



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
FACULDADE DE FARMÁCIA,  
ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM  
ENFERMAGEM - MESTRADO

UFC	BIBLIOTECA UNIVERSITÁRIA
Nº. R 1416200	
03 / 04 / 2001	

ok

**PRÁTICAS DE CUIDADOS DOMICILIARES À CRIANÇA MENOR DE 2 ANOS  
NA AUSÊNCIA DA MÃE TRABALHADORA: IMPLICAÇÕES PARA SAÚDE  
DESTAS CRIANÇAS.**

REGIANE DE OLIVEIRA PINTO

FORTALEZA  
2001

REGIANE DE OLIVEIRA PINTO

**PRÁTICAS DE CUIDADOS DOMICILIARES À CRIANÇA MENOR DE 2 ANOS  
NA AUSÊNCIA DA MÃE TRABALHADORA: IMPLICAÇÕES PARA SAÚDE  
DESTAS CRIANÇAS.**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

**ORIENTADORA:** Prof.<sup>ª</sup> Dr.<sup>ª</sup> Neiva Francenely Cunha Vieira

**FORTALEZA  
2001**

P731d Pinto, Regiane de Oliveira.

Práticas de cuidados domiciliares à criança menor de dois anos na ausência da mãe trabalhadora: implicações para saúde destas crianças – Fortaleza, 2001.

111 f.: il.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr.<sup>ª</sup> Neiva Francenely Cunha Vieira.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem.

1. Enfermagem - Saúde da família. 2. Família-cuidado da criança. I. Vieira, Neiva Francenely Cunha. II. Título.

CDD: 305.232

**PRÁTICAS DE CUIDADOS DOMICILIARES À CRIANÇA MENOR DE 2 ANOS  
NA AUSÊNCIA DA MÃE TRABALHADORA: IMPLICAÇÕES PARA SAÚDE  
DESTAS CRIANÇAS.**

Dissertação apresentada ao Curso do Mestrado em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, área de concentração em Enfermagem Comunitária.

Regiane de Oliveira Pinto

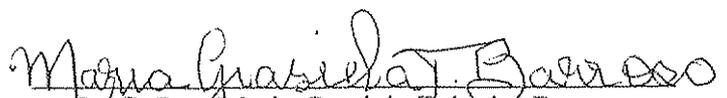
Data da Aprovação: 15/05/2001

**BANCA EXAMINADORA**

  
Prof.<sup>a</sup> Dra. Neiva Francenely Cunha Vieira  
Presidente

  
Prof.<sup>a</sup> Dra. Silvia Maria Nóbrega-Thierrien  
Examinadora

  
Prof.<sup>a</sup> Dra. Lorita Marlina Freitag Pagliuca  
Examinadora

  
Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria Grasiela Teixeira Barroso  
Examinadora Suplente



Dedico este trabalho a todas as mulheres chefes de família que diante das dificuldades enfrentadas no dia-a-dia, na luta pela sobrevivência, procuram ofertar uma melhor qualidade de vida a cada ser sob a sua responsabilidade. Que possam ser mais felizes nessa jornada!

## AGRADECIMENTOS

A Deus pela minha vida, saúde e alegria. Sua presença sempre constante em minha vida, faz-me acreditar que é possível ser feliz!

Aos meus pais, pela responsabilidade com nossa família e a luta diária sempre visando ofertar o melhor possível para a educação dos filhos.

Ao meu irmão Cacá, pela generosidade e apoio à nossa família.

À professora Dra. Neiva Francenely Cunha Vieira, pelo espírito empreendedor na Pós-graduação do Ceará e, especialmente, pelo compromisso e dedicação durante todo o desenvolvimento desta pesquisa.

Às professoras Dra. Grasiela Teixeira Barroso, Dra. Lorita Marlena Freitag Pagliuca, Dra. Sílvia Maria Nóbrega-Thierrien e Dr. Paulo César, pelas valiosas contribuições que certamente serviram para enriquecer o conteúdo deste trabalho.

Às colegas do mestrado, pelo compartilhar das alegrias, ansiedades, dúvidas, esperanças e vitórias. Em especial Fátima Antero Sousa Machado, Maria do Socorro Vieira Lopes, Maria do Socorro Araújo Dias e Elisabeth Mesquita Melo, pelo apoio e companheirismo nos momentos de incerteza.

Aos funcionários da Universidade Federal do Ceará, por total disponibilidade demonstrada, em especial Joelma e Roberta da coordenação do mestrado.

Aos meus colegas da Ubasf Meton de Alencar, Andréa, Betânia, Cassandra, Daniele, Francinete, Julieta, Kilma, Marcus, Mônica, Neide e Valéria, pelo apoio, compreensão, colaboração, paciência e incentivo durante toda essa jornada. Isso é que se pode chamar de envolvimento afetuoso!

Aos colegas da Unidade de Referência Maciel de Brito, Ângela, Claudete, Elênia, Mafra, Silvana e Sérgio, por dividirem conosco as preocupações, ansiedades e os momentos de alegria.

Aos demais profissionais dessas duas unidades de saúde, que de alguma forma participaram desse contexto, sempre me apoiando, estimulando e mostrando que iria conseguir!

Às “minhas” agentes de desenvolvimento social que foram muito importantes nesta trajetória, sem as quais teria sido muito mais difícil, pois tornaram esta tarefa muito mais feliz, meus maiores agradecimentos inclusive pela total disponibilização, dedicação e empenho durante todo o momento da pesquisa de campo deste trabalho.

Às enfermeiras Claunir Holanda Nobre e Vera Lúcia Borges, fundamentais deste o início dessa caminhada. Obrigada pelo apoio!

Ao meu primo Sérgio, por sua contribuição na finalização deste trabalho.

A todos que de alguma forma contribuíram na elaboração desta pesquisa, meu muito obrigada!

## AGRADECIMENTO ESPECIAL

Ao meu grande amor Carlos Angelo, por todo aconchego, amor, apoio, compreensão, companheirismo, cooperação, carinho, dedicação, estímulo, força, incentivo, paciência e demais ingredientes que uma pessoa tão especial pode ofertar a seu próximo. Obrigada pelo compartilhar das minhas angústias, ansiedades, preocupações e proporcionar felicidade nestes momentos difíceis. Meu marido, esse é o maior presente que Deus colocou em minha vida! “Gätium” saiba que te amo muito!

*“O ser humano e a sociedade não podem viver sem utopia. Quer dizer, não podem deixar de projetar seus melhores sonhos nem desistir de buscá-los dia a dia (...). No entanto, a utopia não pode ser utopista. Se assim fosse, transformar-se-ia em pura fantasia e fuga irresponsável da realidade. Ela deve realizar-se no processo histórico que tente dar corpo ao sonho e construir passo a passo os mil passos que o caminho exige.*

*(Leonardo Boff)*

## RESUMO

No Brasil, 29% das famílias chefiadas por mulheres vivem com uma renda de  $\frac{1}{2}$  salário mínimo, revelando a precária condição financeira em que se encontram (IBGE, 1998). O objeto de estudo dessa pesquisa é a família cuja figura paterna está ausente e a mãe exerce atividade extradomiciliar, deixando seus filhos(as) aos cuidados de terceiros. Este estudo tem por objetivo investigar as práticas de cuidado às crianças menores de dois anos durante a ausência materna, observando suas implicações para as condições de saúde dessas crianças e, conseqüentemente, da família; identificar as principais ocupações exercidas por essas mães; o principal responsável pelo cuidado dos filhos(as) durante a ausência materna e os modos/formas de cuidar praticados; e fornecer subsídios para a reorientação do papel do enfermeiro(a) do PSF referente a esse contexto particular. Para coleta de dados foram utilizadas entrevista e observação participante. As informantes são as mulheres chefes de família, mães das crianças menores de 2 anos. Para análise e categorização dos dados utilizou-se a Teoria de Sistemas (Wright & Leahey, 1994 e Hall & Weaver *apud* Boyd, 1990). Os resultados revelam que a luta pela sobrevivência é o que mais caracteriza a forma como essas famílias se estruturam. As práticas do cuidado executadas variam conforme a figura do cuidador, qualidade do cuidado, tamanho da família, suporte de apoio disponível, condições econômicas, interação entre os membros da família e destes com outros sistemas sociais. Os processos desenvolvidos nos espaço micro e macrosocial contribuem para facilitar ou perturbar a saúde (Althoff, 2000).

## ABSTRACT

In Brazil, 29% of the families lead by women survive with an income of one half of the national minimum salary. This information reveals the unstable financial condition in which these families are (IBGE, 1998). This research concentrates on the family whose male parent is absent and where the woman works outside, so that children are taken care of by other people. This study aims at investigating the practices of care of the child under 2 years old during the absence of the mother working outside seeing the implications for the health condition of these children and, as a result, for that of the family; identifying: the main jobs held by mothers; the main person responsible for taking care of children at the mother's absence and the ways used to look after them and supplying guidelines to reorient the nurses' role at the Family Health Program concerning this context. We employed interviews and participatory observation to collect the data. Information was supplied by women leading their families and having children under 2 years old. To analyze and classify the data we used the systems' theory (Wright & Leahey, 1994 and Hall & Weaver *apud* Boyd, 1990). The results show that the fight for survival is what most characterizes the way that these families structure themselves. The practices of care done vary according to the caretaker figure, the care quality, the family size, the available support, financial conditions, the interaction between family members and between them and other social systems. The processes developed in the micro and macrosocial environment contribute to facilitating or affecting health (Althoff, 2000).

## SUMÁRIO

<b>RESUMO</b> .....	<b>X</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>XI</b>
<b>1 CONTEXTO DO ESTUDO</b> .....	<b>14</b>
Objetivos .....	18
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>19</b>
2.1 Compreendendo a situação histórica e social da mulher .....	19
2.2 Estudo sobre famílias .....	23
2.3 O impacto das condições sociais na infância X estratégias institu- cionalizadas .....	28
2.4 A Enfermagem no cuidado de Saúde da Família .....	34
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	<b>39</b>
3.1 Natureza do estudo .....	39
3.2 Sujeitos da pesquisa .....	41
3.3 Instrumentos da coleta de dados .....	42
3.4 Organização e análise dos dados .....	48
3.5 Referencial teórico-metodológico para análise dos dados .....	49
3.6 Implicações éticas .....	54
3.7 Caracterização do período .....	55
3.8 Financiamento .....	55
<b>4 ANÁLISE DE RESULTADOS - “TEORIA DE SISTEMAS”</b> .....	<b>56</b>
4.1 Caracterização dos sujeitos .....	56
4.2 Análise das Categorias .....	67
4.2.1 Cuidado/Interação .....	68
4.2.2 Suporte de apoio .....	75
4.2.3 Dinâmica do comportamento (visão simplista → compreensão de toda complexidade) .....	85

4.2.4 Fatores sócio-econômicos e culturais que influenciam a dinâmica familiar .....	92
4.2.5 Mudança de comportamento e de situações → reflexo em cada componente do sistema.....	95
4.2.6 Equilíbrio .....	97
<b>5 CONCLUSÃO .....</b>	<b>100</b>
<b>6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>104</b>
<b>7 ANEXOS .....</b>	<b>109</b>

## 1 CONTEXTO DO ESTUDO

O município de Fortaleza, capital do estado do Ceará, ocupa, com aproximadamente 2.000.000 habitantes, o 5º lugar em população entre as capitais brasileiras (Teleceará, 1997). Este município está formado por 114 bairros com as mais variadas condições sócio-econômicas, entre os quais se encontram Antônio Bezerra e Quintino Cunha que foram beneficiados, em fevereiro de 1998, com a implantação de cinco equipes do Programa de Saúde da Família (PSF) e em abril de 2000 com a implantação de mais uma equipe. Essas equipes estão sediadas numa Unidade Básica em Saúde da Família (Ubasf) em Antônio Bezerra, respondendo, atualmente, pelo atendimento de cerca de 6.500 famílias (Fortaleza, 2001).

Uma dessas equipes do Programa de Saúde da Família do bairro Quintino Cunha, onde atua esta autora como enfermeira, assiste a três microáreas<sup>1</sup>, Favela da Esperança, Parque Vida e Parque Luz, que se constituem o campo de prática deste estudo e onde residem 1.005 famílias representando em torno de 5.025 habitantes.

A razão dessas áreas terem sido beneficiadas, em caráter prioritário, com essas equipes deveu-se às suas condições de extrema pobreza e aos péssimos indicadores de saúde identificados, a exemplo de falta de saneamento básico, desemprego elevado, baixo acompanhamento do pré-natal, drogadição, mortalidade infantil elevada, presença significativa de condições de riscos de adoecer e/ou morrer e baixa qualidade de vida da população.

A participação de líderes comunitários e representantes de associações nas reuniões do Conselho de Saúde Local revelaram e reforçaram a necessidade do Programa de Saúde da Família para essas localidades.

---

<sup>1</sup> Nomes fictícios dado às microáreas nas quais se realizou este estudo.

Diante do quadro evidenciado, entende-se que ações de prevenção e promoção da saúde estendem-se além das reduções dos indicadores de saúde. Inclui também conhecer as formas do viver na dinâmica interna das famílias, para que se possa ampliar a promoção da saúde na sua raiz, implementando estratégias que minimizem ou reduzam a pobreza extrema, responsável pela não sustentabilidade das ações de saúde.

Observa-se, ainda, através dos cadastrados familiares constantes na Unidade de Saúde, a baixa qualificação para o trabalho dessa população. Essas informações têm sido colhidas por intermédio do(a) agente de desenvolvimento social, cuja denominação mais conhecida é a de agente de saúde. Constata-se diariamente nas visitas às famílias, além dos dados citados, que os “chefes de família” (homens) estão desempregados ou subempregados e que, em algumas famílias, as mulheres exercem um papel significativo, contribuindo com a manutenção econômica do lar. Diante dessas circunstâncias, elas deixam muitas vezes os(as) filhos(as), principalmente os menores de dois anos, sob o cuidado de terceiros, filhos(as) ainda crianças, tias, avós, vizinhas. Face à essa condição familiar ou por ausência de mecanismos sociais que dêem suporte à família, a exemplo de creches, essas crianças poderão encontrar-se em situação de risco relacionado à ausência da mãe, que precisa trabalhar. Dentre outros problemas, essa ausência total da mãe poderá acarretar sérios prejuízos para as crianças, como não serem acompanhadas nas suas atividades escolares, irregularidade nos horários de refeições, precariedade das práticas higiênicas, favorecimento da ocorrência de acidentes, maus tratos, acesso facilitado de estranhos ao lar, falta de atenção às necessidades de tratamento de alguns problemas de saúde.

O objeto de estudo desta pesquisa é o núcleo familiar, cuja figura paterna está ausente e a mãe exerce atividade extradomiciliar e, por conta dessa situação, deixa seus(suas) filhos(as) sendo cuidados até por estranhos.

Entende-se ser importante este estudo pelo fato de possibilitar um diagnóstico mais preciso dos aspectos relativos aos cuidados das crianças dessa comunidade dentro de uma perspectiva e situação familiar.

Os resultados poderão ser eixos norteadores para reorientar as atividades do Programa de Saúde da Família, tornando-as mais próximas das necessidades da mãe trabalhadora, favorecendo o crescimento e desenvolvimento de crianças saudáveis, minimizando os possíveis riscos biológicos, psicológicos e sociais aos quais as crianças estarão expostas, enquanto a mãe trabalha para garantir as necessidades básicas, o alimento, enfim, o sustento de toda a família. O conjunto de papéis desempenhados pelas mães, sobretudo quando não têm companheiro para dividir responsabilidades, torna o seu cotidiano duro de viver (Hoga, Muñoz & Muñoz, 2000).

Alguns estudos apontam que grande parte das famílias com crianças na primeira infância e, especialmente, aquelas chefiadas por mulheres, encontram-se em situação particularmente difícil. Dos 15 milhões de famílias com pelo menos uma criança de 0 a 6 anos, 32% vivem com  $\frac{1}{2}$  salário mínimo de renda familiar per capita. Das famílias chefiadas por mulheres, 29% também vivem sob este patamar de renda, revelando a precária condição financeira em que se encontram essas famílias (IBGE, 1998). No Ceará, este percentual sobe para 45% (Araújo, 1999).

Conforme a Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios (PNAD), de 1995, para público-alvo de 10 anos ou mais de idade, a participação de mulheres que ganham até  $\frac{1}{2}$  salário mínimo (255.246) mostra-se superior a de homens (157.918). À medida que a classe de rendimento aumenta, o percentual de mulheres diminui. Verifica-se esse comportamento similarmente nas áreas urbanas e rurais do Estado (Ceará/Iplance, 1996).

A preocupação com esse tipo de família ocorre, especialmente, pelo fato de crianças menores de 2 anos de idade serem bastante vulneráveis às condições de riscos da estrutura familiar, visto que esse período abrange diversos aspectos importantes na sua formação, como amamentação, desmame, qualidade e quantidade de alimentos oferecidos, prevenção de doenças com vacinas, cuidados higiênicos, boa postura, estimulação essencial mediante brincadeiras, estórias, músicas, aceitação na família, identificação de fatores genéticos que poderão influenciar ou determinar alterações nesse organismo, identificação de fatores sociais, psicológicos e espirituais que poderão influenciar na forma de conviver e interagir com outros seres da mesma ou de outra espécie (Schmitz, 1995).

Na América Latina, crianças menores de 2 anos estão vivendo em condições sanitárias, culturais e sociais absolutamente deficientes, em função do que não alcançarão seu desenvolvimento integral. Portanto, faz-se necessário que esforços sejam realizados no sentido de reduzir fatores que possam impedir o seu pleno desenvolvimento, como característica primordial da criança que cresce, se modifica e se afirma como indivíduo. Ao atender essas necessidades essenciais do dia-a-dia, garante-se o crescimento e desenvolvimento harmonioso das crianças, preparando-as para o futuro, uma vez que carecem, além de saúde, amor e segurança, de novas experiências, estímulos e responsabilidades que devam cumprir, gradativamente, desde o início da infância. A sociedade de forma geral deverá estar atenta e preparada no sentido de favorecer um crescimento e desenvolvimento infantil saudável, e, para isso, a família precisará estruturar-se a fim de contribuir com a ocorrência de tal situação (Schmitz, 1995).

Assim, entende-se que se torna importante investigar essas condições no sentido de colaborar no enfrentamento do seguinte dilema: manter e garantir o cuidado da criança e de toda a família, além de repensar as

estratégias de atuação do profissional enfermeiro do Programa de Saúde da Família, visando garantir a qualidade do cuidado dessa estrutura familiar determinados pela necessidade que essa realidade apresenta.

Diante do exposto, este estudo visa os seguintes objetivos:

- GERAL

Investigar as práticas de cuidado à criança menor de 2 anos de idade no domicílio durante a ausência da mãe trabalhadora, observando suas implicações para a saúde dessas crianças e, conseqüentemente, da família.

- ESPECÍFICOS

1 - Identificar as principais ocupações/atividades extradomiciliares exercidas por essas mães trabalhadoras, tempo de ausência do lar e suas implicações, sob a perspectiva materna, nos cuidados da criança.

2 - Identificar quem é o(a) principal responsável pelo cuidado dos(as) filhos(as) durante a ausência da mãe e os modos/formas de cuidar praticados por esse(essa) cuidador(a).

3 - Examinar possíveis condições de risco ou problemas que possam ocorrer ou ocorram com as crianças menores de 2 anos nessas famílias,

4 - Fornecer subsídios teóricos-metodológicos para a reorientação do papel do enfermeiro(a) no Programa Saúde da Família, referente a esse contexto particular.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 Compreendendo a situação histórica e social da mulher

No decorrer dos tempos, a História revela que mudanças significativas ocorreram na situação da mulher na sociedade, porém o progresso jurídico, no que concerne à mulher, sobretudo em relação às instituições do casamento e da família posterior à Revolução Francesa, manteve-se limitado. O Código de Napoleão Bonaparte, cite-se como exemplo, acentuava os aspectos de confinamento da mulher às funções do lar, à maternidade e ao matrimônio, como única forma de realização pessoal admitida pela sociedade. Interpretava-se a natureza da mulher como sendo frágil, instintiva, sensível, emotiva, ao contrário da natureza do homem, forte, racional, inteligente, fria. As construções dessas concepções romanceadas serviram para apoiar a situação coercitiva de confinamento da mulher ao lar, conseqüentemente, a “Rainha do Lar” seria encarregada da manutenção e educação de sua prole. Entretanto, com o processo de Industrialização iniciado na Europa após a Segunda Guerra Mundial, em 1945, verificou-se uma conclamação geral às mulheres para o ingresso no mercado de trabalho, antes reservado às proletárias. O que importava, à época, era a produtividade de cada indivíduo, sua habilidade e eficácia e isso não dependia da força física, mesmo assim, o trabalho feminino era considerado desqualificado, sendo compreendido como mão-de-obra barata, pois era vantajoso, sob o ponto de vista político, caracterizá-lo dessa forma (Luz, 1982).

