placebo para si mesma, pois tem o conhecimento de que o mesmo não irá cessar a cólica do filho, mas sim acalmá-la por identificar-se agindo em prol dele. E outra mãe diz não fazer uso do medicamento alopático por medo de causar mais desconforto no filho.

O Mylicon® não é assim com tantos efeitos para a cólica, eu acabei dando, mas também não acho que resolvia, eu acho que foi mais um placebo pra mim, porque pra ele [filho] não resolvia não (M27).

Não, não estou dando nada, nenhum remédio. Ainda não, porque acho que o remédio dá mais dor ainda, não sei. Acho que dá mais dor. Por que vai ajudar a soltar, até sair o que tá preso, acho que dá mais dor (M13).

Para o alívio da cólica, dentre as terapias não medicamentosas, as mães mencionam o uso de chás e justificam seu uso pelo efeito calmante que possuem. Assim, mesmo com a contraindicação médica a utiliza.

Minha mãe indicou chazinho de camomila, chazinho acalma né, dava o chazinho de camomila quando tinha cólica (M25).

Daí no segundo mês a gente foi ao médico e perguntou se podia dar chá, se tinha alguma outra coisa, porque a gente achou que o remédio não era muito eficaz, aí ele falou que só o remédio mesmo, que por causa de gases os chás às vezes é pior, mas eu dei mesmo assim (M21).

As abordagens não medicamentosas e os chás são usualmente indicados e reforçados por membros da rede social e fazem parte de cuidados intergeracionais. Neste bojo de ações, com uma menor frequência de menção pelas mães, aparece a técnica de massagem Shantala, uso do balde para dar banho no bebê e a técnica do Dr. Karp.

Essa última técnica foi desenvolvida por um pediatra americano, na qual consiste em imitar as sensações que o bebê sentia quando estava no útero de sua mãe, e assim ativa o reflexo de acalmar, cessando o choro. Para colocar essa técnica em ação, as mães e famílias devem seguir cinco passos: (1) aninhar o bebê enrolando-o em um cobertor de maneira contida; (2) colocar o bebê lateralizado à esquerda (lado do estômago); (3) ritmo constante do som de chiado, deve ser mais alto do que o choro; (4) balançar o bebê, com movimentos rápidos para frente e para trás (5) ofertar o leite materno no peito (Karp, 2008).

Em adição, ofertar o peito como medidas de alívio da cólica infantil. Nenhuma destas últimas foi mencionada pelos profissionais ouvidos neste estudo.

Agora o que resolveu pra mim foi a técnica do Dr. Karp, não sei se você conhece, ele fala que é um reflexo de acalmar o bebê, e foi o que me salvou, só que eu descobri isso já no segundo mês, mas foi o que salvou minha vida [...] quando eu descobri foi muito melhor, ele continuava tendo cólica, continuava tendo dor, mas ele acalmava muito usando esses passos da

técnica e isso me fazia dormir e ele dormia também mais tranquilo, eu indicaria isso (M27).

O banho de ofurô, no baldezinho, porque relaxou ele, eu senti ele instantâneo assim, eu afundava tudo, deixava só a cabecinha assim, para de chorar na mesmo hora, é incrível (M30)

Aí não sei se é muito forte e vai amenizando aos poucos mesmo, fazia massagem a tal da shantala que eles falam e aos poucos ele [filho] parava de chorar (M8).

Oferecer o peito, isso é um negócio que eu não sabia, eu achava que se eu desse mais mamá ela [filha] ia sentir mais dor ainda, mas na verdade não, o peito conforta ela, se sente protegida no peito da mãe, então isso é um fator que já ameniza a dor [...] então dar de mamá sempre funcionava, resolve, é um santo remédio [rs] (M21)

As vivências pessoais integram os processos de escolha de decisão de intervenção à cólica infantil, tanto por parte dos profissionais quanto das mães. Aqueles profissionais com vivências pessoais ou de pessoas muito próximas na cólica infantil resgatam as mesmas no seu manejo como profissional. Revisitam tais vivências e compartilham as mesmas com as mães e famílias no intuito de ampliarem o repertório de intervenções deles ou sinalizarem ações pouco efetivas. O ato de compartilhar a vivência pessoal parece contribuir com interações mais plenas e de envolvimento entre mães/famílias e profissionais.

O meu filho era muito tranquilo, [...] eu não comia chocolate, nada de chocolate, nada de refrigerante, eu só tomava chá de camomila, comia torrada, mas assim não comia queijo, nada, feijão essas coisas eu realmente evitava entendeu? Não sei se foi uma coincidência, a cólica do meu filho foi tranquila, e isso eu passo para os meus pacientes (Dentista).

Então eu oriento o banho, eu sempre coloquei minhas filhas no banho morno, quente que daí eu vou fazendo a massagem dentro da banheira, [...] porque falam que isso acalma, a água geralmente acalma ao bebê (Enfermeiro).

Sim, porque passa não ser tão novo pra gente, a gente já conhece, já passou uma experiência daquela, então acho que quando é primeiro filho tudo é

novo, tudo é novidade, tudo é diferente, tudo parece que é meio frágil, que vai quebrar né, então a gente já vê que não é bem assim, então o segundo a gente já tem, um pouquinho mais de noção, como a gente já passou por isso, já não é algo novo, porque você já sabe mais ou menos o que vai acontecer [...] então a gente já consegue lidar com ele de uma forma bem tranquila (M22).

Em relação às mães, já terem vivenciado a cólica ou por cuidar de outras crianças ou por terem tido outros filhos, dá a elas conhecimentos prévios sobre a problemática e noção de recursos mais efetivos, fato que contribui com sua confiança e tranquilidade para agir. Dentre os aprendizados obtidos com vivências anteriores, mencionam a não eficácia da restrição alimentar para algumas mães e a eficácia para outras.

Da minha primeira filha eu bati bastante a cabeça, deixei de comer muita coisa, agora com ele [segundo filho] que eu entendi que não tem nada a ver a minha alimentação com as cólicas dele eu como de tudo (M17).

Eu acho que ajudou sim, na minha primeira filha eu não comi nada, nada, nada de refrigerante, de chocolate, às vezes eu via que tinha alguma coisa que dava em mim eu também não comia, alguns legumes por mais que sejam bons quando eu via que me dava gases eu não comia, agora no dele teve alguns dias que eu escapei, tomei um refrigerante e eu achei que deu cólica, não sei se é só coincidência, então eu tento o máximo possível de não comer (M28).

O reflexo da vivência pessoal, especificamente do sofrimento diante da cólica infantil, faz com que esses profissionais busquem transformar suas condutas com vistas a empoderar mães e famílias no enfrentamento da cólica infantil, com destaque para inserir a temática nas conversas desenvolvidas no pré-natal e puericultura. E, reconhecem no choro da criança o principal motivo de agonia e impotência materna/familiar.

Então eu acho importante conversar com a mãe sobre a cólica do bebê desde o pré-natal e depois que eu tive minha filha, eu converso com a mãe no pré-natal agora, pra ela estar preparada, serena, porque a mãe passa o nervoso pro bebê também, então é um ciclo, a criança está com cólica, você fica irritada e chora junto, aí o bebê se irrita mais (Enfermeiro).

Identifica-se, na atitude do profissional, um cuidado que tem na ação de orientar um forte estruturante, fato nítido pela frequência com que o verbo foi utilizado pelos profissionais deste estudo. Porém, alguns priorizam o acalmar a mãe/família dando escuta à narrativa destes, pois entendem que alcançar certa tranquilidade materna/familiar tem relevante contribuição no manejo da cólica.

A minha intenção é que ajude a tranquilizar pai, mãe, avô, avó, a família, que é a cólica é até uma coisa fisiológica que quando surgem esses sinais vamos fazer massagem, e que os pais não podem se estressar (Médico).

Às vezes a mãe pergunta 'eu posso dar chá pra criança?' Né, um chazinho, eu oriento, eu não tenho restrição não ao uso de chá, só oriento pra não colocar açúcar né, se for dar o chá, dar o chá quentinho que vai dar uma sensação boa pra criança e não usar açúcar (Enfermeiro).

Nas falas maternas, houve uma contradição do que foi dito pelos profissionais. As mães relatam que a falta de informações ofertadas pelos profissionais da saúde sobre a cólica infantil faz com que busquem informações a respeito em sites confiáveis da *internet*, o que permite ampliar seus conhecimentos sobre a temática e lhes dá certa segurança no manejo. Os sites por sua vez recomendam as técnicas não medicamentosas como, as massagens, compressas com água morna na barriguinha e restrições alimentares. Com isso, as mães adotam essas técnicas no manejo da cólica infantil.

Não tive orientação nenhuma do médico, tudo a gente pesquisa na internet, nosso amigo google [risos]. Então, eu tento pesquisar em vários sites confiáveis, tem alguns sites que eu já conheço antes mesmo dele nascer [...] aprendi as massagens, que a massagem era importante fazer várias vezes no dia, a compressa com água morna na barriguinha, alimentação isso me ajudou bastante quando ele [filho] estava com cólica (M11).

E outras coisas a gente pesquisa no google, pra conseguir tirar uma solução, sempre a gente dava uma olhada pra ver se podia realmente fazer as coisas, hoje em dia tem uma infinidade de sites dando instruções pra mãe, e tudo mais, e sites até confiáveis (M21).

Ah, eu li na internet, eu estava lendo na internet que quanto mais a mãe fica nervosa mais o neném fica nervoso, aí por isso que eu dava pra minha mãe [...] eu procurava era pra ver se tinha alguma coisa a mais sabe, mas não teve, era sempre a mesma coisa que falava, que era paninho quente mesmo, massagem, colinho (M31).

Em contraponto, os profissionais buscam ampliar sua apreciação da situação para além da queixa da cólica, quando julgam que o sofrimento materno diante da cólica é ampliado por sofrimentos advindos de outros aspectos de sua vida. Neste sentido, procuram atuar de maneira a ofertar espaço para que esta narre seus receios e preocupações adiante desta queixa. Assim, o cuidado neste contexto é entendido pelos ACSs para além daquele advindo da cólica infantil. Relatam que estar disponível e permitir um diálogo para além da cólica infantil gera conforto às mães e contribui para que as orientações acerca da mesma sejam acolhidas e executadas por elas. Percebem que, após um acolhimento nesta tônica, as mães dificilmente trazem a queixa novamente, fato compreendido como de que a mãe adotou as mesmas e que houve resolutividade.

Eu acredito que elas aceitam sim. Porque às vezes elas estão numa sinuca de bico, né? Tantas coisas, né? Não só com esse filho, mas problemas com os outros filhos, que um nenenzinho com cólica elas dão graças a Deus que a gente deu uma orientação (ACS).

Acho que elas tentam sim, tem umas que eu acredito que não fazem. Mas pode ser que até não dê certo, mas elas tentam sim, elas aderem. E eu acho que faz mesmo, porque dificilmente a mesma mãe volta com queixa (ACS).

Associar o cuidado da criança e a cólica infantil é estratégia que norteia o cuidado dos ACSs. Assim, identificam a necessidade de acolher a queixa da cólica infantil, mas aproveitam para inserir orientações e realizar checagens relativas à puericultura. Ou seja, na interação estabelecida com a mãe lançam-se a explorar, ou no bojo da VD ou do acolhimento, os aspectos postos pelas diretrizes da puericultura, quando aleitamento materno, infecções intestinais e vacinação tendem a prevalecer. São ações muitas vezes descontextualizadas, contudo frente à ênfase de aproveitarem espaços a realizam constantemente. Relatam fazer uso de uma postura ameaçadora, com valorização dos riscos na relação de orientação junto às

mães, pois acreditam que tal postura tem resultados positivos em relação à adesão às recomendações (de puericultura).

A gente fala dos riscos, né? Infecção intestinal! Então, algumas, elas aceitam bem porque a gente fala que pode acontecer um risco assim. Então elas pegam e elas aderem o que a gente passa (ACS).

A gente propôs de não dar o leite na mamadeira, a gente ensinou a dar no copinho, pra criança pegar com a linguinha, aí a gente foi lá e fez isso daí. E a gente explicou o bem que causava o aleitamento materno e se caso a criança não conseguisse a situação que a criança podia passar no futuro (ACS).

Os ACSs explicam para as mães que, no alívio da cólica, devem realizar primeiro as técnicas não medicamentosas, como as massagens, ver se a criança está chorando por outro motivo, e que no último caso deve fazer uso da técnica medicamentosa. Eles realizam as orientações sobre o alívio da cólica por meio de demonstrações com o bebê, a partir da permissão da mãe, para ensinar as posições e as massagens. Sendo assim, reconhecem que esse ato fortalece o vínculo e confiança da mãe no ACS.

A gente faz a mesma orientação pra todas as mães, e explica que a medicação ela deve ser dada em último caso, mas tem que tentar resolver com a massagem, com essas coisas, e também a gente orienta que nem sempre quando a criança está chorando é porque ela está com cólica, porque o choro da criança é sua comunicação e que o choro de cólica é diferente (ACS).

