

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE**

GISELE CRISTINA MANFRINI

**O CUIDADO ÀS FAMÍLIAS RURAIS, COM BASE NA TEORIA DO
DESENVOLVIMENTO DA FAMÍLIA**

**FLORIANÓPOLIS
2005**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

GISELE CRISTINA MANFRINI

**O CUIDADO ÀS FAMÍLIAS RURAIS, COM BASE NA TEORIA DO
DESENVOLVIMENTO DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, com requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Dra. Astrid Eggert Boehs

**FLORIANÓPOLIS
2005**

Ficha catalográfica elaborada pela
Biblioteca Central da FURB

Manfrini, Gisele Cristina

M276c O cuidado às famílias rurais, com base na teoria do
desenvolvimento da família / Gisele Cristina Manfrini. - 2005.
238 f. : il.

Orientador: Astrid Eggert Boehs.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde.

Bibliografia: f..194-205.

1. Famílias rurais. 2. Enfermagem familiar. 3. Enfermagem
domiciliar. 4. Família – Saúde e higiene. I. Boehs, Astrid Eggert.
II. Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências
da Saúde. III. Título.

CDD 610.73

GISELE CRISTINA MANFRINI

**O CUIDADO ÀS FAMÍLIAS RURAIS, COM BASE NA TEORIA DO
DESENVOLVIMENTO DA FAMÍLIA**

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora
para a obtenção do Título de:

Mestre em Enfermagem

E aprovada na sua versão final em 25 de novembro de 2005, atendendo às normas
da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Dra. Maria Itayra Coelho de Souza Padilha
Coordenadora do Programa

BANCA EXAMINADORA:

Dra. Astrid Eggert Boehs
- Presidente –

Dra. Marisa Monticelli
- Membro –

Dra. Coleta Rinaldi Althoff
- Membro –

Dr. Antônio de Miranda Wosny
- Suplente -

Agradecimentos

Primeiramente e sempre a Deus pelas graças recebidas ao longo desta caminhada.

Aos meus pais e irmãos pelo apoio e respeito nos momentos de dificuldade e cansaço.

Ao meu amor Rodrigo pelo incentivo, paciência e carinho em todos os momentos.

À professora orientadora Astrid Eggert Boehs pela amizade e sabedoria que contribuíram para a construção deste saber.

Às professoras Marisa, Coleta, Evely, Edilza e ao Antônio pela disponibilidade em compartilhar o seu conhecimento na concretização deste desafio.

Às famílias da comunidade "Verde Vale" pela participação e partilha das experiências de vida e de cuidado.

À Universidade Federal de Santa Catarina e ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem pelas oportunidades de crescimento profissional.

Às amigas e colegas de enfermagem Andréa, Regina, Kéthlen, Cláudia, Juliana, Luciana Marconcini e Sônia Weege pela atenção às necessidades de diálogo e estímulo à continuidade do estudo.

Aos colegas do CAPS de Timbó: João, Jeferson, Carla, Deise, Carmem, Dicléia, Gema, Marlene e demais colegas de trabalho pela compreensão e descontração nos momentos de estresse.

Um agradecimento a todos os profissionais da Secretaria de Saúde da comunidade Verde Vale, em especial, Dariman, Sheila e Glória.

E a todos que direta ou indiretamente colaboraram para a realização de mais esta etapa importante de minha vida.

Eva Furnari ao contar as suas histórias, escolhe alguns fios e costura um bordado. “Você já viu avesso de bordado? Tem nó, tem linha pendurada, é uma confusão! Não dá nem para acreditar que aquele lado feioso faz parte do lado direito, todo bonito. Pois é, o avesso da gente é parecido com isso. Tem coisas que às vezes a gente não quer mostrar, só quer esconder. A beleza, porém, está em saber que todo direito da gente tem avesso, ou todo avesso tem seu direito, assim com o toda sombra tem sua luz”.

RESUMO

MANFRINI, Gisele Cristina. **O cuidado às famílias rurais, com base na Teoria do Desenvolvimento da Família**, 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 238 p.

Orientadora: Dra. Astrid Eggert Boehs

Esta é uma pesquisa qualitativa, do tipo convergente-assistencial que teve como objetivos conhecer o cuidado familiar em uma comunidade rural do Médio Vale do Itajaí/SC e desenvolver o processo de cuidar das famílias, utilizando-se como referencial a Teoria do Desenvolvimento da Família e o Modelo de Sistema de Saúde Familiar. O período de realização da pesquisa foi de outubro de 2004 a agosto de 2005. Participaram do estudo duas famílias rurais, com núcleos nas fases de aquisição, maduro e tardio do ciclo vital familiar. Foram realizados encontros com as famílias, através de consulta de enfermagem à criança no Posto de Saúde da comunidade e visitas domiciliares. Na coleta de dados, utilizou-se a entrevista semi-estruturada, focado nos cinco campos da vida familiar de acordo com o modelo adotado: interativo, desenvolvimento, enfrentamento, integridade familiar, saúde que se constituíram em pré-categorizações dos dados obtidos. Além disso, construiu-se o genograma e o ecomapa de cada família. O método de análise de conteúdo de Bardin permitiu a identificação das categorias no campo da interação familiar: por enquanto é o velho que decide; visita é o que não falta; papéis e tarefas na família; cada um faz a sua parte e cada um ajuda um pouco. No campo integridade familiar: as atividades na colônia seguem uma rotina; percebendo a vida no campo; a relação com a natureza. No campo do desenvolvimento familiar, identificaram-se como categorias: há diferença ter uma criança em casa; mudou! Deu uma reviravolta geral! No campo da saúde familiar: percebendo a saúde e a doença na família; cuida quem entende melhor do caso; a gente passa pra frente. A pesquisa possibilitou conhecer o cuidado familiar nas diversas situações do viver das famílias, percebendo-o nas relações e interações familiares, ao longo das fases do seu desenvolvimento e também como enfrentamento nas situações de doença e/ou hospitalização de algum de seus membros. Além disso, o cuidado familiar se faz presente no cotidiano de trabalho, nas decisões e nas condutas familiares, tendo como base as normas e os papéis definidos entre os membros. A busca por saúde e por melhor acesso aos serviços profissionais de saúde é percebida pelas famílias rurais como cuidados de proteção aos membros. No entanto, o acesso aos serviços profissionais no sistema público é limitado e, por isto é utilizado o sistema de saúde privado. A busca pelos serviços de menor ou maior complexidade de atendimento se dá dependendo da gravidade do problema e urgência de atenção.

Palavras-chave: família rural, cuidado familiar, desenvolvimento da família.

ABSTRACT

MANFRINI, Gisele Cristina. **The care to the agricultural families, based in the theory of family development.** 2005. Dissertacion (Master. in Nursing) – Post Graduation Course in Nursing, Universidade Federal de Santa Catarina (Federal University of Santa Catarina), Florianópolis. 238 f.

This is a qualitative research, with a kind of convergent-assistance that had as objective to know the familial care in a Agricultural Community from Medium Valley of Itajai/SC and to develop the process of families care, using as reference the Theory of Family Development and Health Family Model System. The period of accomplishment of the research was from October 2004 to August 2005. Two agricultural families had participated of the study, with nuclei in the phases of acquisition, mature and delayed of the familiar vital cycle. Meeting with the families had been carried through, through consultation of nursing to the child in the Rank of domiciliary Health of the community and visits. In the collection of data, it was used half-structuralized interview, focused on the five fields of the familiar life in accordance with the adopted model: interactive, development, confrontation, familiar integrity, health that was constituted in daily pre-categories of the gotten data. Moreover, one constructed to the genogram and ecomap of each family. The method of analysis of content of Bardin allowed the identification of the categories in the field of the familiar interaction: for the time being he is the old one who decides; visit is what it does not lack; papers and tasks in the family; each one makes its part and each one aid a little. In the familiar integrity field: the activities in the colony follow a routine; perceiving the life in the field; the relation with the nature. In the field of the familiar development, it had been identified as categories: to have a child in house makes the difference; it changed! A general overturn has occurred! In the field of the familiar health: perceiving the health and the illness in the family; it takes care who understands better of the case; people let it go ahead. The research gave us the possibility of known familial care in the diverse situations about families life, perceiving it in the relations and familiar interactions, to the long one of the phases of its development and also as confrontation in the situations of illness and/or hospitalization of some of its members. Moreover, the familial care has been at working days, decisions and familiar behaviors, having as base the norms and the papers defined between the members. The agricultural families as well taken care of protection to the members perceive the search for health and better access to the professional services of health. However, the access to the professional services in the public system is limited and, in this way, it is used the private system of health. The search for the minor services or greater attendance complexity occurs depending on the gravity of the problem and urgency of attention.

Key words: agricultural family, familial well-taken care, familial development.

RESUMEN

MANFRINI, Gisele Cristina. **El cuidado de las familias rurales, com base em la Teoria del Desarrollo de la Família**, 2005. Disertación (Maestría en Enfermería) – Curso de Posgrado en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 238 f.

Esta es una investigación cualitativa, del tipo convergente-asistencial que tuvo como objetivos conocer el cuidado familiar em una comunidad rural del Médio Valle de Itajaí/SC y desarrollar el proceso de cuidar de las familias, utilizandose como referencia la Teoria del Desarrollo de la Familia y el Modelo de Sistema de Salud Familiar. El periodo de realización de la investigación fue de octubre de 2004 a agosto de 2005. Participaron del estudio dos familias rurales, con núcleos en las fases de adquisición, madurez e tardanza del ciclo vital familiar. Fueron realizados encuentros con las familias, através de consulta de enfermería a la niñez en el Puesto de Salud de la comunidad y visitas domiciliarias. En la recolecta de datos, se utilizó la entrevista semi-estructurada, enfocando en los cinco campos de la vida familiar de acuerdo con el modelo adoptado: interactivo, desarrollo, enfrentamiento, integridad familiar y salud; que se constituyeron en pre-categorizaciones de los datos obtenidos. Además de esto, se construyó el genograma y el ecomapa de la familia. El método de análisis del contenido de Bardin permitió la identificación de las categorías en el campo de la interacción familiar: por el momento es el viejo que decide; visita es lo que no falta; papeles y tareas en la familia: las actividades en la colonia siguen una rutina, percibiendo la vida en el campo; la relación con la naturaleza. En el campo del desarrollo familiar, se identificaron como categorías: hace diferencia tener un niño en casa; mudó! Dió una transformación general! En el campo de la salud familiar: percibiendo la salud y la enfermedad en la familia; cuida quien entiende mejor el caso; la gente va para adelante. La investigación posibilitó conocer el cuidado familiar en las diversas situaciones del diario vivir de las familias, percibiendolo en las relaciones y en las conductas familiares, teniendo como base las normas y los papeles definidos entre los miembros. La búsqueda por salud y por tener un mejor acceso a los servicios profesionales de salud es percibida por las familias rurales como cuidados de protección a los miembros. Sin embargo, el acceso a los servicios profesionales en el sistema público es limitado y, por esto es utilizado el sistema de salud privado. La búsqueda por los servicios de menor y mayor complejidad de atendimento se dá dependiendo de la gravedad del problema y urgencia de atención.

Palabras claves: rural, cuidado familiar, desarrollo de la familia.

LISTA DE QUADROS

| | |
|---|-----|
| Quadro 1: classificação do ciclo de vida familiar de Duvall | 47 |
| Quadro 2: classificação do ciclo vital segundo Cerveny e Berthoud (1997) | 49 |
| Quadro 3: roteiro de perguntas para o primeiro e o segundo momentos da fase de coleta de dados, utilizados nas entrevistas com as famílias rurais | 70 |
| Quadro 4: resumo dos dados de identificação e característicos das famílias rurais participantes do estudo | 93 |
| Quadro 5: síntese dos resultados da pesquisa | 125 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|-----|
| Tabela 1: diagnósticos das forças da família Rosa no primeiro encontro | 103 |
| Tabela 2: diagnósticos das áreas de preocupação da família Rosa no primeiro encontro | 104 |
| Tabela 3: diagnósticos das forças e áreas de preocupação da família Rosa no segundo encontro | 108 |
| Tabela 4: diagnósticos das forças e áreas de preocupação da família Rosa no terceiro encontro | 110 |
| Tabela 5: diagnósticos das forças e áreas de preocupação da família Rosa no quarto encontro | 113 |
| Tabela 6: resultados esperados para o cuidado, intervenções de cuidado planejadas e avaliação | 115 |

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura 1: fases do desenvolvimento da família e o sistema de saúde familiar | 53 |
| Figura 2: fases do desenvolvimento da prática assistencial com as famílias rurais ... | 76 |
| Figura 3: genograma e ecomapa da família Girassol | 88 |
| Figura 4: genograma e ecomapa da família Rosa | 91 |

LISTA DE ANEXOS

| | |
|---|-----|
| Anexo A: modelo de registro de diário de campo | 207 |
| Anexo B: categorização inicial para análise dos dados da pesquisa | 218 |
| Anexo C: parecer de aprovação do comitê de ética | 233 |

LISTA DE APÊNDICES

| | |
|--|-----|
| Apêndice A: instrumento para levantamento de dados das famílias rurais | 235 |
| Apêndice B: instrumento para o desenvolvimento do processo de cuidar das famílias rurais | 236 |
| Apêndice C: termo de consentimento livre e esclarecido | 237 |
| Apêndice D: consentimento para gravação e fotografias | 238 |

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| CAPÍTULO 1 | 15 |
| OS MOTIVOS QUE LEVARAM À PESQUISA | |
| 1.1 Problema e justificativa | 15 |
| 1.2 Objetivos | 22 |
| CAPÍTULO 2 | 23 |
| A ENFERMAGEM E OS MODOS DE CUIDAR DE FAMÍLIAS | |
| 2.1 Os estudos sobre o cuidado de enfermagem à família | 23 |
| 2.2 Resgatando estudos sobre família rural | 31 |
| 2.3 Os estudos de enfermagem à família no contexto rural | 39 |
| CAPÍTULO 3 | 45 |
| A TEORIA DO DESENVOLVIMENTO DA FAMÍLIA | |
| 3.1 Fontes teóricas da Teoria do Desenvolvimento da Família | 45 |
| 3.2 Pressupostos gerais e marco conceitual da Teoria para a pesquisa com famílias rurais | 54 |
| CAPÍTULO 4 | 65 |
| TOMANDO O CAMINHO RUMO À PESQUISA | |
| 4.1 A coleta dos dados: momento de encontrar e de reencontrar as famílias . | 66 |
| 4.2 Instrumentais metodológicos e registro dos dados | 68 |
| 4.3 O momento de cuidar das famílias | 72 |
| 4.4 O contexto local da pesquisa | 76 |
| 4.5 Os sujeitos da pesquisa | 83 |
| 4.5.1 Apresentando as famílias do estudo | 85 |
| 4.5.1.1 A família Girassol | 85 |
| 4.5.1.2 A família Rosa | 89 |
| 4.5.2 Visitando e cuidando das famílias rurais | 94 |
| 4.5.2.1 Encontros com a família Girassol | 95 |
| 4.5.2.2 Encontros com a família Rosa | 99 |
| 4.6 Interpretação e análise dos dados: momento de conhecer o cuidar e o viver das famílias rurais | 120 |
| 4.7 Considerações éticas do estudo | 122 |

| | |
|--|------------|
| CAPÍTULO 5 | 124 |
| O VIVER E O CUIDAR DAS FAMÍLIAS RURAIS | |
| 5.1 As relações e as decisões na família rural | 124 |
| 5.1.1 Por enquanto é o velho que decide | 124 |
| 5.1.1.1 <i>A decisão sobre a herança da terra</i> | 127 |
| 5.1.1.2 <i>Decisões em conjunto sobre questões cotidianas</i> | 128 |
| 5.1.1.3 <i>Nós aqui, meus pais ali</i> | 129 |
| 5.1.1.4 <i>Tem coisas que a gente faz reunido e tem coisas que cada um tem a sua parte</i> | 130 |
| 5.1.1.5 <i>O que deve ser e o que não deve</i> | 131 |
| 5.1.1.6 <i>Empecilhos ao relacionamento em família</i> | 132 |
| 5.1.1.7 <i>Viver unido, se entender. Isso é importante!</i> | 133 |
| 5.1.2 Visita é o que não falta | 134 |
| 5.1.2.1 <i>Visitando e sendo visitados</i> | 134 |
| 5.1.2.2 <i>Promovendo e participando de encontros</i> | 135 |
| 5.1.3 Cada um faz a sua parte e cada um ajuda um pouco | 136 |
| 5.1.3.1 <i>Ajuda material</i> | 137 |
| 5.1.3.2 <i>Ajuda no cuidado</i> | 138 |
| 5.2 A vida na colônia | 142 |
| 5.2.1 Papéis e tarefas na família | 143 |
| 5.2.1.1 <i>Os velhos ensinam os mais novos em casa</i> | 143 |
| 5.2.1.2 <i>As tarefas em casa e na roça</i> | 144 |
| 5.2.1.3 <i>O trabalho leve e o trabalho pesado</i> | 146 |
| 5.2.1.4 <i>As tarefas e o trabalho fora de casa</i> | 147 |
| 5.2.2 As atividades na colônia seguem uma rotina | 148 |
| 5.2.2.1 <i>As atividades durante a semana</i> | 148 |
| 5.2.2.2 <i>Atividades do final de semana</i> | 149 |
| 5.2.3 Percebendo a vida no campo | 149 |
| 5.2.3.1 <i>Tudo o que a gente planta é pra gente mesmo</i> | 149 |
| 5.2.3.2 <i>Normas para a vida no campo</i> | 151 |
| 5.2.3.3 <i>Vantagens da vida no campo</i> | 152 |
| 5.2.3.4 <i>Dificuldades sócio-econômicas da família que vive no campo</i> | 152 |
| 5.2.3.5 <i>Valores da família sobre a terra</i> | 153 |

| | |
|---|------------|
| 5.2.4 A relação com a natureza | 155 |
| 5.2.4.1 <i>Usufruido da natureza</i> | 156 |
| 5.2.4.2 <i>A natureza pode trazer problemas ao trabalho</i> | 156 |
| 5.3 A família rural e as principais mudanças em sua trajetória de vida | 161 |
| 5.3.1 Há diferença ter uma criança em casa | 161 |
| 5.3.1.1 <i>A atual fase para os diferentes núcleos familiares</i> | 162 |
| 5.3.1.2 <i>Criança saudável também dá serviço em casa</i> | 163 |
| 5.3.1.3 <i>Vendo a criança crescer</i> | 163 |
| 5.3.2 Mudou! Deu uma reviravolta geral! | 165 |
| 5.3.2.1 <i>Eventos que geram mudanças</i> | 165 |
| 5.3.2.3 <i>Expectativas para o núcleo de aquisição</i> | 167 |
| 5.4 Saúde, doença e o cuidado familiar | 170 |
| 5.4.1 Percebendo a saúde e a doença na família | 170 |
| 5.4.1.1 <i>Quando tem sintomas de doença</i> | 170 |
| 5.4.1.2 <i>Prevenindo perigos e fazendo cuidados preventivos</i> | 173 |
| 5.4.1.3 <i>Cuidados de controle de doença</i> | 175 |
| 5.4.1.4 <i>Há também alguns descuidados</i> | 176 |
| 5.4.2 Cuida quem entende melhor do caso | 177 |
| 5.4.2.1 <i>A gente nunca foi de ficar correndo no médico por qualquer coisinha</i> .. | 178 |
| 5.4.2.2 <i>A família percebe o cuidado profissional que melhora e que piora</i> | 178 |
| 5.4.2.3 <i>A gente vai ao Posto de Saúde</i> | 179 |
| 5.4.2.4 <i>O atendimento no Posto de Saúde não agrada</i> | 180 |
| 5.4.3 Quando está doente, a gente passa pra frente | 181 |
| 5.4.3.1 <i>No mesmo município e fora do município</i> | 181 |
| CAPÍTULO 6 | 187 |
| REPENSANDO OS MODOS DE CUIDAR PARA A ENFERMAGEM À FAMÍLIA NO | |
| CONTEXTO RURAL | |
| REFERÊNCIAS | 194 |
| ANEXOS | 206 |
| APÊNDICES | 234 |

CAPÍTULO 1

OS MOTIVOS QUE LEVARAM À PESQUISA

1.1 Problema e justificativa

A trajetória que venho construindo na área de Enfermagem à Família se iniciou no curso de graduação na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), a partir da experiência como bolsista no Programa de Iniciação Científica do CNPq. Durante dois anos desenvolvi uma pesquisa sobre a convivência familiar e a percepção de saúde da família, abordando as diferentes etapas da vida, de acordo com a classificação de Cerveny (1997). Embora os sujeitos da pesquisa tenham sido famílias urbanas, concluiu-se que é necessário conhecer o ambiente de vida e como a família percebe o seu modo de viver.

As famílias na fase de aquisição, sem filhos, revelaram que atravessam um período de transformação no modo de viver e que muitos dos comportamentos e atitudes que apresentam estão relacionados com as experiências vividas nas famílias de origem. Contudo, buscam adaptar-se para construir uma convivência segundo seus desejos e, dessa maneira, acreditam construir um ambiente familiar saudável (ALTHOFF; MANFRINI, 2002). Para as famílias na fase adolescente, os desafios desta etapa estão associados com as mudanças na vida dos filhos. Enquanto os pais salientam preocupações com o futuro dos filhos e com os aspectos sociais (violência, drogas, amizades, opção profissional, dentre outros aspectos), os filhos querem tomar suas decisões em busca de autonomia e independência, de forma que ambas as gerações são afetadas pela situação em que se encontram (ALTHOFF; MANFRINI, 2002). Este estudo finalizou com famílias nas fases madura e tardia, no qual se perceberam alguns aspectos que evidenciam as particularidades de cada fase e revelam características comuns na construção do modo de viver das famílias, independente da etapa em que estas se encontram, uma vez que, em certas circunstâncias, podem ocorrer simultaneamente. A construção do modo de viver se mostra um processo dinâmico, influenciado pelo contexto e pelas experiências do cotidiano, assim como a saúde da família é também um processo intimamente ligado com a construção do modo de viver

familiar (MANFRINI; ALTHOFF, 2003). Além de possibilitar a compreensão de saúde da família, a partir das interações configuradas no cenário da convivência, esta pesquisa também identificou que o cuidado está presente na vida em família, especialmente, em relação à fase madura, em que os avós tomam conta dos netos e se responsabilizam pela educação dos mesmos e, na fase tardia, na qual surge o dilema da responsabilidade dos filhos em assumir a perda da autonomia dos pais idosos, quando doentes e dependentes de cuidados.

O Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação também pode ser considerado um marco importante nesta trajetória, em virtude do desenvolvimento de uma prática assistencial com recém-nascidos (RNs) internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e suas famílias. A prática propunha identificar os estressores interpessoais, intrapessoais e extrapessoais que atuavam sobre o sistema RN-família no ambiente da UTIN durante o período de hospitalização em que estava prestando os cuidados. Neste sentido, buscou-se cuidar dos RNs e, sobretudo, das famílias que acompanhavam a internação, estimulando o enfrentamento dos estressores. As famílias se encontravam na fase de aquisição do ciclo vital e vivenciavam o nascimento prematuro, o adoecimento e a hospitalização do filho recém-nascido em UTI. O nascimento dos filhos é um evento esperado nas famílias que se encontram nesta fase, no entanto, a doença e a hospitalização podem ser consideradas “intercorrências” que promovem, como referem Hermiz e Meininger (1989) sobre o modelo de Betty Neuman, a ação de forças estressoras que abalam e geram a necessidade de enfrentamento para a reconstituição e estabilidade do sistema, no caso, a família do RN. Todavia, o cuidado realizado por estas famílias esteve bastante presente no cotidiano da UTIN, ora na presença dos pais, ora na presença dos avós e outros. Entretanto, o cuidado não se restringia aos RNs internados, mas se ampliava aos demais membros das famílias, àqueles que ficaram em casa acompanhando os filhos que aguardavam pela alta do irmãozinho e às próprias mães, que permaneciam diariamente no hospital. O cuidado promoveu a construção de redes de apoio e de atenção entre as famílias dos RNs e a equipe de saúde, manifestando-se como meio de enfrentamento das situações geradoras de estresse. (MACHADO; MANFRINI; MONTICELLI, 2004). A partir desta prática assistencial, percebi o quão importante se faz o cuidado da família, tanto nas situações de saúde e doença, quanto nas outras situações do seu viver. O

adoecimento de um membro da família, principalmente quando se trata da criança recém-nascida, leva a família a participar do cuidado profissional e também desperta a realização do seu cuidado, constituindo-se em um modo particular de busca pela saúde da família e de acompanhamento das mudanças que vivenciam.

As pesquisas com família têm ampliado as possibilidades de desenvolvimento desta área da Enfermagem, tanto para o campo de atuação assistencial às famílias, quanto para a construção de conhecimentos específicos. No entanto, como mencionam Elsen e Althoff (2004), apesar de o momento histórico-social propiciar o envolvimento da família no desempenho de ações junto aos seus membros e também para a sociedade, os profissionais da saúde e demais áreas pouco sabem, ainda, sobre o mundo familiar e sobre como trabalhar com a família na sua diversidade e complexidade. Neste sentido, ao deparar com a família no cotidiano do trabalho de enfermagem, emergem dificuldades que suscitam caminhos para que sejam superadas e tornem a atuação profissional resolutiva diante dos problemas que a família enfrenta, dentre eles, as dificuldades no acesso e na oferta dos serviços de saúde.

Em minha recente experiência profissional no âmbito da Atenção Primária de Saúde, cuja ótica está voltada para as ações de prevenção de doenças, promoção da saúde e da cidadania, diversos questionamentos fizeram-me refletir sobre a realidade em que estava trabalhando. A atual política pública de saúde oportuniza a abertura de um novo horizonte profissional e uma maior aproximação com o universo familiar, especialmente, através da estratégia de atenção ao Programa de Saúde da Família (PSF). Ao atuar como enfermeira em uma comunidade rural localizada em um município do Médio Vale do Itajaí/SC, envolvi-me com atividades de assistência às famílias em um contexto de vida pouco compreendido por mim, embora tivesse conhecimento das características sócio-econômicas e culturais da região, onde minha própria família reside.

Durante esta experiência profissional, foi desenvolvida uma prática assistencial para a conclusão do Curso de Especialização em Cuidado à Família. Esta objetivava cuidar de famílias rurais que estivessem na fase de aquisição do ciclo vital, com a finalidade de promover a saúde e o cuidado familiar. O cuidado de enfermagem foi sistematizado com base em cinco campos da vida familiar: interativo, desenvolvimento, integridade, enfrentamento e saúde (ANDERSON,

2002). A abordagem do Sistema de Saúde Familiar, de Anderson (2000) permitiu cuidar da família tendo o olhar voltado também para o ciclo vital, onde enfermeira e família buscam identificar as forças e as fragilidades no cuidado em conjunto.

As famílias rurais cuidadas apresentaram muita força para enfrentar as mudanças provocadas pela atual fase da vida, especialmente no que se refere à tarefa de cuidar dos filhos pequenos e de conciliar as demais atividades domésticas. Desse modo, o cuidado parece ser compartilhado entre o casal, havendo a participação de ambos os cônjuges na divisão da tarefa de cuidar, negociação e diálogo nas tomadas de decisão. O casal jovem direciona a sua atenção para o crescimento, desenvolvimento e segurança física do filho pequeno, mantendo-se presentes durante as fases iniciais de vida da criança, buscando protegê-la e educá-la. Os avós participam de forma ativa no cuidado dos netos, sendo solicitados para tomar conta quando os pais precisam se ausentar. Porém, quando o tomar conta dos netos se torna uma responsabilidade diária, os avós podem sentir-se sobrecarregados, refletindo-se em problemas à saúde destes membros. A figura materna representa o papel de cuidadora principal nestas famílias, tanto dos filhos, quanto dos demais membros e também da casa. O cuidado com a casa inclui as atividades domésticas rotineiras, as atividades auxiliares na roça e a manutenção do jardim. O pai também participa de alguns cuidados, principalmente no que tange ao sustento e às atividades de lazer da família. Seu papel principal é o de provedor, mantendo atividades de trabalho fora de casa, além da roça em terra particular (cultivo de hortaliças, raízes, frutas) e criação de animais para o abate e consumo próprio de sua carne e derivados. A família rural que vivencia esta fase do ciclo de vida apresenta o cuidado como uma tarefa marcante e uma vida bastante movimentada em função das atividades realizadas diariamente.

As famílias rurais se encontram fragilizadas ao apresentarem dificuldades financeiras capazes de gerar, eventualmente, conflito conjugal. Também expressam preocupação com o bem-estar dos membros da família de origem, sobretudo, com aqueles que moram distante. Outra fragilidade identificada reforça a necessidade de conhecer a relação das famílias com os serviços de saúde, visto que demonstram pouca informação sobre os serviços prestados no Posto de Saúde da comunidade (MANFRINI; GARRIDO; BOEHS, 2004). Isto trazia à tona uma reflexão que persistia no cotidiano do meu trabalho nesta comunidade, pois havia dificuldade em realizar o

acompanhamento de pré-natal e de puericultura nas famílias em aquisição que residiam mais distantes do Posto de Saúde, ou seja, nas localidades da área rural.

A saúde e o cuidado familiar são influenciados pelo modo de viver destas famílias no contexto rural e, por isso, a enfermeira precisa se instrumentalizar para reconhecer as forças no cuidado familiar, como potencialidade à promoção da saúde e as fragilidades, como oportunidade para o fortalecimento da família no cuidado. Como menciona Boehs (2001), cuidar de famílias requer movimentos de distanciamento e de aproximação, de maneira que o cuidado possa ser compartilhado em determinados momentos.

Elsen (2002) propõe uma nova perspectiva para os estudos com famílias, com a qual se busca construir conhecimentos que auxiliem na conceituação e compreensão do cuidado familiar. A Enfermagem tem se fortalecido principalmente nos últimos vinte anos, através dos estudos realizados com a finalidade de explorar e conhecer melhor as abordagens de cuidado à família. A busca por subsídios teóricos que possibilitem um cuidado mais humano e integral tem alcançado algumas linhas de pensamento sobre a família e seu cuidado, dentre elas, a de que o cuidado faz parte do viver familiar.

Em termos demográficos, Santa Catarina destaca-se como um dos estados brasileiros com maior população rural (IBGE, 2000). Este fato também resgata a necessidade de se conhecer as possibilidades e as limitações das populações e famílias rurais para a melhoria na oferta dos serviços de saúde e, especificamente, da assistência de enfermagem neste contexto. As condições de trabalho em saúde nas comunidades rurais da região do Médio Vale do Itajaí/SC, em geral, são bastante dificultadas. Elas se refletem na estrutura deficitária dos serviços locais de saúde que necessitam do respaldo dos municípios vizinhos e de outras regiões para o atendimento à população. Isto, por si só, torna-se uma grande dificuldade às famílias rurais quando necessitam de atendimento de emergência, tratamento cirúrgico e outros tratamentos especializados. Além disso, as influências geográficas e ambientais do local onde estas famílias residem, como exemplo, as longas distâncias entre as moradias, a falta de saneamento básico e esgoto, as estradas estreitas e pouco iluminadas, as más condições para tráfego nas estradas íngremes de terra, principalmente após ocorrências climáticas como as fortes e freqüentes chuvas, podem ser considerados fatores que, eventualmente, dificultam o acesso das famílias ao serviço de saúde da comunidade.

Embora as famílias utilizem os serviços oferecidos no Posto de Saúde, nem todas optam pelo atendimento da equipe de Saúde da Família. Algumas buscam pelo atendimento de profissionais incluídos em outros serviços do sistema de saúde regional, como exemplo, os consultórios de especialidades médicas (pediatria, ginecologia/obstetrícia, cardiologia, dentre outros), disponibilizados na rede pública do Sistema Único de Saúde (SUS) e também os serviços da rede privada. A importância de destacar estas observações gira em torno das relações das famílias desta comunidade, especialmente aquelas que residem na área rural, com o sistema de saúde local especificamente no que concerne à Atenção Primária de Saúde. Starfield (2002) descreve a prática da Atenção Primária de Saúde dos Estados Unidos e revela que a maioria da população tem acesso direto a um especialista sem encaminhamento de um profissional da atenção primária, o que pode levar a uma situação que torne a atenção sub-especializada semelhante à atenção primária. Apesar de se estar comparando realidades muito distintas, o cenário da Atenção Primária de Saúde nesta comunidade se aproxima de algum modo, neste aspecto.

As famílias da comunidade são, em maioria, formadas por pequenos agricultores. Atualmente, tornou-se característico manter outro vínculo empregatício, geralmente com as empresas instaladas na região, além da agricultura familiar. A alternativa de trabalhos fora da propriedade da família tem contribuído para mudanças nas condições sócio-econômicas e nas relações de trabalho das famílias, situação que se distingue das gerações mais antigas, em que a agricultura familiar era a única fonte de renda e de trabalho na comunidade. Na agricultura familiar, as atividades exigem esforço diário e integral dos vários membros da família, resultando em produtos para a subsistência e com pouca rentabilidade para o comércio. Desse modo, a venda de excedentes produzidos se dá somente quando necessário complementar a renda da família. Uma característica da comunidade é a escassez de recursos sociais às famílias rurais, sobretudo àquelas que vivem nas localidades mais isoladas do núcleo urbano da comunidade, onde se localiza o Posto de Saúde.

Diante desta realidade fui tomada por sentimentos ambíguos quanto às limitações e possibilidades de cuidado às famílias. Embora houvesse motivação e idéias para agir perante as necessidades, o desconhecimento da equipe quanto ao viver das famílias se constituía em uma das principais dificuldades à concretização das ações em saúde. A equipe de Saúde da Família procurou mobilizar as famílias

para a participação de encontros, normalmente seguindo a Agenda Nacional de Saúde, como exemplo, a Semana de Promoção do Aleitamento Materno, a Semana de Combate ao Tabagismo, o Dia de Combate à AIDS, as Campanhas de Vacinação e outros. Estas iniciativas envolviam a parceria de instituições locais como a escola, a creche, igrejas, empresas e o comércio, além do Posto de Saúde, para a divulgação das atividades e participação das famílias. Contudo, fazia-se necessário conhecer melhor a realidade das famílias rurais, a influência das condições sócio-econômicas e culturais no seu comportamento de cuidado à saúde.

Partindo da idéia de que a família rural tem formas próprias de cuidar da saúde de seus membros, o que a mantém até certo momento independente dos cuidados profissionais, senti que era preciso conhecer como as famílias cuidam. O cuidado familiar, portanto, é diferenciado do cuidado profissional, por ser realizado pela família e na família. No entanto, a aproximação de ambos oportuniza a troca de conhecimentos e de culturas incorporados nas ações de cuidado. Dessa maneira, é necessário estudar o cuidado familiar para contribuir na construção do conhecimento em Enfermagem e do cuidado nos diferentes contextos de vida, inclusive o rural.

Conforme Collière (1989), o cuidado é essencial à vida dos seres humanos e, por conseguinte, está presente ao longo dela, podendo ser diferenciado de acordo com as fases de vida dos indivíduos e também da família. Pelas próprias circunstâncias da trajetória de vida familiar, o cuidado familiar também acompanha as fases de vida e desenvolvimento de seus membros (infância, velhice, por exemplo), fazendo-se mais ou menos necessário. Todavia, podem ocorrer intercorrências na vida da família como uma gravidez na adolescência ou o adoecimento de algum membro, constituindo-se em eventos inesperados que modificam o funcionamento e a organização familiar para satisfazer as necessidades de cuidado, proporcionar o bem-estar e a recuperação. Ao relacionar o cuidado familiar com o ciclo vital, Elsen (2002) sinaliza a possibilidade de interferência e comprometimento da capacidade da família em desenvolver o cuidado em determinadas situações da trajetória familiar. Neste sentido, a família pode apresentar fragilidades no cuidado a seus membros, cabendo ao enfermeiro ajudá-la a resgatar as forças por meio do seu cuidado. A enfermagem precisa assumir o seu papel na identificação dos problemas de saúde no âmbito familiar, desenvolvendo cuidados adequados, atualizando seus conhecimentos e investigando para realizar uma prática que facilite a busca de ações de intervenção. (ARRATIA, 2004).

O cuidado de enfermagem no contexto rural está relacionado com a necessidade de conhecer o cuidado familiar, considerando-o importante à saúde e ao desenvolvimento das famílias. Assim, surgiram as seguintes perguntas: *Como desenvolver o cuidado de enfermagem às famílias rurais? Como se dá o cuidado familiar em uma comunidade do Médio Vale do Itajaí/SC?*

Tendo em vista a convergência de ambas as ações - pesquisa e prática – é que se pretende exibir os resultados conquistados com o desenvolvimento deste estudo, bem como o caminho que fora trilhado.

1.2 Objetivos

- a) Desenvolver o processo de cuidar às famílias a partir da fase de aquisição, em uma comunidade rural do Médio Vale do Itajaí/SC, utilizando como referência a Teoria do Desenvolvimento da Família e o Modelo de Sistema de Saúde Familiar.
- b) Conhecer o cuidado familiar em uma comunidade rural do Médio Vale do Itajaí/SC, com base na Teoria do Desenvolvimento da Família.

CAPÍTULO 2

A ENFERMAGEM E OS MODOS DE CUIDAR DE FAMÍLIAS

Este capítulo apresenta uma revisão da literatura sobre a enfermagem no cuidado à família, dando enfoque aos trabalhos que têm analisado e discutido as metodologias nesta área. Além disso, apresento os estudos sobre o cuidado de enfermagem voltados à família rural e alguns trabalhos que abordam o tema família rural, produzidos por autores de outras áreas do conhecimento.

2.1 Os estudos sobre o cuidado de enfermagem à família

A Enfermagem à família é uma área de cuidado que tem a unidade familiar como foco de atenção e de estudo e que vem conquistando avanços na profissão, especialmente nas duas últimas décadas, cuja evidência se dá pelo aumento do número de trabalhos desenvolvidos com famílias. O desenvolvimento, o aperfeiçoamento e o reconhecimento da ação da enfermagem com famílias têm gerado, ainda mais, a necessidade de se pensar e investigar a família, como objeto e sujeito da atenção e do cuidado, em um cenário de mudanças na própria Enfermagem (MACEDO; MONTEIRO, 2004). Ademais, essa progressão do cuidado à família na Enfermagem está relacionada também com a mudança no paradigma de atenção à saúde. No Brasil, esta mudança está levando a um redirecionamento da assistência, incluindo a família como eixo principal da atenção, repercutindo na formação e atuação dos profissionais da saúde. O paradigma atual de atenção à saúde, voltado para a lógica da saúde coletiva, trouxe a necessidade de os profissionais adotarem um olhar diferenciado ao ser humano, o qual se mostrava, anteriormente, bastante individualizado, descontextualizado e fragmentado. Este novo olhar profissional busca considerar cada ser humano na sua integralidade e singularidade, percebendo-o dentro de um contexto maior, em que a família pode ser vista como contexto primário de vida, socialização e desenvolvimento do ser humano. Todavia, o indivíduo se desenvolve na família e esta tem importante função e papel neste processo, assim como a própria sociedade e a cultura influenciam o desenvolvimento dos indivíduos (GALLAHUE; OZMUN, 2003).

Ao se tentar ampliar e modificar a visão sobre o ser humano, a família emergiu para um olhar que, inicialmente, abordava-a como contexto do indivíduo. Esta ótica sobre a família persiste, ainda hoje, no discurso e no pensamento de muitos profissionais da saúde. Dessa maneira, apesar da ênfase que as políticas públicas em saúde têm dado à família no Brasil, o foco, geralmente, dirige-se ainda para as necessidades individuais dos seus membros, não havendo um olhar para a unidade familiar. A família percebida como unidade passa a ser considerada no seu todo, nas suas particularidades e nos diferentes contextos sócio-econômicos e culturais. Assim, a mudança de estratégia de atenção à saúde continua repercutindo nas ações profissionais, como possibilidade de se modificar a atenção ao ser humano e à família, embora não esteja voltada para a unidade familiar propriamente dita.

Segundo Elsen (1994), parece haver um consenso entre os enfermeiros, em considerar tanto o indivíduo, quanto a família como clientes da Enfermagem. No entanto, a prática do cuidar de famílias gera, ainda, muitas incertezas aos enfermeiros que manifestam dúvidas se cuidar da família é o mesmo que cuidar de um grupo e, se cuidando dos membros da família, está-se cuidando da unidade familiar também. “A assistência à família como unidade de cuidado à saúde implica conhecer como cada família cuida e como identificam suas forças, suas dificuldades e seus esforços para partilhar responsabilidades” (ÂNGELO; BOUSSO, 2001, p.15).

Em uma pesquisa, Althoff et al (2004) revelam que há uma diversidade de formas de considerar a família sujeito do estudo e que, geralmente, são definidos como sujeito os vários segmentos de família (mãe, pai, filho, mulher, mãe-filho e outros). Desse modo, percebe-se também a importância de se desenvolver pesquisas nesta área da Enfermagem, em virtude da mudança no modelo de assistência que propõe focalizar a família e a saúde.

Alguns grupos de estudo, pesquisa e assistência à família, formados por enfermeiras e outros profissionais, vinculados a universidades brasileiras têm produzido conhecimento na área do cuidado à família e saúde da família. Parte deste conhecimento está relacionada à busca por metodologias de cuidado nas diversas situações da vida familiar, com base nos mais variados referenciais teóricos. Dentre os grupos, destaca-se o Grupo de Assistência, Pesquisa e Educação na Área de Saúde da Família (GAPEFAM), vinculado ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PEN), do Departamento de Enfermagem (NFR), na

UFSC. O grupo começou a realizar e publicar pesquisas a partir de 1984 com a tese de doutoramento da professora Ingrid Elsen que, desde então, orientou e colaborou com diversos trabalhos e projetos na área de enfermagem no cuidado à família e saúde da família. Este grupo é formado por docentes, discentes e profissionais da área da saúde, especialmente da Enfermagem, Serviço Social e Psicologia, atuando com projetos de iniciação científica, de pós-graduação e especialização, além dos estudos desenvolvidos pelos membros em cada linha de pesquisa, a citar: 1) a família e seu processo de viver e ser saudável; 2) instrumental teórico metodológico para a prática com famílias; 3) família e violência. Dessa forma, constituem-se como objetivos: construir conhecimentos sobre a família e seu processo de viver e ser saudável; articular o saber, o educar e o fazer, visando à promoção da saúde familiar; instrumentalizar profissionais para atuar com a unidade familiar¹.

Outros grupos da Rede Sul de Pesquisa também desenvolvem estudos e projetos de extensão com famílias, dentre eles, o Núcleo de Pesquisa e Estudos sobre Quotidiano e Saúde (NUPEQUIS) e o Núcleo de Extensão e Pesquisa em Educação Popular e Saúde (NEPEPS), também pertencentes à PEN/NFR/UFSC. Dentro da linha de Educação Popular, o NEPEPS realiza desde 2003 o projeto de extensão "Formação de Jovens Multiplicadores em Educação Popular e Saúde Rural", que atende sobretudo áreas rurais e famílias de agricultores recém-assentados pela reforma agrária, em uma comunidade de Santa Catarina. Além de envolver professores e alunos membros do Grupo na promoção das ações às crianças, jovens e famílias da comunidade, o projeto conta com bolsistas e alunos voluntários de diversos cursos e áreas do conhecimento. (SACCOL; WOSNY; STEFANES, 2005).

O Grupo de Estudos de Enfermagem à Família (GEENF), da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, também tem uma produção científica bastante significativa na área de Enfermagem à família no Brasil, cujo eixo norteador de estudo é “descobrir os significados que a família dá à experiência que vive na situação de doença e desenvolver esquemas analíticos que expliquem teoricamente o mundo empírico da experiência interacional da família” (ÂNGELO; BOUSSO, 2002, p. 174).

¹ Informações obtidas no site: www.gapefam.ufsc.br.

Há projetos de assistência às famílias, desenvolvidos isoladamente por estes grupos da Rede Sul de Pesquisa e outros projetos desenvolvidos, juntamente, com grupos de outros países latino-americanos, como exemplo, o Laboratório de Estudos Interdisciplinares de Família e Saúde – LEIFAMS, iniciativa GAPEFAM e colaboração de grupos participantes. A finalidade destes projetos é de criar, desenvolver e aprimorar metodologias de cuidado à família, gerando subsídios teóricos para a formação e a prática de profissionais, principalmente, enfermeiros para a assistência voltada à família.