Todavia, o não retorno ao lar ou retorno parcial após as guerras, levou as mulheres de todas as classes a invadirem o “domínio público”, modificando a situação anterior com repercussões políticas nas duas esferas, ou seja, tanto no lar como fora dele.

No Brasil, a mudança de costumes e comportamentos das mulheres iniciou-se, notadamente, a partir da década de 50, com o desenvolvimento e difusão dos meios de comunicação de massa (Luz, 1982).

A partir de então, a mulher que antes era vista apenas como mãe e esposa, passou a assumir novos papéis no mercado de trabalho, que fizeram emergir mudanças na forma como a família iria se estruturar e vivenciar novas situações relativas à essa condição de busca no intuito de exercer atividades fora de seu espaço domiciliar. Alguns estudos revelam que o trabalho feminino extradomiciliar passou a ser subestimado em relação ao trabalho doméstico, conforme confirma o depoimento de uma mulher citado por Rodrigues (1984. p.208): “Estou trabalhando por enquanto para ajudar um pouco, mas ele já disse que não vai deixar depois que vierem os filhos.”

Para a autora deste estudo, esse prazo para o encerramento da vida profissional representa o adiamento da proposta original de abandono do emprego ao casar.

Muitos progressos têm sido observados em relação ao papel social da mulher, principalmente em países do ocidente. No entanto, ainda permanecem latentes situações de submissão, dependência nos papéis de mãe, esposa, companheira, nos quais a orientação masculina tem ainda forte influência e o papel de cuidadora reside como força maior sobre a mulher.

Verifica-se, hoje, que a presença da mulher no mercado de trabalho já é bastante significativa, seja pela necessidade de produção ou complementação da renda familiar, seja pelo prazer de estar desenvolvendo sua capacidade de contribuir com a construção da sociedade, fora de seu espaço domiciliar, considerando uma conquista pessoal. Nada obstante, apesar de trabalharem muito e estarem inseridas em todos os ramos da atividade econômica, as mulheres brasileiras têm ainda um rendimento médio muito baixo, pouco menos de três salários mínimos mensais.

Nas regiões metropolitanas, 70% das mulheres inseridas no mercado de trabalho, seja formal ou informal, cumprem uma jornada de trabalho de 40 horas ou mais e, apesar disso, seus ganhos não diferem substancialmente de outras com jornadas inferiores (IBGE, 1998).

Dados da PNDA (1995) revelam, no Ceará, uma tendência crescente do número de mulheres na população (52%) superando o de homens. Essa expansão quantitativa tem contribuído para a inserção da mulher no mercado de trabalho ao longo dos anos (Ceará/Iplance, 1996). Outras informações do mesmo estudo mostram que, em 1950, a População Economicamente Ativa (PEA) feminina representava cerca de 12,4% do total, evoluindo nas décadas de 1960 (17,2%) e em 1970 (17,6%), chegando a mais de um quarto da PEA em 1980 (26,1%), e a mais de um terço, em 1996. Em relação ao grau de instrução, 21% das mulheres cearenses de 15 anos a mais são analfabetas, sendo 16% nas áreas urbanas e 30% nas áreas rurais. Embora essa situação seja desfavorável para as mulheres, verifica-se que elas estão ainda em melhor nível intelectual do que os homens, haja vista que em idade ativa superam os homens a partir de 2 anos de estudo.

Cruzando as informações descritas acima em relação ao grau de instrução e renda mensal, verifica-se que existe ainda discriminação à força de trabalho feminina, posto que se a mulher evidencia melhor grau de instrução, por quê ganha menos?

Respondendo ao questionamento anterior, o mesmo estudo (PNDA, 1995), divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, mostra que essa proporção maior em número de mulheres, ocupando espaços anteriormente denominados masculinos, não parece significar igualdade social, pelo menos em termos de mercado e condições de trabalho, pois os postos por elas ocupados são hierarquicamente inferiores em relação aos homens e, conseqüentemente, recebem menores remunerações.

O enfoque desse estudo sobre a mulher no mercado de trabalho mostra que, apesar de ter sido ampliada a sua participação, não parece ter sido acompanhada pela construção de mecanismos sociais que possam assegurar à família, especialmente de baixa renda, qualidade de vida, nesse contexto representados por mudanças positivas nos modos e condições de estruturação relacionadas à manutenção de uma situação saudável de seus membros, compreendendo saúde em seus mais variados aspectos, inclusive prevenção e promoção; satisfatória estrutura de assistência curativa; alimentação; condições dignas de moradia; lazer; trabalho digno, entre outros fatores necessários à satisfação das necessidades básicas mínimas de cada cidadão(ã), podendo isso ser alcançado a partir da implementação e vigilância de um conjunto de políticas públicas e sociais que respondam à necessidade da população para que a família possa superar as dificuldades encontradas no seu dia-a-dia e organizar-se de forma necessária à preservação do seu bem-estar (Tamaki *apud* Birmam, 2000).

## 2.2 Estudo sobre famílias

Conceitua-se, tradicionalmente, a família como “a célula-mater da sociedade”. Na realidade, as famílias demonstram importante papel na socialização do ser humano e constituem-se a estrutura fundamental de referência do desenvolvimento da sociedade, respondendo pelo desempenho de inúmeras funções, inclusive de zelar pela integridade e saúde de seus membros. Cumpre relatar, então, conceitos extraídos de estudos relacionados à família.

A família é o núcleo de onde irradia o cuidado, o local de aprender o cuidado, o cuidar e cuidar-se. É no núcleo familiar que são tomadas as decisões sobre saúde-doença, constituindo-se no centro da prestação de cuidados (Denardim, 1999).

A família tem sido, através dos tempos, o berço do cuidar humano. No seu seio, desde o nascimento até à morte, o cuidado, entre seus membros, é importante para manutenção da saúde e sobrevivência (Silva & Franco, 1996).

A família revela-se o espaço indispensável para a garantia da sobrevivência, do desenvolvimento e da proteção integral dos filhos(as) e demais membros, independentemente do arranjo familiar ou forma como vem se estruturando, sendo percebida, também, enquanto espaço privilegiado de socialização, de prática de tolerância e divisão de responsabilidades (Chagas *apud* Ferrari & Kaloustian, 2000).

A família permanece como um sistema vital dentro da sociedade pelas funções essenciais que desempenha, tanto para seus membros como para a sociedade (Hall & Weaver *apud* Boyd, 1990). Enquanto sistema, Wrigth & Leahey (1994) sugerem que, quando se pensa em família, pode-se compará-la a um móvel com 4 a 5 pedaços suspensos vindo do teto, os quais apesar de parecerem isolados, influenciam e são influenciados por eles mesmos.

O equilíbrio a ser estabelecido não depende apenas de um, e sim, do conjunto como um todo, referindo que a mudança de posição de apenas um desses pedaços poderá ocasionar equilíbrio ou desarranjo dentro desse sistema. Com essa analogia compreende-se que cada pedaço do móbile representa um membro da família e que o comportamento de cada indivíduo em uma família apresenta reflexo no comportamento de outro, bem como, em toda estrutura familiar.

Com relação à estrutura familiar, nas duas últimas décadas, tem-se observado a redução das famílias tradicionalmente compostas por um casal com seus(suas) filhos(as) e, paralelo a essa redução, verifica-se um aumento das formas alternativas de organização doméstica, sobretudo aquelas constituídas por mulheres que vivem só com seus(suas) filhos(as) (Chagas, 2000).

Estudo realizado por Barroso (1999) já apresentava tal caracterização referindo que, a instituição família tem acompanhado as mudanças da sociedade brasileira ao longo dos tempos e sofrido a influência da nova ordem econômica social. A precitada autora afirma que, com as transformações na estrutura familiar, os papéis definidos para desenvolvimento de funções atribuídas a cada membro da família também passam por significativas alterações. Hoje, a família apresenta múltiplas faces, predominando nos segmentos sociais menos favorecidos, a família formada pela mãe e filhos(as), sem a presença do homem.

Diante da constatação da ausência de companheiros nos lares, da quantidade crescente de mulheres inseridas no mercado de trabalho, representando a principal fonte de renda de muitas famílias, é importante compreender que, mesmo com a inclusão da mulher no segmento produtivo, há ainda muitos pontos a serem conquistados, tais como valorização dessa força de trabalho, melhores salários, garantia dos direitos constitucionais que

tendem a ser negados por alguns setores da sociedade, principalmente da rede privada, como licença gestante, licença para sair mais cedo do trabalho a fim de amamentar o(a) filho(a), enfim, direitos que possam dar-lhe a oportunidade de estar com sua família, de exercer o importante papel de ser mãe, participante do cuidado direto com seus(suas) filhos(as) (Ceará/Iplance, 1996). Confirmam essa idéia Engle, Lhotská & Armstrong (1997), quando afirmam que melhorar as condições de trabalho das mulheres é uma importante contribuição para garantir uma maior disponibilidade de recursos para o cuidado infantil.

Outrossim, diante de todas essas mudanças ocorridas na estrutura familiar compreende-se que as formas de garantir os cuidados dos filhos(as) nas ausências domiciliares da mãe acontecem de diferentes maneiras, dependendo das condições sociais, econômicas e familiares existentes. Algumas mães contratam auxiliares; outras de menor poder aquisitivo deixam a cargo de familiares, utilizam serviços de creches ou os deixam sob a responsabilidade de vizinhos(as).

Denardim (1999) em estudo realizado com famílias na comunidade do distrito de Linha Colônia<sup>2</sup> no município Silveira Martins-RS, observa que a mulher assume múltiplos papéis em relação à divisão do trabalho, acumulando, além das atividades de cuidado com os(as) filhos(as), a manutenção da casa, elaboração de produtos artesanais, confecção de roupas e, até mesmo, o trabalho na lavoura, o que representa uma extensa jornada de trabalho e, por conseguinte, uma sobrecarga para a mulher.

Assim, como mulher e mãe ela poderá encontrar dificuldades para conciliar tantas responsabilidades, principalmente a de cuidar dos(as) filhos(as).

---

<sup>2</sup> Nome fictício dado a um Distrito do município de Silveira Martins-RS, onde foi realizado estudo com famílias de descendentes de italianos sobre abordagem do cuidado cultural. Denardim, (1999).

Essas circunstâncias têm levado muitas mulheres a recorrerem à figura do(a) cuidador(a), representada, em sua maioria, por outra mulher.

A postura de assumir a responsabilidade do cuidado da família é apontado por Silva & Franco (1996) como uma herança cultural, que reforça a responsabilidade de sentimentos e crenças coletivas acerca da saúde da família como atribuição feminina, o que gera na mulher um senso de dever e de credibilidade de seus atos junto à família e à sociedade.

Refere Dias (1991) que são notórias as falhas nos programas oficiais de saúde e em qualquer projeto educativo que não considere o aspecto de ser a mulher a principal agente de saúde e força de trabalho na família operária. No âmbito doméstico, existe uma grande relação entre as atribuições consideradas como de competência feminina e a saúde da família. As mulheres da classe trabalhadora, pela especificidade de suas condições de vida, assumem essa área de cuidados com a saúde nos seus vários aspectos físico, mental e social, tentando, preventivamente, garantir um nível razoável de saúde aos seus familiares. Assim, elas tentam atuar, tanto preventiva quanto curativamente no processo saúde-doença, apesar dos escassos recursos disponíveis.

Com esse depoimento esta autora pretende mostrar em seu estudo que profissionais, em determinadas ocasiões, tendem a fazer críticas em relação à situação de algumas mulheres que, em detrimento de sua própria saúde, deixam de comparecer à Unidade de Saúde para ficarem no “roçado” junto ao marido e filhos(as). Os referidos profissionais não compreendem que as atividades desempenhadas por essas mulheres estão para elas em primeiro lugar, pois representam fonte de sustento e seu principal “ganha-pão”.

A dinâmica familiar interna, como a sua inter-relação com os demais fatores constituintes da sociedade, ao serem conhecidos, permitem uma forma mais significativa de promoção da saúde familiar e, portanto, mais eficiente.

Em âmbito local, as condições de vida das famílias necessitam ser consideradas de forma prioritária a todas as demais ações relativas à promoção da saúde (Hoga, Muñoz & Muñoz, 2000).

A compreensão dessa e de outras situações por parte dos profissionais poderá abrir caminhos para uma nova forma de planejamento das ações a serem implementadas com as famílias.

Freeman (1971) considera a família jovem, cuja mãe trabalha, uma família vulnerável, referindo que deve ser tratada como objeto de particular atenção por parte de enfermeiras(os) sociais, considerando que um dos principais problemas são os riscos aos quais está exposta a saúde das crianças deixadas em casa sem uma atenção apropriada. A representante da mãe deverá ser, em tal caso, digna de confiança e afetuosa, entretanto nem sempre é assim.

### 2.3 O impacto das condições sociais na infância X estratégias institucionalizadas

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que 96% das 15 milhões de mortes anuais de crianças, com menos de 5 anos de idade, ocorram em países em desenvolvimento, sendo a pneumonia responsável por 1/3 dos óbitos. O impacto das infecções respiratórias nos indicadores de morbimortalidade é tanto maior quanto menor for o grupo considerado (Duncan & cols., 1996).

No Brasil, as infecções respiratórias ocupam o terceiro lugar entre as causas de mortalidade infantil e o primeiro, entre as crianças de 1 a 5 anos. Diversos fatores concorrem para essa ocorrência, como desnutrição infantil, práticas de aleitamento materno deficientes, avitaminoses, vacinações incompletas, doenças associadas e outras. Provavelmente, no Nordeste, devido à concomitância de vários desses fatores, o risco de uma criança morrer de infecção respiratória é maior do que no restante do país. Outro aspecto importante a ser considerado como um dos principais problemas de saúde, que atingem principalmente as crianças menores de 2 anos, relaciona-se aos episódios diarreicos. Em populações infantis expostas a altos riscos de aquisição de infecções intestinais, a diarreia se apresenta como o segundo motivo de consultas em ambulatórios médicos, precedida apenas pelas infecções respiratórias. No Nordeste, 30% das mortes ocorridas em menores de 1 ano de idade estão associadas à diarreia, sendo que a maioria das mortes ocorre primariamente por desidratação, a qual poderia ser evitada através de medida simples como a utilização do soro de reidratação oral. Sabe-se que a doença diarreica está claramente associada à pobreza e às condições ambientais e educacionais que com ela coexistem, geralmente levando a um agravamento do estado nutricional da criança devido à recusa do alimento,

dificuldade de absorção intestinal e/ou devido a não oferta do alimento que ocorre muitas vezes devido à sua falta ou desinformação dos cuidadores, podendo provocar a exacerbação de outros problemas de saúde. A amamentação, mais uma vez, surge como um importante meio de prevenção de morbimortalidade por diarreia. Resultados de estudos em diversos países confirmam que a falta da amamentação ao seio materno e a desnutrição aumentam o risco de desidratação por diarreia (Duncan & cols., 1996).

Na região Nordeste do Brasil, as condições sócio-sanitárias da população em geral são muito precárias ou até inexistentes. Pode-se constatar essa situação no dia-a-dia e através de dados obtidos pelo IBGE/PNDA (1995) mostrando que 48,9% dos domicílios tinham abastecimento inadequado de água; 30,6% não dispunham de nenhum tipo de esgotamento sanitário; e 49,8% sem coleta de lixo (IBGE, 1998). Situações semelhantes irão implicar negativamente na qualidade de vida de cada indivíduo e, conseqüentemente, da família.

A problemática sócio-sanitária implica negativamente no padrão de qualidade de vida de cada membro da família. Ênfase se dê ao principal direito do ser humano que é a própria vida, ao verificar que os registros de mortalidade infantil na região Nordeste, em 1997, acusavam 59 mortes para cada mil nascidos vivos, sendo este um indicador sensível das condições de vida e saúde da população, embora esse número venha decrescendo nas últimas décadas. Em 1996, em cada mil crianças nascidas vivas no Brasil, 37 morriam antes de completar um ano de vida. No Nordeste, esse indicador revelava uma mortalidade de quase 60 mortes por mil nascidos vivos, com destaque para os estados de Alagoas e Paraíba que apresentaram taxas superiores a 70 óbitos. No Sul e no Sudeste, em idêntico período, essas taxas giraram em torno de 20 mortes por mil, evidenciando os traços de desigualdades existentes no país. A interpretação de tais resultados tem sido

associada diretamente à pobreza, contudo, cumpre refletir sobre outras causas que contribuem fortemente para o problema, tais como desigualdades no acesso aos serviços de saúde, má qualidade no atendimento médico, carências de saneamento básico e infra-estrutura domiciliares (IBGE, 1998).

Em Porto Alegre-RS, alguns estudos demonstraram que o risco de morte por pneumonia foi 6,4 vezes maior entre crianças residentes em favelas. Outro estudo, realizado nos municípios de Porto Alegre e Pelotas-RS, revelou que as crianças alimentadas com leite artificial tiveram um risco 3,6 vezes maior de morrer no primeiro ano de vida por doença respiratória, quando comparadas com crianças alimentadas exclusivamente ao seio; e ainda que crianças amamentadas exclusivamente ao seio materno têm 14 vezes menos chance de morrer por doença diarreica, mesmo vivendo em condições adversas (Duncan & cols., 1996).

Segundo Engle, Lhotská & Armstrong *apud* Banco Mundial (1997), pesquisas realizadas em diversos países revelam que 70 a 80% dos tratamentos de saúde no domicílio são oferecidos por mulheres, particularmente mães, enquanto práticas domésticas adequadas ajudam a evitar doenças e, com um bom tratamento, reduzem o impacto negativo que as doenças têm sobre o crescimento e desenvolvimento da criança.

Vale ressaltar, que existe uma estreita relação entre a educação das mulheres e a redução da mortalidade materna e infantil. Melhor nível de saúde genética e familiar, níveis elevados de nutrição e satisfatória atenção às crianças, entre outros, podem ser mais facilmente obtidos nas famílias em que a mulher apresenta um melhor nível de instrução. Por outro lado, filhos(as) de mães pouco instruídas têm riscos até 4 vezes maiores de virem a falecer que os de mães mais instruídas, principalmente para aqueles residentes no Nordeste (IBGE, 1998).

Registre-se que um melhor nível de instrução proporciona, identicamente, mudanças de comportamento que se refletem na diminuição da fecundidade. No Ceará, em 1970, a taxa de fecundidade era de 7,5 filhos(as) por mulher. A partir daí, iniciou-se uma acentuada queda, chegando a 6,6 filhos(as), em 1980, e 3,5 filhos(as), em 1991. A média nacional estimada é de 2,9 filhos(as) por mulher (Ceará/Iplance, 1996).

Diante do exposto, há uma maior necessidade de atenção e atuação das estruturas sociais envolvendo a sua micro-estrutura: a família. O papel que a família e a comunidade desempenham, no sentido de ajudar a mãe a cuidar de seu(sua) filho(a) e dividir a carga de trabalho envolvida em suas atividades, pode ser crucial para garantir uma atenção adequada às crianças. Auxiliares responsáveis pelo cuidado com as crianças precisam reconhecer sinais de alerta relacionados ao crescimento e desenvolvimento dessas, sendo que a educação desses(as) cuidadores(as) constitui um dos investimentos mais importantes para o alcance de um crescimento e desenvolvimento infantil saudável (Engle, Lhotská & Armstrong, 1997).

Os profissionais da Saúde, bem como de outros setores – Educação, Engenharia Sanitária, Direito e ambientalistas – deverão inteirar-se dessas situações e se envolverem no sentido de adotarem medidas que possam evitar ou reduzir a forte influência dos fatores que predominam de forma bastante significativa na realidade da grande maioria da população brasileira. Na prática de enfermagem, percebe-se que quanto mais cedo ocorra a intervenção de profissionais no sentido de promover a saúde e prevenir doenças, grandes prejuízos serão evitados e bons resultados poderão ser obtidos.

Algumas estratégias iniciaram-se com esse “olhar” direcionado à estrutura familiar. No Brasil, o Ministério da Saúde criou dois importantes programas de acompanhamento às famílias.

O primeiro, implantado em 1991, foi o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), baseado numa experiência iniciada, em 1987, no Ceará, como um plano piloto com a utilização de recursos financeiros do programa de emergência para o combate aos efeitos da seca. A idéia básica seria selecionar membros da própria comunidade para que, após treinamento em ações básicas de saúde, pudessem desenvolver um trabalho de educação sanitária através de visitas domiciliares e de reuniões com as famílias. Depois dos primeiros anos de execução do PACS, foi possível constatar o potencial do programa, resultando em apoio popular e seu fortalecimento institucional. A partir das intervenções realizadas pelos(as) agentes de saúde, verificou-se uma tendência de mudança favorável nos indicadores de saúde materno-infantis (Andrade, 1998).