O cuidado da cólica infantil por parte da equipe de ESF tem o médico e o enfermeiro como os profissionais de referência. Assim, predominam encaminhamentos aos mesmos, sobretudo ao médico. As justificativas pautam-se no significado de ambos terem sido formados para realizar o manejo desta situação. A maioria das mães elenca o médico, em especial o pediatra, por ser o profissional habilitado e especialista em cuidar de criança e por ser o melhor profissional para o caso de cólica.

Eu sempre pergunto assim, 'olha você está fazendo as consultas com a equipe, com a enfermeira com a médica?' Geralmente eles falam sim, que acompanham daí eu falo 'então troca uma ideia com a enfermagem ou com

a doutora', né. Porque eu vou ser sincera eu procuro mais pela enfermagem, eu pressuponho que elas tenham mais preparo pra passar essas informações, assim como os médicos também (Dentista).

Eu busco o pediatra vai ficar melhor pra ela né, por causa da cólica, porque é especialista na criança né, por isso eu imagino que seja melhor pra cuidar dela [filha] (M20).

Elas relatam que a conduta do pediatra é a adoção das terapias medicamentosas (Luftal®), e que, além disso, este profissional orienta sobre a causa da cólica e a elenca como um evento normal e comum para o bebê.

O meu pediatra que me acompanha falou que existe e receitou Luftal®, porque falou que dá o alívio ali pra você soltar o punzinho, porque como a parte intestinal ainda não tá madura, vai entrando a comida e vai, é um processo normal (M30).

Os profissionais entrevistados verbalizaram que sentem dificuldades em realizar orientações às mães sobre a adoção das terapias não medicamentosas para o alívio da cólica, devido às orientações das terapias medicamentosas recebidas na alta da maternidade pelo pediatra.

Já sai medicado da maternidade isso realmente acontece, já sai com Luftal®, Simeicona®, sem ser necessário entendeu já está com tudo, tudinho prescrito, e aí pra gente descartar isso e orientar outras técnicas fica difícil (Médico).

Nossa eles saem com a receita do pediatra da maternidade, assim eu fico assustada (Enfermeiro).

Relatam que respeitam os pediatras, mesmo não concordando com a conduta e tentam orientar o que acham coerente. Além disso, percebem que quando a criança faz acompanhamento com um pediatra também é medicalizado e com o pensamento de que não adianta a massagem, pois já convenceu a mãe que a cólica tem um alívio rápido quando é

tratada com medicamentos. Mesmo os profissionais da ESF tendo conhecimento para agir em certas situações, eles são desqualificados pelos pediatras, por isso não se atinge a integralidade do cuidado.

É que quando vai no pediatra ele volta medicalizado, então assim não adianta essas massagens, não adianta essas, dá o Luftal® aí de 6 em 6 horas que vai resolver seu problema, entendeu? E a mãe vai, já convenceu que é mais fácil medicalizar e também a orientação é do pediatra né, não contesta (Enfermeiro).

A gente tem conhecimento, mas a gente é muito desqualificado pelos colegas então assim, ou tenta se acertar ou vai ficar uma briga e a gente nunca vai conseguir garantir integralidade, jamais (Dentista).

Os profissionais verbalizam que algumas mães procuram a unidade quando não conseguem consultas com os pediatras para o(a) filho(a), quando surge alguma intercorrência com o mesmo, mas não realizam as consultas de seguimento nas USFs. Em adição, percebem que, quando a sua conduta profissional não é aquela que a mãe esperava, a mesma busca pelos pediatras. Sendo assim, percebem que as mães não aceitam e não enxergam estes profissionais como não habilitados para cuidar de seu filho.

Aí vem porque não conseguiu vaga, aí vem com você e quer medicação, que você passa alguma coisa, que orienta e tal [...] aí aquela criança não veio nunca mais, foi no pediatra e não veio mais aqui (Médico).

O que me deixa triste é que quando passa pelo acolhimento [...] então vai a cólica ou a queixa seja lá qual for e eu sou muito da teoria de esperar então a criança apareceu com febre ou apareceu com uma cólica não vou ser imediatista de medicar né!? E aí o que acontece, muitas vezes passa em acolhimento, você faz a orientação não medicamentos, mas no outro dia a mãe vem com a receita da farmácia 'ah eu acabei passando no pediatra e olha, entrou com antibiótico' ou entrou com remédio pra cólica, então é muito desqualificado (Enfermeiro).

A palavra é do pediatra, elas [mães] não entendem, ainda há de se trabalhar muito pra elas aceitarem o médico da saúde da família entendeu, não como uma pessoa assim desqualificada e sim uma pessoa altamente qualificada para cuidar do filho delas (Dentista).

Sentimentos

Apesar do descrito no parágrafo anterior, todos os profissionais deste estudo manifestaram sentir inseguranças para a atuação no contexto da cólica infantil e apontam a carência de formação/evidências científicas como contribuintes. Percebe-se que a maior parte deles adota uma perspectiva biológica que o conduz a almejar/focar exclusivamente a resolução da dor da criança e compadecer-se com a angústia materna e da família diante da cólica infantil. Frente ao não alcance da resolutividade da dor, questionam suas habilidades e competências e desejam “diretrizes oficiais” no intuito de relatarem propriedade e empoderamento na sua conduta, sobretudo em relação ao uso de medicamentos. Poucos são aqueles profissionais que pesquisam sobre o tema, por vezes alguns buscam informações na *internet* por existir lacunas no seu conhecimento na temática da cólica ou pelo fato de precisarem ter lido em função de vivências pessoais.

Eu me sinto às vezes pouco informada, realmente o que fazer, o que realmente está padronizado, eu busco na internet algumas coisas, mas eu vou ser sincera eu tenho lido pouco sobre esse assunto [cólica], mas eu sinto falta de orientar a mãe naquela certeza, o que realmente é preconizado o que não é. Me sinto às vezes incompleta né, que a mãe vem angustiada, quando ela vem com a queixa ela vem angustiada (Enfermeiro).

Eu também me sinto um pouco insegura no que seria correto, do que é cientificamente comprovado [...] Então eu tenho receio de ficar equivocada, entendeu? A massagem não, a massagem eu tudo bem, com a perninha aí eu fico tranquila, mas assim do que pode ou não pode, se médica ou não médica, se entra com Luftal® ou não, eu não coloco, não tenho segurança (Dentista).

Isso reflete na experiência materna, com verbalização de se sentirem desesperadas e impotentes ao ver o filho naquela situação e se percebem como se estivessem fazendo nada no momento de cólica para acalmar o filho, pois não sabiam o que tinham de fazer nesta situação. Os profissionais não passam confiança no que prescrevem, trazendo repercussões às mães na confiança e segurança da terapêutica indicada. Sendo assim, elas recorrem à *internet* para buscar informações a respeito como uma forma de se tranquilizar e amenizar a dor nele. E tem aquelas que recebem orientações médicas para o manejo da cólica infantil, mas quando

essas não são resolutivas, elas têm de encontrar sua própria forma de agir nesta situação do filho.

É um sentimento assim que até então não tinha passado, você realmente se desespera por ver, como eu posso dizer, eu queria fazer algo, mas não podia né, não sabia o que eu tinha que fazer, então eu buscava coisas em sites da internet para tirar meu filho dessa situação [...] mas é desesperador, é um sentimento de incapacidade mesmo (M11).

Na verdade, nós dois [mãe e pai] nos sentimos impotente perante isso, porque não tinha o que fazer (M15).

Todo mundo fica desesperado, mas não tem muito o que fazer, o médico te dá uma solução que não funciona muito bem, e você tem que encontrar a sua (M21).

Os profissionais afirmam que não ter evidências científicas para atuar frente à cólica infantil gera medo de indicar algo inadequado e ficar desacreditado. Isto os conduz a buscarem suas próprias vivências pessoais ou próximas e selecionarem enquanto intervenção algo que traz o mínimo de comprometimento e confiança nele enquanto profissional da saúde. Neste sentido, a massagem, exercícios com as pernas, calor e restrição alimentar sobressaem-se como métodos de alívio. E justificam a recomendação com descrição dos efeitos na sua própria vivência de cólica infantil ou de pessoas próximas a ele, seguida da verbalização de não terem a certeza de que funcionará na realidade específica da criança.

Eu oriento [...] foco mais na questão da perninha, da massagem, fazer um exercício assim pra ficar deitadinho pra soltar gases, aquecer a barriguinha com massagem, eu vou mais nessa linha porque eu fiz isso com meu filho, mas não sei se é o correto passar esse tipo de informação [...] então eu acabo não entrando nessa questão de remédios (Dentista).

Ao compartilharem suas vivências pessoais, na adoção das terapias não medicamentosas no manejo da cólica infantil, buscam manter o credo do usuário nele

enquanto profissional. Com isso, “despõem-se” do profissional e passam à categoria de “pessoas comuns” envolvidas em conversas voltadas à resolução de problemas cotidianos.

Então eu coloco a minha vivência, ‘ quando meu filho era pequeno na época eu fazia isso, também não sei se funciona, estou falando o que eu tentei, mas cada criança é uma criança’. Então assim eu dou só meu ponto de vista do que aconteceu comigo, mas eu não tenho segurança de passar uma informação, que eu tenho medo de passar uma informação equivocada e depois ficar um pouco desacreditada sabe? Nossa olha o pessoal da saúde me falou isso e não é nada disso. Então eu fico meio assim se eu sou questionada (Dentista).

Quando a cólica do filho se faz presente no cenário da família, há desespero por parte da mãe por não conseguir acolher e aconchegar o filho. Diante disto, chora e anda de um lado para o outro com o filho como reflexo de seu desespero e impotência em confortar ao filho e a si. Percebe que seu desespero não contribui para acalantar o filho, mas não consegue controlá-lo.

É horrível, tem hora que dá vontade de chorar junto com ele. Tem hora que dá vontade de chorar de desespero, aí você tenta acalmar de um jeito, tenta do outro. Quanto mais nervosa você fica, parece que é pior né. Aí você começa a andar com ele pela casa, daí começa a andar com ele e vai acalmando, que fica até vermelho (M3).

Quando meu filho está com cólica eu fico desesperada, não sei o que fazer na hora que começa a cólica (M7).

Alguns companheiros em ver o filho e a mãe sofrendo frente à cólica da criança também ficam angustiados, acionam a busca de soluções e dispõem-se a tentar acalmar a criança quando prevalece o andar com a criança no colo.

E meu marido fala, deixa que eu peço ele, e acalmo ele. Porque, eu já estou angustiado de ver você andar com ele pra lá e pra cá (M6).

Mais teve um dia que ele [marido] até saiu foi lá pra fora e ficou chorando

[...] *nossa é desesperador, aí eu pegava, ele [marido] pegava, pra ver se conseguia acalmar (M11).*

As mães choram junto com o filho e se indagam do por que essa dor não é nelas, pois preferem trocar de “lugar” com ele do que vê-lo com cólica e sofrendo. Além disso, desperta também o sentimento de “dó” e a sensação de estar partindo o coração ao vivenciar esta situação, e acabam sofrendo junto dele.

A gente mãe pensa, ‘porque não em mim?’, né. Nossa, eu me sentia péssima, parte o coração da gente ver ele com cólica (M16).

Esse sofrimento assim talvez não seja a palavra correta a dizer "sofrimento", mas você quer que o seu filho não passe por isso, assim, você quer chorar junto, você quer tirar aquela dor dele, você não quer ver ele passar por aquilo, e todos passam, ou não... eu dizia pra passar pra mim, e fala aí passa pra mim, preferia eu ficar com cólica do que ver meu filho com cólica, é uma coisa assim, inexplicável (M25).

Algumas vezes eu chorei, eu chorava junto, mas eu sofria junto com ela, porque a gente sabe falar né e ela não então eu sofria queria passar a dor dela pra mim pra ela ficar boa, mas eu sofria junto com ela, era muito ruim, dá muita dó (M19).

Vivenciar a cólica do filho para algumas mães foi uma experiência traumática e assustadora que as levou ao cansaço emocional causado pelo choro inconsolável do filho, o ato de cuidar da cólica e por não dormirem bem durante a noite. Isso refletiu na perda de paciência com o filho, no nervosismo, no desespero e na impotência frente a esta situação e ficam mal com isto.

A gente fica preocupada um pouco, às vezes a gente fica um pouco cansada, às vezes já está cansada, não dormiu a noite, não sei o que né, ele fica chorando, fica um pouquinho mais irritado, então a gente fica assim, como eu posso dizer, cansa um pouco [...] então a gente ao mesmo tempo que ele fica cansado a gente também se cansa um pouco, não dorme né (M22).

Assim foi horrível, porque você vê a criança chorando enlouquecidamente [...] cólica então foi uma experiência um tanto quanto traumática pra mim [...] nossa difícil, porque é um monte de sensações que a gente tem na hora dessas, eu acho assim desespero de você não poder fazer nada, ver a criança chorar, por sentir aquilo, de impotência por não ter o que fazer, e o cansaço emocional sabe, de passar por aquilo [cólica], a gente perde a paciência (M27).

Outros sentimentos maternos também emergem na vivência de cólica infantil, como a tristeza, a preocupação com o filho, a angústia e o nervosismo gerados na mãe. Com isso, elas verbalizam que quando esses sentimentos surgem tentam não demonstrar por terem ouvido que os mesmos refletem negativamente na cólica do filho. Este último aspecto aparece nas falas dos profissionais.