Ao buscar contribuições para a construção de uma metodologia interdisciplinar de assistência à família, Waidmann e Elsen (2002) analisaram teses e dissertações de várias escolas de pós-graduação brasileiras, defendidas no período entre 1988 a 2001 e que discorreram sobre o tema família. Com base nesta análise, as autoras perceberam que os referenciais teóricos que guiaram os estudos proporcionaram a compreensão da realidade das famílias, considerando as crenças, valores, cultura, interação e compreensão holística do ser humano.

Para a construção de uma metodologia de assistência à família, é necessário que os profissionais tenham ciência de que a família sofre mudanças no seu viver e também pela presença de doença; reconheçam o papel educador da família e do profissional na busca pela qualidade de vida e saúde dos membros da família e da unidade familiar; valorizem o cuidado familiar, aproximem o cuidado profissional e ajudem a família a desenvolver cuidados específicos na situação de doença de seus membros; percebam a importância da família aos membros, tanto na vida diária, quanto na situação de doença; valorizem a relação e a parceria entre família e equipe de saúde à recuperação da saúde dos membros adoecidos e à minimização de problemas que interferem no tratamento e no cuidado; atentem-se ao papel da mulher na família e às repercussões deste na sua saúde; percebam a importância e a relação de ajuda da família no processo assistencial; respeitem os valores, os costumes, a cultura da família e a interferência desta na saúde, na doença e no seu cuidado; aproveitem a presença da família nas instituições e serviços de saúde para conhecer e cuidar dela (WAIDMANN; ELSÉN, 2002).

Neste mesmo sentido, Barcellos, Cardoso e Rodrigues (2002) analisaram os trabalhos produzidos pelo GAPEFAM, na década de 90, com o intuito de identificar aqueles que apresentavam uma filosofia interdisciplinar, e que subsidiassem a

construção da metodologia interdisciplinar de assistência à família. As autoras observaram que há um esforço conjunto de profissionais da Enfermagem e também de outras áreas do conhecimento em construir e aplicar metodologias que possibilitem uma visão mais humanizada, integral e interdisciplinar à família nas diversas situações de seu viver e na saúde, mediante a utilização de referenciais e estratégias metodológicas diferenciadas.

No Congresso Internacional Pesquisando a Família, realizado no ano de 2002, em Florianópolis/SC, profissionais de várias áreas do conhecimento e diversos profissionais da área da saúde participaram e publicaram trabalhos desenvolvidos dentro da temática central. Em uma análise acerca da produção bibliográfica do evento, foram identificados quatro grandes grupos temáticos, cujos estudos apresentavam seu foco: relações familiares; cuidado da família e a família no processo saúde-doença; contexto social e família; formação profissional e metodologias de atendimento à família. (ALTHOFF et al, 2004). A partir desta análise dos trabalhos apresentados no evento, as autoras notaram que há uma preocupação dos estudiosos da área em compreender a família nas suas relações internas e externas, principalmente, na interface com a saúde e com a doença. Ao mesmo tempo, concluíram que, ao conhecerem a dinâmica familiar e ao buscarem formação específica para trabalhar com família, aumentam as possibilidades dos profissionais realizarem intervenções efetivas junto às famílias.

Uma análise das dissertações de mestrado e teses de doutorado apresentadas no período de 1976 a 1998, no Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSC, revelou que os estudos com foco na família começaram a surgir a partir de 1985. Althoff (1999) verificou também que as dissertações realizadas a partir de 1989 eram, em maioria, práticas assistenciais com famílias, nas quais se começou a percebê-las como unidade e não somente o contexto do indivíduo. Os pesquisadores realizaram estudos sobre a família nas várias fases do ciclo vital, mostrando as relações familiares, o cuidado da família aos membros de diferentes etapas da vida e o cuidado entre gerações. Outro aspecto destacado nesta análise é de que as pesquisas e práticas assistenciais estavam direcionadas a algum evento da vida familiar (nascimento, doença, hospitalização, dentre outros), o qual consistiu no meio de aproximação dos investigadores com as famílias. Nos estudos de prática com famílias analisados pela autora, as linhas teóricas abordadas

como referencial foram diversificadas, sendo utilizadas as teorias de Enfermagem, as teorias de família e teorias de outras disciplinas como as Ciências Sociais e a Psicologia, adaptando-se os conceitos de acordo com o fenômeno do estudo.

A Enfermagem tem buscado base em suas próprias teorias e também em teorias de família para a implementação de metodologias de cuidado às famílias. Boehs, Althoff e Ribeiro (2002) constataram que as teorias de Enfermagem são as mais utilizadas pelos enfermeiros nos trabalhos de monografia do curso de especialização em Enfermagem na área de saúde da família da UFSC, destacando-se a Teoria do Cuidado Transcultural de Madeleine Leininger. Os demais referenciais teóricos utilizados na assistência à família foram a teoria do desenvolvimento da família e a da crise, trazendo contribuições ao conhecimento na área de Enfermagem à família, uma vez que possibilitam diferentes modos de cuidar.

A teoria do desenvolvimento da família proporciona o conhecimento acerca das mudanças na estrutura e no funcionamento da família ao longo do ciclo vital. Segundo Macedo e Monteiro (2004), ao se considerar os ciclos vitais da família, considera-se também o ciclo vital de cada um dos seus membros. Isto envolve também uma abordagem dos valores e das crises na família. Poucos são os trabalhos na Enfermagem que têm utilizado, explicitamente, a perspectiva do desenvolvimento da família. Silva e Cervený (2004) apresentaram, no VI Congresso Brasileiro de Terapia Familiar, realizado em Florianópolis, um estudo sobre as características do ciclo vital de famílias paulistas de baixa renda. Elas pesquisaram 120 famílias, distribuídas entre as regiões Sul, Leste e interior de São Paulo, com renda de até quatro salários mínimos, e identificaram que estas se aproximam das famílias de classe média em diversas características, principalmente, quanto aos valores e preocupação com a educação e futuro dos filhos. Dentre os estudos que abordaram alguma fase do desenvolvimento de famílias, os quais a maioria fora desenvolvida por autores da Enfermagem da UFSC, ressalta-se: na fase de expansão, o estudo de Boehs (1990), que se refere às práticas de cuidado ao recém-nascido em famílias de descendência açoriana, e o de Silva (2003), relativo ao desenvolvimento de um cuidado educativo acerca da percepção de saúde de crianças em idade pré-escolar, de um bairro da periferia. Além destes, existe o estudo de Hoffmann (1999; 2003) sobre a promoção da saúde da família na fase

adolescente e as pesquisas realizadas por Stange, Silva, Santos e Alvarez (1997) e Elsen, Rosa, Araújo, Cardoso (1997) com famílias idosas. Além da Enfermagem, outros profissionais têm desenvolvido estudos com famílias na ótica do ciclo vital, como exemplo, o estudo de Lara (2001), um médico que utiliza a perspectiva na intervenção à família em fase de expansão, abordando o enfrentamento de dificuldades da família no desempenho de tarefas que interferem na sua dinâmica.

Assim, o cuidado de enfermagem à família pode ser desenvolvido com base nas diferentes teorias, modelos e abordagens existentes, cuja opção depende dos objetivos do estudo e da linha teórica da qual o profissional mais se aproxima. Ao resgatar a literatura estrangeira de Enfermagem à família, viu-se que os estudos de alguns autores têm aprofundado a aplicação de outros modelos de cuidado de enfermagem à família.

Os modelos de enfermagem à família que abordam o cuidado baseado nas forças e recursos da família visam guiar a enfermeira na utilização de estratégias que promovam o fortalecimento e a saúde familiar. O Modelo McGill de Enfermagem, da Escola de Enfermagem da Universidade de McGill, no Canadá, tem o objetivo de ajudar as famílias a mobilizarem as suas forças, envolvendo os membros e a unidade familiar num todo, assim como, resgatar os recursos externos do sistema familiar para superar e alcançar suas metas e desenvolvimento. A suposição básica deste modelo é que todos os indivíduos e famílias possuem forças, potenciais e recursos e, ao focar a intervenção nas forças da família, a enfermeira ajuda a família a ver, a si mesma, de forma diferente, sendo este um primeiro ponto para a mudança. (FEELEY; GOTTLIEB, 2000).

Ford-Gilboe (2002) apresenta o modelo elaborado, em 1986, pela enfermeira Moyra Allen, a partir de idéias iniciais sobre saúde e enfermagem e que foi denominado Developmental Model of Health and Nursing. A perspectiva de Allen dá ênfase ao sistema familiar como grupo social primário e unidade de comportamento de saúde. Adotar esta perspectiva requer atender tanto as características individuais da família, quanto as grupais, bem como os processos e as interações deles. O papel da enfermeira, através deste modelo, é cuidar da família para desenvolver modos saudáveis de viver, estruturando experiências de cuidado que envolvam ativamente a família no processo de busca pela saúde.

Dentro da linha cultural de cuidado à família, Denham (2003) exhibe uma abordagem focada nos rituais e rotinas da família que oferece caminhos à avaliação das informações de saúde dos membros da família e dos comportamentos incorporados na vida familiar. Esta abordagem também auxilia a enfermeira a perceber a organização, a identidade e o funcionamento familiar, oportunizando o planejamento de intervenções específicas nas situações de doença ou para a promoção da saúde. Conhecendo a família, os rituais e as rotinas que a envolvem, a Enfermagem consegue, por exemplo, educar os membros da família sobre como proporcionar o cuidado às necessidades individuais à saúde e aconselhar para o auto-cuidado nas condições crônicas. No Brasil, estudos nesta linha de estudo também são realizados, como o da psicóloga Souza (2004, p. 69), que menciona a importância dos “rituais para manter a sensação de continuidade através do tempo e são considerados interações facilitadoras na transição de um ciclo para outro e nas transformações devidas a perdas ou mudanças inesperadas”. Neste sentido, os rituais e rotinas da família são áreas da vida familiar nas quais as enfermeiras podem avaliar necessidades de cuidado culturais e oferecer intervenções culturalmente sensíveis.

O Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção na Família, elaborado desde 1984, pelas enfermeiras Wright e Leahey, tem sido constantemente revisado e se destaca como o modelo de assistência a famílias mais difundido e adotado por faculdades e escolas de enfermagem de vários países do mundo, inclusive o Brasil. O Modelo Calgary é baseado em três categorias principais de avaliação da família: estrutural, de desenvolvimento e funcional. Estas categorias apresentam subcategorias, as quais a enfermeira precisa explorar e priorizar quais poderão ser trabalhadas em cada família (WRIGHT; LEAHEY, 2002). A partir de um trabalho desenvolvido com famílias de usuários com transtorno mental grave, Filizola, Ribeiro e Pavarini (2003) verificaram que o Modelo Calgary se constituiu num valioso referencial para conhecer e intervir junto às famílias, de modo a possibilitar apoiá-las em seu cuidado ao membro doente e também compreender a estrutura familiar.

Com o enfoque nas intervenções de enfermagem para promoção da saúde familiar, a abordagem do Sistema de Saúde Familiar, descrita por Anderson (2000), da Universidade de Wisconsin-Eau Claire, corresponde a uma visão teórica diferenciada de outros modelos teóricos e práticos de enfermagem à família, embora

tenha sido construída à luz dos conhecimentos de família e saúde de outros autores renomados nesta área da Enfermagem como Wright, Lealey, Watson e Bell. Trata-se de uma perspectiva para avaliar famílias, determinando as áreas de preocupação e de força no intuito de melhorar a saúde da família ou seu bem-estar, o enfrentamento familiar nas situações de doença ou transições e também a conquista de resultados para as áreas de preocupação da família. Conforme Souza (2004), focalizar as forças e o potencial inclui o reconhecimento de talentos e habilidades dos membros da família também nos momentos em que não houve ou não há problemas, nas vitórias conseguidas e nas forças e potenciais que os recursos externos oferecem.

2.2 Resgatando estudos sobre família rural

A população brasileira, segundo o Censo de 2000, atingiu um total de 169.799.170 pessoas, sendo 81,2% população urbana e 18,8% população rural. A proporção de pessoas que residiam em áreas urbanas, que era de 75,6% em 1991, passou para 81,2 % em 2000, sendo a região Sudeste a que apresentou maior grau de urbanização (90,5%). Durante a década de 1990 houve uma redução quantitativa da população rural em todas as regiões brasileiras, com uma diminuição relativamente mais intensa, quando comparado à década de 1980. Os resultados da pesquisa sobre os indicadores sociais (IBGE, 2000) revelaram que apenas 31.845.211 pessoas residiam em áreas rurais, sendo 46,4% delas na região Nordeste. Depois das regiões Nordeste e Norte, a região Sul é que apresenta maior população rural (19,1%). Já o Estado de Santa Catarina atingiu 78,7% de população urbana e 21,3% de população rural. Em comparação com os demais estados da região Sul, Santa Catarina apresentou a maior população rural. Diante desta realidade populacional, pode-se dizer que, apesar da redução da população rural nos últimos anos, principalmente, pela migração das pessoas para as cidades, há a necessidade de os profissionais das diversas áreas e também os políticos e governantes darem atenção especial às populações rurais, através de políticas que promovam o desenvolvimento e a qualidade de vida no campo, evitando o êxodo para as áreas

urbanas onde há um crescente de populações miseráveis, subempregadas e com má qualidade de vida.

Percorrendo a literatura produzida por outras áreas do conhecimento, especialmente a antropologia, têm-se alguns trabalhos que retratam, sob a ótica etnográfica, a realidade da família rural ou família camponesa brasileira. A partir da leitura destes trabalhos, percebeu-se que, ao trabalharem aspectos da vida e da cultura da família rural e camponesa, aproximam-se de alguma forma da perspectiva do ciclo vital familiar.

Assim, a análise feita por Almeida (1986) sobre os estudos realizados pela Sociologia e pela Antropologia, na década de 70 a família rural emerge, sobretudo, na questão da pequena produção agrícola e com relação aos padrões de casamento, herança, família e parentesco. A maioria destes estudos trata da família camponesa, ou seja, aquela que utiliza a mão-de-obra familiar na produção agrícola de pequena escala, em propriedade de terra da própria família. Além do modo de produção camponês, outro foco de análise destes estudos é o modo de reprodução da unidade familiar ao longo do ciclo geracional, isto é, a lógica de parentesco que mantém a família, por meio dos processos e eventos transitórios como o nascimento, casamento, morte e herança. Nesta perspectiva de ciclo da família, os estudos apontaram a possibilidade de se encontrar variantes para as estatísticas da época que revelam a idéia de que as famílias conjugais são o modelo axiomático, ou seja, o modelo hegemônico para a economia camponesa. Ao considerar estas variantes, é preciso ter em vista as mudanças sofridas pela família camponesa, ao longo de seu ciclo vital, como a expansão da família conjugal com o nascimento dos filhos, a saída e a entrada de membros, seja pela agregação de novos membros a partir do casamento ou o abandono de membros também pelo casamento ou morte, fragmentando ou quebrando a unidade conjugal. E, ainda, a influência dos processos sucessórios e de transmissão do patrimônio que podem ramificar ou não a unidade familiar, conforme o tipo de transmissão (primogenitura, ultimogenitura). Entretanto, a idéia de conjugalidade é apresentada nestes estudos como característica normativa da família camponesa.

Associando-se o ciclo vital das famílias rurais e o relacionamento intergeracional, surge a questão do horizonte das gerações que se constitui no projeto para a reprodução das gerações futuras da família, a partir da geração atual,

através da agricultura familiar. A família define estratégias para a sobrevivência da geração atual e também para a sobrevivência das gerações futuras, investindo e trabalhando na unidade de produção, de forma a manter o patrimônio e transmiti-lo, reproduzindo a família nas gerações que sucederão a geração atual (WANDERLEY, 2001). Desse modo, o horizonte das gerações, como é denominado pela autora, reflete uma preocupação em dar uma continuidade à família camponesa, envolvendo as gerações presentes e futuras em seu ciclo de vida, garantindo a reprodução não apenas da família, mas também do patrimônio familiar.

Outro ponto importante da família rural que se destaca em alguns textos diz respeito ao modo de produção camponês e as relações familiares no trabalho, por envolver os valores culturais e a hierarquia do saber e do poder entre os membros. Para Wanderley (2001), a agricultura familiar se constitui como modo específico de produzir, em que a família é proprietária dos meios e do estabelecimento de produção e, conseqüentemente, assume e organiza o trabalho dos membros. Simultaneamente, a agricultura familiar se constitui num modo de viver em sociedade, repercutindo nas formas de agir e de pensar das famílias. A construção do modo de viver camponês expressa a existência de conhecimentos próprios, caracterizando a cultura local e familiar que se reflete nas tradições que persistem e que também vão sendo modificadas, ao longo das gerações. Isto pode ser confirmado com o pensamento de Woortmann (1990, p. 16), ao dizer que “a trajetória camponesa não é linear” e, portanto, se envolve com os movimentos dirigidos para uma dimensão da modernidade, mobilizando-se para a reconstituição das tradições. Todavia, as tradições são uma das formas de manutenção da cultura camponesa, fortemente embutidas na agricultura familiar, o que, segundo Woortmann (1990), se expressa em categorias como: terra, trabalho e família. Nessa ótica, o camponês é analisado e interpretado numa perspectiva mais subjetiva, a terra como expressão de uma moralidade, o trabalho como produção de valor ético e a família como valor de produção cultural. O autor busca a expressão de uma ordem moral, denominada de campesinidade, através destas categorias culturais (terra, trabalho e família) que são interligadas e influenciam uma a outra e também em outras, como honra, reciprocidade e hierarquia que manifestam e que expressam esta ordem moral, importante elemento da cultura camponesa.

A campesinidade, por sua vez, é uma qualidade moral que permanece como *habitus*, utilizando-se do conceito de Bourdieu (1990), do ser camponês no campo ou

mesmo fora do campo (cidade), pois a própria migração é um meio de reprodução do campesinato, e a campesinidade acompanha o ser camponês também na migração para a cidade, onde ele pode ou não desenvolver ou reproduzir a vida e o trabalho que tinha no campo. De certo modo, a idéia de campesinidade também é retratada por Seyferth (1974) quando descreve os aspectos históricos da colonização alemã e italiana, especificamente, na região Sul do Brasil. Apesar de os colonos europeus encontrarem diferenças climáticas, territoriais, entre outras, houve a reprodução do campesinato europeu no processo de colonização, expressão da campesinidade dos colonos, o que garantiu a sobrevivência e a reprodução destas famílias no Brasil e a manutenção de raízes culturais.

Se, por um lado, a relação do camponês com a terra é uma relação moral com a natureza, já que é nela que se desenvolve o trabalho que transforma e terra dada por Deus em patrimônio da família, por outro lado, a relação com a terra como patrimônio da família é uma relação de honra e hierarquia, pois é nela que a família se perpetua e que se materializa a honra da família. Então, a moralidade da terra se dá não no seu significado de coisa, objeto de trabalho e produção, mas sim, na relação com o patrimônio, no seu significado de “pessoa-moral” (WOORTMANN, 1990). Assim, pode-se perceber que a terra tem vários significados para a família camponesa, por se constituir num valor material, onde se realiza o trabalho e de onde provém o sustento da família, e num valor moral, quando espaço de moradia da família é também um ambiente de transmissão cultural. É necessário considerar todos estes significados que caracterizam a cultura e o viver das famílias rurais, tendo-se um olhar cuidadoso que permita compreender a família na forma como ela se mostra, valorizando o que é de valor para ela e de como isso se expressa em seu viver.

Numa apreciação sobre o processo de trabalho agrícola de camponeses nordestinos, Woortmann e Woortmann (1997) enfatizam que as dimensões simbólicas do processo de trabalho constroem espaços agrícolas, espaços sociais e espaços de gênero. E que, por se constituir em ações simbólicas que acompanham as ações técnico-produtivas, o processo de trabalho se torna um ritual, uma vez que o trabalho resulta em produtos cultivados (alimentos, por exemplo) e também em cultura produzida (idéias, valores). Então, a cultura se produz no espaço das relações familiares. As relações entre os membros da família camponesa que participam, de modo geral, do processo de trabalho incorporam elementos culturais

presentes nesse meio e reproduzem a cultura, a partir da inclusão de outros elementos que podem passar a fazer parte, em função de seus significados.

De acordo com Woortmann e Woortmann (1997), sobre os espaços de gênero, há uma distinção de domínios que se reflete no processo de trabalho e nas relações de gênero nas famílias camponesas nordestinas. Os espaços de domínio são definidos a partir de uma simbolização. Dessa maneira, a roça e o pasto são espaços de trabalho que, por sua vez, são considerados como sendo de domínio do homem, pois resultaram do trabalho sobre o “mato” que designa local de perigo, onde somente os fortes têm acesso. A mulher é excluída deste espaço, passando a dominar o espaço da casa, onde realiza seu trabalho de modo exclusivo, ou seja, sem receber qualquer ajuda do homem. Entretanto, tratando-se do “mato amansado” (roça e pasto), cuja natureza fora domesticada pelo homem e, portanto, um espaço sem perigos, onde a mulher pode ter acesso para ajudar no trabalho do homem. A construção dos espaços de gênero também se faz pela utilização de instrumentos de trabalho, os quais apresentam significados que são modificados ao longo do seu ciclo de vida útil e ao longo do processo de trabalho, havendo relação, ainda, com o ciclo de vida das pessoas que os utilizam e com as relações hierárquicas dentro da família. A hierarquia na família camponesa se relaciona com o poder da figura paterna em governar a família e a unidade produtiva, visto que quem detém o saber pleno dentro da família e em relação aos demais membros. No entanto, este saber é transmitido aos filhos, constituindo um rito de passagem da família camponesa. Os filhos adquirem o saber pleno no trabalho, aprendendo com o pai (chefe da família) e se tornando, concomitantemente, adultos na família e sendo considerados como capazes de constituir suas próprias famílias (WOORTMANN; WOORTMANN, 1997).