Convém salientar, que uma das funções a ser realizada por esse(a) agente é a visita sistemática, pelo menos uma vez por mês, a todas as famílias de sua área de atuação e o acompanhamento principalmente das crianças menores de 2 anos, observando aspectos incluídos no cartão de vacinação, como pesagem, identificação de fatores de riscos à saúde, orientações de cuidados básicos de saúde e encaminhamento à unidade para vacinação e tratamento de doenças preexistentes.

A outra estratégia, cujas atividades iniciaram-se em 1994, foi o Programa de Saúde da Família (PSF), a ser desenvolvido por uma equipe formada, no mínimo, por 01 médico(a), 01 enfermeiro(a), 01 auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, tendo como objetivo geral contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas Unidades Básicas de Saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população.

A construção dessa nova dinâmica nas Unidades de Saúde altera o foco de intervenção do setor que deixou de priorizar o enfoque individual em prol do coletivo. Sob essa perspectiva, a família que tem peculiaridades próprias, em que são processadas relações pessoais, de trabalho, de luta por melhores condições de vida e, portanto, de saúde, adquire importância especial considerando que, a partir da identificação dos problemas que afetam a condição de Saúde da família, de seus membros e da comunidade onde está inserida, poderá recorrer às equipes do PSF.

A construção de saúde constitui-se, no PSF, como um processo compartilhado de co-responsabilidade entre população e serviços de saúde, configurando, assim, o verdadeiro exercício de cidadania (Andrade, 1998).

Estando o (a) profissional enfermeiro(a) incluído(a) na proposta do PSF e considerando que a enfermagem tem como meta o cuidar dos seres humanos a partir de uma visão holística, tentando compreendê-los nos mais variados contextos em que se inserem, tendo a família como a sua principal base de intervenção (Silva & Franco, 1996), entende-se que essa busca incorpora à enfermagem outras dimensões de atuação como a pesquisa e o ensino, construindo uma tríade indissolúvel no processo de cuidar, podendo contribuir para o redirecionamento das ações implementadas e dimensionamento da importância do enfermeiro(a) para o indivíduo, a família e a comunidade.

## 2.4 A Enfermagem no cuidado de Saúde da Família

A Enfermagem no Brasil, ainda é considerada uma profissão nova e em vias de estudo, constituindo assim um terreno fértil para incluir, em seus currículos, o cuidado humano. Em sua trajetória, à enfermagem tem sido associado o termo “cuidar” e, no Brasil, mais comumente, o termo “assistir”. Na qualidade de profissão que lida com o ser humano, a enfermagem deve tentar compreendê-lo como um ser que mantém relação com o meio ambiente, portanto, em constante evolução (Waldow, 1999).

Considerando o cuidar como uma interação interpessoal que envolve elementos como respeito, consideração, compaixão e mesmo afeto (Waldow, 1999), torna-se importante que o(a) profissional enfermeiro(a) em sua atuação junto ao indivíduo e aos grupos, como por exemplo, famílias, compreenda de que forma o processo interativo estabelece-se entre seus membros, bem como, quais elementos estão incluídos nas práticas de cuidado dispensadas a cada componente do grupo familiar que possam favorecer a manutenção e/ou recuperação da saúde dos seus integrantes. Neste estudo, o termo cuidar está associado aos seguintes significados: assistir os outros, envolver-se, preocupar-se, estar presente, expressar sentimentos, proteger, ser paciente, valorizar o outro, ser responsável, mesmo sabendo que, essas formas de expressar o cuidado, podem se apresentar de forma isolada ou associada, dependendo do grau de interação existente entre as partes: os(as) que cuidam e os(as) que estão sendo cuidados(as).

Denardim (1999) refere que, a partir da análise dos dados sobre a forma de viver em Linha Colônia, surgiu o tema “cuidando e sendo cuidado”, enfatizando que esse assunto integrou todas as fases do processo de viver dos moradores, orientando as pessoas e auxiliando-as nos diferentes modos de suas vidas.

Na comunidade onde atua, esta autora (enfermeira) identificou a igreja, a escola, a casa de saúde, o escritório da extensão rural (Emater) como instituições que exercem um papel importante na comunidade e que, de alguma forma, estão vinculadas ao modelo de cuidar da comunidade. Nada obstante, refere que “o caminho percorrido” pelo cuidado começa na família nuclear, amplia-se na família expandida e é complementado pela rede social, como vizinhos e amigos, podendo chegar ao sistema oficial de saúde.

Percebe-se, a partir do conhecimento desse percurso que, o sistema oficial de saúde poderá distanciar-se da fonte inicial desse cuidado, incorrendo no risco de nem ser solicitado. E, caso a família não recorra a essas instituições, como será possível saber o que realmente acontece nessa estrutura? Daí, a importância de trabalhar-se interagindo com esses grupos dentro de seu espaço de vida, mediante a presença constante do(a) profissional de saúde no ambiente dessas famílias, no sentido de compartilhar sua realidade, fazendo com que o serviço de saúde não possa ser descrito em função de sua ausência e os profissionais não sejam caracterizados como negligentes pela falta de atitudes que poderiam auxiliar na resolução das dificuldades enfrentadas por essas famílias.

Denardim (1999) relata ainda que, nos primórdios da colonização, o cuidado desenvolvido junto às famílias, relacionado ao processo saúde-doença, caracterizava-se por ser executado através de pessoas inerentes à estrutura familiar, tendo dessa forma surgido, por falta de recursos para custeio das doenças e ausência de médicos, as figuras da benzedeira e parteira. Diante das condições que se apresentavam, as práticas populares de cuidados dispensados às famílias objetivavam alcançar uma satisfatória qualidade de vida, tornando-a mais próxima do que se poderia chamar de família saudável.

Referindo-se à família saudável, Nitschke (1999), realizando estudos com algumas famílias da comunidade Tribos da Lagoa, conseguiu elaborar um conceito que representa tal condição, sendo construído a partir das definições propostas pelos próprios moradores, utilizando os termos “ter comida, ter moradia, ter dinheiro, ter educação, ter e fazer o que se gosta, ter sentimento, ter lazer e ter música”, como “passaportes” (condições) indispensáveis para que essa família saudável possa existir. É a partir da compreensão das necessidades que a família apresenta, percebida pela visão de cada ser, que se forma o cenário em que a enfermagem deverá atuar, a fim de direcionar a sua prática à realidade do contexto, na forma vivenciada por seus atores e autores.

Apesar de os estudos com família brasileiras serem incipientes, o que pode ser comprovado pelo caráter exploratório das pesquisas, o fato de profissionais de enfermagem estarem desenvolvendo estudos relativos às percepções das famílias, representa um avanço (Marcon & Elsen, 1999).

A enfermagem vem destacando-se e mostrando sua importância através do desenvolvimento de práticas realizadas junto às famílias. Cite-se exemplo observado no bairro de Estaleiro, que faz parte de uma das regiões mais pobres do município de Nova Contagem-MG, onde se realiza o trabalho de uma enfermeira (Célia) que conhece o bairro “como ninguém”. Este conhecimento sobre o bairro pôde ser obtido através de levantamento de informações da área visitada pela profissional, utilizando-se de métodos etnográficos, reconhecimento das lideranças e história oral. A partir do conhecimento do lugar em seus mais variados aspectos – área física, recursos sociais existentes, aspectos culturais – deu-se início à sua atuação profissional. Através de visita domiciliar às famílias do local, a enfermeira detectou uma família em que o cuidado da saúde de um de seus membros era desempenhado pela figura de uma cuidadora (analfabeta), em detrimento à

execução da prática de cuidados por profissionais da área de saúde, até então, ausentes e/ou desconhecedores dessa situação. A cuidadora referiu para a profissional que, após um ano e quatro meses cuidando..., aprendeu a não chamar o médico sem necessidade e que não abusava da “boa vontade” de ninguém. Célia detectou, a partir dessa situação, que a figura do(a) cuidador(a) doméstico(a) é praticamente desconhecida pelos serviços de saúde passando, a partir de então, a estabelecer um contato diário com a figura do cuidador, nesse caso, representada pela figura de uma mulher que, em contextos semelhantes, na maioria das vezes, “largam tudo e se concentram heroicamente na difícil tarefa de cuidar de seus parentes”, afirma (Brasil/MS, 1999, p. 19).

A importância da intervenção da enfermagem nessas famílias realizada através de contatos periódicos (diários) permitiu, segundo a própria enfermeira citada no parágrafo anterior, conhecer os dramas e dificuldades enfrentadas no seio familiar e possibilitou a melhor preparação dessa profissional para atendê-las, proporcionando-lhes suporte emocional (Brasil/MS, 1999).

Percebe-se, através desse relato, tornar-se necessário que o(a) enfermeiro(a) esteja sensibilizado com situações vivenciadas no contexto familiar.

Angelo (1999) refere que estar sensibilizado é ser capaz de reconhecer a família como um fenômeno complexo que demanda apoio em tempo de dificuldades, sobretudo na situação de doença, considerando-a importante para o cuidado de enfermagem, além da importância do cuidado da família em suas experiências de saúde e doença, tendo como meta promover o funcionamento pleno do grupo familiar. Essa postura exigirá do(a) profissional de enfermagem conhecer como essa família cuida, identificando suas dificuldades e suas forças.

Dessa forma, o profissional com seu saber técnico, científico e humanístico, poderá ajudar a família a agir de forma a atender às necessidades de seus membros (Marcon & Elsen, 1999).

Como pode ser observado nas referências anteriores, a enfermagem está cada vez mais envolvida no processo de atenção à família em seus mais variados aspectos. Porém, em vários grupos familiares, em especial aqueles chefiados por mulheres que permanecem, por alguns períodos, ausentes do lar em função do trabalho, a atenção aos cuidados dispensados às crianças por cuidadores(as) merece ser investigada, pois o cuidado dispensado irá influenciar na qualidade de saúde e de vida dessa criança, com reflexos para toda a família. Compreende-se também que esse cuidado é influenciado por todas as condições inerentes a essa estrutura e à sua relação com o ambiente circundante. Portanto, a enfermagem precisará estar atenta às mudanças que ocorrem nas famílias, a fim de que os cuidados a serem estabelecidos possam ter coerência e abranger soluções adequadas para cada realidade.

Afirmam Marcon & Elsen (1999) ser importante que o(a) enfermeiro(a) considere que a assistência à família, em especial aquela realizada no domicílio, é permeada por um caráter imprevisível, uma vez que a situação vivida pela família, hoje e agora, irá determinar a necessidade do cuidado. Cada contexto exigirá do(a) profissional a utilização de recursos e estratégias adequadas àquela situação específica, sendo freqüentemente necessária a reatualização e reorganização do seu papel de educador(a), além de uma constante revisão da própria postura profissional.

Conforme relato de uma enfermeira do PSF: “Na visita domiciliar através do contato direto com as pessoas, a educação para saúde deixa de ser uma lição para se tornar um compartilhamento” (Brasil/MS, 1999, p.19).

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 Natureza do estudo

O cenário deste estudo é constituído por famílias residentes nas microáreas Favela da Esperança, Parque Vida e Parque Luz, situadas no bairro Quintino Cunha, em Fortaleza-CE., onde são cadastradas e atendidas em Unidade Básica de Saúde da Família (Ubasf). Dentre essas famílias, foram selecionadas aquelas que têm em sua composição crianças menores de 2 anos e, a partir do referido grupo familiar, extraiu-se um subgrupo com o perfil a ser trabalhado, ou seja, famílias com crianças menores de 2 anos, cujas mães desenvolvem alguma atividade extradomiciliar, única fonte de renda para o sustento familiar. Em função dessa situação, as mulheres deixam seus(suas) filhos(as) sendo cuidados por terceiros(as). Essas famílias caracterizam-se também pela ausência da figura paterna no espaço domiciliar. Nesse contexto, este estudo busca responder às seguintes indagações:

- ✓ Quais as principais ocupações/atividades extradomiciliares exercidas por essas mães trabalhadoras residentes nas referidas áreas?
- ✓ Quem é o(a) principal responsável pelo cuidado dos(as) filhos(as) durante a ausência da mãe?
- ✓ Sob a perspectiva da mãe, quais as possíveis condições de risco ou problemas que podem ocorrer ou ocorrem com seus(as) filhos(as) menores de 2 anos?
- ✓ Quais as implicações desse cuidado para a saúde da criança?

Assim, espera-se que essas informações possam contribuir para a identificação dos aspectos relacionados às práticas de cuidado às crianças menores de 2 anos de idade no domicílio, durante a ausência das mães trabalhadoras, e suas implicações para as condições de saúde dessas crianças e, conseqüentemente, das famílias.

Considerando a natureza das indagações procedidas anteriormente, entende-se que esse estudo incorpora características do método qualitativo, embora evidencie em alguns momentos dados de natureza quantitativa no sentido de descrever a frequência de determinadas ocorrências, mas sem aderência rígida à investigação quantitativa.

Compreende-se que essa opção prende-se ao fato de que há questões muito particulares da realidade das mães trabalhadoras, atreladas a significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, que podem implicar na forma como a criança é cuidada. Essa compreensão corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (Minayo *et al.*, 1996).

A pesquisa qualitativa costuma ser descrita como holística, isto é, preocupada com os indivíduos e seu ambiente, em todas suas complexidades, e naturalística, sem qualquer limitação ou controle imposto pelo(a) pesquisador(a), baseando-se na premissa de que os conhecimentos sobre os indivíduos somente se fazem possíveis com a descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e definida por seus próprios atores (Polit & Hungler, 1995).

No caso deste estudo, a pesquisa basear-se-á nos depoimentos das mães sobre a forma como suas famílias estão sendo cuidadas no momento de sua ausência.

Triviños *apud* Bogdan (1995) chama a atenção sobre o contexto de investigação, descrevendo-o como sendo o ambiente natural e a fonte direta dos dados e o(a) pesquisador(a) o instrumento chave. Segundo o autor, a pesquisa qualitativa é descritiva, pois focaliza o processo e não simplesmente os resultados e o produto final, enquanto a lógica da compreensão dá-se de forma indutiva, a partir da compreensão do significado de cada indivíduo, sujeito do estudo.

Portanto, esta pesquisa será do tipo exploratória e descritiva pois, o seu foco essencial reside no desejo de conhecer a comunidade, sua gente, seus traços característicos, problemas e valores.

Este tipo de estudo (exploratório-descritivo) objetiva ainda aprofundar a descrição de determinada realidade. Procura-se, assim, observar e registrar os fatores que se manifestam durante todo o processo de desenvolvimento do estudo e que mantém relação com a questão do cuidar das crianças dessas famílias. O fenômeno investigado foi a forma/tipo de cuidado dispensado às crianças menores de 2 anos em seu domicílio. Na sessão seguinte, apresentar-se-á com maiores detalhes a fase de campo.

### **3.2 Sujeitos da pesquisa**

O universo desta pesquisa está constituído por um total de 1.005 famílias cadastradas e atendidas em Unidade Básica de Saúde da Família (Ubasf) em Fortaleza, cuja população abrange 186 famílias com crianças menores de 2 anos. Todavia, a amostra é constituída por um total de 9 famílias compostas basicamente por mães, crianças e cuidadores, embora demais familiares, como irmãos(as), tios(as), primos(as) façam parte da maioria desses agrupamento.

Os sujeitos foram selecionados de forma intencional, identificando, inicialmente, as famílias com crianças menores de 2 anos através dos cartões de vacina das crianças que são acompanhadas mensalmente, quando da visita domiciliar pelo(a) agente de desenvolvimento social. A menor família desse grupo compõe-se de 4 membros e a maior de 14 integrantes.

A fase de campo desse estudo ocorreu em três etapas, tendo sido entrevistadas as mães (chefes de família) dessas crianças menores de 2 anos, as quais, como sujeitos do estudo, foram identificadas por nomes fictícios.

A escolha dos nomes para identificação dessas mulheres decorreu do fato de caracterizar, a partir da análise das suas falas, um pouco da personalidade de cada uma delas.

### **3.3 Instrumentos da coleta de dados**

Na coleta de dados, utilizaram-se como instrumentos a entrevista e a observação participante.

A entrevista consiste numa conversação caracterizada pela arte de fazer perguntas e ouvir o outro (Fontana & Frey, In: Denzin & Lincoln, 1994). Embora a entrevista objetive colher informações, constitui condição social de interação humana, sem a qual não haverá ambiente favorável para produzir informações fidedignas (Trentini & Paim, 1999 e Haguette, 1995).

Optou-se por esse tipo de instrumento considerando, de acordo com Polit & Hungler (1995), os elementos positivos da entrevista, haja vista que podem ser realizadas com a maioria dos entrevistados, por exemplo, crianças pequenas, idosos, cegos; prestam-se menos a uma interpretação errônea, por parte dos respondentes, devido à presença do entrevistador para determinar se as perguntas foram entendidas de maneira correta; os entrevistadores conseguem produzir informações adicionais através da observação, porque se encontram em posição de observar ou julgar o nível de compreensão, grau de cooperação, estilo de vida e outras características dos respondentes, podendo contribuir com um melhor entendimento da realidade e da informação obtida.

Neste estudo as entrevistas foram realizadas pela própria pesquisadora no domicílio das famílias visitadas, em três momentos distintos, descritos a seguir.

Ressalte-se que essas etapas de coleta e análise dos dados não tiveram divisões estanques, pois na pesquisa qualitativa as informações na medida em que são interpretadas, segundo Triviños (1995), podem originar a exigência de novas buscas de dados.

Na primeira entrevista utilizou-se um questionário semi-estruturado (anexo). A entrevista semi-estruturada revela-se importante pelo fato de possibilitar recortes da realidade, sem prejudicar a subjetividade dos envolvidos na coleta dos dados. Ao realizar entrevista utilizando-se de um questionário semi-estruturado o(a) pesquisador(a) visa obter, de forma detalhada, aspectos importantes em relação aos temas escolhidos. Tal modalidade possibilita investigar um tema na sua máxima horizontalidade, verticalidade e profundidade, pois poderá descobrir como ocorrem certos fenômenos (Trentini & Paim, 1999).

Vale ressaltar a importância da coleta desses dados, uma vez que através dos mesmos, pode-se registrar o número de ocorrências passíveis de afetar positiva ou negativamente o desenvolvimento bio-psico-social das famílias, ou seja, identificar dados epidemiológicos, como número de crianças por família; tipo e incidência de morbidade nas famílias em determinado período; registro de mortalidade; número de acidentes ocorridos no espaço domiciliar; número de nascimentos nos últimos 2 anos; período (número de dias ou meses) que as crianças permaneceram em aleitamento materno exclusivo; número de idas à unidade de saúde para tratamento de doenças; número de crianças menores de 2 anos com vacinas atrasadas, entre outros.

Os dados coletados enfatizam aspectos mais relevantes que poderão implicar no processo saúde/doença dessas famílias, identificando, assim, aquelas mais vulneráveis baseados nas incidências epidemiológicas. Através da utilização desses dados, obteve-se uma base de referência que auxiliou na identificação das condições sociais dessas famílias em relação à sua própria

dinâmica quanto ao cuidado dispensado às crianças menores de 2 anos e as implicações desse cuidado para a saúde familiar.

No segundo momento da coleta de dados, realizou-se a entrevista através da utilização de duas questões norteadoras (anexo), objetivando coletar informações sobre o processo de cuidar da família relacionado à interação com seus espaços micro e macrossocial. As informações obtidas por intermédio desses questionamentos, durante a coleta de dados, suscitaram o surgimento de outras questões .

A entrevista bem conduzida fluiu como uma conversa informal, em que correções e esclarecimentos acontecem e a tornam eficaz no processo de obtenção das informações desejadas (Triviños, 1995). Outro aspecto importante da pesquisa qualitativa, refere-se ao caráter reflexivo nas etapas de investigação em que a coleta e análise se intercalam, orientando, às vezes, o retorno às residências das famílias entrevistadas para que possa ser ampliado e aprofundado o diálogo com os(as) entrevistados(as), no caso, as mães dessas crianças, objetivando esclarecer fatos relevantes obtidos nas entrevistas anteriores.