Terrível, porque não quer ver seu filho sofrendo, não quer ver o seu filho chorando, e mãe de primeira viagem, às vezes eu ficava um pouco nervosa, e o pessoal "não pode, se você ficar nervosa passa pra ele" e aí você tenta ir lidando e contornando, mas é muito triste, uma grande preocupação (M30).

Angustiante por causa da dor né, porque ele [filho] não consegue falar, só chora, a gente não sabe o que ele tem né, aí dá agonia, por isso que eu procurei um médico (M26).

Os profissionais justificam suas ações no manejo da cólica infantil mencionadas anteriormente por não terem recebido capacitações que abordem a cólica infantil, ocasionando dificuldades e inseguranças em realizar orientações sobre o manejo desta temática.

Não, eu não recebi nenhuma capacitação, nunca fui capacitada pra isso. O que eu sei sobre cólica eu aprendi com o meu filho (ACS).

A gente passa o que a gente aprendeu com pessoas próximas, e não por ter recebido alguma capacitação, mas todo mundo tem dificuldades de orientar sobre a cólica, se sente inseguro né (ACS).

Um profissional do sexo masculino entrevistado neste estudo aponta sentir-se inseguro para realizar orientações sobre a cólica infantil e que quando surge essa temática sente a necessidade de ter o apoio de uma mulher, mesmo tendo o conhecimento sobre tal.

Então acontece isso na minha área eu levo uma das meninas ou a enfermeira pra me ajudar, pra elas às vezes passarem orientação, mas por causa disso... eu acredito que por lidar pouco com isso eu acabo não me sentindo seguro e evito de orientar, daí caiu no esquecimento a técnica ou a orientação sobre cólica. Aí eu pergunto sempre para as meninas antes de ir o que tenho que fazer (ACS).

Eu acho que por ele ser homem, a demanda nunca é só a cólica, tem outras coisas também, coisas de mulher, e ele fica um pouco inseguro em orientar (ACS).

Neste estudo, os profissionais realizam orientações sobre cólica dentro da sua capacidade e conhecimento, mas reconhecem que têm muito para melhorar, pois sabem o quão importante é realizar essas orientações e apoio sobre a cólica no momento certo que a mãe precisa. Há profissionais que têm mais domínio sobre a cólica que os outros, e estes são solicitados para acompanhar e conduzir a situação.

Falta muita coisa pra melhorar, mas dentro daquilo que a gente pode orientar, dá resultado positivo (ACS).

Porque a gente percebe que uma orientaçãozinha pequenininha muda toda a história daquela família e tem também a questão de você chegar na hora certa (ACS).

Apoio no cuidado

Nas consultas de puericultura, os profissionais optam pela inclusão dos membros da família, como os pais e avós, com o objetivo de unificar as orientações e o cuidado a ser prestado ao bebê, diante da cólica infantil. Justificam tal atitude por entenderem, primeiramente que ter a família na consulta é oportunidade de tentar diminuir sua influência

“negativa” no manejo da cólica. Desejam que todos da família façam adesão às suas orientações. Contudo, também justificam tal inclusão frente ao apoio e ajuda que os familiares podem representar à mãe. Apesar de tal afirmativo, nenhuma mãe descreveu tal fato.

Eu no consultório tento lidar da melhor forma possível inclusive chamando os familiares pra fazer a consulta junto, trazer a criança para consultar, não é só a mãe, é o pai numa consulta, é a avó na outra consulta [...] pra gente poder assim abrangendo as informações unificando na verdade as informações em todos os sentidos. Na verdade todas as pessoas estão na verdade ali na tentativa na verdade né, de ajudar aquela mãe (Médico).

Por isso que é importante a família estar junto para ser orientada, porque às vezes a gente fala, a mãe está assim, passou o dia inteiro com a criança está cansada, então precisa de alguém que ajude, mas alguém que siga as orientações que ela está seguindo também né (Enfermeiro).

A ajuda no cuidado do filho com cólica na perspectiva das mães é prestada por diferentes membros de sua rede de apoio. A maioria das participantes citou o pai e a avó da criança, e a minoria os filhos mais velhos, o avô da criança, sogra e amigos. E apenas uma mãe realiza o cuidado, sozinha. A maior parte delas busca pessoas para estarem com ela neste momento difícil.

Teve um dia que eu liguei para o meu pai, avô dele [filho] eu falei ‘ ah ele passou muito mal essa noite. Muita cólica’, recorri pro meu pai (M11).

Não tem como, mãe é assim mesmo, não tem jeito. Só eu e mais ninguém aqui em casa. (M12).

Aí as minhas outras filhas ajudam a fazer a massagem pra cortar a cólica (M13).

Ah, meu marido me ajuda muito a cuidar dele [filho] (M15).

É mãe, minha mãe já com dois filhos, então já tem toda experiência, a mãe dele minha sogra também (M9).

Minha amiga tem duas filhas, e essa segunda dela teve cólica, aí ela sempre me ajudava (M29).

Muitas mães verbalizaram que gostam da ajuda que recebem, pois se sentem cansadas e muitas vezes sem forças para cuidar do filho, e ao saber que essas pessoas de confiança as ajudam, isso as deixa mais tranquilas. Apenas uma mãe do estudo relata não gostar de receber essa ajuda, refere medo e receio de que as técnicas não dariam certo no alívio da cólica.

Ah boa porque o cansaço né, porque às vezes você está tão cansada que isso gera um estresse absurdo na gente [...] porque junta tudo você fica com a cabeça meio sem saber raciocinar [...] então às vezes você tem que dividir um pouco o colo, compartilhar, porque eu via que não estava segurando a onda sozinha (M30).

Ah mas eu tinha medo, eu não fazia o que ela me falou, por medo não sei, não faço ideia porque eu não aceitei (M26).

As medidas para o alívio da cólica mais indicadas pelas avós são o uso de pano/bolsa com água quente na barriga, as massagens, as flexões com as pernas do bebê e o chá. E pelos outros membros da rede de apoio materna são além das citadas acima, o Funchicórea como remédio de alívio à cólica e colocar o bebê no balde com água para acalmá-lo. Esta influência familiar é bem vista pelos profissionais de saúde, desde que não seja prejudicial à saúde do bebê.

Minha mãe ajuda nesse sentido de massagem, né, de medicação e com chazinho também, né (M9)

Minha mãe indicou chazinho de camomila, chazinho acalma né, e não sei se você já ouviu falar, colocar um balde e colocar o neném dentro, também ela falou (M25)

Ah, elas [irmãs] 'pega' ele, põe a barriguinha pra baixo, faz massagem, pega na barriguinha dele, deita com ele, faz massagem na perninha, na barriguinha, agrada ele, vai passear na rua pra ver se ele acalma (M23).

O Funchicórea® foi uma vizinha que usa no filho dela, aí eu perguntei na farmácia e falou que podia dar normal (M29).

Você tem que orientar o que você aprendeu e o que é, o que tem, tem estudos né que comprovam ser mais adequado, ser científico, ser mais correto. Agora, muitas vezes o que você fala realmente num tem é [pausa, pensa pra falar] muita relevância né, mas eu acho que é um direito da pessoa, é um direito da família, eu considero ser boa e positiva a influência familiar (Médico).

Algumas mães se sentem privilegiadas quando o marido ajuda no cuidado com o filho. Na perspectiva materna, o pai busca acalmar o(a) filho(a) através das massagens, chacoalhando, coloca a barriga do filho na sua barriga como forma de alívio também e o andar com a criança no colo. Quando nenhuma dessas técnicas alivia a dor e choro do mesmo, percebem sua impotência.

E meu marido fala, deixa que eu pego ele, e acalmo ele. Porque, eu já estou angustiado de ver você andar com ele pra lá e pra cá (M6).

Eu e meu marido fazemos massagem no K., meu marido meu ajuda a cuidar dele (M7).

Meu marido pegava a criança também no colo, fazia massagem na barriguinha (M10).

Meu marido me ajudava. Ele, às vezes, ele não sabia o que fazer também, ele ficava tentando agradar, sabe, pegava ela, andava pra lá e pra cá (M3).

A inclusão dos pais nas consultas é ação dos profissionais das ESFs, mas esta participação não é corriqueira pelo fato de os pais trabalharem ou por não se disporem para tal. Na opinião dos profissionais, a participação paterna tem pouca adesão devido ao pai achar que as mães são as responsáveis pelo cuidado do filho. Quando isso ocorre, chama-se a avó da criança para o acompanhamento, para que a mulher tenha um apoio no manejo da cólica.

Para atender os pais, por exemplo, tem um horário noturno de quarta-feira que daria pro pai vir mas não é todos os pais que se dispõem a fazer isso na verdade até hoje o acompanhamento uma criança que o pai veio acompanhar, ele trabalhava era trabalhador e veio à noite o pai veio uma duas vezes até a noite pra acompanhar essa mãe e aí deu pra conduzir mas

assim não é todo pai que se dispõe, geralmente o marido acha que essas coisas são da mulher, das mães (Médico).

Os profissionais identificam que muitos dos cuidados realizados mediante a cólica infantil são os ensinados pelas avós da criança, aquele passado de geração pra geração, o que também é verbalizado pelas próprias mães como é o caso do uso de chá.

O que a gente percebe é que elas [mães] seguem muito que as mães delas passam também, de geração pra geração (ACS).

Então é como se tudo que elas [avós] sabem passasse as coisas de geração pra geração (M21).

Quando emergem perguntas sobre o uso do chá indicado pela avó da criança nas consultas de puericultura, a conduta dos profissionais é dizer que oferecer o chá não é atitude correta, mas se quiser ofertá-lo deverá ser sem açúcar e como se fosse um remédio. No momento em que perguntas como essa surgem, os profissionais devem orientar a mãe e família como eles devem agir no manejo da cólica, de maneira não impositiva, respeitando as crenças e culturas que fazem parte do ambiente familiar, pois eles reconhecem ser o direito da família agir como elas quiserem.

Quando a mãe já tem o hábito de dar chá e a avó também, não tem como evitar. Na minha puericultura, muitas vezes vem a mulher com a mãe, e elas falam ‘ eu vou dar chá, pode?’. Daí minha professora sempre falava ‘ se for dar o chá’, você sabe que vão sair e não vão ouvir você, você fala não, mas se quiser é água filtrada e você não dá na chuquinha, dá uma colher, porque se é como remédio né, você está dando como remédio, não está, então você vai lá e dá uma colherzinha de chá bem pequenininha daquele chá (Enfermeiro).

Agora eu não posso obrigar, “ah não, a senhora tem que fazer isso”, não, eu estou orientando da maneira que tem que fazer, não tem que influenciar em nada, só tem que orientar o que é o correto [...] a gente tenta conversar assim de uma maneira mais amigável, tentar convencer de uma maneira amigável, mais orientando, não impondo nada (Enfermeiro).

Nos casos em que a avó da criança é a cuidadora principal, os profissionais percebem certa resistência na adoção de suas orientações sobre o manejo da cólica, e elas justificam tal atitude por suas vivências anteriores de cuidado desta situação. A influência das avós ser positiva ou negativa depende de como ela é, sua experiência, sabedoria, tranquilidade, ou seja, depende do contexto em que ela está inserida e de como ela age.

Elas [avós] são mais resistentes que as próprias mães. Porque elas acham que você colocar uma orientação dessa, diferente do que ela fez, ela vai falar assim: “não, eu fiz isso com tantos filhos e todos eles deram certo, não isso daí é frescura, é coisa pra dar trabalho, não adianta fazer essas coisas, eu fiz assim e pronto”. Ai a gente faz a nossa parte e deixa a critério dos responsáveis da maneira que vai fazer, né? (ACS).

E quando se trata de avós a conversa é mais difícil ainda, elas não querem saber de orientação não (ACS).

Depende da avó né, se você tem uma avó mais tranquila, mais experiente né, com sabedoria da vida, tal, ela vai ajudar, se você tem uma avó mais ansiosa, uma avó que não teve tantas vivências, tem dificuldade no aprendizado ou às vezes não teve [...] ela tenta ajudar, mas acaba não sendo favorável pra criança, ou às vezes é prejudicial né, então depende do contexto de cada avó né, de cada família (Médico).

O envolvimento da mãe com o alívio da cólica do filho deriva de seu incômodo com o sofrimento do mesmo ou do seu questionamento da atitude do profissional de saúde na consulta de puericultura. Seja qual for o disparador, a cólica é entendida como um evento promotor de sofrimento à criança e isto mobiliza a maioria das mães a envolvê-la com a busca de estratégias para solucionar a mesma, além de manter a procura pelo profissional de saúde, sobretudo o médico na intenção de que ele se envolva com resolutividade, a partir dos desdobramentos que cada estratégia tem sobre a cólica do filho.

Eu levo minha filha desde quando ela começou a chorar e eu não sabia o motivo, foi aí que o médico que disse que era apenas cólica, fiquei mais tranquila (M1).

Quando as coisas apertavam, eu procurava um médico. Tudo que o médico falava, eu fazia (M2).