Pode-se perceber a particularidade dos eventos de transição de membros da família camponesa para a vida adulta, além das mudanças nas relações intrafamiliares, expressas pela autonomia dos filhos e a transmissão de saber e, com isso, a transmissão de poder do pai (autoridade) para os filhos, que passam a governar a produção e suas próprias famílias. No estudo desenvolvido por Haygert (2000) sobre as relações geracionais na agricultura familiar do município de Quilombo/SC, a autora identifica o processo de fragmentação da autoridade paterna nas famílias, onde houve a interferência do processo educativo dos filhos na Casa

Familiar Rural². A partir do ingresso dos filhos jovens na casa Familiar Rural, ocorrem mudanças nas relações familiares, refletindo na construção de espaços de diálogo entre pais e filhos, inclusive, levando-se em consideração os projetos individuais dos jovens, o que traz também mudanças à condição de vida do jovem rural. Ao passarem pela Casa Familiar Rural, os filhos adquirem novo saber que é compartilhado com a família, proporcionando melhorias no rendimento da produção agrícola familiar e possibilitando manter ou ampliar o patrimônio familiar. O saber do jovem provoca a fragmentação da autoridade do pai, que passa a dividir a autoridade e as decisões sobre a propriedade de produção com o filho. Além disso, esta situação traz também mudanças quanto à divisão das tarefas e de trabalho entre os membros, mudanças nas relações de gênero, em que a mulher é reconhecida como agricultora, podendo se aposentar como tal por assinar o bloco de notas da produção da propriedade. Essas mudanças evidenciam a construção de um novo território familiar. Segundo Haygert (2000, p.104), “esse novo território familiar, ao contrário de romper o coletivismo interno da família, resulta no seu fortalecimento ao articular os projetos individualizantes dos filhos com o ‘horizonte das gerações’, preocupação maior do chefe de família”. Dessa forma, há um incentivo da Casa Familiar Rural voltado para os interesses dos jovens que projetam seu futuro individualmente, de modo a permanecerem no meio rural, porém sob outras perspectivas e, coletivamente, por considerar também os interesses da unidade familiar na manutenção do patrimônio familiar e produtivo.

De acordo com Abromovay (1997), a possibilidade de maior diálogo acerca dos processos sucessórios nas famílias agricultoras se dá, principalmente, pelo fato de a hierarquia familiar ter diminuído nos dias de hoje. Isso é um ponto positivo quando se verifica a questão das expectativas profissionais dos jovens nas áreas rurais.

Em uma pesquisa realizada sobre o processo sucessório da agricultura familiar do oeste de Santa Catarina, vê-se que, em relação a dar continuidade às

² As Casas Familiares Rurais (CFR) tiveram origem na França em 1937, por iniciativa de um grupo de famílias do meio rural, propondo a adoção de uma formação profissional aliada à educação humana para seus filhos, através da Pedagogia da Alternância. No Sul do Brasil, o processo de implantação se iniciou no Paraná, em 1987, e somente em 1991 nos estados de Santa Catarina e Rio Grande do Sul. Em 1998, as Casas Familiares Rurais integram-se às ações, em nível federal, do Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar (PRONAF), possibilitando o crescimento de unidades implantadas no país. Informações obtidas em: <http://www.planetaorganico.com.br/trabpronaf1.htm>

atividades agrícolas das famílias rurais desta região, os rapazes manifestam maior interesse em seguir a profissão paterna na agricultura, enquanto que, para muitas das moças, permanecer na unidade produtiva rural acaba sendo uma fatalidade, ao invés de uma opção profissional (SILVESTRO, 2001). As moças partem, com maior frequência, para empregos oferecidos na cidade, geralmente trabalhando como empregadas domésticas, onde acabam, muitas vezes, constituindo família própria. Esta pesquisa também revela que há um problema quanto às condições de educação dos jovens rurais, tanto daqueles que permanecem na área rural junto da família, quanto daqueles que migram para a área urbana, em busca de outras opções profissionais. Embora haja maiores condições para educação na cidade, a pesquisa mostra que os jovens partem para trabalhar, mas sem dar continuidade aos estudos, que, normalmente, terminam nas séries primárias. Isto caracteriza os baixos níveis de escolaridade dos jovens rurais e um comprometimento para o futuro deles, havendo menor chance de contribuição do saber do jovem ao saber do pai, ficando a responsabilidade da transmissão do saber tradicional do pai para o filho na família rural. Assim como, para os jovens que migram para a cidade e que não dão continuidade aos estudos, há uma menor chance de conseguir melhores empregos ou melhores salários, reduzindo as condições de habitação e de vida, ficando à margem do empobrecimento na cidade.

No estudo de Haygert e Dickie (2003), os autores verificaram que houve mudanças nas relações internas das famílias que, por optarem pela agricultura sustentável (agroecologia), conseguiram manter os filhos na propriedade, trabalhando e recebendo salário, havendo, ainda, uma divisão societária com os pais. O fato de estarem recebendo pagamento pelo seu trabalho na agricultura, faz com que sejam estimulados para a opção de permanecer na unidade produtiva, garantindo-lhes autonomia. Esta autonomia é valorizada pelos jovens como uma maioria dentro da família, mesmo que residem ainda na casa dos pais. Autonomia esta, que ele teria somente com a saída da casa dos pais ou, tradicionalmente, após o casamento. Dessa maneira, percebe-se que há necessidade de políticas que estimulem os jovens e os incentivem a optar pela agricultura e também o papel da família é de fundamental importância para a motivação do jovem que deseja continuar na vida e no trabalho rural.

Ainda sobre a realidade dos jovens rurais, é importante considerar as novas configurações relacionadas à aproximação dos jovens rurais ao mundo urbano.

Trata-se do que Carneiro (1998) denominou de “rurbanização”, resultante das definições e redefinições de identidade de uma sociedade que não é baseada em padrões culturais homogêneos, mas na diversidade originada do contato com as práticas e valores de culturas distantes. Os padrões culturais diversificados são, caracteristicamente, encontrados nas sociedades urbanas, justamente pelo maior contato e troca entre pessoas de culturas diferentes. A aproximação da sociedade rural com a sociedade urbana, através dos jovens, favorece de certa maneira esta diversidade cultural que pode repercutir de variadas formas, em ambas as sociedades.

A migração para a cidade, temporária ou definitiva, expõe os jovens ao contato com um sistema variado de valores que são absorvidos ou rejeitados, atuando tanto no sentido de reforçar os laços de identidade da cultura original, quanto no sentido de negá-los. (CARNEIRO, 1998, p. 109).

Com esta flexibilidade entre as fronteiras dos espaços rural e urbano, a juventude rural se torna vulnerável ao abandono da agricultura por apreender outros valores, valores distintos dos da própria família rural e que direcionam para outras perspectivas de vida e de trabalho.

Na realidade das famílias rurais do Vale do Itajaí, os jovens que permanecem na agricultura são estimulados pela responsabilidade de manter o patrimônio da família, a terra, que é herdada, geralmente por um dos filhos. Dedicam parte de seu tempo à terra, dando continuidade à plantação e à criação dos animais para prover os alimentos de consumo à família. No entanto, trabalhando com a agricultura, os jovens têm outro vínculo de trabalho nas fábricas, de onde provêm os recursos financeiros para suprir as demais necessidades da família. Esta situação caracteriza a transformação dos agricultores locais, denominados por Seyferth (1990) como colonos-operários.

O estudo etnográfico de Woortmann (1995) desvela o operário-camponês como uma categoria social presente na realidade dos colonos do Sul. A autora salienta que houve uma transformação no universo camponês destes colonos, especialmente, após a metade do século XX, quando o colono passou a servir não apenas como produtor de alimentos e de excedentes para o comércio, mas também como força de trabalho na indústria. Em função disto, muitos filhos deixam de seguir a vida de colonos, preferindo trabalhar nas fábricas, o que é reconhecido como uma

desvalorização da existência do colono nesta região. “O ‘nós’ coletivo da família tende a ser substituído pelo ‘eu’ de cada indivíduo”. (WOORTMANN, 1995, p. 196).

2.3 Os estudos da enfermagem à família no contexto rural

De acordo com Schwartz (2003), a pesquisa na área da enfermagem rural está ainda bastante incipiente, o que evidencia a necessidade de se conhecer esta especificidade. Ao passo que, procurando mostrar o estado da arte sobre a enfermagem à família rural, percebe a escassez de trabalhos produzidos dentro deste tema. Sobre os estudos com família rural na Enfermagem brasileira, como o de Schwartz (2003), Heck (2000), Budó (2000) e outros, cabe destacar que nenhum deles retrata a realidade rural de Santa Catarina, tendo sido desenvolvidos na sua maioria em comunidades rurais do Estado do Rio Grande do Sul. Embora alguns destes trabalhos tenham abordado, de modo específico, famílias descendentes de colonizadores alemães e italianos, residentes em comunidades rurais, cujas características são encontradas também em algumas comunidades rurais catarinenses, ambas as realidades rurais possuem características próprias que as distinguem umas das outras. Seyferth (1990), em seu livro sobre a imigração alemã no Vale do Itajaí Mirim (SC), corrobora com esta idéia, ao referir que o processo de colonização com imigrantes estrangeiros, especialmente europeus, foi bastante complexo e variou de uma região para outra, inclusive, devido a algumas características peculiares das áreas de colonização (vales, rios, superfícies, dentre outras) que marcaram o povoamento.

Analisando as linhas teóricas adotadas por tais estudos, observa-se que nenhum dos trabalhos retrata a perspectiva do desenvolvimento da família, apesar de Schwartz (1998; 2003) considerar as questões geracionais das famílias as quais estudou, apresentando os genogramas. A perspectiva do desenvolvimento foi utilizada como referencial teórico em uma pesquisa com famílias idosas de uma área rural de Santa Catarina (ELSEN; ROSA; ARAÚJO; CARDOSO, 1997) que propunha conhecer as famílias, sua composição, os papéis desempenhados, os problemas enfrentados, os recursos acessados e disponibilizados, bem como, as relações internas e externas da família no seu viver cotidiano. Assim, há uma lacuna desta temática na literatura. Isto já revela a importância e a necessidade de conhecer as

famílias rurais em seu ciclo vital e, sobretudo, nas suas relações com as questões de saúde e de cuidado. Neste sentido, Hoffmann, Fantini e Elsen (2003) também se reportam à necessidade de a enfermagem se respaldar em referenciais teóricos que contemplem a família como foco de atenção, buscando um olhar que proporcione o entendimento acerca do ciclo vital e o reconhecimento da extensão das mudanças. Para Biasoli-Alves (2004), o delineamento de um projeto de pesquisa ou mesmo um projeto de intervenção com famílias precisa prever as possibilidades de se conhecer e de avaliar, tanto as características sócio-culturais das famílias, quanto as suas forças e necessidades, além dos recursos e serviços de que as famílias dispõem na comunidade. A autora também considera a importância da intervenção fundamentada na perspectiva de discutir com as famílias o seu desenvolvimento, ao longo de sua vida, de forma a possibilitar a criação de estratégias adaptadas às características e particularidades de cada família e de cada realidade de vida.

O cuidado à família rural é abordado, nos trabalhos da enfermagem, através das linhas teóricas de família, como a abordagem ecológica de Bronfenbrenner (SCHWARTZ, 2003), e de estudos etnográficos na linha da antropologia, como Denardin (2002) e antropologia da saúde, como o de Heck (2000), que proporciona uma compreensão acerca da construção cultural de uma realidade de saúde e de doença de colonos. Já o estudo etnográfico de Cavalcanti (1998) procurou compreender o significado cultural da sexualidade de mulheres de uma comunidade rural, cuja representação das narrativas revelou a idéia “gosto de ser mulher” e de que o significado da sexualidade está imbricado com todos os aspectos da vida. Outros trabalhos de enfermagem rural utilizaram a Teoria da Universalidade e Diversidade do Cuidado Cultural, de Madeleine Leininger (SCHWARTZ, 1998; BUDÓ, 1997; PORTELLA, 1998), seguindo a linha teórica da compreensão cultural do cuidado na enfermagem. Além destas linhas teóricas, outros referenciais foram também associados, como o estudo de Portella (1998), que teve como base o referencial pedagógico de Freire, e o estudo de Budó (2000), que se fundamentou, especificamente, em conceitos teóricos que permitiram uma visão a respeito das relações entre os espaços urbano e rural, as práticas de cuidado das enfermeiras em áreas rurais e a importância da formação da enfermeira para trabalhar nestas comunidades.

Tendo como foco o preparo de enfermeiras para o cuidado em comunidades rurais, Budó (2000, p.156) afirma que, “para se desenvolver o cuidado que as pessoas precisam na comunidade rural, deve haver uma complementaridade entre o saber profissional e o saber popular”. Dessa maneira, torna-se um desafio para a Enfermagem à família desenvolver estudos que desvelem as aproximações entre os profissionais enfermeiros e as famílias rurais, no sentido de se fazer perceber e conhecer os momentos em que há o compartilhamento do cuidado. Ainda são poucos os estudos que exploram o cuidado familiar no contexto rural, o que se mostra uma possibilidade de construção de conhecimento à Enfermagem. O cuidado familiar é definido por Elsen (2002) como um fenômeno a ser pesquisado e, por isso, um conceito em construção. Para a autora, pode haver interferência e comprometimento da capacidade da família em desenvolver o cuidado em determinadas situações da trajetória familiar, uma vez que,

o cuidado familiar concretiza-se nas ações e interações presentes na vida de cada grupo familiar e se direciona a cada um de seus membros, individualmente ou ao grupo como um todo ou em parte, objetivando seu crescimento, desenvolvimento, saúde e bem-estar, realização pessoal, inserção e contribuição social. (ELSEN, 2002, p.17).

Assim, também Delgado (2003) se refere ao cuidado cotidiano da família, que se constitui num recurso de enfrentamento e também de proteção para a própria existência da unidade familiar. O cuidado da família é criado, aprendido ou adquirido, a partir das vivências cotidianas e pela participação e interação dos membros da família com o meio, gerando ações que se refletem nos seus hábitos, costumes e rotinas. Schwartz (2003) percebeu que a família rural, na sua dinamicidade interna, busca resolver seus problemas, baseando-se no seu modo de viver, nas suas experiências de vida, de saúde e de cuidado. Assim, os membros da família constroem formas de cuidados e de descuidados que se ajustam ou acomodam com o passar do tempo. A autora também ressalta que a família rural pode apresentar um desenvolvimento em potencial, em função da co-participação dos membros no cuidado familiar.

Ainda referenciando os estudos que resgatam as formas de cuidado nas famílias rurais, destaca-se também o trabalho de Budó (1998), que identifica a mulher como cuidadora principal em famílias rurais de descendência italiana. A mulher aprende o cuidado na família, a partir do convívio com outras mulheres,

delineando-se um processo de transmissão do cuidado às filhas e netas. Desse modo, a prática do cuidado familiar é disseminada principalmente entre as mulheres e carregada de crenças, valores, costumes advindos das famílias. Todavia, a autora identifica a participação do homem no cuidado, especialmente, quando se torna necessário auxiliar ou substituir a mulher e também nos casos em que a família decide buscar ajuda do sistema profissional de cuidado. Em famílias de colonos alemães estudados por Heck (2000), as mulheres também são responsáveis pelo cuidado individual dentro da família e elas, desde criança, aprendem o cuidado no dia-a-dia, ao preparar alimentos, ao limpar a casa e o jardim, ao plantar flores e hortaliças. A mulher como cuidadora tem um papel de gerar e preservar a vida sozinha ou com a ajuda de outros (vizinhos, por exemplo), no sentido de ampliar os limites do grupo familiar e estabelecer relações com a comunidade. Enquanto o homem assume um papel mais individual e autoritário, comprometendo-se com a manutenção e estabilidade da propriedade familiar, com a responsabilidade econômica e política de preservação do nome, delimitando as fronteiras da identidade de colono. Porém, nas situações de doença, são as mulheres que decidem quais as ações de cuidado devem ser tomadas, se é ou não é preciso o cuidado profissional. (HECK, 2004).

Dessa forma, torna-se importante conhecer o cuidado à saúde nas famílias rurais, tanto na vida cotidiana, quanto nas situações de doença. Segundo Schwartz (1998), quando as práticas de saúde das famílias rurais são compreendidas, gera respeito, aceitação e credibilidade, possibilitando desenvolver ações que promovam a transformação cultural. Compreender o cuidado familiar possibilita ao enfermeiro aproximar-se das famílias, a fim de que o cuidado profissional não se caracterize distante da realidade rural, interferindo positivamente no processo de cuidar e ser saudável destas famílias.

Compreender o seu viver, adoecer e cuidar leva a pensar as ações no sentido de mantê-los em sua condição rural, ou pela ação de prevenção ao estar doente, ou pela ação para resolver suas necessidades numa organização de trabalho adequada às especificidades e complexidades. Leva, também, à procura de soluções e meios para melhorar o seu viver e construir um caminho que possibilite dar ao ser humano rural dignidade, cidadania, saúde, enfim, segurança, tranquilidade individual e coletiva às famílias. (SCHWARTZ, 2002, p.8).

Na menção de Budó (2000), há uma deficiência de conteúdos teórico-práticos que proporcionem o preparo da enfermeira para trabalhar em áreas rurais. Para tanto, há necessidade de construção de conhecimento nesta área da Enfermagem à família e também sobre o cuidado em comunidades rurais, a fim de tornar mais acessível o conteúdo acerca das experiências de cuidado e a atuação da enfermeira. Algumas iniciativas de projetos articulados por Universidades têm sido relatadas, considerando oportuna a experiência de alunos de graduação em realizar atividades de cuidado, promoção e educação à saúde em comunidades rurais. (WITT, BACKES, STRIN, RODRIGUES, 2000; AMBROSINI, WITT, 2000; MACHADO, MOREIRA, MACIEIRA, MEIRELLES, 2004).

Fazendo um levantamento dos estudos que apresentaram as famílias rurais como seu objeto de cuidado, percebeu-se que os profissionais da saúde buscam trabalhar em equipe de acordo com a realidade da atenção básica à saúde nas comunidades em que atuam e que buscam realizar o cuidado interdisciplinar. Assim, é importante resgatar as experiências relatadas pelos enfermeiros que deparam com a realidade das comunidades rurais em sua prática profissional cotidiana. Eles têm procurado mostrar as ações de cuidado realizadas para a promoção da saúde das famílias rurais, com a implementação do Programa de Saúde da Família nos serviços de atenção básica destas comunidades. As ações de cuidado à saúde englobam a atenção à saúde da mulher, através da coleta de exames preventivos (FOSCHIERA; GRANDO; MARASCHIN; MIGUEL, 2003), a saúde do idoso, através dos grupos terapêuticos (OLIVEIRA; DAINEZ; PIETSCH; BENTO, 2003) e imunização (MARASCHIN; PIETSCH; TOMAZONI, 2003), além das ações voltadas para a comunidade, de modo geral, como as atividades de saúde bucal (MARTINS; TOGASCHI; SAWASAKY, 2003), prevenção de intoxicações pelo uso de agrotóxicos (NISHIYAMA, 2003) e ações de educação ambiental (OLIVEIRA; PIETSCH; BENTO, 2003). Também há estudos sobre a morbidade de uma população rural de uma área de PSF (ALMEIDA et al, 2003). Apesar de estarem articuladas aos programas de saúde implementados nos serviços de saúde e, por este motivo, refletirem na atenção mais individualizada à mulher, ao idoso, à criança, estas ações relatadas expressam as necessidades encontradas pelos profissionais para promoverem a saúde nas comunidades rurais. Por outro lado, as ações não caracterizam uma atenção com foco na unidade familiar, o que pode manifestar as dificuldades dos

profissionais, principalmente, da enfermagem em promover a saúde da família, mesmo que por meio dos programas de saúde articulados ao PSF.

Com a leitura dos estudos acima citados, identificou-se que a pesquisa com família, independente do contexto em que se encontra inserida, promove uma troca entre profissionais da saúde e de outras áreas afins, famílias e academia. São muitos os profissionais de enfermagem e da área da saúde que trabalham com Saúde da Família, em especial, aqueles que atuam nas comunidades rurais e do interior do Brasil. Porém, cuidar de famílias nos mais variados contextos de vida torna-se uma tarefa complexa, o que torna esta troca tão importante e necessária. Dessa maneira, ao verificar-se a existência de lacunas que geram dificuldades ao cuidado, abrem-se as possibilidades do desenvolvimento da pesquisa que vai a busca do conhecimento e de resultados que contribuam à prática profissional. A intenção de realizar esta pesquisa foi de refleti-la com a realidade das famílias rurais, dando um suporte teórico-prático ao cuidado da Enfermagem.

CAPÍTULO 3

A TEORIA DO DESENVOLVIMENTO DA FAMÍLIA

Este capítulo apresenta o referencial teórico que sustentou a pesquisa com as famílias rurais. Inicialmente são descritas as fontes ou bases teóricas que fundamentam a Teoria do Desenvolvimento da Família e, posteriormente, os conceitos da Teoria, o marco conceitual e os pressupostos elaborados para adaptação com o fenômeno estudado.

3.1 Fontes teóricas da Teoria do Desenvolvimento da Família

A Teoria do Desenvolvimento da Família focaliza as mudanças padronizadas e sistemáticas experienciadas pelas famílias, através dos estágios do seu ciclo de vida familiar. Ela tem suas origens no ciclo vital dos organismos biológicos, podendo ser confundida com as premissas propostas por Erikson, Piaget e Freud, cujos estudos contribuíram, principalmente, para a descoberta das fases de desenvolvimento da criança. Embora os teóricos do desenvolvimento da família reconheçam a importância do desenvolvimento individual, o desenvolvimento da família como um grupo de indivíduos que interagem e como um grupo organizado por normas sociais é seu mais importante foco. A teoria do desenvolvimento da família incorpora o tempo e a história como componentes mais importantes. (KLEIN; WHITE, 1996).