Inseridos nessa perspectiva, iniciou-se o diálogo revendo as informações fornecidas anteriormente e solicitando das entrevistadas esclarecimentos a respeito de algumas colocações incompreendidas quando do momento inicial da análise dos dados. O retorno às residências proporcionou uma melhor compreensão da realidade vivenciada no espaço familiar, e serviu para revalidar as informações colhidas anteriormente. Esse momento ocorreu de forma bem mais espontânea e informal, assemelhando-se realmente a um diálogo. Por conta de “estarem bem mais à vontade” com a presença desta entrevistadora, cinco informantes permitiram a gravação de suas falas, o que não foi possível durante os primeiros encontros. Duas das entrevistadas não foram localizadas, uma delas mudou de endereço, segundo

os vizinhos a mesma voltou para o marido e foi embora para o interior; a outra, apesar de nosso encontro ter sido por ela confirmado – o que ocorreu duas vezes no mesmo final de semana – através de contato com a agente de desenvolvimento social da área, também não foi encontrada, embora se tenha estado em sua residência e conversado com o seu pai, que falou ser muito difícil ela “parar em casa”. Cumpre observar que, desde a primeira entrevista, foi percebido tanto por esta autora como pela agente de desenvolvimento que esta se mostrou bastante apática em participar do estudo, referindo depois para a própria agente que “essas perguntas não iriam resolver a vida dela”. Diante do pouco interesse da mãe sob enfoque participar do estudo e por respeitar esta decisão, utilizou-se para análise do contexto dessa família em particular, apenas as informações já disponíveis. Apesar deste fato, há vários pontos positivos conquistados a partir dos contatos estabelecidos após o início da pesquisa, visto que entre as duas primeiras entrevistas e a última, transcorreu um tempo em torno de 6 meses e, nesse período, algumas crianças dessas famílias passaram a ser levadas para consulta de crescimento e desenvolvimento com mais frequência, em horário previamente agendado de acordo com a disponibilidade da mãe e/ou das suas cuidadoras, reforçando interação da família com a equipe de saúde.

A observação participante, técnica através da qual um(a) pesquisador(a) participa do funcionamento do grupo ou instituição investigada, constituiu-se um importante instrumento utilizado em todos os momentos de contato com as famílias, pois possibilitou um envolvimento pessoal e estreito da pesquisadora com o fenômeno pesquisado e facilitou a captação de dados mais subjetivos.

Neste tipo de estudo, o(a) pesquisador(a) mantém um elevado grau de contato e envolvimento com os sujeitos da pesquisa; ele(a) penetra em um grupo ou ambiente social e compartilha suas experiências. Através do

desempenho de um papel participativo no ambiente em questão, o(a) observador(a) pode obter “*insights*” que poderiam ter escapado a um(a) observador(a) mais passivo(a) e dissimulado(a). Os adeptos da observação participativa defendem o fato desta representar tanto uma fonte de dados quanto uma base para a compreensão do seu significado. O(a) observador(a) participativo(a) esforça-se para garantir as observações em cada contexto, experiências, estrutura e símbolos que são relevantes aos sujeitos (Polit & Hungler, 1995).

A observação participante pode ser compreendida ainda como um processo no qual a presença do(a) observador(a) numa situação é mantida para fins de investigação científica. O(a) observador(a) está em relação face a face com os observados e participando com eles em seu ambiente natural e na vida. Vale salientar, que esse ambiente compartilhado não é neutro e nem passível de manipulação, mas durante a coleta de dados, o(a) observador(a) ao mesmo tempo modifica e é modificado(a) por esse contexto (Haguette *apud* Schwartz & Schwartz, 1995).

Neste caso específico, a observação realizou-se mediante a presença da investigadora, durante a fase de entrevista, em todos os domicílios das famílias integrantes da amostra e ocorreu de forma moderada, o que acontece segundo Trentini & Paim *apud* Spradley (1999) quando “o(a) pesquisador(a) procura manter equilíbrio entre pertencer ou não ao grupo, ou seja, ver a situação de “dentro” e “fora” e ainda contrabalançar a observação com a participação”.

A despeito de utilizar essa postura, em alguns momentos esta pesquisadora sentiu-se muito parte do contexto, tendo que realmente controlar a sua participação para que a intensidade do envolvimento não pudesse comprometer a obtenção, nem o significado das informações fornecidas.

Essa condição referente à inserção no meio pode ser compreendida também pelo conhecimento de que a observação participante não se concretiza apenas através da participação do pesquisador, mas que deve significar um envolvimento maior do pesquisador através de um compartilhar de atividades externas do grupo bem como, de processos mais subjetivos como interesses e afetos que acontecem na vida diária de grupos como por exemplo, em uma família (Haguette *apud* Kluckhohn, 1995).

A inter-relação no ato da entrevista contempla o afetivo, o existencial, o dia-a-dia, as experiências e a linguagem do senso comum, sendo condição “*sine qua non*” do êxito da pesquisa qualitativa (Minayo, 1994). Neste contexto, o pesquisador torna-se o principal instrumento da coleta de dados.

A utilização da técnica de observação participante, permitiu visualizar atitudes, expressões, sentimentos, processos de interação nessas famílias e, através do contato maior no interior dessas residências, fez-se possível captar aspectos significativos que, em sua maioria, reforçam o conteúdo do que foi afirmado nas entrevistas.

O ingresso no ambiente dessas famílias ocorreu com uma certa espontaneidade, em virtude de já existir um processo de interação formado antes do desenvolvimento desta pesquisa. Porém, convém lembrar que, durante o processo de investigação, o principal obstáculo foi conseguir agendar com a chefe da família um horário para a realização da entrevista, podendo ser explicado pelo fato de muitas delas só estarem em casa nos finais de semana ou à noite, horários não convenientes para realização da entrevista para a maioria delas, visto estarem cansadas e precisarem, muitas vezes, em casa, dar continuidade à sua tripla jornada de trabalho.

### 3.4 Organização e análise dos dados

A análise dos dados inicia-se com a descrição das informações obtidas através da entrevista semi-estruturada. Neste capítulo estão incluídas ilustrações que representam a estrutura familiar de cada uma das famílias sob estudo, referentes à composição de seus membros, destacando-se também a figura do(a) cuidador(a) e as relações estabelecidas nesse núcleo e desse com outros sistemas sociais.

Para organização e análise dos depoimentos obtidos no segundo e terceiro momento das entrevistas foram adotados alguns procedimentos.

Inicialmente, realizou-se a codificação a partir dos conceitos da Teoria de Sistema. Considerou-se código a mensagem mais significativa do conceito que está representada por uma expressão chave, ou seja, as categorias.

Em seguida, foi realizada a leitura de todas as falas (depoimentos das mães), selecionando aquelas mais significantes para a compreensão do contexto em estudo, tendo sido as mesmas agrupadas conforme critérios de semelhança de significado. Após essa categorização, foram destacados (em negrito) os temas que guardam relação com os códigos anteriormente descritos.

É importante destacar que para a análise dos dados, não se observou nenhuma linha rígida de análise de conteúdo de autores(as) específicos(as). Porém, esse tipo de conduta adotada permitiu a obtenção de uma clara compreensão dos dados coletados relacionados aos conceitos estabelecidos pela Teoria de Sistemas no que se refere à estrutura familiar.

A sessão seguinte apresenta a estrutura teórica adotada para as análises dos dados do estudo.

### 3.5 Referencial teórico-metodológico para análise dos dados

Partiu-se do princípio que nenhuma linha de pensamento sobre o social tem o monopólio de compreensão total e completa da realidade, pois se sabe que o debate interno das diferentes correntes sociológicas reflete a dificuldade do pensamento de apreender o objeto em toda sua complexidade e articulações. A questão básica de cada uma reside no *como* se dá essa vinculação e em que grau de autonomia ou de pendência situa o fenômeno saúde-doença, enquanto manifestação biológico-social (Minayo, 1994).

Utilizou-se como referencial teórico para a análise dos dados obtidos a Teoria de Sistemas que contempla a complexidade do cotidiano no interior das famílias, considerando diversos aspectos relativos à interação dos seus membros e a mesma como uma unidade que tanto pode ser fragmentada como integrante e interagindo com outros sistemas. A referida Teoria baseia-se na concepção da família enquanto sistema, conforme apresentado nos modelos teóricos de intervenção da família propostos por Wrigth & Leahey (1994) e Hall & Weaver *apud* Boyd (1990), descritos a seguir.

#### • DISCORRENDO UM POUCO SOBRE A TEORIA DE SISTEMAS

Wrigth & Leahey (1994), enfermeiras canadenses, propõem, em seu modelo, uma analogia do móbile para visualizar os membros de uma família como integrantes de um mesmo conjunto, cujo agrupamento ocorre de forma interativa. A importância da presença de cada membro nesse agrupamento apresenta-se de forma diferenciada, porém deverá ser harmônica, posto que as mudanças que ocorrem nesse sistema poderão afetar a sua estabilidade.

Diante de situações que rompem com a harmonia desse sistema, um ou mais dos seus componentes deverão preparar-se para restabelecer o equilíbrio necessário para existência e manutenção do conjunto. Na prática com famílias, um dos conceitos mais utilizados é o de Sistema, entendido como uma complexidade de elementos em mútua interação (Wright & Leahey, 1994),

Esse modelo de intervenção de enfermagem junto às famílias, a partir da Teoria de Sistemas, baseia-se em **CONCEITOS** essenciais, descritos a seguir, conforme indicam as autoras Wright & Leahey (1994) e Hall & Weaver *apud* Boyd (1990):

- ✓ O sistema familiar faz parte de um amplo sistema denominado de suprasistema, sendo composto de sistemas menores denominados subsistemas.
- ✓ A família como um todo é mais do que a soma de suas partes.
- ✓ A família é um sistema aberto e, conseqüentemente, está sujeita à mudanças.
- ✓ Uma mudança num membro de uma família afeta todos os seus demais membros.
- ✓ A família é capaz de alcançar um equilíbrio entre períodos de mudança e estabilidade.
- ✓ As causas dos comportamentos dos membros são melhor compreendidos através de uma visão circular do que de uma visão linear.
- ✓ A dinâmica familiar é influenciada por fatores étnicos, culturais e sócio-econômicos.
- ✓ A concordância entre os valores da família e o ambiente circundante diminuirá os conflitos e permitirá fronteiras mais permeáveis.

- COMPREENDENDO OS CONCEITOS...

A família é composta de muitos subsistemas, ou seja, pai-criança, marido-mulher, e outros subsistemas semelhantes, os quais são compostos por subsistemas de indivíduos. Por sua vez, indivíduos são sistemas bastante complexos compostos por vários outros subsistemas (cardiovascular, respiratório, reprodutor). A família está ao mesmo tempo incluída num amplo suprasistema, como a vizinhança, as organizações e igrejas da comunidade. Wright & Leahey *apud* Chin(1994) representam essas informações em forma de um largo ciclo, em que um sistema influencia e é influenciado por outros.

Estudar cada membro de forma individual não é o mesmo que estudar a família enquanto uma unidade, para o que faz-se necessário observar a interação que ocorre entre seus membros.

Eventos significantes poderão afetar todos os outros membros em graus variados como ilustrado na ideologia do móbile, pois quando uma mudança ocorre em uma família, após um distúrbio, ocorre também uma mudança de posição de equilíbrio, ou seja, a necessidade afetada de um membro da família, influenciará na reorganização de toda a estrutura familiar. O equilíbrio entre mudança e estabilidade irá constantemente mudar em períodos de remissão ou exacerbação da situação, por exemplo de saúde ou doença vivenciada, mas, muito freqüentemente, haverá um equilíbrio entre mudança e estabilidade. É importante compreender que cada comportamento do indivíduo tem seu efeito na influência do comportamento do outro.

Os conceitos precitados se apresentam como essenciais para a compreensão da Teoria, porém cumpre destacar que cada família poderá enfrentar períodos de transição durante os quais ocorrem mudanças que alteram a sua estrutura.

Definem-se dois tipos de acontecimentos que poderão iniciar a transformação no interior das famílias que se constituem os acontecimentos normativos e os paranormativos. Os primeiros referem-se aos acontecimentos que ocorrem regularmente em quase todas as famílias e surgem das funções de procriação e da criação dos filhos, como o matrimônio, o nascimento, o ingresso na escola e a morte. Os acontecimentos paranormativos são também freqüentes, porém não universais, a exemplo de aborto, divórcio, doença e morte prematura. A transição da família ao longo de tais acontecimentos denomina-se ciclo vital da família. Os períodos de transição caracterizam-se por frustração e estresse que rompem a estabilidade da família. A identificação e valorização de sinais de perigo do sistema familiar e a intervenção de enfermagem, durante esses períodos de transição, podem ser definitivas para ajudar a família a recuperar sua estabilidade adequando as necessidades de cada indivíduo (Hall & Weaver *apud* Boyd, 1990).

Em cada família deste estudo existe, como já foi dito anteriormente, uma estrutura básica formada por mãe, crianças e cuidador(a). Diversos membros estão agregados a essa estrutura, contribuindo para o aumento da sua própria complexidade em relação ao processo interativo. Identificou-se nessas famílias que fases de equilíbrio e desequilíbrio ocorrem com freqüência, variando a forma como se organiza para manter um ambiente harmônico em seu espaço familiar, como por exemplo durante a ausência materna. Assim, através da investigação e identificação dos fatores influentes nesse processo, poder-se-á atuar em cada família conhecendo as estratégias por elas utilizadas no dia-a-dia e, possivelmente, propor formas de intervenção adequadas a serem utilizadas para recuperação e/ou manutenção do equilíbrio necessário.

As atitudes frente à saúde, às crenças e às práticas se originam normalmente na família e acontecem influenciadas por fatores étnicos,

culturais e sócio-econômicos. No momento em que a(o) enfermeira(o) interage com o sistema familiar, a valorização da saúde deve consistir em um completo conhecimento da interação entre seus membros, bem como entre a família e outros sistemas sociais (Hall e Weaver *apud* Boyd, 1990).

Neste estudo serão utilizados, como eixos norteadores para compreensão dos resultados obtidos, os conceitos anteriormente apresentados na seguinte dimensão:

- ✓ Diante das condições apresentadas, mãe ausente do lar por determinados períodos em função de ser a principal responsável pelo sustento da família e por ser essa família decorrente de um novo processo de estruturação comum nos dias atuais, caracterizada pela ausência da figura paterna, a mesma deverá ser compreendida em função dos processos interativos entre mãe, crianças e cuidador(a) como microsistema prioritário.
- ✓ A família estudada é um sistema aberto, complexo e dinâmico, em que cada um dos seus membros estabelecem relações entre si, podendo o comportamento de um influenciar na conduta ou situação do outro.
- ✓ Essa família interage com um suprasistema, isto é, vizinhos, escolas, creches, em graus variáveis com a permeabilidade da própria estrutura e necessidade de recorrer a um suporte extrafamiliar.
- ✓ A dinâmica familiar poderá ser alterada, conforme a necessidade de reestruturação do grupo, mediante condições que afetem o equilíbrio e a harmonia e, diante de tal condição, todo esforço deverá ser efetuado por seus membros na tentativa de restabelecer o equilíbrio adaptando-se às novas situações.

### 3.6 Implicações éticas

Realizou-se esta pesquisa com seres humanos em seu espaço domiciliar, sendo respeitados os seus direitos de querer ou não participar deste estudo, sem qualquer implicação no processo de execução do Programa de Saúde da Família, bem como, o direito de serem informados sobre os objetivos da pesquisa, processo de coleta de dados, entre outras informações que se fizeram necessárias. Foi elaborado um termo de compromisso entre as partes no sentido de comprovar a total disponibilização de participação dos sujeitos no referido estudo e/ou autorização de consentimento de participação do seu representante legal, no caso de menores de 18 anos. Após obtido o consentimento para participar desta pesquisa, vale salientar que foram respeitados a individualidade, privacidade, crença, o anonimato dos informantes e liberdade para declinar de sua participação na pesquisa no momento que desejasse (Coren-CE, 1999). A gravação das falas foram realizadas mediante consentimento dos(as) informantes e, somente após, foram transcritas e digitadas.

Como enfermeira responsável pelo estudo, a autora evitou formular questionamentos que pudessem trazer constrangimento aos(as) entrevistados (as). Em caso de revelações que ameaçassem a integridade física e/ou moral – ameaças de morte, maus tratos, negligência de cuidados fundamentais, atos que pudessem pôr em risco a vida, a exemplo da administração de medicações de forma incorreta com o intuito de prejudicar terceiros, calúnia, difamação –, bem como outros fatores relativos à segurança dos envolvidos, teria sido, nessas condições, necessária a quebra do sigilo da pesquisa sendo, no entanto, os sujeitos do estudo informados desse procedimento. Porém, durante toda a pesquisa tal conduta não foi necessária.

Vale ressaltar que, anterior a realização da coleta e análise dos dados, este projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (COMPEPE) da Universidade Federal do Ceará, cumprindo as exigências formais dispostas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, dispondo sobre pesquisas que envolvem seres humanos.

### **3.7 Caracterização do período**

Realizou-se este estudo no período de abril de 1999 a abril de 2001.

### **3.8 Financiamento**

Este estudo foi desenvolvido com recursos próprios da pesquisadora.

## 4 ANÁLISE DE RESULTADOS

Esta sessão apresenta informações referentes às práticas de cuidado às crianças menores de 2 anos, no domicílio, durante a ausência das mães trabalhadoras, observando suas implicações às condições de saúde dessas crianças e, conseqüentemente, da família. Incorpora uma compreensão da família, enquanto sistema de membros interatuantes, que mantém relação com outros espaços de vida como os recursos sociais da comunidade, conforme os conceitos da Teoria de Sistemas propostos por Wright & Leahey (1994) e Hall & Weaver *apud* Boyd (1990).

### 4.1 Caracterização dos sujeitos

Conforme comentado anteriormente, os sujeitos do estudo estão identificados por nomes fictícios. A escolha dos nomes para identificação dessas mulheres deu-se pelo fato de caracterizarem, a partir da análise das suas falas, um pouco de sua personalidade. Entende-se que esses elementos se fazem necessários aos que convivem com a realidade à qual essas mães estão submetidas. Os nomes atribuídos às mães foram: Alegria, Batalhadora, Coragem, Desafio, Esperança, Esperteza, Fé, Garra e Perseverança. Em seguida, apresentar-se-á descrição de algumas informações relativas a cada uma delas.

- **Alegria:** idade- 19 anos; profissão- doméstica, nível de escolaridade- 2º grau incompleto; jornada de trabalho diária (extradomiciliar)- 2 turnos; renda- entre ½ e 1 salário mínimo; número de filhos- 1.

- **Batalhadora:** idade- 33 anos; profissão- doméstica; nível de escolaridade- primeiro grau completo; jornada de trabalho diária (extradomiciliar)- 2 turnos; renda- entre 1 e 2 salários mínimos; numero de filhos- 4.
- **Coragem:** idade- 20 anos; profissão- castanheira; nível de escolaridade- 1º grau incompleto; jornada de trabalho diária (extradomiciliar)- 2 turnos; renda- menos de ½ salário mínimo; número de filhos- 2 (um desses filhos foi doado).
- **Desafio:** idade- 26 anos; profissão- doméstica; nível de escolaridade- 1º grau incompleto; jornada de trabalho diária (extradomiciliar)- 2 turnos; renda- entre 1 e 2 salários mínimos; número de filhos- 2.
- **Esperança:** idade- 31 anos; profissão- vendedora ambulante; nível de escolaridade- nenhum; jornada de trabalho diária (extradomiciliar)- 1 turno; renda- inferior a ½ salário mínimo; numero de filhos- 3.
- **Esperteza:** idade- 26 anos; profissão- doméstica; nível de escolaridade- 1º grau incompleto; jornada de trabalho diária (extradomiciliar)- 2 turnos; renda- entre ½ e 1 salário mínimo; número de filhos- 4.
- **Fé:** idade- 18 anos; profissão- auxiliar de costura; nível de escolaridade- 1º grau completo, jornada de trabalho diária (extradomiciliar)- 2 turnos; renda- entre 1 e 2 salários mínimos; número de filhos- 1.
- **Garra:** idade- 24 anos; profissão- costureira; nível de escolaridade- 1º grau incompleto; jornada de trabalho diária (extradomiciliar)- 2 turnos; renda- entre ½ e 1 salário mínimo, número de filhos- 2.

- **Perseverança:** idade-31 anos; profissão- doméstica; nível de escolaridade- 1º grau incompleto; jornada de trabalho diária (extradomiciliar)- maior que 2 turnos; renda- entre 1 e 2 salários mínimos; número de filhos- 3.

Analisando as informações antes apresentadas, percebe-se que todas essas mulheres são maiores de 18 anos, com idades variando entre os extremos de 18 a 33 anos, com predominância da faixa etária entre 26 e 31 anos de forma equivalente, enquanto a idade média situa-se em torno de 25 anos.