Quando as mães procuram pelo médico relatam que este tem condutas como: (1) receitar terapias medicamentosas como o Simeticona®, (2) uso de terapias não medicamentosas como a massagem, segurar de bruços com a mão na barriga e restrição alimentar materna para aquelas que mantêm o aleitamento materno, (3) explicar que a cólica ocorre pela formação do intestino, que com o passar do tempo ela irá desaparecer, então é tida como normal até o 3º mês de vida da criança.

Falou que é cólica e com o tempo ia passar. Que tava formando o intestino dele e tal. Então por isso que tava doendo (M15).

Tem crianças que tem episódio de cólica, difícil as que não têm, tem umas que vai até os três meses então não se assusta é normal [...] foi aí que ele falou colocar de bruços, colocar a mão na barriguinha, massagem, e pra mim não comer feijão e refrigerante (M19).

Ela me passou só Simeticona® e mais nada, ela não falou assim quanto tempo que dura a cólica, então não chegou a falar (M20).

Algumas mães receberam a orientação do uso da terapia medicamentosa através do médico da maternidade, já outras verbalizaram que não receberam ajuda de nenhum profissional, nem no pré-natal e nem após o nascimento. E uma mãe recebeu ajuda da enfermeira da unidade que indicou o uso do pano quente na barriga do bebê.

No pré-natal eu não recebi nenhuma orientação, nem agora que ele já nasceu, nenhuma, de nenhum profissional, não recebi nenhuma informação espontânea (M27).

Quando nasceu, já na maternidade, eles já receitaram. Eles já passam na receita o Luftal® (M23)

A enfermeira do posto falou pra colocar um paninho quente às vezes, na barriguinha dela (M29).

Em adição, algumas mães deste estudo não acham a cólica um motivo suficiente para buscar ajuda do médico fora das consultas de puericultura, por receio de incomodá-los. Diante disso, a queixa cólica do filho ocorre apenas nas consultas de rotina, apesar do sofrimento que sentem.

Ligar pro médico só pra perguntar o que a gente faz quando ela está com cólica não dá né, porque imagina todo dia com cólica e todo dia a gente ligando lá [médico], você fica meio com receio de incomodar e também é um negócio que ele [médico] não vai poder fazer nada por você (M21).

Contudo, outras mães optam por buscarem ajuda para o alívio da cólica infantil na avó da criança, nos vizinhos e na *internet*, por entenderem que precisam buscar alternativas para confortar o filho. Além disso, existem aquelas mães que buscam ajuda e se fortalecem em DEUS.

Então, eu procurava [...] muitas vezes eu pedia a ajuda de Deus sabe, pra Deus me dar a calma pra eu poder cuidar dela e procurava ficar o mais calma possível (M19).

Geralmente os vizinhos que falava que quando as perninhas esticam assim é cólica, e eu acabei acreditando no que eles falavam, não procurei ninguém (M24).

Então a gente recorria ou à mãe que é nossos pais ou à internet mesmo, o médico era uma vez por mês que a gente ia, o que dava pra perguntar a gente perguntava (M21).

6. DISCUSSÃO

6. DISCUSSÃO

A análise dos dados permitiu indagações quanto à situação atual de acolhimento na ESF, em especial como a queixa da cólica infantil trazida pelas mães e/ou famílias é subvalorizada pelos profissionais de saúde. Estes a significam meramente como um distúrbio fisiológico “normal” e “comum” ao bebê, enquanto para as mães e familiares a cólica transcende o âmbito fisiológico. Traz consigo necessidades de outras ordens, sobretudo o lidar com sofrimento, a falta de resolutividade e a competência no cuidado à criança.

Assim, a perspectiva de cuidado trazida pela maioria dos membros das equipes das USFs aqui estudadas mostrou insuficiência em função dos limites de uma abordagem quase que estritamente biológica, sem uma prática que vá para além do distúrbio “cólica”. Diante disso, esses profissionais apresentam condutas informativas (LANDGREN; KVORNING; HAALSTRÖM, 2010a) e de orientações impositivas (RAMOS et al., 2014), não se atentando para o entendimento para além do biológico da situação vivenciada pelos pais (LANDGREN; KVORNING; HAALSTRÖM, 2010a; RAMOS et al., 2014).

Esses profissionais não conseguem acolher as mães e/ou famílias com uma visão ampliada da queixa emergida, o que também é percebido na literatura científica sobre cólica infantil. Nela existem poucos artigos publicados que trazem como tema a cólica infantil, e os existentes centram-se em discutir suas causas e terapêuticas (acupuntura, massagens, sacarose oral, uso de chá, medicamentos alopáticos e anticolinérgicos), sendo poucos os que consideram a experiência de quem a vivencia (HERMAN, LE, 2007; MURAHOVSKI, 2003; SAAVEDRA et al., 2003;).

Perante essa situação, os profissionais de saúde devem estar comprometidos a criar espaços de diálogos para os pais, a fim de colaborar no enfrentamento da cólica, na qual vivenciar esta situação gera sofrimento e estresse (LANDGREN; KVORNING; HAALSTRÖM, 2010a). Tais atitudes devem ter início nos momentos vivenciados no alojamento conjunto dentro da maternidade, para a educação em saúde das mães e famílias, corroborando para o cuidado ao filho quando este estiver em domicílio e para a promoção da saúde (RAMOS et al., 2014).

Diante disso, algumas indagações emergiram ao elaborar os resultados deste estudo como: Qual o lugar da cólica infantil e seus desdobramentos nas agendas de puericultura? Qual o lugar desta queixa e de suas repercussões nas práticas em saúde?

Frente ao exposto acima poderiam ser suscitadas articulações com princípios norteadores do SUS e fundamentais para a Atenção Básica (AB), dentre os quais está a integralidade (BRASIL, 2006). Este princípio garante ao usuário o direito de acesso a qualquer serviço de saúde que atenda a suas demandas, no âmbito da prevenção de doenças, promoção da saúde, tratamento e reabilitação (BRASIL, 2006; KANTORSKI et al., 2009; VIEGAS; PENNA, 2013). Além disso, este princípio visa a uma abordagem ampliada nas práticas de saúde, com adoção do acolhimento, vínculo e responsabilização (PINHEIRO et al., 2011) e também uma assistência ampliada dos profissionais de saúde aos usuários e com um olhar abrangente para o todo do ser humano, que é um ser racional fadado por sentimentos, crenças, culturas e ambições (FIOCRUZ, 2009; VIEGAS; PENNA, 2013). Neste estudo cabe destacar que as evidências emergidas não denotam a presença dos atributos e princípios acima mencionados nas práticas descritas pelas equipes de saúde das USFs entrevistadas.

O princípio de integralidade deve ser colocado em prática nas atuações dos profissionais de saúde da ESF, a fim de romper com o modelo assistencial biomédico, verticalizado e centrado no biológico do usuário (OLIVEIRA; SILVA, 2010; VIEGAS; PENNA, 2013), além de ser um serviço de saúde privilegiado em poder realizar um trabalho interdisciplinar e com uma visão ampliada, com abordagem integral dos usuários e contar com uma equipe multidisciplinar (VIEGAS; PENNA, 2013).

O trabalho nas equipes deste estudo é fragmentado, aparentou ser significado como transferir o cuidado a outro profissional da equipe que domina o assunto, neste caso que domina o cuidar da cólica infantil, e o médico e enfermeiro são os profissionais elencados como os detentores de saber agir perante esta situação. Isso mostra que dentro das USFs estudadas não existe um trabalho em equipe, interdisciplinar e com uma assistência integral e ampliada do indivíduo, pois realizam um trabalho vertical e não horizontal, como é o preconizado para AB, além do não estabelecimento conjunto e dialogado de ações e práticas em saúde.

Para obter uma assistência e abordagem integral nas práticas de saúde na ESF, o trabalho em equipe é fundamental, pelos conhecimentos e olhares distintos dos profissionais que a compõem, pela interação entre a equipe e as famílias adscritas, pela dedicação mútua em atender às necessidades dos usuários, por trabalharem pelo mesmo objetivo (VIEGAS; PENNA, 2013), e por terem uma visão holística do usuário (LINARD; CASTRO; CRUZ,

2011). Quando o trabalho em equipe não é realizado na prática, não se obtém um atendimento integral e acolhedor ao usuário de forma interdisciplinar e coparticipativa (VIEGAS; PENNA, 2013), voltado a ouvir esse usuário para além da doença (PIRES; RODRIGUES; NASCIMENTO, 2010) (VIEGAS; PENNA, 2013) e com atitudes fragmentadas, isso pode ocorrer devido à não compreensão do que é ser uma equipe e trabalhar como (VIEGAS; PENNA, 2013).

Porém, quando se estuda a prática dos profissionais de saúde na ESF, percebe-se que está pautada no modelo médico-centrado, isto também ocorre nas equipes de USF entrevistadas neste estudo. Diante disso, conclui-se que a Estratégia não consegue atingir seu propósito que é a prática em saúde com uma abordagem ampliada do usuário facilitada pelo conhecimento do território adscrito, pelo vínculo formado entre profissionais e usuários, (VIEGAS; PENNA, 2013), pela escuta detalhada das queixas e necessidades dos usuários/famílias (PIRES; RODRIGUES; NASCIMENTO, 2010; VIEGAS; PENNA, 2013) e por conciliar o atendimento da equipe com as condições socioeconômica e cultural dos usuários e famílias (PIRES; RODRIGUES; NASCIMENTO, 2010). Contudo, o princípio de integralidade só irá fazer parte da USF quando os profissionais de saúde que a compõem adotarem uma visão ampliada do usuário/família, respeitando suas crenças e culturas presentes no contexto de vida de cada um (PIRES; RODRIGUES; NASCIMENTO, 2010).

Outra questão emergida nos resultados deste estudo foram as falas maternas que apontam as condutas dos profissionais de saúde da USF, principalmente a dos médicos, diante da cólica infantil como medicalizada, pois eles prescrevem medicamentos alopáticos (Luftal®, Simeticona®, Atroveran®, Paracetamol®) no tratamento desta. E, veem no medicamento "A" única solução. Apesar de trazerem outras intervenções, o conjunto do processo de cuidado narrado pelos profissionais sugeriu que as ações não medicamentosas eram postas na conversa, contudo sem o credo de sua valia. Uma evidência disto é o próprio jeito de conduzir o cuidado que ia transferindo rapidamente a situação com vistas a chegar ao médico com sua autonomia profissional de prescrever um medicamento. Ou já logo de início conduzia a situação de forma a garantir que a mãe saísse com a prescrição de medicamentos alopáticos. Em adição, algumas mães deste estudo verbalizam que receberam prescrição de medicamento alopático pelo pediatra durante sua internação e de seu filho ou após a alta da maternidade, mesmo que esses não sejam o que irá realizar as consultas de puericultura.

A medicalização é uma tendência da sociedade que modifica as necessidades dos usuários/famílias em um processo em que onde existe doença existe um remédio, ou seja, os sofrimentos e as queixas são transfigurados em doenças e em necessidades médicas com intervenções medicalizadas, muitas vezes desnecessárias e prejudiciais aos usuários/famílias (TESSER; POLI NETO; CAMPOS, 2010). Como é o caso da cólica infantil estudada aqui, a maior parte da equipe da ESF a enxerga como uma doença e a trata com medicamento alopático, com desejo de protocolos que fundamentem a prática.

Inicialmente na APS havia uma tendência de seguir fielmente os protocolos dos programas de saúde, mas dentro desses protocolos não havia uma recomendação do como atender às demandas espontâneas dos usuários/famílias (TESSER; NETO; CAMPOS, 2010), e a tendência de medicalizar se torna maior. Diante dessa situação, surge PNH que tem o acolhimento como uma diretriz norteadora da prática em saúde na APS que visa a uma escuta qualificada dos usuários/família, formação de vínculo e acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2010). O Ministério da Saúde na cartilha da PNH (2010, p.16) aponta:

A proposta do acolhimento, articulada com outras propostas de mudança no processo de trabalho e gestão dos serviços (cogestão, ambiência, clínica ampliada, programa de formação em saúde do trabalhador, direitos dos usuários e ações coletivas) é um dos recursos importantes para a humanização dos serviços de saúde.

A queixa da cólica infantil nas ESFs estudadas não é acolhida pelos profissionais de saúde, e muitas vezes eles a banalizam por ser uma queixa recorrente e sem um protocolo de tratamento específico. Dentro da ESF, as equipes devem colocar em prática o acolhimento, para ofertar um atendimento que mostre ser estes os responsáveis pelo acompanhamento dos usuários/famílias através de um cuidado continuado e capaz de adaptá-lo ao contexto sociocultural desses, assim essa diretriz se torna a balizadora na realização da clínica desmedicalizante no cotidiano dos profissionais de saúde (TESSER; NETO; CAMPOS, 2010).

Nas USFs pertencentes a este estudo, o acolhimento realizado é baseado na triagem de um pronto-atendimento que visa à escuta da queixa do paciente de forma pontual e para dar o encaminhamento necessário, como, por exemplo, após o acolhimento é comum o usuário ser atendido em consulta pelo médico da própria unidade e este realizar a conduta necessária (tratamento/encaminhar para um especialista) ou encaminhar o usuário para uma unidade de

pronto-atendimento, caso seja uma queixa mais grave. Sendo assim, o acolhimento da queixa da cólica infantil nestas equipes está pautado na prescrição de medicamentos alopáticos, no qual os profissionais entendem que acolher a queixa é prescrever remédios como forma de resolubilidade desta. E justificam tal atitude como forma de promover acolhimento e de minimizar o retorno desse usuário ao serviço.