No entanto, os conceitos de ciclo vital individual e de ciclo vital da família estiveram muito próximos, em grande parte, devido aos estudos de Erik Erikson e Milton Erikson. O primeiro estudou o ciclo vital focado no indivíduo, relacionado com a formação da identidade, interagindo o aspecto psicológico e social (relatividade psicossocial). Dessa forma, mesmo que o enfoque de seu estudo tenha sido no indivíduo, inseriu uma dimensão intergeracional no ciclo vital, aproximando-se do conceito de ciclo de vida familiar. Milton Erikson buscou relacionar a abordagem individual ao ciclo de vida familiar como estratégia terapêutica, preocupando-se com a influência familiar e o processo de desenvolvimento familiar (CERVENY;

BERTHOUD, 1997). Após a Segunda Guerra, sobretudo nos Estados Unidos, começou-se a admitir a saúde mental como relação dos processos internos do indivíduo e seu meio, contribuindo para a ampliação da visão social e ambiental na perspectiva do desenvolvimento (BOEHS, 1990). Para a Teoria do Desenvolvimento da Família, o ciclo de vida individual acontece dentro do ciclo de vida familiar, que é considerado o contexto primário do desenvolvimento humano. Como um sistema movendo-se através do tempo, a família possui propriedades basicamente diferentes de todos os outros sistemas. Embora o processo familiar não seja, de modo algum, linear, ele existe na dimensão linear do tempo (CARTER; MCGOLDRICK, 1995).

Os estudos de família, realizados por psicólogos e sociólogos, iniciaram nos países ocidentais, a partir da Segunda Guerra. Alguns autores dividiram o ciclo de vida familiar em diferentes etapas. A análise mais amplamente aceita é a da socióloga Duvall, que iniciou seus estudos, em 1948, com famílias de classe média nos Estados Unidos. Duvall separou o ciclo de vida familiar em oito estágios, todos referentes aos eventos nodais relacionados às idas e vindas dos membros da família, propondo que em cada estágio os membros apresentam funções específicas. “O modelo de três pessoas, ou familiar, foi cuidadosamente elaborado por Duvall, focalizando a educação dos filhos como elemento organizador da vida familiar” (CARTER; MCGOLDRICK, 1995, p.9).

A classificação de Duvall, publicada em 1977, sobre as fases do ciclo de vida familiar é a que mais tem sido utilizada nos estudos sobre o desenvolvimento, embasando outras estruturações do ciclo vital publicadas posteriormente. O quadro 1 resume as transições e mudanças associadas a cada estágio de vida familiar, com base na classificação de Duvall (CARTER; MCGOLDRICK, 1995) que é apresentado na seqüência.

A análise mais complexa do ciclo de vida foi proposta em 1960 por Rodgers, que ampliou o ciclo de vida familiar em vinte e quatro estágios que incluem o progresso dos vários filhos através dos eventos nodais do ciclo de vida. Em 1970, Hill enfatizou três aspectos geracionais do ciclo vital familiar, indicando que os pais dos filhos casados formam uma ponte entre duas gerações (a mais velha e a mais nova) e que cada estágio compreende um complexo de papéis a cada membro da família, papéis distintos, porém, relacionados entre si. (CARTER; MCGOLDRICK, 1995).

Estudos mais recentes vêm adicionando à teoria sobre o desenvolvimento da família versões mais atuais da família. Novas normas do ciclo de vida também foram desenvolvidas para famílias divorciadas, as reconstituídas, as de baixa renda, as de alcoólatras e para famílias em que ambos os pais trabalham. Além disso, a perspectiva do ciclo de vida familiar tem sido abordada num nível de três a quatro gerações (CARTER; MCGOLDRICK, 1995).

| ESTÁGIOS DE CICLO DE VIDA FAMILIAR | PROCESSO EMOCIONAL DE TRANSIÇÃO: PRINCÍPIOS-CHAVE | MUDANÇAS DE SEGUNDA ORDEM NO STATUS FAMILIAR NECESSÁRIAS PARA O DESENVOLVIMENTO |
|---|--|--|
| 1. Saindo de casa: jovens solteiros | Aceitar a responsabilidade emocional e financeira pelo eu. | a) Diferenciação do eu em relação às famílias de origem; b) Desenvolvimento de relacionamentos íntimos com adultos iguais; c) Estabelecimento do eu com relação ao trabalho e independência. |
| 2. A união de famílias no casamento: o novo casal | Comprometimento com um novo sistema. | a) Formação do sistema marital; b) Realinhamento dos relacionamentos com as famílias ampliadas e amigos para incluir o cônjuge. |
| 3. Famílias com filhos pequenos | Aceitar novos membros no sistema. | a) Ajustar o sistema conjugal para criar espaço para o(s) filho(s); b) Unir-se nas tarefas de educação dos filhos, nas tarefas financeiras e domésticas; c) Realinhamento dos relacionamentos com a família ampliada para incluir os papéis de pais, avós e outros. |
| 4. Famílias com adolescentes | Aumentar a flexibilidade das fronteiras familiares para incluir a independência dos filhos e as fragilidades dos avós. | a) Modificar o relacionamento progenitor-filho para permitir ao adolescente movimentar-se para dentro e para fora do sistema; b) Novo foco nas questões conjugais e profissionais do meio da vida; c) Começar a mudança no sentido de cuidar da geração mais velha. |
| 5. Lançando os filhos e seguindo em frente | Aceitar várias saídas e entradas no sistema familiar. | a) Renegociar o sistema conjugal como diáde; b) Desenvolvimento de relacionamentos de adulto para adulto entre os filhos crescidos e seus pais; c) Realinhamento dos relacionamentos para incluir parentes por afinidade e netos; d) Lidar com a incapacidade e morte dos pais. |
| 6. Famílias no estágio de vida tardia | Aceitar a mudança dos papéis geracionais. | a) Manter o funcionamento e os interesses próprios e/ou do casal em fase do declínio fisiológico; b) Apoiar um papel mais central da geração do meio; c) Abrir espaço no sistema para sabedoria e experiência dos idosos, apoiando a geração mais velha sem funcionar apenas por ela; d) Lidar com a perda do cônjuge, irmãos e outros iguais e preparar-se para a própria morte. Revisão e integração da vida. |

Quadro 1: classificação do ciclo de vida familiar de Duvall (CARTER; MCGOLDRICK, 1995, p.17).

Apesar de existirem estas classificações do ciclo vital, não significa que sejam classificações aplicadas a todas as famílias, uma vez que cada classificação reflete uma realidade estudada, com características sócio-econômicas e culturais de determinadas famílias. Isto indica que existem muitos outros ciclos vitais a serem

desvendados, a partir das diversas realidades. Conforme Fonseca (2004), as pesquisas antropológicas realizadas nas últimas décadas do século XX mostraram a existência de grande diversidade de dinâmicas familiares que refletem as próprias mudanças que a sociedade tem vivido. Os ciclos de vida familiar e a história da vida em família que se desenvolve através dos acontecimentos estão em mudança, em função das influências do tempo presente. Dentre as mudanças mais dramáticas, destacam-se aquelas decorrentes de fatores como a redução nas taxas de nascimento, o aumento da longevidade e da expectativa de vida dos idosos, a mudança de papéis da mulher e, também do homem, o grande número de divórcios e casamentos, o aumento no número de pais e mães solteiros, casais morando juntos sem oficializar o casamento, adoções por pessoas solteiras, aumento de casais e famílias homossexuais (VICENTE, 2004).

Neste sentido, o desconhecimento dos novos ciclos vitais familiares, inclusive o que se refere às famílias rurais, constitui-se em lacuna para a pesquisa com famílias. Hines (1995), por exemplo, descreve o ciclo vital nas famílias negras e pobres dos Estados Unidos. A autora menciona que há uma grande variedade de estruturas familiares tanto entre os pobres, quanto entre os ricos. No entanto, as estruturas podem ser semelhantes entre famílias de classe baixa, média e alta. O ciclo vital das famílias pobres americanas, em contraste com as famílias de classe média, é bastante prejudicado por diversos fatores que geram estresses e insatisfação nas necessidades básicas. Com base nos estudos de Hines (1995), distinguem-se quatro características nos ciclos vitais destas famílias: 1) o ciclo de vida parece truncado e as transições não são claramente delimitadas; 2) as famílias são freqüentemente chefiadas por mulheres e do tipo família ampliada; 3) o ciclo é pontuado por numerosos eventos imprevisíveis, gerando estresses conseqüentes; 4) as famílias contam com poucos recursos para lidar com os estressores e dependem extensivamente das instituições governamentais para satisfazer até mesmo as necessidades básicas.

As famílias são diferentes e únicas. Portanto, há diferenças em definir a família, assim como, as etapas e as tarefas no ciclo vital diferem nas tradições, nos rituais e nas cerimônias que se constituem os eventos ou transições familiares. Desse modo, a etnicidade é um importante elemento a ser considerado para as classificações de ciclo vital familiar por interagir em todas as etapas. Reflete os

pensamentos, os sentimentos e os comportamentos conscientes e inconscientes, ou seja, aqueles percebidos e aqueles não percebidos comuns entre as pessoas de um grupo. A etnicidade descreve o que é transmitido pela família ao longo das gerações e reforçado pela comunidade que a cerca, dando uma identidade e uma continuidade histórica à família (McGOLDRICK, 1995).

No Brasil, destaca-se o estudo de Cerveny, Berthoud e colaboradores (1997), que propõem a caracterização de ciclo vital diferente da literatura estrangeira, a partir de uma pesquisa realizada com famílias paulistas de estrato médio, em 1996 e 1997. Essa caracterização distingue quatro fases principais do ciclo vital familiar, que foram denominadas: 1) aquisição; 2) adolescente; 3) madura; e 4) última. A seguir é apresentado o quadro 2 com a classificação do ciclo vital familiar elaborado a partir do estudo de Cerveny e Berthoud (1997).

| Fases do Ciclo Vital | Princípios-Chave | Mudanças de Segunda Ordem |
|-----------------------------|--|--|
| 1. Fase de Aquisição | Aquisição de um Modelo de Família através de objetivos comuns. | Formação do Sistema Marital equilibrado, através de uma diferenciação emocional; Resolução de conflitos típicos deste estágio. |
| 2. Fase Adolescente | Aceitar as mudanças biopsicossociais do(s) filho(s) e do Eu. | Revisão de papéis entre o progenitor-filho para evitar a vulnerabilidade do adolescente. |
| 1. Fase Madura | Aceitar a responsabilidade biopsicossocial de duas ou mais gerações. | Elaboração dos ganhos e perdas. |
| 4. Fase Última | Realizar um balanço intergeracional. | Retorno ao Sistema Conjugal a dois. |

Quadro 2: classificação do ciclo vital familiar, segundo Cerveny e Berthoud (1997).

De acordo com Cerveny e Berthoud (2002), a fase de aquisição é caracterizada por um processo de “adquirir” que contribui à iniciação da construção da vida em família. Dessa maneira, o casal busca adquirir bens de consumo, uma moradia, um estilo de vida, padrões de interação e de convivência que proporcionem a união do casal e a vida a dois, bem como a chegada dos filhos e vivência da infância dos mesmos.

Os membros das famílias em formação ou aquisição, pelo próprio processo de transição, se reconhecem como família e também percebem fazer parte da família do outro. No entanto, há diferenciação nos níveis de composição familiar, definindo a família a partir de conceitos oriundos da própria convivência. Para viver em família, contudo, é preciso resgatar os conceitos, valores, hábitos vividos nas famílias de origem, como revelam as famílias entrevistadas por Althoff e Manfrini

(2002). Há a influência das famílias de origem, através do modelo familiar que se faz presente na construção da convivência da nova família. Este modelo familiar é dotado de características comuns e diferentes entre as famílias de origem, sendo focado nos pais, na maneira de organizar e estabelecer relações e organizar a vida diária. As relações sociais da família em aquisição são modificadas, tanto com a família, quanto com os amigos antigos, abrindo-se para fazer novas amizades.

A fase que se segue é a adolescente, que não está simplesmente associada com a adolescência dos filhos, mas à busca por novos padrões de relacionamento com eles, reajustando e reconfigurando o relacionamento de pais e filhos e da família com os outros. Há uma mudança no ritmo e na dinâmica de vida da família, muitas vezes, gerando conflitos e dificuldades de organização, quando comparada com a etapa anterior (CERVENY; BERTHOUD, 2002).

Na fase da adolescência, os pais entrevistados no estudo de Althoff e Manfrini (2002) ressaltaram disponibilizar de mais tempo e ter conquistado estabilidade profissional e financeira que possibilita usufruir de suas conquistas. Também relembram a passagem pela fase complicada, quando os filhos eram pequenos, na qual havia necessidade de ajuda e de despesas com as doenças. Desejam estar mais com os filhos, apesar de reconhecerem a dificuldade de realizar programas juntos nesta fase. Por isso, negociam sobre as atividades de modo a satisfazer e atender às necessidades de todos os membros. Os adolescentes revelam que podem aceitar as limitações estabelecidas pelos pais, entretanto, muitas vezes, utilizam da persuasão para alcançar seus objetivos. Os pais também percebem que em cada etapa muda a forma de educar, sendo na fase adolescente a preocupação maior em definir limites, manter a disciplina, orientar sobre condutas boas e ruins, alertar e estar alerta. Para isto, consideram importante o diálogo e a participação dos filhos adolescentes, uma vez que estão em busca de sua independência e autonomia.

A fase madura é vista como a mais longa e, talvez, mais difícil para a família, devido à repercussão das mudanças de vida envolver, de diferentes formas, os membros da família. É o momento em que a família recebe novos membros, especialmente, com o casamento dos filhos e nascimento dos netos, mas a família também perde membros, com a saída dos filhos de casa e a morte de pessoas da família, principalmente, das gerações mais velhas. Desse modo, a família tem como

desafio a adaptação às mudanças na estrutura, nos papéis e tarefas, e na organização diária, remodelando as relações e pensando sobre o futuro da família (CERVENY; BERTHOUD, 2002).

No estudo de Manfrini e Althoff (2003), as famílias fazem uma retrospectiva da vida familiar, lembrando das etapas anteriores, e apontam a infância e adolescência dos filhos como fases marcantes da trajetória familiar, também em função das dificuldades nelas permeadas. As famílias traçam expectativas para o futuro, manifestando seu desejo de independência dos filhos visando não comprometer a liberdade dos mesmos. Com a saída dos filhos de casa, a rotina da família altera, porém, os filhos freqüentemente retornam, no início com mais freqüência, e à medida que vão formando a sua própria família e assumindo compromissos, eles diminuem o número das visitas. Os casais percebem que provoca uma mudança na maneira de conviver e que, com o passar do tempo, ocorre o amadurecimento do relacionamento conjugal. Os novos membros que se agregam à família são recebidos com boas perspectivas de relacionamento e convivência.

Na construção do modo de viver em família, surge um modelo familiar que norteia o cotidiano dos membros da família. As famílias estudadas pelas autoras vêem o modelo construído por elas como caminho para criarem seus filhos e exemplo a ser seguido pelos filhos na caminhada de suas trajetórias de vida. Os pais notam que os filhos que saem de casa utilizam esse modelo na formação de suas famílias. Todavia, o modelo é construído mediante a participação de todos na vida familiar, podendo ser desejado ou não pelos filhos, em sua vida, já que outros valores podem ser construídos por eles, em virtude das mudanças sociais. Surgem novos compromissos e modificações na vida cotidiana, como tendo que ajudar os filhos que saíram de casa financeiramente ou tomando conta dos netos (MANFRINI; ALTHOFF, 2003).

A fase última ou tardia, segundo Cervený e Berthoud (2002), finaliza o ciclo da família, tornando possível observar e recordar todas as mudanças decorridas ao longo do tempo, bem como as modificações e manutenções de costumes, valores, papéis nas famílias. É uma fase complexa por envolver o relacionamento de várias gerações familiares, em que os membros expressam fases de vida diferenciadas e momentos históricos distintos.

As perdas familiares são consideradas marcos da vida em família, especialmente nesse período. As famílias estudadas por Manfrini e Althoff (2003) revelam que o apoio familiar, a religiosidade e a compreensão acerca do ciclo vital constituem-se estratégias importantes para o enfrentamento da falta dos entes queridos. Dessa forma, o curso da trajetória segue sob duas perspectivas: vivendo a solidão ou vivendo juntos. Sobre o viver só, enfatizam que a vida com a ausência do companheiro pode ser positiva ou negativa. Viver juntos é uma condição necessária para muitas pessoas, assim, a vida do casal acontece sob duas perspectivas: a continuação e a reconstrução da vida conjugal. Na perspectiva da continuação da vida conjugal, algumas famílias ressaltam que o casal atinge um estado natural de companheirismo. A reconstrução da vida conjugal com a aproximação de um novo companheiro (a) é uma possibilidade que surge quando alguém fica viúvo (a) e o desejo de viver com outra pessoa, ou quando a experiência de morar com os filhos não dá certo.

O círculo social das famílias nessa fase é reflexo das relações construídas ao longo da vida familiar. Entretanto, as famílias referem que as amizades podem ser ampliadas nesta fase da vida, principalmente com pessoas da mesma faixa etária, por meio da participação de grupos da terceira idade. O envelhecimento está presente nesta etapa da vida, porém, há o desejo de se manterem distantes dele e para isto apontam estratégias que alimentam o espírito jovem, como exemplo, evitar pensamentos de que se está ficando velho e a participação em grupos. Dessa maneira, desejam se manter em ação e movimento (MANFRINI; ALTHOFF, 2003).

Os ciclos vitais que se apresentam nos estudos realizados são bastante variados, os quais demonstram a diversidade das experiências familiares, dos modos de viver e das mudanças na convivência, ao longo das fases da vida. Contudo, a aproximação da Enfermagem com as famílias está imbricada no seu acompanhamento e no conhecimento a respeito do processo de desenvolvimento familiar.

A figura abaixo, mostra as quatro fases do ciclo vital familiar: aquisição, adolescente, madura e tardia. Em cada fase são apresentados desenhos referentes aos eventos de transição esperados, como exemplo, a união do casal, a gestação e o nascimento dos filhos na fase de aquisição. As transições foram representadas por linhas pontilhadas, buscando-se indicar alguns marcos ou mudanças enfrentadas

pela família ao longo do seu ciclo familiar. Embora os eventos de vida ilustrados estejam relacionados com as respectivas fases, nas quais se espera que aconteçam, tem-se a possibilidade de alguns eventos acontecerem inesperadamente em outras fases e também de não acontecerem ao longo do ciclo vital familiar. O círculo pontilhado de cor laranja indica o sentido do desenvolvimento da família, dando a idéia de ciclo ao longo das fases.

Além disso, procurou-se incluir o cuidado familiar que permeia as fases de vida e acompanha o desenvolvimento familiar. Para tanto, representou-se o cuidado familiar através de um círculo preto pontilhado que circunda a ilustração do ciclo vital. Ao centro, encontra-se o Sistema de Saúde Familiar que foi simbolizado por espirais de cinco cores diferentes identificadas na legenda, as quais representam os campos da vida familiar (interativo, desenvolvimento, enfrentamento, integridade e saúde). Dessa maneira, o Sistema de Saúde Familiar pode ser entendido como um processo do viver da família, fazendo parte do desenvolvimento, de acordo com a interação entre os seus campos.

Figura 1: fases do desenvolvimento da família e o sistema de saúde familiar.



Esta figura foi criada com base nas leituras realizadas sobre a Teoria do Desenvolvimento da Família e na Abordagem do Sistema de Saúde Familiar, tendo a finalidade de auxiliar na compreensão do referencial teórico utilizado como suporte neste estudo. Além disso, baseou-se em uma ilustração sobre os estágios do ciclo vital, de Duvall (1977 apud JANOSIK; MILLER, 1979).

3.2 Pressupostos gerais e marco conceitual da Teoria para a pesquisa com famílias rurais

Neste item são apresentados os pressupostos da Teoria do Desenvolvimento da Família e os conceitos que compõem o marco para o referencial deste estudo. Conforme Minayo (1994), a teoria é considerada um sistema organizado, composto de proposições que orientam a obtenção e a análise dos dados, além dos conceitos que veiculam o seu sentido. Estes elementos da teoria promovem a organização do pensamento e uma compreensão da comunidade científica que segue o mesmo caminho de reflexão e ação.

Rodgers e White (1993, apud KLEIN; WHITE, 1996) apontaram seis proposições gerais para a Teoria do Desenvolvimento da Família, as quais foram traduzidas para este estudo para esclarecer a idéia de que o desenvolvimento da família, sendo esta grupo ou instituição familiar, se dá através das normas e papéis criados interativamente pelos membros e com outras instituições sociais, no decorrer das mudanças advindas do processo de desenvolvimento.

1 – O desenvolvimento familiar é um processo regulado por normas temporais e seqüenciais da sociedade.

Esta proposição discorre que o desenvolvimento familiar é um processo definido por normas sociais. Assim como as normas são diferentes de cultura para cultura, o processo de desenvolvimento familiar pode ser diferente de cultura para cultura. Devido o desenvolvimento familiar ser regulado por normas sociais, o foco central para entendimento deste processo deve ser sobre a instituição familiar. A instituição familiar é composta de todas aquelas normas que regulam e definem a vida da família dentro de uma cultura ou sistema social. Preferivelmente, os sistemas sociais são vistos como definição de normas de desenvolvimento familiar e, como

toda norma social, estas regras do processo de desenvolvimento mudam através do tempo histórico.

2 – Se uma família ou indivíduo está fora da seqüência com a ordem normativa dos eventos familiares, a probabilidade dos futuros transtornos é elevada.

A sociedade precisa estar organizada. Uma significativa parte da organização social é a época e o estágio os valores de várias instituições. Se uma pessoa ou família sai da seqüência de uma instituição, o resultado é que eles estão mais propensos a serem excluídos da sincronia com outras instituições. A maioria das pesquisas nesta área tem sugerido conseqüências negativas para famílias e indivíduos, tais como as altas taxas de transtornos conjugais. Entretanto, há o argumento de que quando as normas são sucessivamente mudadas, que é originalmente advindo do comportamento de estar sofrendo as conseqüências de estar fora da seqüência representada por uma nova norma dominante (sucessão normativa). Esta nova norma dominante sincroniza, gradualmente, com outras instituições assim que se reajustam.

3 - Dentro dos grupos familiares, os membros da família criam normas familiares internas.

Dentro dos grupos familiares, cada família cria regras sociais, tais como, hora de dormir, regras sobre quando e quanto se pode assistir televisão e regras sobre ficar fora até tarde. Estas instituições da família provêm um amplo parâmetro dentro das quais as famílias podem, interativamente, criar suas regras internas. As normas internas da família são, posteriormente circunscritas pela instituição da família e não podem, acima de tudo, ameaçar as funções da família. Muitas das normas na família repousam sobre algum estágio de desenvolvimento individual dos membros.

4 – As interações dentro do grupo familiar são reguladas pelas normas sociais, elaborando regras familiares.