No que se refere à ocupação, cinco das entrevistadas exercem a função de doméstica e as demais desenvolvem apenas uma dentre as profissões de costureira, auxiliar de costura, vendedora ambulante e castanheira. Sete dessas ocupações são exercidas em uma carga horária igual a 2 turnos diários; apenas uma dessas mulheres permanece ausente do lar, em função do trabalho, durante somente um turno; e outra referiu ter uma jornada de trabalho superior a 2 turnos, retornando ao lar apenas nos finais de semana.

Quanto à remuneração mensal, cinco delas recebem valores que não ultrapassam 1 salário mínimo, sendo que destas, duas recebem menos de  $\frac{1}{2}$  salário mínimo. As outras quatro mulheres são remuneradas com valores acima de 1 salário mínimo, porém não superior a 2 salários mínimos mensais.

Identifica-se, a partir dessas informações, que independente da jornada de trabalho nenhuma recebe valor superior a 2 salários mínimos. Dentre essas, sete mulheres, à exceção de Perseverança e Fé, antes de serem mães, já exerciam atividades extradomiciliares para ajudar no seu próprio sustento ou da sua família.

Referente à escolaridade, seis entrevistadas não conseguiram sequer concluir o primeiro grau (ensino fundamental), destacando-se o fato de uma ser analfabeta. Duas concluíram o primeiro grau e, apenas uma cursou o

segundo grau(ensino médio) não conseguindo concluí-lo. Numa relação direta, a educação das mulheres permite redução da mortalidade materna e infantil, melhor nível de saúde genética e familiar, níveis elevados de nutrição e de satisfatória atenção as crianças, entre outros (IBGE, 1998). O melhor nível de instrução proporciona uma série de mudanças de comportamento, o que se reflete também na diminuição da fecundidade.

Outras informações obtidas merecem ser apresentadas.

Em relação à idade com que tiveram o(a) primeiro(a) filho(a), Batalhadora, Esperança e Fé foram mães antes dos 18 anos. Todas tiveram o primeiro(a) filho(a) antes dos 22 anos.

Sobre essa questão, alguns estudos mostram que as elevadas taxas de fecundidade das adolescentes de 15 a 19 anos e das jovens de 20 a 24 anos, no Ceará, sinalizam para a precocidade da maternidade, de tal modo que o grupo de mais alta fecundidade que, historicamente, se concentrava entre 25 a 29 anos, tende a se deslocar para a faixa etária das mais jovens de 20 a 24 anos. A idade da mulher na gestação do primeiro filho constitui uma variável de controle da situação de saúde ou de risco de morte da mãe e do filho, o que, geralmente, aumenta nos extremos do período fértil (Ceará/Iplance, 1996).

O somatório total de filhos(as) dessas mulheres é representado por um total de vinte e uma crianças, das quais nove são menores de 2 anos. Os próximos resultados relacionam-se a essas crianças.

Das nove crianças menores de 2 anos dessas famílias, apenas a de Alegria nasceu de uma gravidez planejada. Dessas, somente a de Esperança com idade de 1a e 3m ainda está sendo alimentada ao seio. Seis crianças (filhos(as) de Alegria, Desafio, Garra, Esperança, Esperteza e Perseverança) permaneceram em aleitamento materno após o sexto mês de vida, e apenas três (os(as) de Alegria, Desafio e Esperteza) após um ano.

Surpreende o fato de duas crianças (de Coragem e Batalhadora) não terem sido amamentadas nem sequer um mês!

A oferta de outros alimentos, como leite de gado, mingaus, sopinhas e sucos, foi iniciada para quatro dessas crianças (os(as) de Batalhadora, Coragem, Garra e Esperança) antes do sexto mês, sendo que para os(as) filhos(as) de Coragem e Esperança esta prática deu-se início desde o primeiro dia de nascido. No caso das outras quatro crianças, a oferta desses alimentos ocorreu após o sexto mês. Uma das mães(Fé) referiu não lembrar o período em que essa prática teve início.

No Brasil, o processo rápido de urbanização, a introdução das mulheres no mercado de trabalho, a perda da família nuclear e os valores culturais interferem negativamente nas práticas do aleitamento materno e, apesar deste ser um ato natural e da maioria das mulheres conseguirem amamentar seus(suas) filhos(as) sem ajuda, muitas mães, principalmente as primíparas e adolescentes necessitam de apoio da família e dos profissionais de saúde para terem êxito nesta tarefa (Brasil/MS, 1997).

Os principais aspectos que demonstram a importância da prática da amamentação para toda família dizem respeito ao favorecimento à saúde da mãe e do(a) filho(a); à redução dos gastos com alimentos “substitutos” do leite materno; a um método de planejamento familiar natural, desde que o bebê seja menor de seis meses de idade, esteja em aleitamento materno exclusivo e em regime de livre demanda e a mãe não tenha menstruado (Brasil/MS, 1997).

Os profissionais de saúde bem preparados poderão colaborar bastante na educação em saúde dirigida às mulheres, principalmente as jovens e/ou primíparas. No caso do Programa de Saúde da Família, essa ação poderá ser efetivada durante o pré-natal; no puerpério (no ato da primeira visita domiciliar após alta da maternidade, que deverá ser realizada nos primeiros 15

dias de chegada da mãe ao lar); no ambulatório durante a primeira consulta para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança; e através de espaços de discussões sobre a legislação brasileira que apoia e protege a prática do aleitamento materno, informando às mães trabalhadoras dos seus direitos – licença gestante, licença para hora de amamentar, direito a amamentar durante a jornada de trabalho, direito a abrigo para as crianças no local de trabalho, no caso de algumas empresas com um número superior a 30 mulheres, entre outros – para que elas possam reivindicá-los junto aos seus sindicatos e movimentos de mulheres.

É importante que os demais membros da família sejam convidados a participar desses momentos de discussão e compreensão da importância dessa prática para que possam assim, de forma consciente, colaborar com sua realização.

Todas as crianças no momento da visita estão com peso normal de acordo com o estabelecido pelo National Center of Health Statistic (NCHS), tendo sido utilizada para essa avaliação as medidas do peso e idade, em meses (Duncan & cols., 1996).

Com relação aos principais problemas de saúde ocorridos com essas crianças a partir do nascimento, foram citados (por ordem decrescente): infecções respiratórias agudas (gripe, pneumonia, bronquite), diarreia, problemas de pele, asma brônquica, infecção intestinal, desidratação, desnutrição, dificuldade para urinar, convulsão, deslocamento do joelho e tornozelo.

Ainda que incompletas, as estatísticas de morbidade e mortalidade disponíveis são unânimes em apontar o binômio desnutrição e infecção como o principal responsável pelas condições desfavoráveis de saúde que caracterizam a população infantil brasileira, sendo essas ocasionadas em razão das condições gerais de vida particularmente adversas em que crescem e se

desenvolvem considerável parcela da população infantil (Brasil/MS, 1994). Sobre acidentes, esses demonstram uma tendência crescente e, no lactente (criança menor de 2 anos), a má coordenação motora e a total incapacidade de reconhecer riscos podem levar a um grande número de injúrias físicas (Duncan & cols., 1996).

Em relação à procura de atendimento para tratar dos referidos problemas de saúde, ocorridos nos últimos 3 meses, todas as crianças foram levadas à unidade de saúde, seja esta posto ou centro de saúde e/ou hospitais. Tendo ocorrido a maior frequência de 3 vezes no caso dos(as) filhos(as) de Alegria, Garra e Perseverança.

Quanto à imunização na infância, relativa ao cumprimento do esquema vacinal básico estabelecido pelo Programa Nacional de Imunizações, todas as crianças estão com o calendário vacinal atualizado ou seja, nenhuma vacina atrasada no momento da verificação do cartão realizada durante a visita domiciliar.

Os problemas apresentados por estas crianças poderiam ter sido evitados ou tratados precocemente se as mesmas estivessem incluídas no programa de puericultura, realizado na unidade de Saúde. Acredita-se que a não inclusão dessa criança nesse programa de prevenção e promoção da saúde acontece devido ao desconhecimento desta mãe da importância desse acompanhamento e/ou à falta de condições para levar seu(sua) filho(a) regularmente para a consulta, comparecendo à unidade apenas quando esses(as) já estão doentes. Em alguns casos, a própria mãe e/ou cuidador(a) já teriam iniciado, no próprio domicílio, por conta própria, tratamentos que não surtiram resultado positivo, relacionados ao restabelecimento da saúde dessa criança. Algumas mães chegaram a referir que quando “a criança está bem, o melhor é ficar em casa, o posto já é tão cheio que eu acho melhor não levar, têm outros que estão precisando mais, que estão doentes”.

Percebe-se através desse relato que as mães não estão bem informadas sobre a importância da consulta de crescimento e desenvolvimento para a manutenção da saúde de suas crianças e que se assegura esse atendimento através do agendamento da consulta de retorno. Sendo, a partir dessa constatação, necessário trabalhar melhor a equipe de saúde, principalmente os(as) agentes de desenvolvimento social para reforçar o esclarecimento junto às famílias, objetivando a captação precoce dessa criança para acompanhamento desde o primeiro mês de vida. Essa ação poderá ser reforçada durante sessões educativas realizadas na consulta pré-natal, durante a visita domiciliar realizada pela equipe às puérperas da comunidade e durante a consulta médica, com intuito de sensibilizar a família para esse acompanhamento, garantindo logo no primeiro contato o agendamento da consulta.

No Brasil, especificamente na Região Nordeste, são comuns a utilização de práticas populares na busca de solução de problemas de saúde e a utilização de remédios caseiros com o objetivo de prevenir ou curar doenças (Silva & Franco, 1996).

Algumas crianças, na faixa etária de 0 a 2 anos, que residem na comunidade onde foi desenvolvida essa pesquisa, são mensalmente levadas à unidade de saúde para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, neste ínterim, são avaliados diversos indicadores (antropométricos: peso, estatura, perímetros cefálico e torácico; atividade reflexa, condições de pele e mucosas; situação vacinal; estado nutricional; doenças intercorrentes; e capacidade sensorial) que servirão de parâmetros para estabelecer a situação de crescimento e desenvolvimento dessas crianças, fornecendo subsídios para elaboração de um plano de cuidados a ser implementado pela família com o apoio dos profissionais do programa. No momento da consulta, são fornecidas informações que poderão auxiliar a mãe e/ou o(a) cuidador(a) da criança na

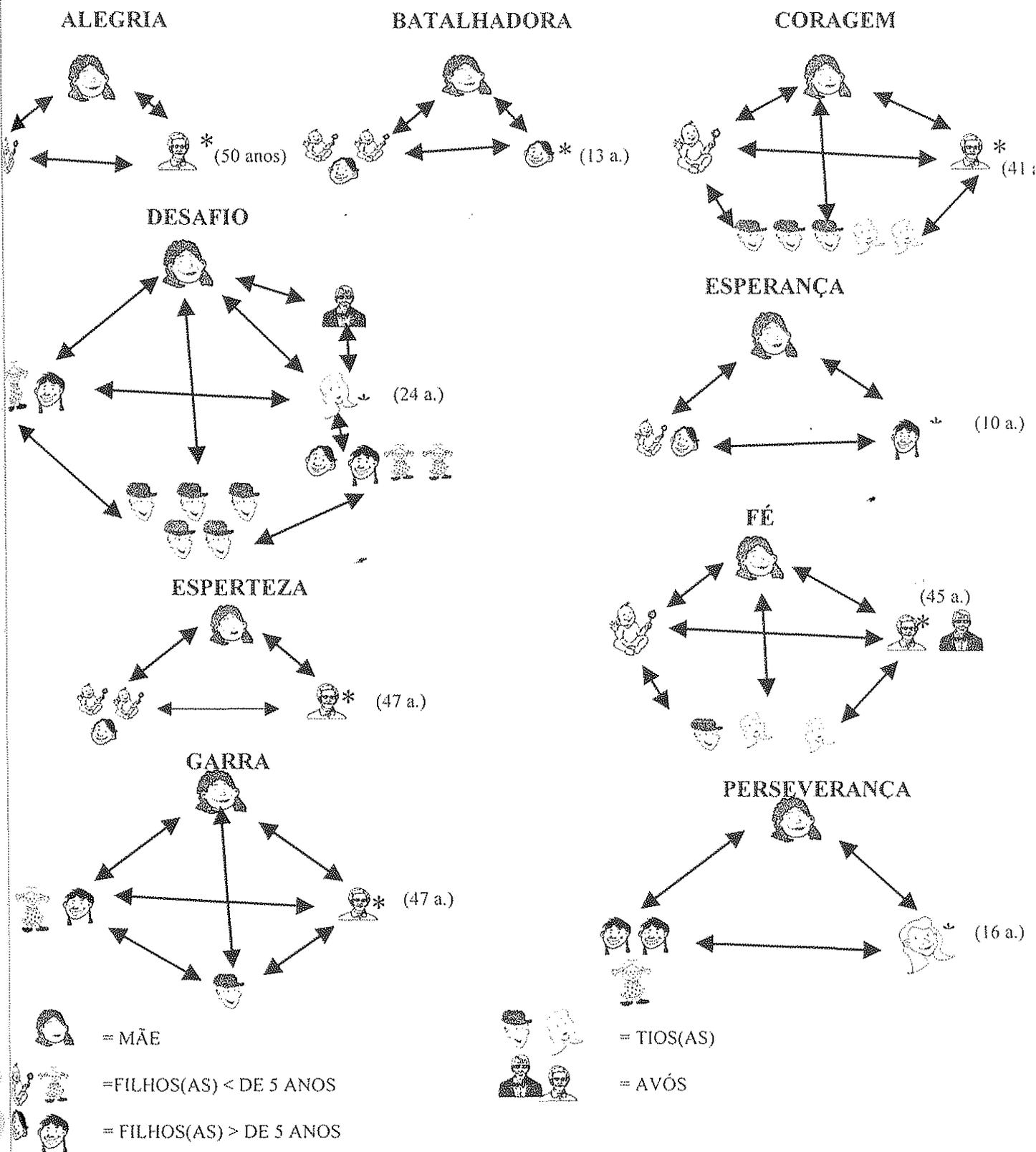
identificação precoce de sinais e sintomas de agravos à saúde, identificando situações de riscos e favorecendo a prevenção de acidentes comuns na infância, evitando complicações de possíveis exposições a agentes nocivos à saúde.

Crescer e desenvolver é o resultado do universo de aquisições individuais e coletivas geradas a partir da interdependência de fatores intrínsecos e extrínsecos. O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil permite a observação de variações e mudanças que ocorrem em cada indivíduo, sendo considerado o fio condutor da promoção à vigilância à saúde da criança, o qual tem sido usado em várias partes do mundo com muito sucesso por apresentar diversas vantagens, como uma metodologia universal, culturalmente aceitável, simples, econômica, não traumática e que propicia a fácil identificação de crianças de risco, permitindo além de uma intervenção precoce, a alocação de recursos para grupos prioritários (Ceará/Sesa, 1998).

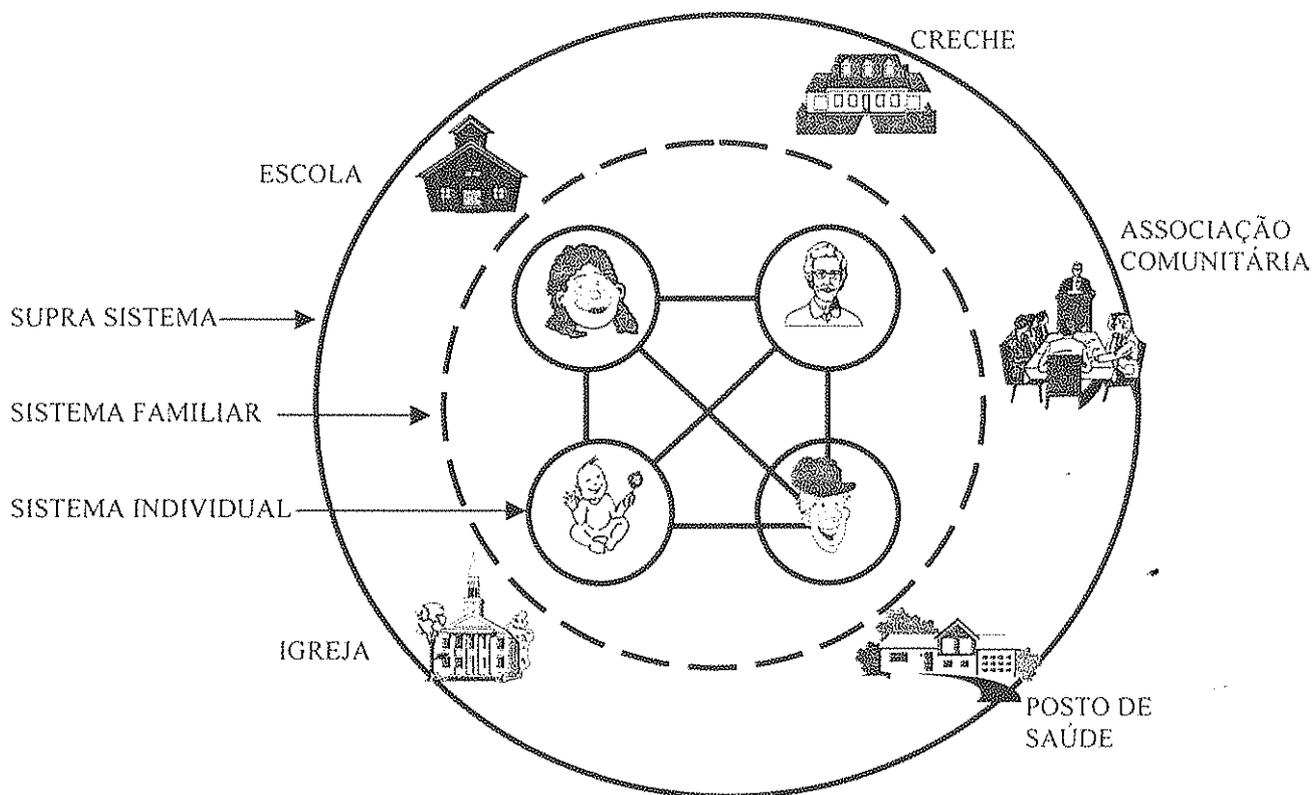
Esperteza, durante a realização da primeira entrevista, referiu a ocorrência de um óbito neonatal de um de seus filhos que tinha 4 dias de vida, devido à problema respiratório, não sabendo especificar que tipo de problema respiratório ocasionou o óbito.

A seguir, apresentar-se-ão ilustrações que permitirão uma melhor visualização das estruturas dessas famílias e suas relações com outros sistemas sociais.

**ILUSTRAÇÃO I-** Representação das estruturas familiares, conforme composição dos membros e principais relações estabelecidas entre seus componentes. Destaca-se a figura do(a) cuidador(a)\* com sua referida idade.



**ILUSTRAÇÃO II** - Representação das relações estabelecidas entre a família e outras estruturas sociais do macrosistema.



\* Adaptação do modelo proposto por Wrigth & Leahey *apud* Chin (1994).

Na área de atuação da equipe do PSF o desconhecimento da família dos serviços existentes, o que ofertam e como, ilustra a necessidade de uma maior vigilância na cobertura das ações estabelecidas pelo programa e/ou uma avaliação da sua eficácia. Conhecer como as famílias estabelecem sua dinâmica interna na luta pela sobrevivência poderá sinalizar estratégias para o combate às causas e não, apenas o cuidado imediato dos efeitos. Somente através dessa meta será possível caminhar na direção de uma promoção de saúde sustentável. Em termos de relação da família com os elementos do macrossistema, no caso a unidade de saúde, entende-se que esse vínculo precisa ser melhorado.

Tendo concluído a descrição dessas informações importantes para o conhecimento e compreensão da estrutura e da dinâmica dessas famílias, prosseguir-se-á dando continuidade à análise das falas das entrevistadas, que revelam toda a complexidade desse sistema.

#### **4.2 Análise das categorias**

As categorias que emergiram, a partir dos conceitos da Teoria eleita para o estudo, foram as seguintes:

- **Cuidado/Interação**
- **Suporte de apoio**
- **Dinâmica do comportamento (visão simplista → compreensão de toda complexidade)**
- **Fatores sócio-econômicos e culturais que influenciam a dinâmica familiar**

- Mudança de comportamento e de situações → reflexo em cada componente do sistema
- Equilíbrio

#### 4.2.1 Cuidado/Interação

Observa-se nas falas apresentadas a seguir que a dinâmica do cuidado se apresenta de forma bem diferenciada nessas famílias. Esse cuidado varia conforme a figura do(a) cuidador(a), a qualidade da atenção dispensada às crianças, bem como de acordo com cada estrutura familiar.