Essa atitude tem relação direta com a clínica centrada na doença, o que dificulta a desmedicalização nas práticas de saúde, e recomenda-se a execução do acolhimento nos atendimentos aos usuários/famílias, para discutir os casos em equipe e não fundamentar suas ações nos protocolos e fluxogramas inflexíveis (TESSER; NETO; CAMPOS, 2010), assim o retorno do usuário ao serviço de saúde será minimizado.

Na APS há uma proximidade dos profissionais de saúde com os usuários/família com a vida cotidiana destes, e as queixas trazidas neste espaço muitas vezes não são enquadradas em nenhum diagnóstico preciso de alguma patologia, o que propicia a desmedicalização (TESSER; NETO; CAMPOS, 2010), como é o caso da cólica infantil aqui estudada, pois as mães se queixam da mesma para os profissionais e estes não conseguem dar diagnóstico e tratamento específico, o que na realidade não deveria ser medicalizada, como é aqui apresentada pelos resultados, e sim buscar maneiras de minimizar o sofrimento materno diante da situação em que o filho se encontra, com um olhar ampliado, colocando em prática a integralidade do cuidado e o acolhimento.

Quando a queixa da cólica infantil surge nas ESFs estudadas, o médico é o profissional mais procurado pelas mães e membros da equipe da USF, e este é o que realiza a prescrição de medicamentos, não colocando em prática a diretriz do acolhimento. Em adição, um estudo salienta que na ESF o médico é o profissional que ganha destaque dentro da equipe quando o assunto é acolhimento, existe uma propensão para isso devido as suas competências profissionais e pela busca da sociedade por este profissional (TESSER; NETO; CAMPOS, 2010). Por isso, a importância de se realizar o trabalho em equipe interdisciplinar e dentro da ESF aproveitar os espaços das reuniões de equipe para a discussão dos casos e desfocar o acolhimento do saber médico (TESSER; NETO; CAMPOS, 2010).

Se mesmo assim o médico prescreve medicamentos a todas as queixas emergidas, os outros profissionais como os ACSs e auxiliar de enfermagem que têm uma maior convivência com esses usuários/famílias devem explorar praticar seu potencial para realizar uma abordagem ampliada, trazendo particularidades destes e contribuindo com a desmedicalização

e condutas centradas no biológico (TESSER; NETO; CAMPOS, 2010). Lembrando que não podemos excluir o médico do cenário da prática de desmedicalização, ele também é membro fundamental da equipe para que se crie vínculo com os usuários/famílias e para compor o princípio da equipe interdisciplinar na APS (TESSER; NETO; CAMPOS, 2010).

Os ACSs foram os profissionais que se destacaram neste estudo, quando o assunto foi abordagem ampliada, mostraram realizar escutas das queixas emergidas nas VDs, mesmo não tendo a capacidade de resolutibilidade da mesma, e quando algo lhes chama a atenção, realizam o encaminhamento deste usuário a profissionais habilitados na USF, pois reconhecem seus limites enquanto ACS e por suas capacitações recebidas não proporcionarem um maior conhecimento para explorar a queixa do usuário/família, o que mostra o vício do sistema de saúde.

Esta categoria de profissionais que compõem a equipe da ESF são os que têm conhecimentos das características da área adscrita na USF, pois os ACSs residem neste local e vivenciam de perto todas as situações do bairro. Então têm capacidade de discernir os locais de vulnerabilidade social, de tráficos de drogas, de violência doméstica, além de conhecer as dificuldades que os usuários/famílias enfrentam no bairro. Não explicitar a competência do ACS e o seu papel dentro das unidades de saúde, tanto por eles próprios quanto pelos outros profissionais membros da equipe, entravando sua atuação, pode levar à sensação de não pertença à equipe de ESF (MARINHO et al., 2013).

Atualmente observa-se que ações burocráticas da unidade são impostas a estes profissionais e a não incorporação do ACS no trabalho em equipe dificulta a atuação deste profissional. Em adição, o ACS é o membro da equipe da USF que tem vínculos fortes com as famílias e com os usuários, permitindo uma maior credibilidade nas suas relações com eles (MARINHO et al., 2013).

Além disso, o ACS neste estudo foi a categoria de profissionais da equipe que se mostrou estar mais próxima dos usuários, a mais preocupada em estabelecer e manter um relacionamento de confiança e respeitar as crenças e culturas. Tal fato é justificado quando realizam VDs as mães verbalizam para eles que estão fazendo uso de chá como método de alívio para a cólica infantil, e este respeita tal atitude materna, por entender que faz parte da cultura desta família. Considerar a historicidade e as práticas populares em saúde integra a humanização e a integralidade do cuidado.

As práticas populares, como uso de chá, benzimento e a fé, estão presentes no contexto cultural das famílias e usuários dos serviços de saúde nos tratamentos dos problemas de saúde (SOARES et al., 2014), em destaque para a cólica infantil. O uso de chás é frequente na AB, ganhando destaque e validação dessa prática e de outras como forma de valorização da autoestima do usuário na apropriação e utilização das práticas populares, mas na maioria das vezes essas práticas são marginalizadas pelos profissionais de saúde (SOARES et al., 2014), não tendo a compreensão do usuário e família em seu todo (ISERHARD et al., 2009).

O ser humano tem suas ações regidas pela sua herança cultural, com isso os profissionais de saúde devem se apropriar de conhecimentos da cultura de cada usuário e família, compreendendo os hábitos, costumes e valores, e só assim realizar as condutas necessárias no processo de saúde e doença (BUDÓ et al., 2008).

Quando os profissionais de saúde estão providos dos conhecimentos das práticas populares, conseguem realizar o cuidado singular ao usuário e sua família, respeitando suas crenças, valores e culturas (ISERHARD et al., 2009), ou seja, promovendo um cuidado humanizado e integral.

Diante disso, o Ministério da Saúde estabelece a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS, através da Portaria nº 971, em 2006, a fim de garantir a integralidade na atenção à saúde. Esta política visa a conhecer, apoiar e implementar práticas de saúde na esfera da Medicina Tradicional Chinesa Acupuntura, da Homeopatia, da Fitoterapia, da Medicina Antroposófica e do Termalismo-Crenoterapia (BRASIL, 2006a).

A PNPIC (2006, p.25) tem como um dos seus objetivos, "Incorporar e implementar a PNPIC no SUS, na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, com ênfase na AB, voltada para o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde."

Sendo assim, os profissionais de saúde devem respeitar tais práticas, a fim de promover um cuidado integral e humanizado, no manejo da cólica infantil.

Estudos revelam que a prática do uso de chá de ervas no alívio e prevenção da cólica infantil é comum e utilizado em primeira instância nas famílias que a vivenciam (COSTA et al., 2013; ISERHARD et al., 2009). Tal prática é passada de geração para geração, principalmente de mãe para filha (BADKE et al., 2012; ISERHARD et al., 2009), e executada

pela confiança que as mulheres têm nos membros de sua família, principalmente na própria mãe (COSTA et al., 2013; ISERHARD et al., 2009) que já utilizou o chá em situações de cólica infantil como saber popular nas intercorrências de saúde (COSTA et al., 2013). Num estudo percebe-se que as práticas populares em sua maioria são realizadas por mulheres nos cuidados aos membros da família (BADKE et al., 2012).

A execução de práticas populares no manejo da cólica tem ligação direta com o contexto social em que a família está inserida. Sendo assim, algumas mães adotam estas práticas e outras preferem adotar as práticas propostas pelos profissionais de saúde (COSTA et al., 2013).

Tal fato, também, é apresentado pelas mães deste estudo, algumas delas fazem o uso concomitante das práticas populares (chá, massagens, pano quente e exercícios com a perninha) com as indicadas pelos profissionais de saúde (medicamentos alopáticos), outras adotam apenas o que eles indicam e outras somente as práticas populares. Outras mães buscam alternativas das práticas populares em pessoas que fazem parte da sua rede social, como vizinhos e amigos, e as colocam em execução, tendo destaque o uso do Funchicórea® como método de alívio da cólica infantil. Os profissionais aqui entrevistados verbalizam que não são favoráveis à adoção do uso de chás como método de alívio para cólica, mas que respeitam tal atitude desde que a mãe ofereça o chá como se fosse um remédio, ofertando-o na colher e sem a adição de açúcar.

Em adição, existem mães entrevistadas que buscam se fortalecer em DEUS no enfrentamento da situação de cólica infantil do filho. A espiritualidade faz parte das práticas populares e culturais, como as orações e a fé em DEUS, sendo estas práticas específicas do ser humano quando existe algum problema de saúde, e na visão das mães é essencial realizá-las para o progresso na saúde do seu filho (ISERHARD et al., 2009). Tal prática é influenciada pelos próprios familiares e pelos grupos sociais, uma vez que a medicina religiosa é atividade social e culturalmente incorporada pelos usuários e pelas famílias (SOARES et al., 2014).

Os profissionais de saúde da ESF deste estudo não valorizam as práticas populares das mães e famílias que trazem a queixa da cólica infantil, mostraram ser indiferentes quando esta se faz presente no seu cotidiano na USF.

Diante dessa averiguação, as práticas populares estão presentes na rotina diária das famílias, principalmente das mães no cuidado ao filho, mesmo que estas não sejam aprovadas e aconselhadas pela literatura científica que fundamenta as ações dos profissionais de saúde (COSTA et al., 2013).

As práticas de cuidado ao filho oriundas da cultura da mãe e família revelam ser um misto do saber científico com o saber popular, o que leva à conclusão de que as práticas de saúde são balizadas por ambos os conhecimentos (COSTA et al., 2013). Em muitas situações, os saberes populares advindos da mãe e de sua família são dispensados e banalizados pelos profissionais de saúde, e isto não deve ocorrer, pois os conhecimentos das mães e famílias não podem ser desconceituados e nem reputados por estes profissionais.

Assim, deve-se promover o diálogo entre profissionais de saúde e as famílias e usuários (COSTA et al., 2013; ISERHARD et al., 2009), com o objetivo de ambos exporem suas crenças e culturas no que tange ao cuidado à saúde, a fim de aprimorar ações nas práticas de saúde (COSTA et al., 2013), existir uma aproximação entre o conhecimento popular com o conhecimento científico e reconstruir as práticas de saúde (COSTA et al., 2013; ISERHARD et al., 2009), incluindo neste cuidado à criança as práticas populares e o conhecimento científico, valorizando o saber que a família detém, suas vivências anteriores, e suas crenças e culturas e fazendo o cuidado singular em saúde (ISERHARD et al., 2009), como prática na situação de cólica infantil nas equipes da ESF que compõem este estudo.

Os profissionais de saúde não podem e não devem desdenhar o modo como as mães cuidam de seus filhos, eles são peças-chaves para dar o incentivo e apoio à mãe para cuidar, tornando-as empoderadas para assumir seu papel de mãe com total liberdade e direito de escolha do modo como irá cuidar de seu filho (BARBOSA et al., 2010).

A análise das entrevistas mostra a figura da mulher como aquela que desenvolve os cuidados à criança, seja a mãe ou a avó, e, neste contexto, a transmissão de práticas populares de cuidado de mãe para filha faz-se presente. A credibilidade nestes conhecimentos e práticas é fruto do cotidiano compartilhado, o que tende a contribuir para a sua incorporação no cuidado ao filho, como identificado no estudo em relação ao manejo da cólica infantil. O lugar do masculino no cuidado à criança incorpora poucas ações diretas. Contudo, neste estudo apareceu a questão do uso do calor masculino para amenizar a dor da cólica. Identificam-se tímidas evidências de progressivas inserções e contribuições masculinas no cuidado à criança. Destaca-se ser a cólica infantil um evento que desestabiliza muito a

família, dado o choro contínuo e estridente da criança, significado por nossa sociedade como algo a ser acolhido. Assim, todos se sensibilizam e sentem-se de alguma forma coagidos a tentar acalantar a criança. O pai encontra algo que é de fato mais específico ao masculino que é a maior capacidade de produzir calor e coloca-o em prol da criança. Este movimento de maior participação e interesse do pai em ter ações diretas no cuidado ao filho é movimento atual.

O papel de pai está sofrendo mudanças na sociedade atual, pois ele se dispõe a colaborar com os cuidados dos filhos, as tarefas domésticas e apresenta maior interação com todos os membros da família (OLIVEIRA; BRITO, 2009). É muito importante que o pai se envolva e participe dos cuidados com o filho, fazendo com que exerça sua paternidade, e assim a sociedade proponha ações de reconhecimento e incentivo à participação da figura masculina nas questões familiares, para implementar ações políticas de apoio e suporte às famílias, principalmente no contexto da saúde (SOUZA; BENETTI, 2009).

Os serviços de saúde precisam ampliar o foco para além do binômio mãe-filho, a fim de incluir o pai nos espaços de cuidado em saúde que envolvem o cuidar do filho, como o pré-natal e a puericultura, para aproximá-lo do seu exercício de pai (FALCETO et al., 2008) e para que se realize um cuidado humano e integral à figura paterna.