As interações familiares são previsíveis e uniformes entre as famílias, devido às normas e às expectativas com respeito aos papéis familiares. Como mencionado anteriormente, as normas provêm os parâmetros dentro dos quais os membros da família podem criar regras únicas para suas famílias. Os parâmetros para as regras, tais como, as de mãe e pai de jovens crianças são especialmente restritivas, porque a sociedade, em sua maioria, têm uma grande expectativa na reprodução e socialização de novos membros da sociedade. Por exemplo, espera-

se que as mães sejam educadoras dos jovens. Falhas a respeito disso podem mostrar um distúrbio de comportamento nas crianças e, mais seriamente, uma falha para o crescimento na infância. Normas menos codificadas existem sobre as técnicas disciplinares da paternidade, tais como, o espancamento e o controle das crianças. Em adição ao relacionamento pai-criança, há expectativas sociais quanto ao relacionamento com outros membros da família, como o relacionamento com irmãos. Espera-se que os irmãos se relacionem e tomem conta uns dos outros. As normas construídas para a relação de irmandade se estendem para os mais velhos, quando os irmãos substituem uns aos outros para auxiliar.

5 – A transição de um estágio familiar para outro é prevista pelo estágio atual e pela duração do tempo gasto naquele estágio.

Apesar das famílias passarem sua vida fazendo o que parecem ser decisões individuais sobre quando casar, ter os filhos e outras situações, em geral, há um alto grau de previsibilidade nas famílias. Não é de se surpreender que este processo seja largamente formado por normas sociais de época e seqüenciais. Casais que são recentemente casados têm uma alta probabilidade de ter um filho, considerando que quanto mais o casal permaneça nesta fase, sem filhos, menor é a probabilidade de que eles tenham um filho.

Esses modelos de desenvolvimento familiar variam de cultura para cultura. Mesmo dentro de uma cultura há muitas variações. A variação dentro de uma cultura demonstra a força das normas de época e seqüenciais da família.

6 – Indivíduos e famílias sistematicamente desviam de normas familiares institucionais para ajustar seus comportamentos a outras normas institucionais, tais como o trabalho e a educação.

As normas de época e seqüenciais para o desenvolvimento familiar não permanecem isoladas da maior parte das outras instituições sociais. No passado, as instituições religiosas reforçadas e fortemente sancionadas pelas normas sobre a vida familiar e organizações religiosas estabelecem suas próprias normas para estar em conjunção com as normas familiares. Hoje, a família é menos pressionada pelas normas de instituições religiosas, mas são forçadas a articular as normas familiares com as normas no trabalho e educação. De fato, a conjunção das normas de época e normas de várias instituições constrói a normativa do curso da vida de indivíduos e famílias.

A seguir são apresentados os pressupostos pessoais que refletem as idéias iniciais sobre o fenômeno estudado e, posteriormente, os demais conceitos: saúde da família, cuidado familiar, enfermagem à família e cultura. Os pressupostos pessoais exprimem uma reflexão acerca da realidade, pela qual houve a aproximação com o fenômeno de estudo e, conseqüentemente, o interesse por desenvolver esta pesquisa.

- O cuidado familiar consiste numa tarefa de desenvolvimento presente de modo e intensidade diferenciados em cada fase da vida familiar. A família rural pode desempenhar a tarefa de cuidar com forças e também com fragilidades.

- A família rural direciona seu cuidado para o desenvolvimento e para a saúde dos seus membros e da família num todo e consiste em um recurso de cuidado à saúde, aproximando-se ou distanciando-se de outros recursos de cuidado, inclusive o profissional. Esse cuidado da família pode ser compartilhado entre os membros e transmitido às gerações.

- O cuidado familiar pode ser compartilhado entre os membros da família e com outras pessoas que compõem a rede social da família e com os sistemas sociais, com ênfase no sistema de saúde de sua comunidade.

- Ao cuidar das famílias rurais na perspectiva do ciclo vital, a enfermeira identifica as forças e as fragilidades da família nas ações de cuidado.

- A enfermeira que cuida das famílias rurais tem seu olhar voltado para o desenvolvimento da família e as repercussões do cuidado familiar ao desenvolvimento.

- Para cuidar das famílias rurais, a enfermeira busca compreender o seu viver e o seu cuidar, a fim de construir conhecimentos que fortaleçam a prática do cuidado de enfermagem à família neste contexto.

- A Enfermagem se constitui em um recurso profissional de saúde para a promoção da saúde familiar e o fortalecimento da família em seu cuidado.

- A cultura é um importante elemento à compreensão do cuidado familiar e para o desenvolvimento do cuidado de enfermagem às famílias rurais.

O marco conceitual para esta pesquisa com famílias rurais está embasado em idéias de alguns autores da Teoria do Desenvolvimento da Família e também em adaptações da pesquisadora. A seguir, apresento os conceitos de família,

desenvolvimento da família, papel familiar, norma familiar, tarefas de desenvolvimento e eventos de transição.

Segundo o conceito de Burgess (apud Rowe, 1981), *Família* é uma unidade de personalidades de ações recíprocas. Isto permite entender a família como um sistema inter-relacionado, de tal forma que não ocorre mudança em uma parte sem uma série de mudanças resultantes em outras partes.

As idéias de Rodgers (1964) apud Klein e White (1996) que fundamentam a Teoria do Desenvolvimento da Família definem a unidade familiar semipermeável. Embora a família estabeleça fronteiras distintas, usualmente demarcadas pelo espaço do lar ou domicílio, estas fronteiras são permeáveis pelos efeitos de influência da sociedade. Esta semipermeabilidade natural da unidade familiar está diretamente citada em algumas definições de família (ALDOUS, 1978; RODGERS, 1973 apud KLEIN; WHITE, 1996) e é também referido, indiretamente, por outros autores que incorporaram normas sociais tanto externas, quanto internas à família. Ser um sistema semipermeável significa que a família não é inteiramente independente de outros sistemas sociais, mas também não é completamente dependente. A dimensão de tempo do processo familiar é decisiva para a compreensão e explicação das mudanças familiares e, conforme a visão de autores do desenvolvimento familiar, o tempo é multidimensional (KLEIN; WHITE, 1996). Ou seja, cada indivíduo na família, a interação entre os membros da família, a estrutura familiar e as normas que compõem as expectativas sobre os papéis familiares mudam com o passar do tempo.

A família é composta de pessoas dinâmicas que são membros individuais e do grupo. Portanto, as mudanças nos fatores de relacionamento de grupo, assim como, a personalidade individual devem ser consideradas. Todavia, família é mais que a soma de suas partes (CARTER; MCGOLDRICK, 1995). A família não é uma entidade estática, ela está constantemente em mudança. Cerveny (2002, p. 18) conceitua família como um “sistema de relações que opera de acordo com certos princípios básicos e que evolui no seu desenvolvimento, de um modo particular e complexo determinado por inúmeros fatores”.

Nesta pesquisa, entende-se *Família Rural* como unidade composta de pessoas que se definem família. Entretanto, a composição familiar assume diversas configurações, segundo os membros e a fase do ciclo vital familiar, constituindo uma estrutura dinâmica de funcionamento, em que ocupam posições, desempenham

papéis, estabelecem normas e realizam tarefas ao seu desenvolvimento, dentre elas, o cuidado. Os membros da família interagem e se relacionam entre si e com outros, organizam-se para o funcionamento familiar, a partir dos padrões (comunicação, relacionamento, interação, valores, dentre outros) que se modificam com o passar do tempo e também conforme a cultura. A família rural se caracteriza pela convivência de mais de uma geração familiar que reside, geralmente, em mesmo território, onde se estabelecem relações de afeto, apoio, cuidado e trabalho. Constrói um modo de viver e de cuidar baseado na sua cultura que reflete a condição de ruralidade (SCHWARTZ, 2002). Considerando esta condição de ruralidade, a família pode vivenciar também outras fases e transições na sua trajetória de vida, particulares e distintas de outras famílias, em outros contextos de vida.

O *Desenvolvimento da Família* compreende a construção da trajetória e da história de vida em família, ao longo do tempo, passando por fases distintas e dinâmicas geradoras de mudanças que influenciam nas relações entre os membros da família e com a sociedade. Envolve também o desenvolvimento individual dos membros da família, o que supõe uma simultaneidade entre a fase de vida da família e a fase de vida de cada membro (CERVENY, 2002), assim como, os papéis, as tarefas e a presença do cuidado. Na menção de Collière (1989), o cuidado em família é prestado, proporcionalmente, ao grau de autonomia e conforme a idade de cada indivíduo durante a vida. Dessa maneira, o cuidado se faz presente nas várias fases do desenvolvimento, porém, de modos diferentes, nas quais a família e a enfermagem podem compartilhar desse cuidado, mesmo que assumindo responsabilidades e papéis diferenciados.

Assim como um membro individual da família cresce, amadurece e envelhece, enquanto passa por sucessivas mudanças e reajustamentos de idéias, também a família possui uma seqüência de formações através de expansão e contração à dissolução. Para progredir como uma unidade, a família desenvolve modelos de interação recíproca para cumprir as necessidades e desejos mútuos ininterruptamente. Assim, o ciclo vital familiar se constitui em fases evolutivas de desenvolvimento, definidas sob critérios (idade dos pais e dos filhos, tempo de união do casal, etc) pelos quais as famílias passam, desde sua constituição até a morte de seus primeiros membros como um sistema que se move através do tempo. (CERVENY, 2002).

Papel Familiar é a parte dinâmica de uma posição definida por normas da cultura. A posição se refere à localização do membro na estrutura familiar. Cada posição contém um número de dominantes e papéis relacionados reciprocamente a, pelo menos, um papel em cada outra posição. De acordo com Leonard (1989, p. 204), “a família como unidade é formada por indivíduos que cumprem certos papéis dentro da própria família e que contribuem para o funcionamento do sistema como um todo”.

A partir de seu estudo com famílias norte-americanas, Duvall (1977, apud LEONARD, 1989, p.204) identificou as seguintes funções da família:

1. Prover as necessidades básicas para a vida, alimentação, vestimenta e habitação;
2. Conseguir recursos necessários como espaço, tempo e utilidades, segundo as necessidades de cada membro;
3. Determinar quem faz o que e com o objetivo de garantir apoio, direção e cuidados para a casa e seus membros;
4. Socialização de cada membro da família através da internalização dos papéis amadurecidos dentro e fora da própria família;
5. Estabelecer os modos de interação, comunicação, troca de afeto, expressar a agressividade e a sexualidade, dentro dos limites aceitos pela sociedade;
6. Criar e educar as crianças;
7. Cooperar com outras instituições como a Igreja, o trabalho e a escola, e estabelecer normas para a inclusão de parentes por afinidade, parentes, convidados, amigos na unidade familiar;
8. Manter a motivação da família, recompensando os sucessos, enfrentando as crises pessoais e familiares, estabelecendo objetivos realistas e desenvolvendo os valores e a lealdade familiar.

Para Duvall (1977 apud LEONARD, 1989), as funções são aquilo que a família precisa cumprir para a sua sobrevivência, para suprir as necessidades de seus membros e para contribuir com a sociedade, de modo geral. Neste estudo com famílias rurais, no entanto, preferiu-se associar as funções com os papéis da família, seja direcionado aos membros, seja à sociedade.

Norma é um comportamento de expectativa, comumente dividido pelos membros da família. As regras e normas surgem na família e também para os indivíduos, a partir da repetição de comportamentos, que os torna previsíveis e esperados, parecendo absolutamente naturais, das quais fazem parte os diversos papéis e as funções exercidas. As normas representam os ajustes com os demais sistemas, sejam os internos ou os externos e mais amplos (ANTON, 2000).

Tarefa de desenvolvimento é uma atividade que cresce em ou sobre certo período na vida de um indivíduo, a realização bem sucedida da qual leva a sua felicidade e seu sucesso com tarefas posteriores (HAVIGHURST, 1948 apud ROWE, 1981). Cada uma das fases tem suas tarefas específicas que precisam ser

cumpridas pelos membros e pela unidade familiar, adquirindo e desenvolvendo habilidades, a fim de promover seu desenvolvimento e crescimento (LEONARD, 1989).

As tarefas de desenvolvimento constituem conjuntos de normas crescentes a partir de determinada fase de uma posição familiar que, quando incorporado pelo ocupante da posição como um papel ou parte de um grupo de papéis, traz sobre a integração um equilíbrio temporário no sistema, em relação a um complexo de papéis ou um jogo de complexo do papel; o fracasso para incorporar as normas leva à falta de integração, a aplicação de pressões normativas adicionais na forma de sanções e dificuldades em incorporar normas posteriores no conjunto de papéis da posição familiar (RODGERS, 1962 apud ROWE).

Eventos de Transição são acontecimentos da vida familiar, ao longo da sua trajetória. Estes eventos estão relacionados com as mudanças das fases de desenvolvimento, denominados *eventos maturacionais*, e também podem estar associados com eventos na vida individual dos membros ou do familiar, por vezes, inesperados e sem relação com a etapa de desenvolvimento, sendo denominados *eventos nodais ou situacionais* (como exemplo, doença ou morte por acidente, gravidez na adolescência, dentre outros).

Os eventos de transição podem gerar crises na vida familiar. Neste sentido, as crises ocorrem quando há um desequilíbrio persistente, ou quando a demanda diária se situa além das capacidades familiares de enfrentamento, exigindo adaptação e ajustamento. A crise que a família vivencia também pode ser considerada um ponto de mudança, levando-a a alterações nos seus padrões de interação e a uma melhora ou piora no funcionamento familiar, implicando dificuldades familiares em alguma fase do desenvolvimento. Além disso, as crises familiares podem ser externas à família (guerras, recessão econômica, cataclismas e outros) ou internas à família (prisão de algum membro, suicídio, divórcio, acidentes e outros) (SOUZA, 2004). Entretanto, uma crise pode provocar um efeito positivo na família, estimulando-a para desenvolver estratégias de enfrentamento e fortalecimento. Já as famílias muito vulneráveis às crises, à ruptura e desagregação familiar são aquelas que possuem poucos e fracos recursos desenvolvidos, levando a unidade familiar a um enfrentamento negativo da situação e a um enfraquecimento ou fragilidades (LEONARD, 1989).

Além dos conceitos elaborados, com base na Teoria do Desenvolvimento da Família, outros conceitos foram incorporados ao marco, a fim de adaptar as necessidades teóricas voltadas para a área da Enfermagem e Saúde.

Saúde da Família é a família possuir “seguranças” (CANGUILHEM, 1995), que neste estudo serão consideradas como forças-reservas que contribuem no enfrentamento das situações cotidianas de sobrevivência e das mudanças de ordem familiar e social esperadas e, também aquelas não esperadas, ao longo do ciclo vital familiar. Essas forças-reservas são cumulativas à medida que a família vai enfrentando situações novas e passando pelas mudanças que são momentos críticos na vida familiar, em que pode haver fragilidades. Desse modo, a capacidade de mobilizar as forças-reservas torna a família saudável e fortalecida. A saúde da família é entendida pela presença de forças-reservas que ajudam a superar as fragilidades individuais e grupais na família criando novas possibilidades. Quando se considera a família como unidade, entende-se que a saúde da família se distingue da saúde individual, ou seja, a saúde de cada membro da família. A saúde individual é possuir forças-reservas de potencialidades biológica, psíquica, social, cultural e ambiental que proporcionam recursos para o enfrentamento, a adaptação ou a recuperação do indivíduo, diante das situações e mudanças que o dispõem à fragilidade, no decorrer de seu desenvolvimento. Todavia, para que o indivíduo e a família se desenvolvam e sejam saudáveis, é necessário o cuidado.

O *Cuidado Familiar* é entendido como o conjunto de tarefas de desenvolvimento presente no cotidiano de vida da família rural e em interface com a saúde e a doença de seus membros. Assim, pode estar voltado para a saúde individual e para a saúde familiar. Cada família realiza o cuidado de modo particular, com base nas normas estabelecidas ou aprendidas pela família, sendo influenciada pelas condições sócio-econômicas e culturais, pela estrutura e dinâmica familiar. Conforme Elsen (2002), o cuidado familiar pode ser reconhecido através dos atributos de presença, inclusão, promoção da vida e bem-estar, proteção e orientação para a vida. Presença compreende as ações, interações e interpretações a respeito da solidariedade entre os membros da família, fazendo-se imprescindível ao crescimento e desenvolvimento integral dos membros. Inclusão está relacionada com a inserção, seja legal, seja cultural, dos membros na família e na comunidade da qual fazem parte. Promoção da vida e bem-estar significa propiciar condições de

vida, como o ambiente físico e simbólico, para que haja trocas entre os membros da família e um crescimento, tanto individual, quanto grupal. Também requer condições favoráveis para o desenvolvimento de potencialidades aos membros da família, respeitando a individualidade de cada um. Proteção consiste em ações para garantir a segurança física, emocional e social do grupo familiar, preservar a vida e a saúde dos membros em todas as fases da vida, mas principalmente na infância e adolescência. Orientação para a vida tem como função guiar os membros da família, no dia-a-dia e no enfrentamento de situações difíceis ou desconhecidas, tendo como base as crenças e os valores familiares (ELSEN, 2002). O cuidado familiar e o cuidado profissional estão presentes nas diversas circunstâncias do viver familiar e, particularmente, a família e a Enfermagem compartilham o cuidado à saúde, resgatando e mobilizando as forças-reservas. A enfermeira busca compreender o cuidado familiar para melhor conhecer e se aproximar das famílias rurais, fortalecendo-as em seu cuidado.

A *Enfermagem à Família* está comprometida com o cuidado à família e os indivíduos, incorporando uma cultura oficialmente aprendida, com base no conhecimento científico. O cuidado de enfermagem difere do cuidado familiar por ser mais direcionado às situações de saúde e de doença, interferindo, indiretamente, nos cuidados cotidianos para manutenção da vida e sobrevivência, os quais compõem o cuidado familiar. Na perspectiva do desenvolvimento, a Enfermagem cuida das famílias rurais, tendo em vista o seu funcionamento e as mudanças ao longo de sua vida. Aborda as famílias rurais considerando sua cultura e o seu contexto de vida, buscando compreender o cuidado que elas realizam em cada fase do ciclo vital. A enfermagem identifica as forças e as fragilidades das famílias rurais, ajudando-as a enfrentarem as mudanças, fortalecendo-as em seu cuidado à saúde. Desse modo, a Enfermagem é um recurso de cuidado à saúde das famílias rurais e também de cuidado à saúde de seus membros, individualmente, tendo em vista o seu desenvolvimento. No entanto, em alguns momentos, o cuidado de Enfermagem está voltado para a reparação e recuperação das condições de vida de algum membro da família, especialmente nas situações de doença, procurando envolver a família no cuidado por reconhecer a sua importância para a saúde do membro adoecido e saúde da família num todo.

A *Cultura* permeia o ciclo vital familiar, fazendo-se presente no modo de construir o viver familiar ao longo das etapas e também através dos rituais vivenciados nos eventos de transição. A cultura consiste na visão de mundo de uma sociedade, comunidade ou grupo social, incluindo a família rural. Determina o modo de agir e de pensar no decorrer do tempo e da história, transformando-se ao longo das gerações, por meio das mudanças de valores, hábitos, costumes, crenças e conhecimentos. Fazendo menção às proposições levantadas acerca do conceito de cultura para a Enfermagem, à luz das idéias de outros autores (GEERTZ, 1973; LEININGER, 1978; LANGDON, 1978 apud MONTICELLI, 1999; MONTICELLI, 1997), entende-se que a cultura é uma “teia de significados” tecida pelos próprios indivíduos e grupos, fazendo parte e orientando as ações sociais. Há uma dinamicidade na cultura, uma vez que os indivíduos estão constantemente significando e re-significando suas ações, suas representações e tradições, à medida que elas persistem no sentido de sua origem e existência. Laraia (1986) corrobora com a idéia de que a cultura é dinâmica, pois se adapta a diferentes ambientes sociais, sendo modificada em seu próprio processo. Além disso, a cultura caracteriza a linguagem, o pensamento e o comportamento dos indivíduos e grupos. A cultura é pública, pois há consenso com relação aos significados entre os indivíduos; é compartilhada, visto que envolve a interação dos indivíduos para gerar os significados; é aprendida porque não é definida pela condição biológica dos indivíduos e é lógica porque tem uma organização, ou seja, os diversos significados atribuídos por um indivíduo, grupo ou sociedade formam “teias” organizadas, que é a cultura de cada um. O desenvolvimento familiar é influenciado por padrões culturais da família e da sociedade em que está inserida. Dessa forma, os padrões de funcionamento familiar (comunicação, interação, relações, papéis, normas), assim como o cuidado familiar são diferenciados nas famílias pela cultura. Na família rural, a cultura define a sua identidade, o seu espaço e a sua vida caracterizando a condição de ruralidade. A cultura é um elemento que deve ser levado em conta pela enfermeira no cuidado às famílias rurais, uma vez que permeia as ações e as relações familiares nas características do ciclo vital, refletindo-se no cuidado e na saúde familiar.

CAPÍTULO 4

TOMANDO O CAMINHO RUMO À PESQUISA

Este estudo se constitui em uma pesquisa qualitativa do tipo convergente-assistencial. Segundo Chizzotti (1991), a pesquisa qualitativa tem como finalidade levar ao esclarecimento de uma determinada situação para uma tomada de consciência pelos próprios sujeitos pesquisados acerca de seus problemas e das condições que os geram, proporcionando caminhos e estratégias para resolvê-los. Do mesmo modo, a pesquisa convergente-assistencial requer a participação ativa dos sujeitos da pesquisa, pois objetiva a resolução e minimização de problemas, realização de mudanças ou inovações nas práticas de saúde, levando a construções teóricas (TRENTINI; PAIM, 2004).

De acordo com Richardson (1989), o método qualitativo possibilita um entendimento aprofundado de particularidades do comportamento humano, permite descrever a complexidade do problema e analisar a interação de diversas variáveis, além de compreender e classificar processos dinâmicos vividos por grupos sociais, contribuindo à mudança nestes grupos. Desse modo, objetivando conhecer o viver e o cuidar de famílias rurais, entende-se que o método qualitativo possibilitou o desenvolvimento desta pesquisa para desvendar o fenômeno de interesse, que é o cuidado familiar. Minayo (1994) corrobora com esta idéia ao mencionar que a pesquisa qualitativa responde a questões particulares ao trabalhar com um universo de significados, motivações, crenças, valores e atitudes, correspondendo a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à quantificação e operacionalização de variáveis.