*Minha mãe cuida muito bem eu percebo que ela cuida muito bem é porque ela trata as crianças muito bem, ela zela muito por elas, né? Não deixa faltar comida pra elas, alimentação no horário, dá o banhozinho dela, a comidazinha certa nas horas certas. Até comigo mesmo... Nas mãos dela ainda é melhor (o cuidado) do que comigo (Alegria, Coragem Esperteza, Garra, Fé e Perseverança).*

*Não é quase do mesmo jeito (referindo-se ao cuidado efetuado pelo(a) irmão(ã)), mas cuida um pouquinho, cuida direitinho (Coragem e Garra).*

*Ela (minha irmã) fica com elas, ela faz o almoço, num deixa elas saírem pro meio da rua"... ela banha, arruma (Perseverança e Desafio).*

Percebe-se nas falas citadas anteriormente que os cuidados, segundo as entrevistadas, representam uma adequada satisfação das necessidades básicas das referidas crianças descritas através da ênfase dada aos aspectos relativos à alimentação, higiene, zelo. Nessas famílias, destacam-se como cuidadores principais as avós e tias e, eventualmente, essas são substituídas por outro(a) cuidador(a), no caso os(as) irmãos(ãs) mais velhos(as) das crianças ou outros(as) tios(as), que prestam o cuidado, porém de forma não muito satisfatória e, às vezes precário, conforme será revelado nas próximas falas. Esse(a) cuidador(a) substituto(a) representa, na maioria das vezes, mais uma companhia do que propriamente um(a) cuidador(a).

A família compõe-se de sistemas menores (subsistemas) que mantêm relação entre si, como se percebe nas relações estabelecidas entre mãe e filho(a), mãe-cuidador(a), criança-cuidador(a), tio(a)-sobrinho(a) e irmãos(ãs). Portanto, o apoio oferecido nessas relações é essencial para a manutenção da estabilidade da família no seu cotidiano.

O papel que a família desempenha, no sentido de ajudar a mãe a cuidar de seu(sua) filho(a) e dividir a carga de trabalho por ela desenvolvida, poderá ser fundamental para garantir uma atenção adequada às crianças. Estudos realizados na Guatemala demonstram que os filhos de mães que trabalhavam fora e não tinham um bom sistema para garantir o cuidado deles na sua ausência, estavam mais desnutridos do que os filhos(as) de mãe trabalhadora que dispunham de bons sistemas dessa natureza (Engle, Lhotská & Armstrong *apud* Engle, 1997)

É importante considerar que, em algumas culturas, o papel da avó, enquanto cuidadora, pode ser mais positivo em determinadas famílias do que em outras. Observa-se durante a realização das visitas domiciliares que nas famílias de Coragem, Esperteza e Desafio, as avós, nas duas primeiras, e a tia na última, se vêem atribuídas de inúmeros afazeres que repercurtem,

provavelmente, na qualidade da atenção ofertada a essas famílias. O número de pessoas sob sua responsabilidade na última é bem maior, tendo que dispensar ainda atenção aos outros membros da família. Nessas famílias, percebe-se que as questões relativas ao cuidado do lar, higiene corporal e dos alimentos apresentam-se de forma bastante precária. Verifica-se no caso da família de Garra, que a avó, além de cuidar das crianças e dos seus afazeres domésticos, ainda costura para complementar a renda familiar.

Os próximos depoimentos revelam as dificuldades enfrentadas pelas famílias de Esperança e Batalhadora diante das condições referentes às práticas de cuidado. O cuidado é precário, não consegue satisfazer adequadamente às necessidades das crianças. Essas estão submetidas a situações de negligência e imperícia dos cuidadores e, no caso da família de Esperança, até a maus tratos, segundo a própria mãe revela durante o processo de entrevista. Tal situação, de certa forma, poderá ser compreendida, no momento em que se identifica que os(as) responsáveis pelo cuidado são também crianças que se vêem obrigadas, diante das condições de sobrevivência, a assumirem tal responsabilidade, o que representa uma carga, um fardo a ser suportado, reduzindo a infância a uma passagem rápida e brusca à vida adulta.

Segundo Dias (1991) são várias as crianças da classe trabalhadora que não podem usufruir de uma infância sem tantos encargos.

Nessas condições, a relação estabelecida nesse microssistema (irmão(ã)- irmão(ã)cuidador(a) trará prejuízos para ambas as partes e afetará toda a dinâmica familiar. Os depoimentos abaixo flagram algumas dessas realidades:

*Não faz comida... se eu deixar assim, uma comida assim, por exemplo, pra ela dá, ela come escondido. Se ele não comer, ela come. O cuidado tá pior (Esperança).*

*Agora ela dá palmada nele, grita com ele pra ele parar, porque ele é danado, ele já sobe nas coisas, agora é pior* (Esperança).

*Eles não dão a comida dele na hora certa, num tem o cuidado que eu tenho de dá na hora certa* (Batalhadora).

Durante uma das primeiras visitas realizadas à residência de Batalhadora, observou-se que a criança menor de 2 anos encontrava-se em parcial condição de abandono. O ambiente estava muito sujo, a criança havia feito suas necessidades fisiológicas e permanecia nas mesmas condições precárias de higiene. A criança encontrava-se sentado num batente em frente à porta e o cuidador(irmão) estava jogando bola, quando este percebeu a nossa chegada, voltou para casa e começou a varrê-la. Perguntou-se sobre o que a criança teria comido até aquele momento, às 10:30 h. da manhã, e ele respondeu que o menino não tinha aceitado o mingau, mas ele iria tentar mais uma vez, fazer com que a criança comesse aquela papa que se encontrava em cima da pia, cheia de moscas. A mãe, segundo eles, só chegaria no final da tarde, “quase noite”.

Em caso semelhante, durante visita realizada no domicílio de Esperteza, num dia em que a avó das crianças precisou sair para resolver problemas pessoais, encontrou-se a criança de 2 anos sozinha na rua. O menino encontrava-se despido, sentado no chão, “brincando” com terra. O irmão mais velho estava também na rua, e não se importava com essa condição, pois prestava atenção ao desenho animado que assistia pela janela da casa da vizinha.

O Estatuto da Criança e do Adolescente, no que se refere ao seu Livro I (parte geral) Título II- Direitos Fundamentais, capítulo I (do Direito à Vida e à Saúde) declara, em seu art. 7º, que a criança e o adolescente têm direito a

proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência. Quanto ao Título III- Da Prevenção em seu capítulo I (Disposições Gerais) prevê em seus art. de número 71º, ser dever de todos prevenir a ocorrência de ameaça ou violação dos direitos da criança e do adolescente e que os mesmos têm direito à informação, cultura, lazer, esportes, diversões, espetáculos, produtos e serviços que respeitem sua condição peculiar de pessoa em desenvolvimento.(Ceará/Sas, 1991)

A partir do que se observa no Estatuto, é nítida a percepção de que tais direitos não estão sendo reconhecidos e efetivados de forma integral para essas crianças. No que se refere às crianças cuidadoras por exemplo, estar fora da escola implicará em prejuízo não só para esse indivíduo e/ou sua família e sim, para toda a construção de uma sociedade mais digna e justa.

Os que representam o Estado, dos quais esta autora faz parte, agem de forma de forma negligente perante tal situação quando ao vivenciá-la não contribuem para que haja sua reversão. Isso se apresenta como um grande ciclo vicioso, pois a criança que hoje está recebendo cuidados de outras crianças, as quais estão sofrendo sérios prejuízos em seu desenvolvimento, futuramente estará executando esse mesmo papel, contribuindo assim para o atraso do desenvolvimento do ser humano e da sociedade como um todo.

Se por um lado é fácil reconhecer que a família constitui-se uma unidade que presta cuidado, por outro, torna-se difícil concordar que ela seja sempre eficiente no desempenho desse papel. Ressalte-se que existem famílias que cuidam melhor dos seus membros que outras (Marcon & Elsen *apud* Elsen, 1999).

Diante da deficiência evidenciada no cuidado às crianças em algumas famílias, principalmente a de Esperança e Batalhadora em que os(as) cuidadores principais são também crianças, essas mães vislumbram a

possibilidade do cuidado de seus(suas) filhos(as) menores ser realizado por um serviço institucionalizado no caso, a creche.

As falas a seguir revelam o desejo que algumas mães têm de permanecer no lar para se dedicarem ao cuidado de seus(suas) filhos(as), porém revelam que, diante do contexto em que estão inseridas, não podem realizar tal “desejo”, de vez que as mesmas se apresentam como principal agente de sustento de suas famílias, cujo afastamento do trabalho para realizar o cuidado de sua família implicaria na falta de condições básicas de sobrevivência que, nesse caso, aparece de forma prioritária na realidade do cotidiano dessas mulheres.

*Aliás, eu queria viver pra sempre cuidando delas, se eu tivesse um marido que arcasse com tudo dentro de casa pra nunca faltar nada, pelo menos comida pra elas comerem. Eu acho que o meu sonho era viver dentro de casa cuidando delas, vendo o crescimento das minhas filhas... (Perseverança).*

*Eu acho muito ruim deixar, por que eu acho que a mãe cuida melhor do que as outras pessoas e, minha irmã já tem 4 pra cuidar (Desafio).*

Melhorar as condições de trabalho dessas mulheres poderia ser uma das alternativas utilizadas na tentativa de favorecer a garantia de uma maior disponibilidade do cuidado infantil. No caso de Desafio, que não tem carteira assinada e, portanto, não dispõe da garantia de seus direitos trabalhistas, como férias, licença maternidade, entre outros, irá depender da boa vontade dos patrões, o que faz com que se torne mais difícil seu acesso aos mesmos, conforme assegurados na Constituição.

No caso de Perseverança, que só retorna para casa nos finais de semana, o contato com a família durante a semana só se realiza por telefone devido, segundo a mesma, principalmente a longa distância do local de trabalho à sua residência e a necessidade de economizar o dinheiro ganho, não gastando-o com passagem de ônibus, a fim de garantir uma melhor renda para sustentar sua família.

Hoga, Muñoz e Muñoz *apud* Stasevskas (2000) procuraram em seus estudos uma compreensão do que se pensa sobre o “ser mãe” e demonstraram que o sentido atribuído a ele inclui a eternização de ações e sentimentos, responsabilidade na educação dos filhos(as), as dificuldades de conciliar tarefas domésticas com atividades profissionais e a preocupação relativa aos fatores que são vistos como nocivos a relação mãe-filho(a). Estes são sentidos devido à grande importância que as mães atribuem à família.

Portanto, é importante que os(as) enfermeiros(as) reconheçam que existem outras pessoas que cuidam, dentro da família (micro) ou fora dela (macro). Necessário se faz conhecer como cuidam, quais os recursos disponíveis para a dispensação desse cuidado, o que é necessário para a manutenção de um cuidado efetivo e eficaz que favoreça o crescimento e desenvolvimento, e que possa proporcionar, para ambas as partes envolvidas no processo de cuidar, satisfação. A assistência de enfermagem à família possui características próprias, pois ao cuidar da família o(a) enfermeiro(a) precisa estar atento ao universo de relações familiares e à interação global da família (Marcon & Elsen, 1999)

#### 4.2.2 Suporte de Apoio

As famílias desse estudo mantêm relações de ajuda praticadas pelos próprios membros, vizinhos(as), instituições de saúde e instituições de assistência à criança. O apoio oferecido por essas pessoas e/ou instituições integrantes da comunidade apresenta-se como essencial para que a família possa estruturar-se, tentando garantir o mínimo de condições necessárias para que essa mãe possa ausentar-se para o trabalho.

Dias (1991) refere que o mundo do trabalho condiciona toda organização interna da família operária, que se vê obrigada a reestruturar todo seu esquema de vida. Assim sendo, a garantia do suporte de apoio funciona como uma tentativa de garantir tranqüilidade para família e propulsionará a saída dessa para o mercado de trabalho, visto que do trabalho depende sua sobrevivência.

Os relatos abaixo expressam a importância do suporte de apoio:

*Dou graças a Deus que minha mãe fica com ele, sabe? (Alegria, Coragem, Garra e Fé).*

*Quando minha mãe precisa sair para resolver alguma coisa quem fica com as crianças é o meu irmão, que vai fazer 18 anos (Garra).*

*A minha menina mais velha vai fazer 12 anos, então dá pra elas ficar enquanto minha irmã chega do colégio (Perseverança).*

*Quando a mãe precisa sair o mais velho assume os irmãos (Esperteza).*

Os depoimentos acima revelam que o suporte de apoio utilizado é oferecido pelos próprios membros da família, no caso pelas avós, tias, irmãos(ãs) mais velhos(as), confirmando a importância das relações dentro do sistema familiar.

Silva & Franco *apud* Both (1996) considera a família e sua rede familiar de apoio essencial para o desenvolvimento dos trabalhos caseiros e no cuidado das crianças, referindo que a mãe se utiliza da ajuda da filha e quando esta tem seus(suas) filhos(as), sua mãe e outras parentes mulheres a ajudam. A rede se completa quando ela se torna avó e passa a ajudar seus(suas) filhos(as).

Dias (1991) refere que a classe trabalhadora, antes mesmo de constituir família, já percebe ser muito difícil a vida quando não se conta com o apoio da família.

Através das falas antes apresentadas, percebe-se que as relações familiares no nível pessoal são fundamentais e funcionam como força de organização e suporte para o enfrentamento das dificuldades da vida (Silva & Franco, 1996).

Evidencia-se, nos próximos depoimentos, a inexistência do apoio por parte do pai dessas crianças:

*Tá com 3 anos que a gente somos separado, ele nunca deu nada,(...) ele não serve de nada!* (Perseverança, Coragem, Batalhadora e Garra).

O pai não aparece enquanto suporte de apoio para essas famílias, não contribui “em nada” para a criação dos filhos. Verifica-se que essas famílias necessitam de outro tipo de apoio, como jurídico, para conseguir junto aos seus ex-companheiros o auxílio necessário para ajudar no custeio das despesas com seus(as) filhos(as).

No próximo depoimento, a mãe revela que não conta com o apoio de ninguém:

*A pessoa que fica com a criança, ele quer ter alguma coisa em troca, não quer ficar só por ficar... (Esperança).*

*Eu tenho um monte de irmã, eu tenho sete irmãs mulher, mas nenhuma fica com ele (Esperança).*

*A gente pede a um pede a outro aí a última solução que eu tenho é de comprar produto de fazer, produto de limpeza... (Esperança).*

*Na creche só aceita com 1 ano e 6 meses, mas tava aceitando ele, eu falei com a coordenadora, ela disse que aceitaria ele, mas se ele comesse com as mãozinhas dele. (Esperança)*

*Meu problema é esse: que não tenho quem fique com ele. Na creche não querem aceitar...(Esperança).*

A falta de apoio para essa família acarreta toda a dificuldade por ela enfrentada. A mãe somente tem condições de trabalhar quando tira a filha do colégio para ficar com a criança menor de 2 anos, porém essa filha maltrata o irmão e por conta disso, algumas vezes, Esperança se vê obrigada a levar a

criança quando vai trabalhar. Com isso, todos saem perdendo. A compreensão desse quadro coloca o(a) profissional enfermeiro(a) diante de uma grande responsabilidade no cumprimento de vários papéis, inclusive o de advogar em benefício da acessibilidade de serviços de creche, mais visitas da equipe de saúde e outras alternativas que possam assegurar o apoio à essa família favorecendo, assim, a reorganização dessa estrutura para que possa superar as dificuldades vividas no seu cotidiano.

O apoio comunitário no cuidado com as crianças trata-se de um recurso fundamental para as famílias. Esses recursos incluem cuidados informais de vizinhos, cuidados comunitários com ênfase na família, creches e outras instituições de apoio. No Senegal tem-se um bom exemplo de como isso acontece. Lá, como um problema muito comum na infância, a desnutrição, estava relacionada à impossibilidade das mães trabalhadoras alimentarem seus(suas) filhos(as) no meio do dia. Foi estabelecido, então, pela própria comunidade, um programa comunitário de alimentação pelo qual outras pessoas ficavam responsáveis pela alimentação do meio dia das crianças (Engle, Lhotská&e Armstrong *apud* Engle, 1997). Esse exemplo poderá iluminar outras estratégias que possam atender às necessidades dessas famílias.

No caso de Esperança e Batalhadora, visualiza-se a creche e a escola como unidades essenciais para apoio de suas famílias, pois todos os componentes dessa, com exceção de Esperança e Batalhadora, são crianças. No momento da realização das primeiras entrevistas, não existia a creche na área onde moram essas famílias. Todavia, no final de 2000, foi inaugurada uma creche nesse local, que atende várias crianças da comunidade, inclusive um dos filhos da Batalhadora, aquele citado anteriormente, que já completou 2 anos. O filho mais novo, com apenas 9 meses, está sendo levado com a mãe para o trabalho.

Batalhadora demonstra, mediante seu depoimento, que essa estrutura de apoio proporcionou uma melhoria na situação de toda sua família.

*O outro(que os irmãos cuidavam) eu deixo na creche. Agora melhorou mais pra mim... A creche tá sendo melhor pra mim e pra ele (Batalhadora).*

*Lá na creche, eu acho que elas cuidam bem... porque ele gosta... é o carinho que elas dão a ele, porque se elas não dessem carinho, ele num queria ir. Ele adora a creche! (Batalhadora).*

Quando esta autora esteve na residência de Batalhadora, já no momento da terceira entrevista, verificou que os filhos maiores estavam fazendo suas tarefas do colégio, coisa que no passado, segundo Batalhadora, só era possível à noite, porque durante o dia cuidavam do irmão e por conta disso reclamavam muito. Hoje, freqüentam o ABC, instituição- projeto da comunidade que desenvolve diversas atividades sócio-educativas com jovens, entre essas atividades destacam-se as aulas de reforço escolar. É nesse local que os filhos de Batalhadora recebem o apoio, através de orientações e ensinamentos, o que contribui para a resolução dos exercícios trazidos da escola, informa a própria. Apesar de não ter nenhum filho assistido pela creche, Esperança revela sua confiança em relação a esse suporte de apoio:

*Na creche eu iria ficar mais confiável, confiar porque eu sei que ele vai tomar um banho, né? Porque elas dão o banho, elas vão dá o comer, elas vão dá aquele comezinho na hora certa, ele vai dormir, eu sei que ele não vai ficar no meio da rua, nem ninguém ficar judiando com ele, eu sei que ele tá bem guardado (Esperança).*

A opinião que Esperança têm em relação aos cuidados ofertados pela creche é favorável, pois essa mãe considera que as práticas de cuidado efetuadas pelos(as) profissionais da creche representam atitudes de total zelo pela saúde da criança, em função do que demonstra forte expectativa de conseguir colocar o seu filho para ser cuidado por essa instituição. Outrossim, durante as entrevistas, referiu que no momento isso não seria possível devido à idade da criança (1a e 3m), além do fato de seu filho ainda não se alimentar com as próprias mãos. Essa, segundo Esperança, foi a resposta que obteve da coordenadora da creche.

A creche constitui-se um dos contextos de desenvolvimento da criança, haja vista que, além de prestar cuidados físicos, cria condições para o desenvolvimento cognitivo, simbólico, social e emocional. Por outro lado, a creche não pode ser pensada como instituição substituta da família e sim, como um espaço de socialização diferente do familiar. Nesse espaço prestam-se os cuidados para as criança que ali vivem, convivem, exploram, conhecem, construindo uma visão de mundo e de si mesmas, constituindo-se como sujeitos (Oliveira *et al.*, 1996).

Confirma-se esse conceito positivo dos cuidados executados na creche por intermédio da fala de Batalhadora que descreve o sentimento do filho em relação à sua própria situação na instituição e, pela primeira vez, o ingrediente “carinho” é citado como parte essencial do cuidado.

A atenção, afeição e envolvimento do(a) profissional de quem cuida da criança influencia seu crescimento e desenvolvimento. O fator de maior importância para o desenvolvimento saudável de uma criança é ter pelo menos um relacionamento forte (interação) com um adulto que valorize e esteja interessado no seu bem-estar (Engle, Lhotská & Armstrong, 1997). Essa promoção do bem-estar para essa criança fez com que o mesmo fosse

extensivo a toda família, afirmação essa que será confirmada no decorrer desse estudo.

Entretanto, para outras famílias, a situação se apresenta de forma bem diferente em relação ao apoio institucionalizado, ou seja, realizado pelas creches, projetos e centros de apoio. Verifica-se nas próximas falas que as famílias de Coragem e Garra não utilizam e não revelam interesse pelo apoio que poderia ser ofertado pela creche situada na sua comunidade, chegando até a sugerir a existência de riscos de violência nesse ambiente.