O cuidado na perspectiva masculina é sinônimo de estar junto, zelar, amparar, preocupar-se com o membro que necessita, colocando-se no lugar do outro para compreender melhor a situação vivenciada e julgar que o cuidado não é uma ação fácil de ser exercida por envolver compromisso com o outro. Os homens percebem que o cuidar vai além da cura da doença, o cuidar está presente no dia a dia, como ofertar ajuda na alimentação, nas necessidades fisiológicas, banho e estar sempre junto com (SILVA; BUDÓ; SILVA, 2013). O fato de os homens poderem realizar o cuidado de membros da família, principalmente dos filhos, gera um enorme contentamento (SILVA; BUDÓ; SILVA, 2013). A visão dos profissionais de saúde necessita de mudanças quando o assunto é cuidado, pois eles sempre associam o cuidar com a figura feminina e desprezam a masculina no cuidado ao filho (SILVA; BUDÓ; SILVA, 2013).

No caso das equipes de saúde entrevistadas neste estudo, o médico e a enfermeira são os profissionais que realizam a puericultura, estes verbalizam que tentam trazer a família para as consultas, para que todos os membros possam participar e para a unificação do tratamento e alívio da cólica infantil. Relatam que as avós são as que mais influenciam no cuidado à

criança, e por isso tentam abordá-las para mostrar a elas como deve ser realizado o manejo da cólica infantil. Tal fato remete ao caso de serem as avós as principais responsáveis pela transmissão das práticas populares na família, práticas estas de certa forma repudiadas pelos profissionais. Assim, a principal intenção não é incluir a família, mas buscar eliminar as práticas populares, as quais, no manejo da cólica infantil, fazem-se tão fortemente presentes. Estudos que explorem o significado das práticas populares para as equipes de ESF na puericultura podem ser de contribuição para aprofundar as tímidas evidências sugeridas neste trabalho.

Incluir os saberes populares, o masculino, os ACSs nas práticas em saúde das ESF são necessidades desveladas por este estudo, conduzido sob o contexto da cólica infantil. Perpassam pelo conceito de cuidado e acolhimento detido pelos profissionais e sinalizam insipiências em relação ao elemento estético do cuidado. Para Vera Regina Waldow (2012, 131p.), "a dimensão estética do cuidar refere-se aos sentimentos e valores que fundamentam a ação num contexto inter-relacional, de modo que haja coerência e harmonia entre o sentir, o pensar (conhecer/saber) e o fazer".

Frente ao exposto, a existência de um cuidado ancorado nos elementos anteriormente discutidos amenizaria inseguranças e sofrimentos mencionados pelas mães deste estudo. Neste sentido, destaca-se ainda que o desenvolvimento do papel parental, apesar de integrar a vida, clama por apoio. Basta apreciar, por exemplo, neste estudo, o quanto as primíparas se sobressaíram em relatos de inseguranças e sofrimentos em relação às múltiparas. Assim, os profissionais das ESFs podem consumir-se em apoio social mais significativo neste processo, a depender de sua atitude no cuidado. A recomendação de incorporação de tecnologias leves para um cuidado mais responsivo às especificidades de necessidades dos usuários já está apontada na literatura (MATTIONI; BUDÓ; SCHIMITH, 2011; MEHRY, et al., 1997). Ampliar a incorporação das mesmas nas práticas em saúde é com certeza caminho para que a mesma não seja marcada pelo desencontro entre profissionais e usuários, como no caso do manejo da cólica infantil.

No intuito de deixar sugestões de continuidade ao aqui percorrido, sugere-se explorar o significado de acolhimento em puericultura para os profissionais das ESFs e como podem garanti-lo em suas práxis, uma vez que construtos centrais e integrantes de suas práxis seriam revelados e poderiam ser abordados nos distintos níveis e processos de formação de profissionais da saúde para o SUS.

Desencontros e consequente desamparo é o que caracteriza o manejo da cólica infantil nos contextos estudados, determinado pelo conceito de cuidado e cólica detido pelos profissionais e mães. Tal processo é reflexo da forte influência do positivismo nas práticas de saúde.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Frente às evidências na criança que sugerem a cólica infantil, profissionais e mães direcionam-se para confirmar tal suspeita. Os primeiros preocupam-se em diferenciá-las de intercorrências patológicas prevalentes nos primeiros seis meses de vida bem como obter outros dados que reforcem a suspeita de cólica infantil. As mães por sua vez buscam ter a certeza do diagnóstico de cólica infantil. Assim, ambos estão voltados aos sinais e sintomas de confirmação do distúrbio. A certeza do diagnóstico não é passível de ser obtida, mas as fortes evidências conduzem ambos a adotarem o mesmo. E, com isto os profissionais trazem protocolos assistenciais voltados a intensificar o peristaltismo e amenizar a dor. Neste sentido, utilizam tratamentos com medicamentos alopáticos (Atroveran®, Buscopan®, Simeticona® e Dipirona®) e associam estes, sobretudo, com o uso de calor, massagem abdominal e exercício de flexão com as pernas e os medicamentos fitoterápicos (Funchicórea®). As mães não se sentem atendidas na sua necessidade quando o cuidado limita-se à oferta de tais protocolos.

A experiência de conviver com a cólica infantil do filho traz grande sofrimento materno, o que repercute em sentimentos de impotência por não ser capaz de eliminar a dor da cólica. Além disso, ela faz questionamentos acerca da influência de práticas alimentares (suas e da criança) com a cólica, das observações e avaliações dos outros em relação à forma como está conduzindo o cuidado da criança e da insuficiência de escuta e acolhimento do profissional a ela. Porém, tal aspecto não é tão consciente para tais mães que acreditam que se encontrarem um protocolo terapêutico diferente para a cólica infantil resolverão o problema, fato também presente nos entendimentos dos profissionais que explicitaram desejo de estudos e guias baseados em evidência para conduzir esta situação.

Nesse contexto, poucos profissionais relataram recorrer à busca de novos protocolos e conhecimentos para ampliarem suas condutas no manejo da cólica infantil, mas muitas das mães explicitaram recorrer à busca de informações para manejar a cólica da criança, sobretudo na internet e junto a pessoas de sua rede social.

Assim, a rede social é acionada pela mulher na esperança de apoio, contudo tende a se repetir a abordagem terapêutica do profissional, ou seja, lançar mão de estratégias para intensificar o peristaltismo e amenizar a dor da criança, bem como avaliar as condutas maternas no cuidado da mesma. Isto determina o mesmo tipo de apoio.

Contudo, o desamparo materno está presente, trazendo repercussões na dinâmica familiar e é vivenciado sob o conformismo de ser a cólica um evento fisiológico e autolimitado. Este último aspecto também sustenta a prática profissional de pouco valorar e explorar tal queixa, deixando que o tempo a resolva.

Diante disso, o significado, socialmente difundido, de ser a cólica infantil um evento fisiológico e autolimitado restringe uma escuta e clínica ampliada por parte do profissional, com repercussões ao acolhimento, à humanização e à integralidade do cuidado nas USFs. O ACS, neste estudo, demonstrou ser o profissional de maior sensibilidade para uma escuta e clínica ampliada, contudo ao levar nuances particulares da situação à equipe, esta tolhe o processo de ampliação ao reforçar o foco no peristaltismo intestinal e dor, conceber o medicamento alopático como o recurso e, portanto ter, sobretudo, no médico o único profissional de resolutividade em função de ele deter o poder da prescrição de medicamentos alopáticos.

E o mesmo processo também sustenta as práticas populares em saúde, quando a mulher busca sua rede social, com o diferencial de um tímido incremento para o acolhimento do sofrimento materno. Neste sentido, o pai desponta como apoio à mulher, apesar de não concebido pelos profissionais como sujeito que deve ser integrado às práticas de saúde neste contexto.

Em relação às práticas populares, identificou-se que as mães as integram no manejo da cólica infantil e desejam diálogo sobre as mesmas, porém os profissionais apesar de não as refutarem explicitamente, não dialogam a respeito, quase que as deixando invisíveis no processo de cuidado nesta situação.

Cabe ainda ressaltar serem os pediatras sujeitos acionados no manejo da cólica infantil por parte da mãe, por significarem ser eles especializados em criança e o médico da USF generalista. Ao buscarem autonomamente os mesmos, estes reproduzem o mesmo repertório de cuidado descrito acima, ou seja, centrado exclusivamente na cólica e na abordagem alopática, fato de nenhuma contribuição para a situação.

Portanto, pela cólica infantil ser queixa frequente na puericultura e por este estudo reforçar a forte influência da medicalização nas práticas em saúde e sua insuficiência para prover e garantir práticas humanas e integrais, os espaços de reflexões e de aprendizagem acerca da prática social necessitam de investimentos para modificar a percepção da cólica

infantil, como nos processos de formação em saúde (nas universidades, congressos, escolas técnicas, periódicos da área, dentre outros) e nos estudos científicos. E por se tratar de uma transformação de significado social, tem uma temporalidade própria, de caráter lento e longitudinal e, portanto, o resultado aparecerá em longo prazo.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABACI, F. B. et al. Psychosocial status and quality of life in mothers of infants with colic. **Turk J Pediatr.**, v.55, n. 4, p. 391-95, 2013. Disponível em: < <http://www.turkishjournalpediatrics.org/?fullTextId=1224&lang=eng> >. Acesso em: 21 Dez 2014.

ABE, R.; FERRARI, R. A. P. Puericultura: problemas materno-infantis detectados pelos enfermeiro numa unidade de saúde da família. **Rev. Min. Enferm.**, v. 12, n. 4, p. 523-30, 2008. Disponível em: < <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/297> >. Acesso em: 19 Dez 2014.

AKSAN, N. et al. Symbolic interaction theory. **Procedia Soc. Behav. Sci.**, v. 1, p. 902-904, 2009.

ANABREES, J. et al. Probiotics for infantile colic: a systematic review. **BMC Pediatr.**, v. 13, n. 186, p. 1-9, 2013. Disponível em: < <http://www.biomedcentral.com/1471-2431/13/186> >. Acesso em: 18 Dez 2014.

ARAÚJO, J. S.; XAVIER, M. P. O conceito de saúde e os modelos de assistência: considerações e perspectivas em mudança. **Revista saúde em foco**, v. 1, n. 1, art. 10, p. 137-49, 2014.

ASTEDT-KURKI, P.; PAAVILAINEN, E.; LEHTI, K. Methodological issues in interviewing families in family nursing research. **J Adv Nurs.**, v. 35, n.2, p.288-293, 2001.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. **Interface - Comunic, Saúde, Educ.**, v.8, n.14, p.73-92, 2004.

_____. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saúde e soc.**, v. 18, supl. 2, p. 11-23, 2009.

_____. Integralidade do cuidado, situações de aprendizagem e o desafio do reconhecimento mútuo. In: PINHEIRO, R.; LOPES, T.C. (org.). **Ética, técnica e formação: as razões do cuidado como direito à saúde**. 1 ed. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2010, v. 1, p. 123-53.

_____. O cuidado e o espaço público da saúde: virtude, vontade e reconhecimento na construção política da integralidade. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A.G.S. (org.). **Cidadania no cuidado: o universal e o comum na integralidade das ações de saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC, 2011. p. 27-44.

BADKE, M. R. et al. Saberes e práticas populares de cuidado em saúde com o uso de plantas medicinais. **Texto Contexto Enferm** v. 21, n. 2, p. 363-370, 2012.

BAILEY, S.; D'AURIA, J. P.; HAUSHALTER, J. P. Information on infantile colic on the world wide web. **J Pediatr Health Care**, v. 27, n. 6, p. 443-50, 2013. Disponível em: < [http://www.jpmedhc.org/article/S0891-5245\(12\)00080-6/abstract](http://www.jpmedhc.org/article/S0891-5245(12)00080-6/abstract) >. Acesso em: 19 Dez 2014

BANCO DE DADOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (DATASUS). **Informações de saúde, indicadores de saúde: nascidos vivos 1994-2012**. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em 09 Jan 2015.

BARBOSA, F. A. et al. Significados do cuidado materno em mães de crianças pequenas. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, v. 33, p. 28-49, 2010. Disponível em: < <http://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/1470> >. Acesso em 04 Dez 2014.

BARROS, M. E. B.; GOMES, R. S. Humanização do cuidado em saúde. **Fractal, Rev. Psicol.**, v. 23, n. 3, p. 641-58, 2011.

BARTON, S. S. Narrative inquiry: locating aboriginal epistemology in a relational methodology. **J Adv Nurs.**, v. 45, n. 5, p. 519-526, 2004. Disponível em: < <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2648.2003.02935.x/abstract> >. Acesso em: 07 Jan 2015.

BELEI, R. A. et al. O uso de entrevista, observação e videogravação em pesquisa qualitativa. **Cad Educação.**, v. 30, p. 187-199, 2008. Disponível em: < http://www.unisc.br/portal/upload/com_arquivo/1350501221.pdf >. Acesso em: 12 Jan 2015.

BELL, J. M. Advanced practice in family nursing: one view. **J Fam Nurs**, v. 2, n. 3, p. 244-247, 1996.