A realidade de vida e de cuidado das famílias rurais pode ser estudada e compreendida pela enfermeira, através da pesquisa convergente-assistencial que se caracteriza pela articulação intencional da pesquisa com a prática assistencial por envolver pesquisador e pesquisados como participantes ativos no processo de assistência e de investigação. Dessa maneira, a pesquisa convergente-assistencial “se revela pelos movimentos de aproximação, de distanciamento e de convergência com a prática, de maneira a criar espaços de superposição com a assistência” (TRENTINI; PAIM, 2004, p. 72). Neste sentido, a pesquisa convergente-assistencial

possibilitou desenvolver o cuidado às famílias rurais e também conhecer o cuidado familiar como processos que ocorreram simultaneamente, ou seja, enquanto se assistia (prática assistencial), se pesquisava.

Para Trentini e Paim (2004), a pesquisa convergente-assistencial é uma modalidade inspirada no método da pesquisa-ação de Kurt Lewin e no processo de enfermagem, sendo atribuída principalmente ao desenvolvimento de estudos na enfermagem e demais áreas que possuem uma prática profissional que envolve diretamente pessoas da comunidade. Neste sentido, a pesquisa com famílias rurais, por si só, promove a relação do pesquisador com um amplo e complexo conjunto de fenômenos. Entretanto, a necessidade de se focalizar o fenômeno de interesse gira em torno das inquietações que emergiram na prática profissional com as famílias rurais e que vieram a se tornar os objetivos ao desenvolvimento desta pesquisa.

Conforme Minayo (2000), o ritmo em que se desenvolve uma pesquisa é próprio, pois esta depende da criatividade, dos conceitos, métodos e técnicas que a fundamentam. Desse modo, o caminhar da pesquisa sugere um 'ciclo da pesquisa' entendido como um processo em espiral que se inicia com um problema ou uma pergunta e termina com um produto científico provisório, portanto, um conhecimento inacabado, capaz de gerar outras perguntas e novas pesquisas. Assim como o ciclo de vida familiar, o ciclo da pesquisa é constituído de fases. A pesquisa com famílias rurais seguiu algumas fases que compuseram o seu processo de desenvolvimento. Estas fases se constituíram, por sua vez, em momentos distintos, porém, interligados que se mostraram ora em “tempo bom”, ora em “tempo ruim”, termos estes que traduzem as facilidades e as dificuldades encontradas no caminho.

4.1 A Coleta dos dados: momento de encontrar e de reencontrar as famílias

A coleta de dados das famílias rurais foi realizada durante todas as etapas de desenvolvimento da prática assistencial, contribuindo efetivamente para a pesquisa. Assim, esta fase teve uma duração de nove meses, ou seja, do início da prática assistencial, em outubro de 2004, até os últimos encontros com as famílias, em julho de 2005.

Chizzotti (1991) menciona que, na pesquisa qualitativa, os dados são colhidos em um processo de idas e vindas, ao longo das etapas da pesquisa e na interação com os sujeitos. A intenção de coletar os dados em dois momentos distintos está relacionada com a necessidade de um acompanhamento das famílias estudadas, em virtude do seu desenvolvimento e das mudanças decorrentes ao longo do tempo.

O primeiro momento foi de encontrar-se com as famílias rurais, inicialmente no Posto de Saúde e, posteriormente, em seus domicílios. Nestes encontros com as famílias, a pesquisadora tinha também o papel de cuidadora. À medida que eram realizadas as visitas domiciliares, convergia-se o cuidado aos objetivos da pesquisa, por meio das entrevistas e das observações utilizadas como instrumentais metodológicos à coleta dos dados em cada encontro. Este primeiro momento pode ser caracterizado como “tempo bom”, pois a oportunidade de realização do cuidado de enfermagem propiciou a observação do cuidado familiar, nas diversas vezes em que se fez presente. Além de favorecer a aproximação entre os cuidados familiar e profissional, proporcionou um relacionamento agradável entre os sujeitos, embora houvesse um maior reconhecimento do papel da enfermeira, do que o da pesquisadora, por parte da família. Em determinadas circunstâncias, este reconhecimento do papel da enfermeira foi um fator predisponente ao “tempo ruim”, apesar de consistir parte do processo da construção do conhecimento a respeito do cuidado familiar.

Na circunstância de se ampliar a coleta dos dados e de se explorar mais a fundo o fenômeno em estudo, surgiu a necessidade de um distanciamento da pesquisadora e uma “substituição” temporária na realização dos cuidados de enfermagem, compartilhando a responsabilidade do cuidado com a enfermeira e demais profissionais da equipe de saúde da comunidade. Embora o distanciamento tenha possibilitado a reflexão da enfermeira acerca dos dados coletados, o que se constituiu em um “tempo bom” e essencial para o andamento e continuidade desta fase, também fora permeado por um “tempo ruim”, devido à diminuição do contato direto com as famílias.

Um segundo momento, posterior ao distanciamento da pesquisadora, consistiu no reencontro com as famílias, ou seja, um “tempo bom” para a pesquisa e para a relação entre os sujeitos. Para este momento, tentou-se um contato mais

objetivo, principalmente no que se refere ao esclarecimento dos papéis de pesquisadora e de sujeito do estudo às famílias. Dessa forma, foi realizado um encontro com cada família no segundo momento, aplicando-se perguntas reformuladas à entrevista para facilitar a obtenção de outros dados, o aprofundamento e a validação de dados até então levantados. Este contou com momentos, nos quais o cuidado de enfermagem se fez presente, principalmente, no sentido de orientações a respeito de dúvidas ou problemas relatados pelos membros entrevistados. Assim, o cuidado e a pesquisa convergiram em todos os encontros com as famílias, encontros estes que eram reconhecidos como visitas de uma profissional de enfermagem, as quais demonstravam ter confiança.

Todos os encontros com as famílias foram realizados em dias úteis da semana, pela facilidade de deslocamento da pesquisadora até o Posto de Saúde e aos domicílios das famílias, em decorrência da disponibilidade de veículo e de motorista da Secretaria de Saúde da prefeitura municipal que conduzia à realização das visitas, especialmente, quando não era possível a companhia de algum membro da equipe do Posto de Saúde.

4.2 Instrumentais metodológicos e registro dos dados

Os instrumentais metodológicos utilizados na pesquisa foram: a entrevista semi-estruturada e a observação. Conforme Triviños (1990, p. 146), “a entrevista semi-estruturada é aquela que parte de questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, aonde novas indagações vão surgindo à medida que o pesquisador obtém as respostas.” Este tipo de entrevista semi-estruturada permite uma flexibilidade à conversa com os entrevistados, contudo, direciona-os à linha de pensamento do pesquisador, a partir da definição do foco da conversa, o que os torna participantes ativos da elaboração do conteúdo da pesquisa.

Para guiar as entrevistas com as famílias rurais, a pesquisadora utilizou-se de um instrumento de levantamento de dados (apêndice A), com perguntas previamente elaboradas, genograma e ecomapa, visando obter dados referentes ao desenvolvimento da família, ao cuidado e à saúde familiar. O instrumento se constitui

em três partes que sugerem o levantamento de dados variados sobre as características e composição familiar, as relações, o funcionamento, a saúde e o cuidado familiar. Há o quadro para registro de dados de identificação e caracterização da composição familiar (número de membros, posição na família, idade, profissão, tempo de união), cujas informações foram sendo atualizadas no decorrer do tempo. O genograma e o ecomapa que possibilitam o levantamento de informações a respeito da estrutura, do desenvolvimento e outras áreas do funcionamento familiar, os recursos internos e externos que constituem a rede de relações sociais da família (WRIGHT; LEAHEY, 2002). Para a análise do ecomapa, destacou-se com um círculo maior o genograma do núcleo central da família e, em torno deste, foram adicionados círculos menores que representavam as instituições, pessoas ou contextos sociais, com os quais os membros da família se relacionavam. As informações sobre as relações da família foram resgatadas através da entrevista, e o desenho do ecomapa foi construído durante as conversas, ou mesmo após, a partir das informações colhidas durante as entrevistas. Para qualificar as relações, utilizaram-se linhas diferenciadas que ligavam cada membro da família a cada círculo menor que representava os contextos sociais internos e/ou externos ao núcleo familiar, os quais descreviam a frequência e a proximidade das relações. Desse modo, as linhas retas indicavam relação próxima para as relações constantes, envolvendo principalmente as relações de ajuda. As linhas retas duplas indicavam relação muito próxima para as relações constantes, e as linhas tracejadas indicavam relação distante, ou seja, quando as relações eram esporádicas.

O roteiro também possui algumas perguntas elaboradas para explorar os cinco campos da vida familiar que compõem o Sistema de Saúde Familiar, proposto por Anderson (2000), de modo a ajudar na identificação das forças e das áreas de preocupação da família. Os cinco campos da vida familiar são: 1. *Interativo*, que se constitui nas relações familiares, comunicação na família, suporte social, papéis, lazer na família, apoio/afeto aos seus membros. 2. *Desenvolvimento* inclui transições na família, tarefas completas da família ou em andamento, questões de desenvolvimento individual que afetam a família. 3. *Enfrentamento* relacionado à solução de problemas e de conflitos, uso de recursos, preocupações diárias, estratégias de enfrentamento, experiências passadas de como enfrentar crises. 4. *Integridade* trata da cultura em si, os valores, práticas, crenças, rituais e identidade

da família. 5. *Saúde* abrange crenças da família sobre saúde e doença, comportamento de saúde da família, responsabilidades de cuidado na família, condições de doença, tratamento e conseqüências para a família, relacionamento com os profissionais de saúde e acesso ao sistema de saúde. As perguntas para a coleta de dados sofreram algumas modificações ao longo da coleta de dados para a pesquisa, incluindo-se novas perguntas e excluindo-se as perguntas cujas respostas já se consideravam suficientes para a análise. As perguntas eram repetidas quando não se tinha obtido respostas suficientes ou quando não as tinha feito a alguma das famílias, no momento anterior. Na seqüência, tem-se o quadro 3 com o roteiro das perguntas feitas às famílias.

As visitas domiciliares também podem ser consideradas instrumento metodológico importante à coleta de dados para a pesquisa. As entrevistas nos domicílios foram momentos muito ricos para se conhecer o cuidado familiar no contexto rural. Tendo em vista que a pesquisa fora desenvolvida com famílias a partir da fase de aquisição houve, neste sentido, a participação de membros de núcleos da família em outras fases do desenvolvimento. No que diz respeito ao núcleo em aquisição, as mães das crianças é que participavam na maioria dos encontros, reconhecendo-se a dificuldade de o pai se fazer presente, pois as entrevistas aconteciam durante o dia, quando estavam trabalhando. Entretanto, com a participação de membros dos demais núcleos familiares, houve uma aproximação de gerações diferentes, discutindo questões acerca do desenvolvimento e da saúde da família rural.

| INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DAS FAMÍLIAS RURAIS | |
|---|--|
| <i>PRIMEIRO MOMENTO</i> | <i>SEGUNDO MOMENTO</i> |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Quem faz parte da família? 2. Como é o relacionamento entre vocês na família? 3. Vocês contam com a ajuda de alguém? Quando? Para quê? 4. Como percebem o momento atual da vida em família? 5. O que vocês fazem no dia-a-dia, durante a semana? 6. O que vocês costumam fazer nos finais de semana? 7. Vocês estão enfrentando algum problema ou dificuldade? 8. O que vocês consideram importante para a família? 9. O que é saúde, para vocês? 10. O que fazem para cuidar da saúde? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Quem mais vocês consideram parte da família? 2. Quem toma as decisões na família? 3. O que consideram importante para a vida em família? 4. Como estão vivendo o momento atual? 5. Vocês têm contato com outras pessoas, fora da família? 6. Quais são os planos futuros em termos de sobrevivência financeira e trabalho na família? 7. Vocês têm procurado pelos serviços de saúde? |

| | |
|---|--|
| 11. O que fazem quando alguém da família está doente? 12. Em que situações vocês procuram pelos serviços de saúde? | |
|---|--|

Quadro 3: roteiro de perguntas para o primeiro e o segundo momentos da fase de coleta de dados, utilizados nas entrevistas com as famílias rurais.

Verificou-se também que os momentos com a pesquisadora oportunizaram encontros informais entre os membros das famílias, mesmo que residindo na mesma moradia ou em moradias muito próximas. As perguntas realizadas nas entrevistas geravam discussão e troca de idéias entre os membros, ora divergindo nas opiniões e respostas, ora complementando-as. Em certos momentos, notava-se que a conversa acontecia entre os membros da família, independente da presença da pesquisadora, que apenas parecia neutralizar o diálogo. Assim, nem sempre a pesquisadora conseguia perceber se a resposta era direcionada para a pergunta que havia sido feita, ou se os membros aproveitavam para direcionar a resposta uns aos outros, como forma de chamar a atenção, de alertar ou até de desabafar. Estas observações metodológicas fornecem informações importantes ao aprendizado para o desenvolvimento de entrevistas, em pesquisas com família.

A observação também foi utilizada como recurso ou instrumento metodológico, associado às entrevistas, nos encontros com as famílias. De acordo com Triviños (1990, p.153), “observar um fenômeno social significa, em primeiro lugar, que determinado evento social, simples ou complexo, tenha sido abstratamente separado de seu contexto para que, em sua dimensão singular, seja estudado em seus atos, atividades, significados, relações, etc.”. Dessa maneira, procurou-se atentar aos comportamentos e acontecimentos além dos que se presenciava no momento das entrevistas. E também as observações acerca dos espaços físicos da moradia e de trabalho, a organização, as condições e as características que pudessem contribuir na tradução da essência de vida e de cuidado das famílias rurais que se constituem o fenômeno em estudo.

O registro dos dados foi realizado mediante anotações em diário de campo, com base em Trentini e Paim (2004), que sugerem a organização dos registros em notas de entrevista (NE), notas de observação (NO), notas teóricas (NT), notas metodológicas (NM) e notas de diário (ND). No anexo A, apresenta-se um modelo do diário de anotações para o registro dos dados na pesquisa.

As informações anotadas nem sempre foram descritas com detalhes, optando-se por utilizar as anotações em tópicos que facilitassem o resgate da informação registrada.

Os dados coletados nas entrevistas foram, inicialmente, registrados em fita K7 pelo uso de aparelho gravador, sob a autorização das famílias. Sempre que possível, as fitas foram imediatamente transcritas, garantindo a fidelidade das informações e evitando a interferência do tempo ou da atenção para com outros assuntos. Além disso, foram realizados registros fotográficos de alguns encontros da pesquisadora com as famílias, sendo solicitada a autorização da família sempre antes de fotografar algum espaço da casa e do terreno onde residiam ou enquanto trabalhavam. Diversas fotografias retratam as características rurais da comunidade e também do núcleo urbano, buscando focalizar os recursos institucionais que compõem e que estão disponíveis às famílias, como: a escola, as empresas, o Posto de Saúde, a Igreja, etc. As fotografias das paisagens naturais revelam as belezas do espaço rural, onde as famílias estudadas se desenvolvem, mostrando também algumas mudanças ambientais ao longo do período de tempo em que a pesquisadora freqüentou a comunidade, dentre elas, as obras de instalação da usina geradora de eletricidade, obras no Posto de Saúde, a instalação de novas empresas.

4.3 O momento de cuidar das famílias

A prática assistencial consistiu em uma das fases do processo de pesquisa, contribuindo sobremaneira à fase de coleta de dados das famílias rurais. Segundo Trentini e Paim (2004), há diferenciações entre prática assistencial e pesquisa convergente-assistencial, pois ambas apresentam características próprias. No entanto, são convergentes, uma vez que a prática está baseada nos resultados e na pesquisa, ao passo que a pesquisa tem o *feedback* da prática.

Neto (1994, p. 64) menciona que “o trabalho de campo é fruto de um momento relacional e prático, visto que as inquietações que levam ao desenvolvimento da pesquisa nascem no universo do cotidiano”. Dessa maneira, percebeu-se que a prática assistencial serviu de elo entre a pesquisadora, campo e

os sujeitos da pesquisa, promovendo a imersão na realidade que se propôs a estudar.

Neste estudo, a prática assistencial se constitui em uma etapa para levantar informações sobre o cuidado nas famílias rurais, ao mesmo tempo em que se propõe desenvolver o cuidado de enfermagem a elas, resultando em registros sistematizados denominados de “processos de cuidar”. O processo de cuidar consiste no processo de enfermagem, ou seja, uma metodologia de cuidado que objetiva levantar dados acerca da história do cliente, no caso, as famílias rurais e seus membros, para identificar problemas de saúde que necessitem de cuidados de enfermagem. O processo inclui a elaboração de diagnósticos de enfermagem e de um plano de cuidados que culminam na avaliação dos resultados alcançados a partir dos cuidados e a evolução do cliente. Dessa maneira, o processo de cuidar é contínuo, sendo necessária a reformulação do plano de cuidados quando a implementação demonstra insuficiência na resolução do problema ou quando são identificadas outras necessidades de cuidado.

A prática assistencial teve como referencial teórico a Teoria do Desenvolvimento da Família e o processo de cuidar sistematizado em quatro etapas, como base a abordagem do Sistema de Saúde Familiar (ANDERSON, 2000), cujo esquema é apresentado logo a seguir. Esta abordagem de cuidado de enfermagem à família visa uma avaliação da família, determinando as áreas de preocupação e de força, e o desenvolvimento de um plano de cuidados de enfermagem, registrando os resultados obtidos pela família e as intervenções da enfermagem à família. Assim, a abordagem do Sistema de Saúde Familiar tem como finalidade melhorar a saúde da família ou seu bem-estar, o enfrentamento familiar nas situações de doença ou transições e também a conquista de resultados para as áreas de preocupação da família.

1ª Etapa: levantamento de dados. Consistiu na obtenção dos dados das famílias rurais para a formulação dos diagnósticos e a realização das etapas subsequentes do processo de cuidar. O levantamento de dados teve como finalidade levantar aspectos referentes às fases do ciclo de vida familiar (funcionamento, tarefas, papéis, normas), enfocando o cuidado familiar. Para a obtenção dos dados nas visitas domiciliares, utilizou-se a entrevista semi-estruturada, com base no instrumento de levantamento de dados das famílias rurais.

2ª Etapa: diagnóstico de enfermagem. Esta etapa se constituiu na identificação das áreas de preocupação e das forças da família a partir dos cinco campos da vida familiar. Os diagnósticos de enfermagem foram elaborados com base na Classificação Internacional de Diagnósticos de Enfermagem da NANDA, publicada em 2005. Anderson (2000) propõe a utilização desta classificação diagnóstica para a Abordagem do Sistema de Saúde Familiar e aponta o estabelecimento de metas para o cuidado de enfermagem, através dos resultados esperados. Dessa forma, foram indicados os resultados esperados para o cuidado, em associação com cada diagnóstico estabelecido. Johnson et al (2005) apresentam as ligações entre as linguagens padronizadas reconhecidas pela American Nurses Association que incluem os diagnósticos (*North American Nursing Diagnosis Association - NANDA*), os resultados (*Nursing Outcomes Classification - NOC*) e as intervenções de enfermagem (*Nursing Interventions Classification – NIC*).

Para cada área de preocupação e força da família foi elaborado um diagnóstico de enfermagem, enumerados em seqüência cardinal. Cada diagnóstico foi composto de um título em negrito, complementado por justificativas científicas que se referem, no caso, aos fatores relacionados e às características definidoras, segundo a NANDA. As características definidoras eram identificadas de acordo com os cinco campos de vida familiar. Quando algum diagnóstico de enfermagem se mantinha ou persistia, ao longo do processo de cuidar, indicava-se com o título “Repetição do diagnóstico n^o”, podendo apresentar alterações nas características definidoras. Para alguns dados significativos das famílias rurais, cujas características ou fatores não estavam contemplados em nenhum diagnóstico da NANDA, houve a necessidade de se elaborar diagnósticos próprios pela enfermeira, os quais foram destacados com cor azul.

Foram elaborados diagnósticos aos membros, isoladamente ou ao cuidador familiar, por exemplo, e também diagnósticos à família. Dentre os diagnósticos individuais, salientavam-se principalmente aqueles voltados para as necessidades de saúde da criança e aqueles relacionados com a situação de doença dos membros da família. Em relação aos diagnósticos direcionados à família num todo, destacam-se aqueles de busca por comportamentos de saúde e de disposição para enfrentamento familiar.