*Se botar ele na creche vão brigar, bater nele essas coisas e ele não fica né? (Coragem) (A creche que a mesma se refere não é aquela citada nas falas de Esperança e Batalhadora).*

*A mãe não tem muita confiança em deixar ela com as pessoas... (Garra).*

Cumprе ressaltar a importância da integração da família com as instituições básicas da comunidade. Para que a relação sistema (família) com os elementos do suprasistema (creche) seja satisfatória, essa deverá suprir as expectativas daquela, o que ocorrerá através da execução de práticas de cuidado adequadas à promoção da saúde e, conseqüentemente, do bem-estar da criança, conforme à perspectiva materna, incluindo não só a atenção e cumprimento das necessidades básicas (alimentação e higiene), mas que contribua para o crescimento e desenvolvimento infantil, suprimindo as carências afetivas dessas crianças.

As falas abaixo revelam que as famílias reconhecem ser essencial o apoio, em seus domicílios ou na comunidade, da instituição de saúde, por intermédio da presença de profissionais “olhando mais para essas famílias”:

*As visitas de vocês, das doutoras, é muito bom e eu achava melhor se aumentasse mais as visitas porque no dia que a minha mãe se operou eu nem tive condições de levar ela, com as visitas das doutoras que vem na casa... Porque quando as doutoras vem aqui falar com ela (minha mãe), passa remédio... (Coragem).*

*A gente aqui dentro precisa de mais... as crianças precisam... as mães também. É muito difícil ir assim nos postos porque fica assim um pouco distante, precisa mais deles aqui dentro pra dá atenção (Garra).*

*A Angélica (agente de desenvolvimento social) vem aqui pesar a menina, sei quando esta menina era pequenininha ela sempre vinha, pesava direitinho... achava legal o jeito dela, acompanhava direitinho (Perseverança).*

Entende-se que a presença da equipe de saúde na comunidade e/ou no domicílio dessas famílias favorece uma melhor e mais rápida resolução dos problemas por elas enfrentados, pois é nesse espaço que todas as condições inerentes ao processo saúde-doença se evidenciam. Além de todos os problemas inerentes a essas famílias no cuidado à saúde de seus membros, compreende-se que a unidade de saúde, à qual estão vinculadas, situa-se a aproximadamente três quilômetros do local dessas residências, e o acesso é dificultado pela necessidade de transpor as quatro faixas da Br-222, onde não existem passarelas para os pedestres e já ocorreram diversos atropelamentos de idosos, crianças e de outros integrantes da comunidade. Essas condições apresentadas funcionam como barreiras para a referida comunidade.

Outro personagem que aparece como fundamental nessa estrutura de apoio para algumas famílias é “a patroa”. As falas revelam que, em situações difíceis, no caso de doença, suprimento de necessidades básicas, resolução de problemas, a mesma se destaca pela compreensão e apoio:

*E a minha patroa me dá uma cesta básica todo final de semana, porque ela sabe que eu não tenho marido, ela entende... (Perseverança).*

*Minha patroa me entende quando eu tô com problema. Eu conto pra ela e aí sempre ela resolve assim minhas coisas. No dia que o menino adoece manda eu ficar em casa mesmo (Batalhadora, Perseverança, Esperteza).*

A patroa, a partir do momento que se apresenta como suporte de apoio para esta mãe, passa a ser reconhecida como uma “pessoa muito legal”, uma grande aliada dessa família, passando a ser considerada, por essas mulheres trabalhadoras, uma grande amiga dessa estrutura.

Silva & Franco (1996) afirmam que as redes de suportes sociais compostas por amigos, vizinhos e colegas de trabalho poderão tornar-se tão efetivas quanto algumas redes familiares. Esse suporte poderá oferecer, a essas famílias, apoio social e, por vezes, até financeiro.

Vale considerar que o suporte de apoio adequado variará conforme cada família e as situações por elas vivenciadas, pois, apesar de a família ser um grupo social caracterizado por residência comum e existir entre seus membros o chamado “espírito de colaboração” (Silva & Franco, 1996), esse apoio ocorre de várias maneiras, porquanto as famílias não são iguais e necessitam de um suporte adequado frente às condições que se apresentam, a

fim de favorecer a manutenção e/ou recuperação da tranquilidade necessária a essa estrutura.

As famílias desse estudo encontram no seu microsistema (membros da família) o seu maior acesso de suporte de apoio no enfrentamento das adversidades do cotidiano.

### 4.2.3 Dinâmica do Comportamento (Visão Simplista → Compreensão de Toda Complexidade)

As mudanças que ocorrem no seio familiar podem ser melhor compreendidas mediante a observação das ações dos membros de forma integrada. Ressalte-se que na família as atitudes não acontecem de forma isolada, essas são influenciadas e influenciam a vida de todos os outros componentes. As causas dos comportamentos dos membros poderão ser melhor compreendidas através de uma visão circular do que linear (Wright & Leahey, 1994 e Hall & Weaver *apud* Boyd, 1990), pois, através desse “olhar” será possível enxergar toda ou parte da teia de relações que se estabelecem nesse sistema em toda sua complexidade.

A próxima fala revela que a chegada de um novo integrante da família indica a necessidade de mudança em toda a organização familiar, porquanto todos os seus membros serão afetados por esse acontecimento que provocará alterações dos comportamentos, variando a influência de acordo com a relação que cada um deles estabelecerá com esse novo integrante. O nascimento de uma nova criança acarretará mudanças na família de Coragem, principalmente, da avó, principal cuidadora nessa família, cuja percepção, frente à chegada dessa criança, influenciará na tomada de decisão de Coragem que poderá ter de doar seu filho. Observe-se o depoimento:

*Tem muita gente que pergunta: - tem vontade de pegar a criança? Eu digo não, porque eu vou fazer a pessoa sofrer que tá criando ele e vou sofrer com ele que eu não tenho condições de criar (Coragem).*

*Minha mãe me disse: - o Bruno já dá trabalho de 10 meninos, porque esse menino é danado eu aposto que você dá graças a Deus que eu cuido dele, você só faz trabalhar pra sustentar... Aí você vai arranjar mais um? Ave Maria, você vai ter que dar este menino! E eu fui obrigada a dar se não estava com ele... (Coragem).*

Cumprido entender, a partir da análise de todo contexto em que está inserida a família que a prática de doação da criança não pode ser vista com preconceito ou apenas através de um ângulo, como por exemplo ser considerada falta de amor pelo filho. É preciso levar em consideração que a avó da criança, diante todas as dificuldades por ela enfrentada no seu dia-a-dia não se sente capaz de assumir o cuidado do novo neto. Este posicionamento é influenciado pela carência dos fatores sócio-econômicos e por toda carga de trabalho envolvida no processo de criação de uma criança.

As próximas falas demonstram que nenhum parente de Esperança oferece apoio à sua família, parecendo até não se importar com os problemas por ela vivenciados. Nada obstante, na mesma fala esse comportamento é explicado pela própria Esperança, quando descreve os papéis que cada um desses seus parentes tem a desempenhar:

*Eu tenho um monte de irmã, eu tenho sete irmãs mulher, mas nenhuma fica com ele, porque uma, essa aqui que mora vizinho, tem uma criancinha do tamanho dele de um ano. A outra também não fica, a outra vai vender, a minha mãe tem um negócio, um pontozinho lá, tem as coisas dela pra fazer (Esperança).*

Diante das circunstâncias Esperança se vê obrigada a tomar uma decisão que irá afetar a vida de toda sua família, principalmente a de sua filha, tendo que, eventualmente, tirá-la da escola. Esta retirada trará prejuízos para essa criança atrasando o seu desenvolvimento, portanto, Esperança justifica essa decisão pela necessidade de sobrevivência da família. Na realidade, a pequena renda de Esperança depende da venda externa de produtos de limpeza que fabrica em sua própria casa, somente contando com essa filha de 10 anos para cuidar do filho menor. Por conta disso, essa menina fica revoltada por não compreender e nem aceitar tal situação, passando a maltratar o próprio irmão.

*Eu tiro muito a minha menina da escola, sabe, ela gazeia muito a aula porque eu peço:-Eliane pelo amor de Deus hoje tu fica, porque hoje eu tenho que dá uma voltinha. Ela fica com raiva que eu tiro, não deixo ela ir para o colégio, ela fica com raiva porque ela diz que eu tô prejudicando ela (Esperança).*

A família de Batalhadora enfrentava situação semelhante, confirmada na próxima fala:

*Só faziam a tarefa de noite. Quando eu chegava, eles ficavam reclamando, agora não reclamam mais não.. (Batalhadora).*

A próxima fala revela que, em algumas situações, que afetam de forma negativa a família, como por exemplo a doença de um(a) filho(a), nem sempre a mãe consegue estar presente no lar oferecendo a atenção e cuidados necessários. Apesar de Perseverança reconhecer que toda criança necessita do apoio da mãe, isso nem sempre é possível, mesmo em circunstâncias

especiais, como a exemplificada. Essa atitude pode também ser justificada por sua extensa jornada de trabalho, distância entre o local de trabalho e sua casa, além de outras condições sócio-econômicas que se apresentam como entraves do seu cotidiano.

*Às vezes elas adoecem eu não posso tá vindo naquela hora que elas tão necessitando assim do apoio da mãe porque eu acho que toda criança né?... (Perseverança).*

Apesar de Perseverança continuar, durante toda a entrevista, referindo um bom conceito de sua patroa, nesse momento ela revela que, mesmo em caso de doença, prefere não faltar ao trabalho para não ter o seu salário descontado ou ter que compensar as faltas da semana em jornada extra de trabalho aos sábados.

*É que às vezes quando elas tão doente eu venho pra casa, venho, a minha patroa deixa eu vim como essa semana agora, a minha filha mais nova teve hospitalizada e a minha patroa me liberou pra ficar com ela no hospital até ela ficar boa... Ela liberou assim pra mim pagar os sábados aí, eu tenho que trabalhar aos sábados os dias que eu faltei, por exemplo, se eu faltar 3 dias eu tenho que trabalhar 3 sábados... Pra não descontar porque assim eu acho melhor... (Perseverança).*

No entanto, para outras famílias a saída da mãe do emprego para retornar ao lar, por essa achar ser necessário, ocorre sem nenhum obstáculo e/ou dificuldades, conforme se verifica no depoimento a seguir:

*Aqui, acolá quando eu preciso eu invento, digo umas coisas pra eu poder vim. Ela é otária, acredita, então eu venho e às vezes não volto (Esperteza).*

Estudo desenvolvido por Dias (1991), tentando compreender um pouco a complexa e difícil vida das mulheres da classe trabalhadora, revela que em alguns casos a “malandragem” torna-se necessária ou inerente às condições de exploração a que essas estão submetidas.

O destaque da próxima fala diz respeito ao contato ocasional entre Perseverança e seu ex-marido, segundo a qual, nem mesmo quando esse vem visitar as crianças consegue estabelecer uma boa relação com a família. Perseverança explica o fato desse não ser bem aceito pela família devido ao seu comportamento impróprio, pois somente aparece quando está embriagado, chegando a amedrontar as crianças que preferem sair para a casa da vizinha. Ademais, ressalta que o ex-marido ainda quer “mandar” nela, “enchendo o saco”, fazendo com que este vínculo com a família se estabeleça de forma muito negativa.

*Só chega aqui às vezes muito bebo... quando eu tô em casa eu também num dou permissão dele entrar aqui não, às vezes ele ainda vem encher meu saco em casa, querer mandar em mim, mandar na minha casa, uma pessoa que num dá nem um leite, num dá um pão pras crianças comer, ainda querer mandar... Eu já dei parte dele uma vez na delegacia aí, o delegado pediu pra ele é... pra ele não vir mais aqui. Vim bom pra dá alguma coisa pras meninas. Mas ele não faz isso, ele faz o contrário, ele vem bebo só pra assustar elas (Perseverança).*

O próximo depoimento demonstra a forma como, em outra família, o pai da criança está pretendendo retomar o contato com a filha, através da tentativa de estabelecimento de um vínculo, que, de acordo com a mãe, não ocorreu no passado em virtude de a criança, por ser ainda muito pequena, não reconhecê-lo. Refere que essa situação fazia com que o pai manifestasse atitudes de desprezo pela criança.

*Agora que ele está chegando mais, inclusive ele chegou pra mim e falou que agora ia dá mais atenção a ela, porque agora que ela tava conhecendo ele, agora ela chama ele papai e aquilo tava doendo dentro dele (Garra).*

Ressalte-se que não se pretende durante a análise dessa categoria definir em cima de cada significado o que cada fala representa, o exato fator que promove a alteração da dinâmica das relações existentes nas famílias. Faz-se necessário sim, compreender a família, enquanto sistema de grande complexidade e enfatizar que os comportamentos podem ser influenciados por diversos fatores. A partir dessa compreensão, poder-se-á entender que a mudança de comportamento, no enfoque da mãe, manifestada pelo pai em relação à filha, está fundamentada pela associação de fatores, sejam esses sociais, culturais, psicológicos, éticos ou religiosos, os quais contribuem de forma significativa para a mudança de comportamento dos indivíduos. A partir dessa mudança, “novos caminhos” poderão ser definidos nas relações inseridas nesse sistema.

Portanto, diante dos significados apresentados nessa categoria, verifica-se que as formas como as relações se estabelecem entre os membros de uma família não podem ser justificadas apenas de maneira unicausal e sim, pelos comportamentos que fundamentam tais relações influenciados por uma

série de fatores importantes à sobrevivência e harmonia da família. Portanto, embora as condições de vida e saúde de cada membro da família sejam diferentes, elas estão interligadas (Marcon & Elsen, 1999). Tendo o conceito de saúde compreendido neste contexto como sendo o equilíbrio multidimensional de todo corpo, determinado predominantemente pelo comportamento de cada ser humano e pela natureza do ecossistema onde nasce, vive e morre. Saúde essa, compreendida sob o ponto de vista da capacidade e dos meios que as pessoas dispõem para serem felizes e lutarem pela felicidade (Lima, 1994).

Considerando que tanto a situação de saúde-doença como a condição sócio-econômica de um membro familiar afetará a condição do outro, apresentar-se-á, a seguir, a próxima categoria que revelará através das falas a influência dos fatores éticos, sócio-econômicos e culturais na dinâmica familiar.

#### 4.2.4 Fatores sócio-econômicos e culturais que influenciam a dinâmica familiar

É inquestionável o peso dos fatores sócio-econômicos e culturais como determinantes das condições familiares. Toda estrutura familiar sofre influência desses fatores, porém, nas famílias objeto desse estudo esses fatores incidem com muito mais intensidade na determinação das suas condições de vida, determinando toda a organização familiar em seu cotidiano. A luta pela sobrevivência nessas famílias caracteriza sobretudo a forma com que essa estruturação ocorre. Importa afirmar, considerando que essas condições não são estanques, sofrem variações, que a família também se encontra em contínuo processo de reestruturação. As falas a seguir comprovam tal afirmação.

*Eu vou trabalhar mais eu acho muito ruim. Eu vou trabalhar por que é o jeito. Se não, não tem nada dentro de casa (Desafio, Esperteza e Perseverança).*

*Trabalho duro mesmo, final de semana, vou lavar roupa, vou ajeitar as coisas dela pra na segunda feira tá tudo ajeitadinho (Perseverança).*

*Eu achei melhor me separar, porque pra mim não adianta viver com um homem pra me tá sustentando, mais uma boca pra mim sustentar não dava, aí eu achei melhor ele ir embora e eu ficar sustentando as minhas três filhas sozinha” (Perseverança).*

*Se meus irmãos começassem a trabalhar ia melhorar tudo, ia sobrar mais dinheiro pra alimentação, pra tudo! Aí, eu podia arranjar uma pessoa pra me ajudar. (Desafio)*

*A Marina ficava com ele mas aí já tem que dá um trocado, às vezes a gente vai trabalhar, nas casas que a gente vai trabalhar o pessoal só que dá dez reais ou 20 por semana aí... Aí quando chega dentro de casa tem mais problemas. Chega dentro de casa já tem muito mais coisa pra comprar, mais coisa pra pagar e o dinheiro não dá pra pagar e geralmente a pessoa que fica com a criança quer ter alguma coisa em troca (Esperança).*

Na oportunidade em que foi possível estar na residência de Perseverança, em um domingo, essa cuidava da casa, realizando, simultaneamente, diversas atividades – varria o chão, limpava os móveis, já estava com a roupa ensaboada e preocupava-se em observar as panelas no fogão, pois já estava com o almoço quase preparado. Naquele dia, a sua irmã, responsável pela assistência à família durante a semana, havia saído com suas filhas mais velhas para a casa de sua mãe. Esperança olhou para mim e falou: “você tá vendo essa bagunça aqui mas, daqui pra mais tarde vai tá tudo arrumado”. Isso comprova a extensa jornada de trabalho que essas mulheres enfrentam diariamente e o senso de responsabilidade e compromisso dessas com os lares.

No Brasil, a crescente exploração da força de trabalho tem imposto ao(a) trabalhador(a) jornadas de trabalho progressivamente maiores e em ritmo cada vez mais intenso. Neste contexto, a mulher trabalhadora tem sido afastada da dinâmica familiar. O mundo do trabalho “parte”, “estrangula” as relações familiares, obrigando as mulheres trabalhadora a extensas jornadas,

fazendo com que essa mulher passe muito tempo afastada do próprio lar. Porém, quando do seu retorno, mostra-se preocupada em cumprir o seu papel de mãe e de “dona de casa”, passando a desempenhar diversas tarefas, estendendo ainda mais suas atividades, ocupando horários que poderiam ser preenchidos com o cuidado de sua própria saúde, dedicados ao descanso e/ou lazer. O mundo do trabalho condiciona toda organização interna da família operária, que se vê obrigada a reestruturar todo seu esquema de vida (Dias, 1991).

Portanto, a partir do conhecimento da influência dos fatores supracitados que perpassam toda estrutura dessas famílias, torna-se necessário reconhecer que o papel desempenhado por essas mães no seio de suas famílias está diretamente relacionado à situação de vida e sobrevivência. Isso reforça a convicção de que toda e qualquer forma de assistência a ser desenvolvida junto a essas famílias deverá considerar a importância dos aspectos éticos, culturais e principalmente as condições sócio-econômicas em que se encontram, haja vista que todos esses fatores se inter-relacionam de forma muito íntima, determinando a realidade destas famílias (Hoga, Muñoz & Muñoz, 2000).

#### 4.2.5 Mudança de Comportamento e de Situações → Reflexo em Cada Componente do Sistema

Os próximos depoimentos estão muito ligados a questões relativas ao processo saúde-doença nessas famílias. As falas revelam que ocorrem alterações na rotina de vida dessas mães, principalmente quando estão diante de um episódio significativo ou de risco para a vida de seus(suas) filho(as), a exemplo de quando esses estão doentes. A sensação de obrigação de cuidar diretamente de seus(suas) filhos(as) é muito incisiva, o que determina a conduta da mãe de faltar ou retornar do trabalho com o propósito de dedicar-se a eles (elas). Essas mães sabem que o papel de vigilância que desempenham é fundamental para a sobrevivência de seus (suas) filhos(as) (Hoga, Muñoz e Muñoz, 2000). As evidências das falas indicam que nessas situações geralmente delegam o cuidado da criança a outros(as).

*Quando ele adoecer aí eu digo logo:- não posso vir hoje, não porque eu vou levar ele no médico! (Coragem).*

*Quando elas tão doente eu venho pra casa (Perseverança, Garra e Esperteza).*

*Quando eu começo a trabalhar ela num instante adoecer e aí eu saio do trabalho, volto pro trabalho e começa tudo do mesmo jeito...(Desafio).*

Dias (1991) refere ser notável a prontidão da mulher para os problemas de saúde da família, logo tomando as providências que estão ao seu alcance.

Hoga, Muñoz & Muñoz (2000), em estudo realizado com famílias, cuja mães são solteiras, referem que essas tomam para si o desafio do pleno êxito na trajetória de seus(suas) filhos(as), considerando esse como o produto do bom desempenho do seu papel materno, e que as cobranças referentes a esse desempenho se exacerbam pelo fato de serem solteiras, sendo dessa forma, muito mais questionadas pela sociedade quanto à sua conduta perante à família.

Todas essas cobranças ativam o senso de responsabilidade dessas mães que promovem a manutenção ou restabelecimento do equilíbrio do sistema familiar. Situações referentes a equilíbrio/harmonia dessas famílias serão analisados na próxima categoria.

#### 4.2.6 Equilíbrio

Eventos significantes poderão afetar todos os membros em graus variados conforme ilustrado na analogia do móbile, porém a família é capaz de alcançar um equilíbrio entre períodos de mudança e estabilidade (Wright & Leahey (1994) e Hall & Weaver apud Boyd (1990).