BLEAKLEY, A. Stories as data, data as stories: making sense of narrative inquiry in clinical education. **Med Educ.**, v. 39, n. 5, p. 534-540, 2005. Disponível em: < <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2929.2005.02126.x/abstract> >. Acesso em: 07 Jan 2015.

BLUMER, H. **Symbolic interactionism: perspective and method**. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1969.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano-compaixão pela terra**. 9.ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Classificação Brasileira de ocupações**. Brasília: MTE; 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS-Política Nacional de Humanização**. Brasília, 2004. 18 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 648/GM**. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia em Insumos Estratégicos. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**. Brasília, 2006a. 92p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2º ed., 5. reimp., Brasília, 2010. 44p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012. 105 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html>. Acesso em 27 Dez 2014.

BRASIL. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, 2012a.

BUDÓ, M. L. D. et al. Práticas de cuidado em relação à dor- a cultura e as alternativas populares. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 12, n. 1, p. 90-96, 2008.

CAKMAK, Y. O. Infantile colic: exploring the potential role of maternal acupuncture. **Acupunct Med.**, v. 29, n. 4, p. 295-7, 2011. Disponível em: <<http://aim.bmj.com/content/29/4/295.long>>. Acesso em: 19 Dez 2014.

CAREY, M. A.; ASBURY, J. E.; **Focus group reserch**. California: Left Coast Press , 2012. 118p.

CASTELLANOS, M. E. P. A narrativa nas pesquisas qualitativas em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 19, n. 4, p. 1065-1076, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000401065>. Acesso em: 06 Jan 2015.

CEDRO, M. Pesquisa social e fontes orais: particularidade da entrevista como procedimento metodológico qualitativo. **Perspectivas Sociais**, v. 1, n. 1, p. 125-135, 2011.

CHARON, J. M. **Symbolic interactionism: an introduction, an interpretation, an integration.** 10 ed. Boston: Prentice Hall, 2010.

CHRISTOFFEL, M. M. et al. Cólica do lactente: estudo descritivo das práticas de cuidados maternos para o alívio da dor. **Rev enferm UFPE on line.**, v. 7, n. 10, p. 5876-82, 2013. Disponível em: < <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/297> >. Acesso em: 18 Nov 2014.

CLANDININ, D. J.; CONNELLY, F. M. **Narrative inquiry: experience and story in qualitative research.** San Francisco: Jossey-Bass, 2004. 240 p.

COSTA, A. C. P. J. et al. Popular knowledge in care of the newborn with focus on health promotion. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 5, p. 3626-35, 16 Dez 2014. Disponível em: < <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2271> >.

DRIESSNACK, M.; SOUSA, V. D.; MENDES, I. A. C. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: part 2: desenhos de pesquisa qualitativa. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 15, n. 4, p. 183-187, 2007. Disponível em: < <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281421875025> >. Acesso em: 23 Dez 2014.

ENGLER, A. C.; HADASH, A.; SHEHADEH, N. Breastfeeding may improve nocturnal sleep and reduce infantile colic: potential role of breast milk melatonin. **Eur J Pediatr.**, v. 171, n. 4, p. 729-32, 2012. Disponível em: < <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00431-011-1659-3> >. Acesso em: 20 Dez 2014.

ENNES, M. A. Interacionismo simbólico: contribuições para se pensar os processos identitários. **Perspectivas**, v. 43, p. 63-81, 2013.

FALCETO, O. G. et al. Fatores associados ao envolvimento do pai nos cuidados do lactente **Rev Saúde Pública**, v. 42, n. 6, p. 1034-1040, 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n6/6315.pdf> >. Acesso em: 08 Jan 2015

FIGUEIREDO, G. L. A. et al. Experiences of families in the immunization of Brazilian children under two years old. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, v. 19, n. 2, p. 598 – 605, 2011. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000300020> >. Acesso em: 20 Dez 2014.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad, Saúde Pública**, v. 24, n.1, p. 17-27, 2008.

FUNCHICOREA. Responsável técnico Kleber Halfeld. Juiz de Fora: laboratório melpoejo, 2014. Bula de remédio. Disponível em:<<http://www.medicinanet.com.br/bula/2658/funchicorea.htm>>. Acesso em: 09 Jan 2015.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009.

GOMES, M. H. A.; SILVEIRA, C. Sobre o uso de métodos qualitativos em saúde coletiva, ou a falta que faz uma teoria. **Rev. Saúde Pública**, v. 46, n. 1, p. 160-5, 2012. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000100020 >. Acesso em: 23 Dez 2014.

GREENHALGH, T.; RUSSELL, J.; SWINGLEHURST, D. Narrative methods in quality improvement research. **Qual Saf Health Care.**, v. 14, n. 6, p. 443–449, 2005. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1744090/pdf/v014p00443.pdf> >. Acesso em: 07 Jan 2014.

GRIPPO, M. L. V. S.; FRACOLLI, L. A. Avaliação de uma cartilha educativa de promoção ao cuidado da criança a partir da percepção da família sobre temas de saúde e cidadania. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 42, n. 3, p. 430-36, 2008. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000300003>. Acesso em: 20 Dez 2014.

HERMAN, M.; LE, A. The crying infant. **Emerg Med Clin North Am.**, v. 25, p. 1137-59, 2007. Disponível em: < [http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0733-8627\(07\)00078-8](http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0733-8627(07)00078-8) >. Acesso em : 20 Dez 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo 2010**. Disponível em: <www.censo2010.ibge.gov.br>. Acesso em 29 Dez 2014.

ISERHARD, A. R. M. et al. Práticas culturais de cuidados de mulheres mães de recém-nascido de risco do sul do Brasil **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 13, n. 1, p. 116-122, 2009.

JOVCHELOVITCH, S.; BAUER, M. W. Entrevista narrativa. In: BAUER, M.W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis: Vozes, 2002. 90-113 p.

KANTORSKI, L. P. et al. A integralidade do cotidiano de trabalho na estratégia de saúde da família. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), v. 30, p. 594-601, 28 nov 2014 2009. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472009000400003&script=sci_arttext >.

KARP, H. Five simple steps to calm your baby's fussies. Red Orbit, 2008. Disponível em: <http://www.redorbit.com/news/health/1327542/five_simple_steps_to_calm_your_baby_s_fussies/>. Acesso em: 19 Dez 2014.

LACERDA, M. R.; LABRONICI, L. M. Papel social e paradigmas da pesquisa qualitativa de enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, v. 64, n. 2, p. 359-64, 2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672011000200022&script=sci_arttext >. Acesso em: 23 Dez 2014.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 7ed. São Paulo: Atlas, 2010. 320 p.

LANDGREN, K.; KVORNING, N.; HAALSTRÖM, I. Acupuncture reduces crying in infants with infantile colic: a randomised, controlled, blind clinical study. **Acupunct Med.**, v. 28, n. 24, p. 174-9, 2010. Disponível em: < <http://aim.bmj.com/content/28/4/174.long> >. Acesso em : 19 Dez 2014.

_____. Parents' experience of living with a baby with infantile colic. **Scand J Caring Sci.**, v. 25, n. 2, p. 317-24, 2010a. Disponível em: < <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-6712.2010.00829.x/abstract> >. Acesso em: 20 Dez 2014.

_____. Feeding, stooling and sleeping patterns in infants with colic - a randomized controlled trial of minimal acupuncture. **BMC Complement Altern Med.**, v. 11, n. 93, p. 1-9, 2011. Disponível em: < <http://www.biomedcentral.com/1472-6882/11/93> >. Acesso em: 20 Dez 2014.

LEAHEY, M. WRIGHT, L.M. **Enfermeiras e Famílias - Um Guia Para Avaliação e Intervenção na Família**. 5 ed. São Paulo: Roca, 2012. 327 p.

LEANDRO, J. S.; MOREIRA, C. Cuidado familiar de recém-nascido no domicílio: um estudo etnográfico. **Texto Contexto Enferm.**, v. 20, p. 223-31, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072011000500028&script=sci_arttext>. Acesso em: 19 Nov 2014.

LIEBLICH, A.; TUVAL-MASHIACH, R.; ZILBER, T. **Narrative research: reading, analysis and interpretation**. Thousand Oaks: Sage, 1998. 187 p. (Series: Applied social research methods).

LINARD, A. G.; CASTRO, M. M.; CRUZ, A. K. L. Integralidade da assistência na compreensão dos profissionais da estratégia saúde da família. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), v. 32, p. 546-53, 28 Nov 2014 2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472011000300016&script=sci_arttext >. Acesso em: 15 Dez 2014.

LOPES, C. H. A. F.; JORGE, M. S. B. Interacionismo simbólico e a possibilidade para o cuidar interativo em enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v. 39, n. 1, p. 103-108, 2005. Disponível em: < <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/52.pdf> >. Acesso em: 29 Dez 2014.

MARINHO, C. S. et al. A vivência do agente comunitário de saúde: um estudo exploratório em uma unidade básica de saúde em Santos/SP. **Indagatio Didactica**, v. 5, p. 643-58, 16 Dez 2014 2013. Disponível em: < <http://revistas.ua.pt/index.php/ID/article/view/2480> >. Acesso em: 15 Dez 2014.

MATTIONI, F. C.; BUDÓ, M. L. D.; SCHIMITH, M. D. O exercício da integralidade em uma equipe da estratégia saúde da família: saberes e práticas. **Texto Contexto Enferm**, v. 20, n. 2, p. 263-271, 2011.

MAY, T. **Pesquisa social: questões, métodos e processos**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 167 p.

MEHRY, E. E.; CHAKKOUR, M.; STÉFANO, E.; STÉFANO M. E.; SANTOS, C. M.; RODRÍGUEZ, R. A. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. 113-150 p

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2010. 108 p.

MINAYO, M. C. S.; GUERRIERO, I. C. Z. Reflexividade como éthos da pesquisa qualitativa. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 19, n. 4, p. 1103-112, 2014. Disponível em: < www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000401103&lng=en&nrm=iso >. Acesso em: 23 Dez 2014.

MORAVEJ, H. et al. Predictive value of the cow's milk skin prick test in infantile colic. **Ann Saudi Med.**, v. 30, n. 6, p. 468-70, 2010. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2994164/> >. Acesso em: 19 Dez 2014.

MORGAN, D. L.; KRUEGER, R. A. **The focus group kit**. CA: Sage, 1998. 6 volume.

MURAHOVSKI, J. Cólicas do lactente. **J. Pediatr.**, v. 79, n. 2, p. 101-2, 2003. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/jped/v79n2/v79n2a01.pdf> >. Acesso em: 19 Dez 2014.

NUNES, J. H. Interacionismo simbólico e movimentos sociais: enquadrando a intervenção. **Soc. estado**, v. 28, n. 2, p. 257-277, 2013. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/se/v28n2/v28n2a05.pdf> >. Acesso em: 29 Dez 2014.

OLIVEIRA, R. G.; MARCON, S. S. Trabalhar com famílias no Programa de Saúde da Família: a prática do enfermeiro em Maringá-Paraná. **Rev Esc Enferm USP.**, v. 41, n. 1, p. 65-72, 2007. Disponível em:< <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/304.pdf>>. Acesso em: 18 Dez 2014.

OLIVEIRA, E. M. F.; BRITO, R. S. Ações de cuidado desempenhadas pelo pai no puerpério. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 13, n. 3, p. 595-601, 2009.

OLIVEIRA, D. C.; SILVA, L. L. O que pensam os usuários sobre a saúde: representação social do sistema único de saúde. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 14-18, 29 Nov 2014 2010. Disponível em: < <http://www.facenf.uerj.br/v18n1/v18n1a03.pdf> >.

PAIM, J. et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 1778-97, 2011. Disponível em:< [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60054-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8)>. Acesso em: 17 Dez 2014.

PERRY, R.; HUNT, K.; ERNST, E. Nutritional supplements and other complementary medicines for infantile colic: a systematic review. **Pediatrics**, v. 127, n. 4, p. 720-33, 2011. Disponível em: < <http://pediatrics.aappublications.org/content/127/4/720.long> >. Acesso em: 20 Dez 2014.

PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G.; ORGANIZADORES. Cidadania no cuidado: o universal e o comum na integralidade das ações de saúde. In: AYRES, J. R. C. M. (Ed.). **O cuidado e o espaço público da saúde: virtude, vontade e reconhecimento na construção política da integralidade**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC, 2011. p.344. ISBN 978-85-89737-68-5.

PIRES, V. M. M. M.; RODRIGUES, V. P.; NASCIMENTO, M. A. A. Sentidos da integralidade do cuidado na Saúde da Família. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro (RJ), v. 18, p. 622-7, 28 Nov 2014 2010. Disponível em: < <http://www.facenf.uerj.br/v18n4/v18n4a20.pdf> >.

QUEIROZ, B. F. B.; GARANHANI, M. L. Construindo significados do cuidado de enfermagem no processo de formação: uma pesquisa fenomenológica. **Cienc Cuid Saude**, v. 11, n. 4, p. 775-83, 2012.

RAMOS, E. M. et al. O uso da massagem para alívio de cólicas e gases em recém-nascidos. **Rev enferm UERJ**, v. 22, n. 2, p. 245-50, 2014. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/13666>>. Acesso em: 19 Dez 2014.