Os próximos depoimentos confirmam a legitimidade desses conceitos:

*Essa semana ele caiu e quando eu cheguei eu só via aquela mancha assim na testinha dele, aí eu perguntei: - o que foi isso mãe? Ele caiu dali, mas ... Saiu sangue não? -Saiu não. A mãe levou ele no hospital nem pra bater um Raio X, ver se têm alguma coisa? porque tá até roxo aqui nele e, tá ainda... Não, ela disse: - num foi preciso não, eu botei gelo. Ai eu fiquei com ele direto e ai ele parou de chorar. Acho que não aconteceu nada demais. (Coragem).*

*Eu tô satisfeita esse aí ( o de 2 anos), já morou com a mãe lá no interior ele era desnutrido e a mãe levou ele pro interior quando voltou eu queria que a senhora visse como tava gordo, nem parecia aquele... (Esperteza).*

Percebe-se pelos discursos que as intervenções realizadas pelos(as) cuidadores(as), através do controle e/ou eliminação dos eventos ameaçadores da integridade física dessas crianças e da estabilidade do agrupamento familiar, conseguiram recuperar a harmonia e o equilíbrio necessário para esse sistema.

A próxima fala demonstra o desequilíbrio emocional da mãe com reflexo na sua condição física, marcado pela doação de um filho caracterizando essa doação por um brusco rompimento do vínculo mãe e filho, evento muito significativo para toda sua família. Percebi durante uma visita na casa de Coragem que a mesma sente-se ainda, no mínimo, muito constrangida por ter tomado a decisão de doar seu filho, demonstrando sofrimento quando deixa extravasar sua emoção através do choro e lamentações diante da sua impossibilidade de ficar com a criança. Neste momento, Coragem deixou transparecer sentimentos de impotência e indecisão, mas acima de tudo, de coragem. Este fato representou um forte impacto nos pontos de equilíbrio dessa família, principalmente para a mãe da criança. As falas a seguir demonstram que o equilíbrio foi substancialmente quebrado a partir do rompimento desse vínculo mãe-filho, causando um grande sofrimento para essa mulher.

*Eu tive mais um filho aí eu dei, mas foi um sacrifício pra mim dar, foi obrigado... Me senti muito triste com certeza porque é... Ave Maria, passar nove meses, ter aquela dor e dar para uma pessoa sorrindo...(Coragem).*

*Aí você dá, eu dei. Passei, o quê, 15 dias chorando direto, fiquei só o palito, preocupada, mas ele já vai completar um ano já, nunca mais eu vi (Coragem).*

A partir da leitura das falas antes descritas, urge que os(as) profissionais de saúde fiquem atentos às situações enfrentadas pelos membros das famílias, ante às dificuldades presentes no seu cotidiano, muitas vezes não percebidas apenas com um contato inicial. Porém, a partir do momento

em que um membro da família percebe no(a) profissional a possibilidade de desabafar, ouvir tornar-se á muito mais necessário do que falar.

A atenção destinada a famílias nessas condições oportunizará a essas mulheres expor seus conflitos e angústias que podem variar do sentimento de impotência à histórias de lutas e vitórias.

As mães da classes populares sofrem conflitos e contradições, entretanto, a questão da sobrevivência impõe-se como seu problema crucial. Dessa forma, é imprescindível que o(a) enfermeiro(a) reconheça tais conflitos, o que requer sensibilidade e desarmamento valorativo, além do cuidado com atitudes profissionais etnocêntricas. Por trás de um quadro de descaso e abandono no cuidado, pode estar escondida uma luta pela manutenção das condições materiais de vida (Santos, 1996).

O(a) profissional precisa, em determinadas circunstâncias, abster-se da tendência de priorizar o “fazer por”, visto que, muitas vezes, a necessidade está mais para ouvir e estabelecer relacionamento terapêutico com a pessoa/família. Devem ser legitimados aspectos do cuidar que, frequentemente, permanecem invisíveis, mas trazem grandes benefícios à pessoa, principalmente quando o restabelecimento do equilíbrio e harmonia no sistema familiar se mostra tão necessário (Hoga, Muñoz & Muñoz, 2000).

## 5 CONCLUSÃO

Concluimos esta pesquisa considerando que apesar de ter-se trabalhado apenas com um tipo de agrupamento, no caso, o familiar, em que sua estrutura apresenta aspectos de organização semelhante vale ressaltar que, as famílias desse estudo se caracterizam principalmente por sua desigualdade. A luta pela sobrevivência nestas famílias caracteriza sobretudo a forma como ocorre essa estruturação. As condutas relacionadas aos cuidados executados nessas famílias variam conforme a figura do(a) cuidador(a), qualidade do cuidado, tamanho da família, suporte de apoio disponível, condições econômicas, interação estabelecida entre seus membros e/ou sistemas sociais, entre outros.

As famílias por sua própria natureza e desigualdades apresentam-se de forma complexa, distinta e extremamente dinâmica. Os processos desenvolvidos nesse agrupamento, entre seus membros e desses com a comunidade, contribuem para facilitar ou perturbar a saúde (Althoff, 2000). Portanto, é importante reconhecer que não existem fórmulas prontas para trabalhar com a família, pois nesse espaço de desafios, ocorrem situações diversas e muitas vezes até imprevisíveis.

Reconhece-se que deficiências relacionadas às práticas de cuidado estão presentes em algumas dessas famílias, sendo essas determinadas pela complexidade dos fatores inerentes a cada grupo familiar, determinando assim, o seu cotidiano. Outrossim, existem pontos positivos a serem destacados, visto que, diferente do que se pensava, em momento anterior à realização desta pesquisa, não estão essas “tão abandonadas”, pois identifica-se que existem formas de apoio importantes não passíveis de serem percebidas, a não ser que se penetre no interior familiar e se compartilhe um pouco sua realidade. É importante ressaltar que a maioria das famílias desse

estudo encontram em sua própria estrutura, através das relações estabelecidas entre seus componentes, o seu mais significativo suporte de apoio para enfrentamento das adversidades do seu cotidiano, valendo salientar que o “suporte adequado” variará conforme cada família e diversificadas situações por elas vivenciadas. Nesse estudo a figura do cuidador(a) é representado(a) em sua maioria pela avó da criança, seguido pela tia e irmão(ã). Apenas uma das famílias utiliza como fonte de cuidados os serviços ofertados pela creche.

Nesse contexto reconhece-se que a saída da mulher para o mercado de trabalho se apresenta de forma absolutamente necessária para manutenção das condições de sobrevivência de sua família garantindo dessa forma, uma melhor qualidade de vida para todos os seus integrantes.

Conviver e ser apoiada também pela “dona cuidadora” foi uma experiência bastante gratificante, porquanto essa, sempre preocupada em cuidar, apoiou esta pesquisadora nas oportunidades das entrevistas com as mães trabalhadoras.

Identificou-se ainda que a família evidencia grande responsabilidade e potencial a ser explorado para a promoção de sua própria saúde, embora a condição de saúde dos seus membros seja diferente, porém estão intimamente relacionadas, ressaltando que eventos significativos ocorridos na família poderão provocar um desequilíbrio que afetará cada membro em graus variados. O restabelecimento da condição de estabilidade dependerá da adaptação de cada integrante dessa estrutura em relação a essas mudanças. É nesse espaço que a intervenção do(a) profissional de saúde se revela fundamental. A Enfermagem, portanto, começa a apreender que assistir é muito mais que curar, ou seja, é cuidar, mesmo que não seja ela o objetivo. (Marcon & Elsen, *apud* Patrício, 1999).

Os ingredientes e receitas do cuidado estão disponíveis tanto na família como no profissional. É preciso, pois, mesclar as experiências, os

conhecimentos, elaborar novas estratégias adequadas para cada contexto familiar. Torna-se necessário fazer valer a expressão “juntos chegaremos lá”, no sentido de não se seguir sozinho nessa estrada, nem deixar a família no meio do caminho e sim, compartilhar.

Esse campo apresenta-se muito fértil para o desenvolvimento de ações de enfermagem que poderiam proporcionar uma melhoria nas condições sociais dessa família, proporcionando uma melhoria na qualidade de vida. Apresentam-se como propostas:

- ✓ Realizar oficinas com as mães e cuidadoras para discutir situações e propor soluções e encaminhamentos para os problemas detectados.
- ✓ Realizar treinamento com os cuidadores no sentido de favorecer a melhoria do desempenho do seu papel.
- ✓ Promover reuniões com essas famílias objetivando esclarecer direitos da mulher trabalhadora e direitos da criança e do adolescente, podendo convidar técnicos da própria universidade para auxiliar na realização dessa tarefa).
- ✓ Incentivar a organização da comunidade no sentido de formar grupos para reivindicação de instituições, como creches e Centros Integrados de Educação e Saúde e contatar com aquelas já existentes, no sentido de favorecer o acesso às famílias nessas condições.
- ✓ Elaborar um calendário de acompanhamento quinzenal dessas crianças pelo agente de desenvolvimento social da área e bimestral pela médica e enfermeira ou, quando se fizer necessário, de acordo com solicitação da família à equipe.
- ✓ Diante das dificuldades enfrentadas pela mãe e cuidador(a) para cuidar de sua própria saúde a equipe poderia reorganizar seu atendimento proporcionando oportunidades de realização de consulta a nível domiciliar

para estas pessoas, facilitando o seu acesso para atendimentos mais especializados, a exemplo do exame de prevenção de câncer ginecológico para as mulheres.

- ✓ Inclusão das crianças na consulta do crescimento e desenvolvimento com data previamente combinada com a família.
- ✓ Elaborar estratégia de campanha de vacinação a ser realizada trimestralmente em local mais próximo às residências (“ponto de apoio” da comunidade).

Cumpra considerar, portanto, que ao produzir um conhecimento através das pesquisas tenta-se descobrir novas formas de ver e compreender a família no mundo e de buscar um caminho que possibilite uma direção para o desenvolvimento de uma prática da enfermagem de forma mais humana (Althoff, 2000).

Durante o desenvolvimento desta pesquisa, algumas situações vivenciadas no cenário deste estudo, permitiram o emergir de indagações que se registram como sugestões para a realização de novas investigações junto às famílias:

- ✓ Como as mulheres chefes de família estão se cuidando?
- ✓ Qual a condição de vida e saúde do(a) cuidador(a) e como o(a) mesmo(a) consegue cuidar de si próprio(a) ?
- ✓ O que vivencia a criança que cuida e como se reconhece diante desse papel?
- ✓ O cuidado ofertado à criança pela avó é diferente daquele ofertado pela mãe? Essa consegue suprir a necessidade de cuidado à criança de acordo com a visão da mãe?

## 6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

\_\_\_\_\_. Caminhos da conquista da qualidade. **Rev. Bras. Saúde Família**, Brasília, v. 1, n. 3, p. 19, dez. 1999.

\_\_\_\_\_. **Manual de promoção do aleitamento materno**. 2. ed. Brasília, 1997. (Normas Técnicas).

\_\_\_\_\_. **Saúde da família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**. 2. ed. Brasília, 1998.

\_\_\_\_\_. **Saúde da família: um novo modelo de atenção**. Fortaleza, 1994. p.2-3.

ALTHOFF, C. R. Pesquisando a família: a experiência da enfermagem na UFSC. **Rev. Fam. Saúde e Desenvolvimento**, Curitiba, v.1, n.1/2, p. 49-56, jan./dez. 1999.

ANDRADE, F. M. **O Programa saúde da família no Ceará: uma análise de sua estrutura e funcionamento**. Fortaleza: Expressão Gráfica, 1998. 220 p.

ANGELO, M. Abrir-se para famílias: superando desafios. **Rev. Fam. Saúde e Desenvolvimento**, Curitiba, v.1, n.1/2, p.7-14, jan./dez. 1999.

ARAÚJO, A. O Ceará de ½ salário mínimo. **O Povo**, Fortaleza, 20 mar. 1999. Caderno de Economia, p.1 D.

BARROSO, M. G. T. Reflexões sobre a saúde da família: dimensões culturais e éticas. In: BARROSO, M. G. T.; PAGLIUCA, L. M. F.; ALVES, M. D. S. **Cultura e poder nas práticas de saúde: sociedade, grupo e família**. Fortaleza: PÓS-GRADUAÇÃO/ DENF/UFC, 1999. P. 111-116.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência e controle das doenças diarreicas**. Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde Coordenação Materno-Infantil, 1994.

CEARÁ. Secretaria da Ação Social (SAS). **Estatuto da criança e do adolescente**. Fortaleza: Centro Brasileiro para Infância e Adolescência, 1991.

CEARÁ. Secretaria de Planejamento e Coordenação. Fundação Instituto de Planejamento do Ceará (IPLANCE). **Ceará mulher**. Fortaleza, 1996. 47p.

CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA). Programa Viva Criança. **Acompanhando o crescimento e desenvolvimento: recuperação nutricional**. Fortaleza, 1998. (Manual de Normas).

CHAGAS, M. I. O. **Gestação e trabalho - alegria e sofrimento: um enfoque cultural**. 2000. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2000.

COREN-CE. **Legislação**. Fortaleza, 1999. 42p.

DENARDIM, M. L.; BECK, C. L. C.; GONZALES, R. M. B. **Cenários de cuidado: aplicações de teorias de enfermagem**. Santa Maria: Pallotti, 1999. 264 p.

DIAS, N. M. B. **Mulheres: sanitaristas de pés descalços**. São Paulo: Hucitec, 1991. 115 p.

DUNCAN, B. B. *et al.* **Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médica, 1996.

ENGLE, P.; LHOTSKÁ, L; ARMSTRONG, H. **A Iniciativa de cuidado com a mulher e a criança: apreciação, análise e ação para melhorar o cuidado nutricional da comunidade.** Tradução de Luís Vasconcelos. Brasília: UNICEF, 1997.

FONTANA, A.; FREY, H. J. Interviewing: the art of science. In: DENZIN N. K.; LINCOLN, Y. S. **Handbook of qualitative research.** London: Sage, 1994.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. Sistema de Atenção Básica (SIAB). **Relatório da situação de saúde e acompanhamento das famílias da área em estudo da unidade básica em saúde da família.** Fortaleza, 2001.

FREEMAN, R. **Enfermeria sanitária.** México: Nuna Editora Intramericana, 1971.

HAGUETTE, T. M. F **Metodologias qualitativas na sociologia.** Petrópolis: Vozes, 1995. 233 p.

HALL, J. E.; WEAVER, B. R. **Enfermeria en salud comunitária: um enfoque de sistemas.** 2. ed. Washington: OPAS, 1990. p. 184-186.

HOGA, L. A. K.; MUÑOZ, L. A. G.; MUÑOZ, E. M. O papel materno na família de baixa renda: um estudo transcultural. **Rev. Fam. Saúde e Desenvolvimento,** Curitiba, v.2,. n.1, p. 43-54, jan./jun. 2000.

IBGE. **Censo demográfico do Ceará.** Rio de Janeiro, 1994.

IBGE. Departamento de População e Indicadores Sociais. **Síntese de indicadores sociais 1998.** Rio de Janeiro, 1998. 250 p.

IBGE. Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio (PNDA). **Indicadores sobre crianças e adolescentes**: Brasil, 1991-1996. Brasília: UNICEF, 1997.

LIMA, M. J. Pensar em saúde é pensar em enfermagem. **Rev. Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p.112-119, mai. 1994.

LUZ, L. G. M. **O lugar da mulher - o lar e a maternidade**: instituições políticas. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

MARCON, S. S.; ELSEN, I. A enfermagem com um novo olhar... a necessidade de enxergar a família. **Rev. Fam. Saúde e Desenvolvimento**, Curitiba, v. 1, n. 1/2, p. 21-26, jan./dez. 1999.

MINAYO, M. C. S. et al. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 1996.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1994. 269 p.

NITSCHKE, R. G. **Mundo imaginal de ser família saudável: a descoberta dos laços de afeto como caminho numa viagem no cotidiano em tempos pós-moderno**. Pelotas: Ed. Universitária/UFPel: 1999. 199 p. (Série Teses Enfermagem, 21).

OLIVEIRA, Z. M. et al. **Creches: crianças, faz de conta e cia**. Petrópolis: Vozes, 1996.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. Tradução por Regina Machado Garcez. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

RODRIGUES, A. M. **Mulheres na força de trabalho na América Latina: análises qualitativas**. Petrópolis: Vozes, 1984.

SANTOS, B. R. L. **Relações familiares e identidade de gênero: uma contribuição para assistência de enfermagem à família em expansão.** *Rev. Gaúcha Enf.*, Porto Alegre, v.17, n.2,p.92-99,1996.

SCHMITZ, E. M. *et al.* **A enfermagem em pediatria e puericultura: o crescimento e o desenvolvimento infantil.** São Paulo: Atheneu, 1995.

SILVA, Y. F.; FRANCO, M. C. (Org.). **Saúde e doença: uma abordagem cultural na enfermagem.** Florianópolis: Papa-livro, 1996.

TAMAKI, E. M. **Qualidade de vida: individual ou coletiva.** *Rev. Ciência Saúde Coletiva*, v. 5, n. 1, p. 19-31, 2000.

TELECEARÁ. **Guia de Fortaleza 1998. Lista Telefônica 851,** Fortaleza, n. 4, p.8, set. 1997.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa em enfermagem: uma modalidade convergente-assistencial.** Florianópolis: Ed. UFSC, 1999. (Série Enfermagem-Repensul)

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas, 1995. 176 p.

WALDOW, V. R. **Cuidado humano: o resgate necessário.** Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1999.

WRIGTH, L. M.; LEAHEY, M. **Nurses and families: a guide to assessment and intervention.** 2. ed. Philadelphia: [s.n.], 1994. 233 p.

## ANEXOS

### ENTREVISTA 1

NOME DA MÃE: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_

PRINCIPAL OCUPAÇÃO (EXTRADOMICILIAR): \_\_\_\_\_

OCUPAÇÕES COMPLEMENTARES (EXTRADOMICILIAR): \_\_\_\_\_

TEMPO DIÁRIO QUE PERMANECE AUSENTE DO LAR DEVIDO ESTAS

ATIVIDADES:  Menos que um turno.

um turno(4 horas).

dois turnos.

Mais que dois turnos.

RENDA MENSAL:  Menos de meio salário mínimo.

De meio a 1 salário mínimo.

De 1 a 2 salários mínimos.

Acima de 2 salários mínimos.

ESCOLARIDADE:  Nenhuma.

1º grau incompleto.

1º grau completo.

2º grau incompleto.

2º grau completo.

nível superior.

1. Com qual idade você teve o (a) primeiro (a) filho (a)?

2. Antes de ser mãe já exercia alguma atividade extra-lar para ajudar no sustento da família ou seu próprio sustento?

3. Quantas crianças residem neste domicílio e são filhos(as)? Quantas dessas crianças são menores de 2 anos?

4. Estes (as) seus (suas) filhos(as) menores de 2 anos são oriundos (as) de uma gravidez planejada?
5. Referente as crianças menores de 2 anos:
  - 5.1. Quantas estão mamando?
  - 5.2. Qual o tempo maior de duração desta fase de aleitamento materno?
  - 5.3. Já foi iniciada a oferta de mingaus, frutas, sopinhas e/ou outros alimentos? Com qual idade?
  - 5.4. O calendário vacinal destas está atualizado?
  - 5.5. Existe alguma desnutrida?
  - 5.6. Quais os principais problemas que atingiram essas crianças desde o nascimento?
  - 5.7. Qual a frequência de idas a unidade de saúde nos últimos 3 meses para tratar de problemas de saúde?
6. Houve algum óbito de criança menor de 2 anos neste domicílio? Qual a causa?
7. Quem é o principal responsável pelo cuidado dos(as) filhos (as) durante sua ausência?

## ENTREVISTA 2

- ✓ Você está satisfeita com a forma que sua família está sendo cuidada? E, o que você percebe como positivo e/ou negativo no tipo de cuidado que está sendo dispensado para sua família principalmente para sua criança mais nova?
- ✓ Diante do contexto que sua família está inserida você acha que nós profissionais do Programa de Saúde da Família poderíamos de alguma forma ajudá-la? Como?

## ENTREVISTA 3\*

- ✓ O que significa um bom/mal cuidado?
- ✓ Quando (a) cuidador(a) precisa sair quem o(a) substitui? Existe diferença nesse cuidado?
- ✓ Você já tentou outra alternativa de cuidado?
- ✓ O pai da criança oferece algum apoio à família?
- ✓ Quando acontece algum problema com sua família você é liberada do trabalho?

---

\* Questões que promoveram o esclarecimento das informações obtidas nas entrevistas anteriores. As mesmas foram elaboradas durante o momento da entrevista surgindo de forma espontânea conforme o contexto.