REINTHAL, M.; LUND, I.; LUNDEBERG, T. Infantile colic: more than the mother. **Acupunct Med.**, v. 29, n. 4, p. 246, 2011. Disponível em: <<http://aim.bmj.com/content/29/4/246.long>>. Acesso em: 20 Dez 2014.

SAAVEDRA, M. A. L. et al. Incidência de cólica no lactente e fatores associados: um estudo de coorte. **J. Pediatr.**, v. 79, n. 2, p. 115-22, 2003. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572003000200005>>. Acesso em: 20 Dez 2014.

SÃO CARLOS. Prefeitura municipal. **Administrações regionais de saúde – ARES**. Disponível em: <<http://www.saocarlos.sp.gov.br/index.php/administracoes-regionais-saude/153938-administracoes-regionais-de-saude-ares.html>>. Acesso em 08 Jan 2015.

SÃO CARLOS. Prefeitura municipal. **Programa saúde da família – PSF**. Disponível em: <<http://www.saocarlos.sp.gov.br/index.php/saude/115417-programa-saude-da-familia-psf.html>>. Acesso em: 08 Jan 2015a.

SAVINO, F. Focus on infantile colic. **Acta Paediatrica**. v. 96, n.9, p. 1259–64, 2007. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1651-2227.2007.00428.x/abstract>>. Acesso em: 20 Dez 2014.

SAVINO, F. et al. Lactobacillus reuteri DSM 17938 in infantile colic: a randomized, double-blind, placebo- controlled trial. **Pediatrics**, v. 126, n. 3, p. 526-33, 2010. Disponível em: <<http://pediatrics.aappublications.org/content/126/3/e526.long>>. Acesso em: 20 Dez 2014.

SKJEIE, H. et al. Acupuncture for infantile colic: a blinding-validated, randomized controlled multicentre trial in general practice. **Scand J Prim Health Care**, v. 31, n. 4, p. 190–96, 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3860294/pdf/pri-31-190.pdf>>. Acesso em: 21 Dez 2014.

SILVA, D. G. V.; TRENTINI, M. Narrativas como técnica de pesquisa em enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 10, n. 3, p. 423-432, 2002. Disponível

em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692002000300017&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 06 Jan 2015.

SILVA, C. R. C.; MENDES, R.; NAKAMURA, E. A dimensão da ética na pesquisa em saúde com ênfase na abordagem qualitativa. **Saude soc.**, v. 21, n. 1, p. 32-41, 2012. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000100005 >. Acesso em: 23 Dez 2014.

SILVA, S. O.; BUDÓ, M. L. D.; SILVA, M. M. Concepções e práticas de cuidado na visão de homens. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 22, p. 389-96, 2013.

SILVEIRA, L. C.; VIEIRA, A. N.; MONTEIRO, A. R. M.; MIRANDA, K. C. L.; SILVA, L. F. Cuidado clínico em enfermagem: desenvolvimento de um conceito na perspectiva de reconstrução da prática profissional. **Esc Anna Nery** (impr.), v. 17, n. 3, p. 548 – 54, 2013.

SOARES, A. N. et al. Crenças e práticas de saúde no cotidiano de usuários da rede básica de saúde. **Rev enferm UERJ**, v. 22, n. 1, p. 83-88, 2014.

SOUZA, C. L. C.; BENETTI, S. P. C. Paternidade contemporânea: levantamento da produção acadêmica no período de 2000 a 2007 **Paideia**, v. 19, n. 42, p. 97-106, 2009. Disponível em: < <http://www.revistas.usp.br/paideia/article/view/7174/8657> >. Acesso em: 08 Jan 2015.

TESSER, C. D.; POLI NETO, P.; CAMPOS, G. W. S. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família **Cienc Saude Coletiva**, v. 15, n. 3, p. 3615-24, 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s3/v15s3a36.pdf> >. Acesso em: 28 Nov 2014.

TOMELERI, K. R.; MARCON, S. S. Práticas populares de mães adolescentes no cuidado aos filhos. **Acta Paul Enferm**, v. 22, n. 3, p. 272-80, 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n3/a06v22n3.pdf> >. Acesso em: 18 Dez 2014.

VIEGAS, S. M. F.; PENNA, C. M. M. A construção da integralidade do trabalho cotidiano da equipe Saúde da Família. **Esc Anna Nery**, v. 17, n. 1, p. 133-41, 2013. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n1/19.pdf> >. Acesso em: 28 Nov 2014.

ÇETINKAYA, B.; BASBAKKAL, Z. The effectiveness of aromatherapy massage using lavender oil as a treatment for infantile colic. **Int J Nurs Pract.**, v. 18, n. 2, p. 164-9, 2012. Disponível em: < <http://onlinelibrary.wiley.com/resolve/openurl?genre=article&sid=nlm:pubmed&issn=1322-7114&date=2012&volume=18&issue=2&spage=164> >. Acesso em: 20 Dez 2014.

WALDOW, V. R. **Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem**. 6ª ed. Petrópolis: Vozes; 2012.

WESSEL, M. A. et al. Paroxysmal fussing in infancy, sometimes called colic. **Pediatrics.**, v. 14, n. 5, p.421-35, 1954. Disponível em :<
<http://pediatrics.aappublications.org/content/14/5/421.abstract>>. Acesso em: 18 Dez 2014.

WRIGHT, L. M.; LEAHEY, M. **Enfermeiras e Famílias- um Guia para Avaliação e Intervenção na Família**. 5. ed. São Paulo: Roca, 2012. 327 p.



9. APÊNDICE E ANEXOS

Apêndice A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é Flávia Corrêa Porto de Abreu, sou aluna do Programa de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) e conduzo a coleta e análise de dados em uma pesquisa voltada a entender como é o cuidado desenvolvido pela família e pelos profissionais da equipe de saúde da família à cólica infantil. A professora Dra. Monika Wernet do Departamento de Enfermagem da UFSCar apoia o desenvolvimento desta pesquisa.

Para coleta de informações, estamos entrevistando famílias e profissionais da equipe de saúde da família. Você está sendo convidado a colaborar com esta pesquisa, concedendo uma entrevista, que no caso de familiares pode ocorrer de forma conjunta ou individual e, no caso dos profissionais ocorre sempre de forma conjunta. Pode existir a necessidade de ser entrevistado por mais de uma vez para esclarecimentos ou complementação das informações ofertadas.

A entrevista é gravada em áudio para evitar a perda das informações ditas. Após, esta gravação é transcrita e transformada em um texto para ser analisado. A entrevista é desenvolvida em local, data e horário escolhido em comum acordo entre você e nós pesquisadores, desde que o local garanta conforto, privacidade e tenha o mínimo de interferências. Os arquivos das entrevistas permanecerão guardados comigo, e as pesquisadoras acima citadas terão acesso a seu conteúdo.

São garantidos sigilo das informações, a não identificação do(s) entrevistado(s), bem como a possibilidade de você deixar de permitir o uso de seus dados a qualquer momento da pesquisa, mesmo após ter assinado este termo. Para tanto, basta entrar em contato comigo no contato: flavinhacpa@yahoo.com.br ou (16) 33518334. Os resultados obtidos com a pesquisa serão divulgados em eventos, publicações e outras formas de divulgação científica.

Entendemos que os riscos da participação são mínimos e estão relacionados, para os profissionais, à exposição em grupo do cuidado desenvolvido na situação de cólica infantil. E, para a família, em relatar o cuidado realizado e, por meio disto identificar, por si só, ações de cuidado/condutas não realizadas. Esclarecemos não existir ônus ou remuneração financeira aos que aceitarem participar deste estudo. E, que os resultados obtidos com o estudo podem contribuir com a visibilidade do impacto da cólica infantil no dia a dia das famílias e com a

melhoria do cuidado a elas ofertado. Narrar sobre o cuidado desenvolvido traz o benéfico de rever práticas de cuidado, tanto para a família quanto para o profissional.

Se você tiver alguma dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos localizada na Rodovia Washington Luiz, km 235, Jardim Guanabara, CEP 13565-905, São Carlos/SP/Brasil, telefone (16) 3351-9683 e endereço eletrônico: cephumanos@ufscar.br.

PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA

Eu, _____,
declaro que tomei conhecimento e ciência da pesquisa e dos procedimentos acima descritos relacionados a ela. Sei que em caso de dúvida sobre a pesquisa ou o não desejo de continuar cedendo os dados e seu respectivo uso na pesquisa, entrarei em contato com a pesquisadora nos contatos acima mencionados. Este termo de consentimento possui duas vias, sendo que uma ficará em poder do pesquisado e outra arquivada com a pesquisadora. Concordo:

_____ em participar da entrevista;

_____ de que a entrevista seja gravada em áudio.

São Carlos, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do sujeito

Flavia Corrêa Porto de Abreu – pesquisadora

Anexo A - PARACER DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO CARLOS



Prefeitura Municipal de São Carlos

Secretaria Municipal de Saúde

Departamento de Gestão do Cuidado Ambulatorial

Rua 9 de Julho, 1599 – São Carlos-SP

CEP: 13560-042 – Fone (16) 3371 1716 / 3372 8193

PARECER Nº 73/2012

Trata-se de solicitação de autorização para o desenvolvimento do Projeto de Pesquisa intitulado: *“Cólica Infantil: Buscando recursos para seu manejo”*, a ser desenvolvido pela pós-graduanda Flávia Corrêa Porto de Abreu, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSCar, para processo seletivo do Mestrado, sob orientação do Prof. Dra. Monika Wernet, tendo como objetivo caracterizar a experiência de cuidado da situação de cólica infantil no contexto familiar e da estratégia saúde da família.

Considerando que a metodologia proposta apresenta mínimo risco aos participantes, como por exemplo, a preocupação quanto ao sigilo das informações e que a pesquisadora tomará as devidas condutas para minimizá-lo, no sentido de ocultar e não divulgar os nomes dos sujeitos da pesquisa; e que os resultados certamente contribuirão para o fortalecimento das ações que objetivam a construção da Rede Escola de Saúde em nosso município, este Departamento nada tem a opor e faz as seguintes considerações:

- Considerando que o Projeto apresentado aponta que a coleta dos dados será realizada nas Unidades de Saúde da Família da ARES Santa Felícia do município, caso haja necessidade de utilização do espaço das Unidades afetas ao DGCA da Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos para o desenvolvimento de alguma das etapas do trabalho, as atividades deverão ser pactuadas de forma a não causar prejuízos ao cotidiano da equipe;
- O contato e formalização do convite aos sujeitos da pesquisa deverão ser realizados pela pesquisadora, sem qualquer ônus para esta Secretaria;
- A pesquisadora deverá se apresentar à equipe portando cópia deste parecer;
- O trabalho de campo deste Projeto somente poderá ser iniciado após Parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa e com a assinatura do Termo Livre e Esclarecido pelos participantes e,
- Após a conclusão do projeto deverão ser enviados os resultados para que possamos socializar com os demais profissionais do Departamento de Gestão do Cuidado Ambulatorial,

São Carlos, 13 de Dezembro de 2012


Denise Martins Gualtieri
Diretora do D.G.C.A. – SMS

Denise M. Gualtieri
Gestora do Dept. de Gestão
do Cuidado Ambulatorial / S.M.S.

Anexo B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS/UFSCAR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CÓLICA INFANTIL: BUSCANDO RECURSOS PARA SEU MANEJO

Pesquisador: Flávia Corrêa Porto de Abreu

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 12044412.0.0000.5504

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 190.917

Data da Relatoria: 05/02/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo exploratório, analítico e consiste na realização de entrevistas com familiares de crianças que apresentam ou apresentaram cólica infantil e também com profissionais de saúde que tenham vivenciado o cuidado a essas famílias. As entrevistas serão gravadas e posteriormente transcritas. Serão realizados grupos focais com os entrevistados. A hipótese da pesquisadora é que as queixas da cólica infantil nas consultas de puericultura são pouco valorizadas pelos profissionais de saúde e por isso eles deveriam conhecer as particularidades de cada família e seus enfrentamentos na Saúde no cuidado com a cólica infantil, para tornar o cuidado mais holístico e humanizado.

Objetivo da Pesquisa:

A pesquisadora informa como objetivo primário caracterizar a experiência de cuidado da situação de cólica infantil no contexto familiar e da estratégia saúde da família. E como objetivos secundários: analisar a experiência de cuidado da situação de cólica infantil no contexto da estratégia saúde da família e no contexto familiar e elaborar um plano de cuidado no manejo da cólica infantil.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Nesta segunda apresentação, a pesquisadora reviu o projeto e apresentou como riscos a exposição em grupo da percepção do cuidado ofertado à família/criança com cólica infantil e também os riscos relacionados com a autopercepção por parte dos familiares de outras possibilidades de

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9883

E-mail: cephumanos@ufscar.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS/UFSCAR



cuidado à criança com cólica infantil. Quanto aos benefícios, assinalou que narrar sobre o cuidado desenvolvido possibilitará a revisão de práticas do cuidado, tanto para a família quanto para o profissional.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisadora reviu e corrigiu o Projeto de Pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória foram revistos e enviados corretamente.

Recomendações:

Vide conclusões.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências foram solucionadas.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SAO CARLOS, 30 de Janeiro de 2013

Assinador por:
Maria Isabel Ruiz Beretta
(Coordenador)

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: ocephumanos@ufscar.br