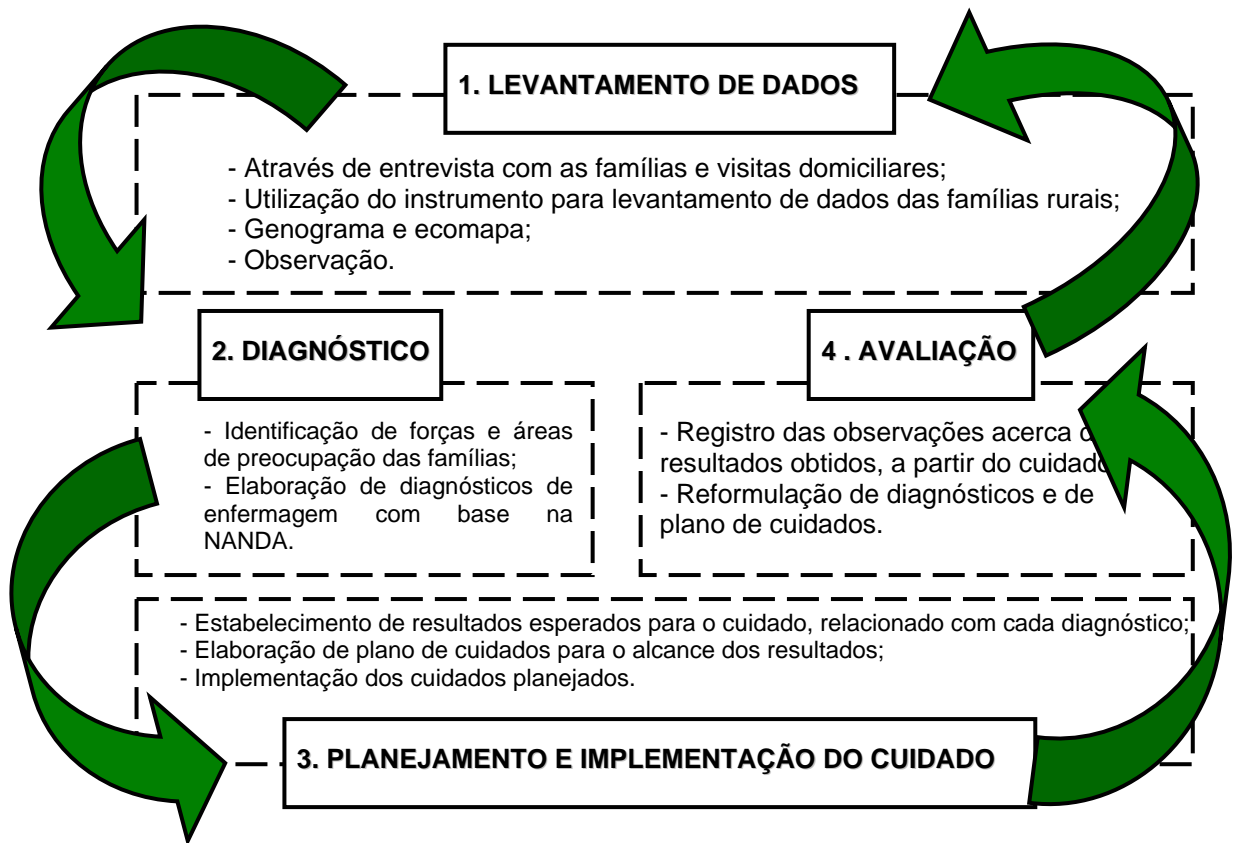
3ª Etapa: planejamento e implementação do cuidado. Com a identificação das forças e das áreas de preocupação das famílias, assim como, a elaboração dos diagnósticos de enfermagem, seguiu-se ao planejamento e à implementação dos cuidados. Conforme Anderson (2000), o esperado é que a enfermeira ajude a família a reconhecer suas forças e suas áreas de preocupação, de modo a participar de seu próprio cuidado.

Para o planejamento dos cuidados, fez-se necessário estabelecer os resultados que se propunha alcançar, a partir de cada diagnóstico de enfermagem anteriormente identificado, com base nas ligações propostas por Johnson et al (2005). Após o estabelecimento dos resultados esperados, foram elaborados planos de cuidado implementados em cada encontro com as famílias. Cada um dos cuidados estabelecidos para o plano foi identificado com uma letra e o número referente ao diagnóstico ao qual estavam sendo associados. Por exemplo: para o diagnóstico 1 foram elaborados os cuidados 1a, 1b, 1c, etc.

4ª Etapa: avaliação do processo. Ocorreu concomitante à etapa de planejamento e implementação dos cuidados e, dessa maneira, em conjunto com as famílias. De acordo com Trentini e Paim (2004), os participantes da pesquisa convergente-assistencial não são meros informantes, mas sim integrantes do estudo e, por isso, participantes ativos nas várias etapas da pesquisa, inclusive na validação dos resultados e, no caso, na avaliação do processo de cuidar. Neste sentido, a avaliação contou com registro das observações da enfermeira acerca do alcance dos resultados esperados e também registro dos relatos das famílias, avaliando a implementação dos cuidados planejados e validando as observações e avaliações da enfermeira sobre o processo de cuidar num todo. Esta etapa permitiu a reformulação e repetição de alguns diagnósticos de enfermagem, tendo em vista a observação e/ou o relato de outras características definidoras. Ademais, quando algum cuidado não fora adequadamente implementado ou quando não possibilitara o alcance dos resultados esperados, houve o planejamento de outros cuidados.

O registro dos dados referentes às etapas de diagnóstico, planejamento e implementação dos cuidados, avaliação do processo de cuidar foi realizado a partir do instrumento apresentado como apêndice B. A seguir é exibido uma figura que resume, em esquema, as etapas do processo de cuidar.

Figura 2: fases de desenvolvimento da prática assistencial com as famílias rurais.



4.4 O contexto local da pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida na comunidade de nome fictício “Verde Vale”, localizada em um município da microrregião de Blumenau, no Médio Vale do Itajaí, distante 180 quilômetros da capital do Estado, Florianópolis. O município foi fundado em 29 de dezembro de 1961 e foi colonizado, principalmente, por imigrantes de origem germânica, italiana e polonesa. Sua economia é baseada sobretudo na agricultura. A comunidade é constituída de pequenas propriedades, em média, de 10 a 15 hectares, onde os colonos plantam milho, hortaliças, raízes (batata, mandioca, dentre outros) e árvores frutíferas (pêssego, laranja e tangerina). Nestas pequenas propriedades agrícolas, há também criação de animais e aves, especialmente, para consumo e comercialização local dos derivados. No município há também fábricas, dentre elas se destacam: madeireiras, têxtil, de fiação, de beneficiamento do granito, de papel e celulose, de polímeros. Possui uma superfície de 386,1 Km² e sua geografia apresenta relevos irregulares, constituída de montanhas, cujo ponto mais elevado atinge cerca de 900 metros, cobertas de mata atlântica. Além disso, existem

diversos ribeirões que deságuam no principal rio que corta o município e que é afluente do rio Itajaí-Açu.

Conforme o Censo 2000, o município tem uma população de aproximadamente 9.071 habitantes, subdividida numa população urbana de 4.901 habitantes e uma população rural de 4.170 habitantes, com maior população masculina. No total da população do município, são 2.687 famílias residentes em domicílios particulares e uma média de 3,37 pessoas por família, sendo o maior número de famílias são compostas de três pessoas e o menor número de famílias compostas de 11 a 14 pessoas no mesmo domicílio. De acordo com os grupos de idade, a população do município se apresenta em maior número na faixa dos 20 aos 24 anos (793 pessoas, sendo 422 da área urbana e 371 da área rural) e em menor número na faixa dos 80 anos ou mais (120 pessoas, sendo 54 da área urbana e 66 da área rural). Quanto à delimitação dos perímetros urbano e rural do município, estes são divididos em dois distritos (que são áreas rurais), o núcleo urbano central e o núcleo urbano da comunidade Verde Vale, criado pela Lei 187 de 9 de dezembro de 1971. Esta comunidade, por sua vez, apresenta uma delimitação de área urbana, cujo limite é o início da área rural. E a área rural da comunidade, composta de localidades, que é limitada pela divisa com os municípios vizinhos.

A comunidade Verde Vale possui cerca de 2.050 pessoas, sendo 711 famílias cadastradas pelas Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) até julho de 2005. A população é constituída por moradores nascidos no município e também por pessoas de outras cidades e estados que têm migrado, principalmente, pela oferta de emprego nas fábricas locais. Estas famílias estão distribuídas em seis microáreas, que, por sua vez, são acompanhadas por agentes comunitárias de saúde, através de visitas domiciliares realizadas mensalmente.

Os recursos econômicos da comunidade estão relacionados com as atividades industriais das duas madeireiras, que empregam homens e mulheres entre os 18 e os 60 anos de idade, e nas três serrarias que empregam, na maioria, homens. A madeira de pínus comercializada por estas madeireiras é extraída de áreas reflorestadas e é exportada sobretudo para os Estados Unidos. Outro setor industrial empregatício na comunidade é o têxtil, representado pelas malharias e facções que empregam, em sua maioria, mulheres em período de 08 horas de serviço. Nos últimos meses, estão se instalando mais duas empresas de grande porte na comunidade: uma fábrica de fios e uma multinacional que produz derivados

de polímeros. Possivelmente, ampliar-se-ão as ofertas de emprego à população da comunidade, município e região, assim como, aumentarão a probabilidade de migração de novas famílias para a comunidade e as opções de trabalho às famílias de pequenos agricultores.

No núcleo urbano da comunidade, são prestados serviços de comércio logístico, bares, supermercado, padaria, pousada, restaurante, posto de gasolina, farmácia, posto de saúde e casa de loterias. Este núcleo fica localizado em uma região mais central da comunidade Verde Vale, acompanhando um trecho da rodovia SC 477. Na área rural da comunidade, predominam as atividades agrícolas e também as serrarias. Em algumas localidades rurais, há casas de campo particulares, freqüentadas em determinadas épocas do ano. Além disso, algumas das pequenas propriedades de terra são abertas para visitação, em função das belas paisagens naturais e dos recursos hidrográficos da região, como as cachoeiras e os ribeirões, que se constitui na opção de lazer das pessoas da comunidade. Há alguns meses, encontra-se em construção uma usina geradora de energia elétrica na comunidade Verde Vale, cujas obras são empreendidas pela Cooperativa de Energia Elétrica do município, abastecendo especialmente as empresas e comércio local.

Quanto  educação, as criançs da comunidade freqüentam uma escola estadual, com formação até o nível fundamental (primeira a oitava série) de ensino. Esta escola recebe criançs da comunidade Verde Vale, e também das comunidades vizinhas, formando turmas de alunos nos períodos matutino e vespertino. Nas localidades mais distantes da comunidade Verde Vale há duas escolas denominadas "escolas isoladas", com turmas mistas de criançs em idade escolar de primeira a quarta série. A maioria das criançs da comunidade com formação no ensino fundamental d continuidade aos estudos, freqüentando as escolas que oferecem o nível médio. No município, há duas escolas de nível médio, com turmas apenas no período noturno, no entanto, muitos jovens da comunidade optam por estudar nas escolas de nível médio das cidades vizinhas que oferecem turmas nos períodos diurno e noturno. Muitos dos jovens e também dos adultos que terminam a formação de nível primário ou de nível fundamental e ingressam no mercado de trabalho, posteriormente acabam optando pelo ensino médio oferecido nos cursos supletivos disponibilizados no próprio município. Há também a procura,

ainda que em menor quantidade, por cursos de formação técnica e as faculdades disponibilizadas nos municípios da microrregião de Blumenau.

A comunidade Verde Vale conta com uma única creche municipal que recebe crianças também das comunidades vizinhas, especialmente daquelas famílias em que ambos os pais trabalham fora de seu domicílio. Na creche, funcionam o berçário (0 até 1 ano, 11 meses e 29 dias), o maternal (2 anos até 3 anos, 11 meses e 29 dias), o jardim I (4 anos) e o jardim II (5 anos). O período de atendimento às crianças é das quatro às vinte e quatro horas nos dias úteis da semana, conciliando com os turnos de trabalho das fábricas locais. Atualmente, encontram-se matriculadas, aproximadamente, 120 crianças na creche, sendo a maioria dos jardins I e II.

A comunidade possui algumas igrejas, sendo a Católica que possui uma capela e um salão, a Adventista, a Assembléia de Deus e a Igreja Luterana, uma que se localiza no núcleo urbano e outra na localidade rural. Esta, por sua vez, foi construída em 1927 e considerada patrimônio histórico, onde os cultos dominicais ainda costumam ser realizados em língua alemã. Em algumas localidades mais distantes, os cultos ou missas são realizados nas dependências da sede escolar. Estas igrejas oferecem atividades diferenciadas, conforme os seus costumes religiosos, cultos e missas, incluindo estudos bíblicos, formação catequética ou doutrinária, retiros para jovens e crianças, atividades em pastorais, grupos de coro e aulas de música para crianças, encontros da OASE³ e grupo de idosos. No que tange à religião, a população do núcleo urbano da comunidade Verde Vale está bastante distribuída, no entanto, a maioria pertence à Igreja Luterana. Nas localidades rurais, a comunidade evangélica luterana representa quase a totalidade da população.

Na comunidade Verde Vale, existem as sociedades recreativas e esportivas, onde sócios e pessoas de outras comunidades se encontram e mantêm algumas tradições culturais como as festas de rei e de rainha, as competições de bocha, tiro e bolãozinho de mesa, os bailes e jantares dançantes que caracterizam o lazer das

³ OASE – Ordem Auxiliadora das Senhoras da Igreja de Confissão Luterana no Brasil (IECLB). Constitui-se em uma organização que foi formada por mulheres luteranas há mais de 100 anos, então denominada “Frauenhilfe”, com o objetivo inicial de arrecadar fundos para a construção das igrejas e hospitais. Atualmente, continua com o objetivo de ajuda material e espiritual aos membros da comunidade, mas de forma diversificada. Esta ordem é organizada de forma hierárquica em nível nacional, regional e local.

famílias. Estas sociedades recreativas têm como sede salões onde acontecem as competições esportivas e comemorações, ao longo dos meses do ano. Além das festas de rei e de rainha, há também as festas anuais das comunidades religiosas, realizadas nos salões de festa das próprias igrejas. Outra opção de lazer na comunidade Verde Vale, trata-se de uma pousada, localizada em uma propriedade rural, que oferece serviço de cozinha típica da região e atividades de lazer como a pesca sem comercialização nos lagos e as piscinas artificial e natural (cachoeiras) que atraem, especialmente nos climas mais quentes, tanto os moradores da comunidade, quanto visitantes de outros municípios e regiões.

Quanto aos serviços de saúde, a comunidade conta com a equipe do Posto de Saúde que é composta de uma enfermeira, um médico, duas auxiliares de enfermagem, dois odontólogos, uma auxiliar de limpeza, seis agentes comunitárias de saúde e uma estagiária auxiliar de consultório odontológico. Esta equipe de PSF foi a terceira implantada no município, cuja área de abrangência é subdividida em seis microáreas de extensão territorial e número de famílias diferenciado. O município disponibiliza, então, de três equipes de PSF distribuídas nos seus três Postos de Saúde.

No Posto de Saúde da comunidade Verde Vale, os serviços oferecidos são, principalmente, de farmácia básica, consultas médica e odontológica, sala de vacinas, acompanhamento de crescimento e desenvolvimento infantil (ACD), coleta de exame preventivo de câncer de colo uterino, visitas domiciliares, acompanhamento do pré-natal de baixo risco e de pessoas portadoras de doenças crônicas, especialmente, hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. As consultas de enfermagem são, de modo geral, realizadas à criança, à mulher e ao adulto idoso, sobretudo, nas ocasiões de ACD, pré-natal, coleta de exame preventivo e controle de pressão arterial e peso. Segundo relato da atual enfermeira atuante no Posto de Saúde, a consulta de enfermagem acaba apresentando uma característica de triagem para as consultas médicas, em função da grande demanda de usuários atendidos diariamente, o que inviabiliza a organização de um agendamento sistemático para as consultas de enfermagem. Outros atendimentos de enfermagem incluem a assistência ambulatorial de administração de medicações e realização de curativos diários, especialmente, aos usuários portadores de feridas crônicas e feridas conseqüentes de acidentes ou cirurgias. Os atendimentos seguem

um sistema de agendamento prévio de consultas de rotina e de retorno, além dos atendimentos de livre demanda. No entanto, incluem-se as vagas para atendimentos de urgência, visto que não há serviço de emergência no município, somente no município vizinho. Há um grande número de atendimentos de urgência, principalmente relacionados a acidentes de trabalho e que são atendidos no Posto de Saúde, sem encaminhamento ao serviço de emergência. Nos casos mais graves, a equipe desloca um profissional da enfermagem com a ambulância para acompanhar o paciente até o hospital do município ou ao serviço de emergência no município vizinho.

O município possui apenas um hospital, que é particular e de pequeno porte (capacidade para 50 leitos), onde atendem dois médicos generalistas e uma equipe de enfermagem com uma enfermeira. Os serviços oferecidos no hospital são de consulta médica ambulatorial, realização de procedimentos curativos e pequenas cirurgias. Cabe destacar que não há maternidade no hospital da cidade e os partos são feitos nas maternidades dos municípios da redondeza. Também não há serviços médicos especializados em áreas clínicas, e esta se constitui em uma das maiores dificuldades nos municípios do interior: a contratação de médicos especialistas, diz a secretária de saúde do município, em uma conversa informal. Até o ano passado, a Secretaria contava com o atendimento de uma médica ginecologista no Posto de Saúde do Centro, que fazia os acompanhamentos de tratamentos ginecológicos e das gestações de risco dos usuários de todo o município. Atualmente, as gestantes de alto risco são encaminhadas para o ambulatório da Universidade Regional de Blumenau (FURB), onde recebem atendimento médico pelo SUS e, geralmente, ficam internadas nos hospitais públicos de Blumenau nas situações de risco gestacional ou de trabalho de parto e quando há necessidade de internação de recém-nascidos em UTI.

O município, no qual se localiza a comunidade Verde Vale, tem uma grande demanda de usuários atendidos pelos serviços de saúde da rede regional e também pelos serviços clínicos e hospitalares nas capitais dos Estados de Santa Catarina, Paraná e Rio Grande do Sul. Estes usuários são deslocados, periodicamente, através das ambulâncias disponibilizadas pela prefeitura para acompanhamento de doença com os profissionais nestas instituições. Em diversas oportunidades durante a graduação e pós-graduação, acompanhei algumas destas viagens de usuários do

município nos carros e ambulâncias que os levavam até os serviços de saúde de Florianópolis. Normalmente, eram crianças, mulheres e idosos, muitas vezes, acompanhados de algum familiar, que buscavam atendimento médico especializado, cirurgias e exames de maior complexidade, tratamentos de radioterapia e de quimioterapia, dentre outros serviços. Cada viagem tinha um itinerário composto de horários, nos quais os pacientes deveriam comparecer nas instituições de saúde ou então, de onde retornavam após internação hospitalar. Embora o deslocamento trouxesse cansaço aos pacientes e familiares acompanhantes, em virtude de seguir viagem desde cedo para não perder a vaga de consulta agendada e passar algumas horas à espera do atendimento, ainda assim, era o melhor recurso disponível para tratar da doença e cuidar da saúde. Recordo de uma das viagens em que fui até a UFSC para encontro com a orientadora da pesquisa, oportunidade na qual acompanhei e, posteriormente, retornei ao município de origem, com alguns pacientes que tinham ido a Florianópolis para consulta médica de rotina naquele dia. Um dos pacientes, idoso, colono, de origem italiana, havia descoberto há poucos meses que estava com um câncer e já havia iniciado tratamento com aplicações de medicação. Na volta para casa, percebi que ele estava calado e apreensivo. Comecei a conversar sobre o que fazia e com quem morava, na tentativa de que questionasse, caso estivesse com alguma dúvida, pois ele sabia que eu era enfermeira. Então, contou-me que o médico com quem consultara na ocasião, o qual elogiava pela atenção e conhecimento que demonstrava ter, disse que iniciaria outro tratamento na próxima semana. Achei que talvez quisesse conversar, a fim de partilhar medos e inseguranças sobre os problemas que enfrentava. Entretanto, fiquei surpreendida com a esperança daquele paciente, morador de um dos distritos rurais do município em que realizei a pesquisa, porque não estava apreensivo por desconhecer as questões terapêuticas da doença, mas encontrava-se entretido em seus pensamentos que o faziam desconfiar de que o câncer pudesse estar diminuindo e que ainda poderia voltar a trabalhar. Penso que esta realidade dos usuários procedentes de municípios do interior, diante das dificuldades de saúde e da escassez de oferta de alguns serviços, reflete não somente os problemas quanto ao acesso a atendimentos pelo SUS em algumas regiões do estado, mas enfatiza a necessidade de se buscar soluções que minimizem os sofrimentos e as preocupações, através do cuidado e da atenção que os valorizem em sua dignidade e os fortaleçam na vontade de viver.

4.5 Os sujeitos da pesquisa

Foram convidadas para participar desta pesquisa duas famílias de pequenos agricultores rurais, residentes na área rural da comunidade Verde Vale de abrangência do Posto de Saúde, constituindo-se em 14 pessoas no total. A princípio, tinha sido planejado compor uma amostra de até quatro famílias, contudo, no decorrer da pesquisa, percebeu-se um vínculo maior da pesquisadora com duas das várias outras famílias assistidas. Este fato se constituiu em uma maior facilidade para o acompanhamento destas famílias na pesquisa, principalmente pela convergência do cuidado que possibilitou muitos encontros.

A seleção das famílias participantes do estudo contou com alguns critérios que serão descritos a seguir:

- a) famílias que tivessem um ou mais membros nascidos no município. Optou-se por não selecionar famílias que, embora residissem na área de abrangência do Posto de Saúde, fossem migrantes de outros municípios ou estados. Este critério foi considerado importante, devido às diferenças de características de vida e de cultura entre as famílias de pequenos agricultores rurais e as famílias migrantes. Além disso, a escolha por estudar as famílias rurais está relacionada ao problema de pesquisa que emergiu, a partir da experiência profissional na comunidade, onde se percebeu um distanciamento destas quanto aos serviços oferecidos no Posto de Saúde, justificando, desse modo, o objetivo de conhecer como as famílias rurais cuidam da saúde.
- b) foram selecionadas somente as famílias que possuem moradia na área rural pertencente à comunidade Verde Vale.
- c) em relação ao desenvolvimento da família, em cuja perspectiva se fundamentou esta pesquisa, selecionaram-se famílias rurais a partir da fase de aquisição. Considerando que na comunidade é característico o núcleo em aquisição morar próximo de membros de outras gerações familiares, contou-se com participação dos núcleos da família em outras fases do desenvolvimento, caso houvesse oportunidade de contato.

d) as famílias foram convidadas para participar da pesquisa na ocasião do atendimento de enfermagem à criança no Posto de Saúde, ou seja, no momento em que eram assistidas e que iniciara o levantamento de dados.

e) a idade e o número de filhos das famílias rurais em aquisição também foram considerados critérios. Portanto, somente foram escolhidas as famílias que possuíam um (a) filho (a) na faixa etária de 0 a 2 anos. Delimitou-se esta faixa etária dos filhos, devido à maior probabilidade de encontro da enfermeira com as famílias no Posto de Saúde, pois a procura pelos serviços de ACD, imunização e consulta médica ocorre com maior frequência.

f) a aceitação de um ou mais membros do núcleo em aquisição para a participação como sujeitos da pesquisa consistiu também em critério de seleção.

Utilizou-se a consulta aos cartões de segunda via de vacinação das crianças, os quais permanecem no Posto de Saúde, além da agenda de consultas médicas para puericultura e os cartões de saúde da criança com os últimos registros do ACD para obtenção de informações adicionais que auxiliassem na seleção das famílias rurais para o estudo, tendo em vista a idade das crianças. Esta estratégia contribuiu de modo a se saber quando as famílias que se enquadravam nos critérios de seleção possivelmente freqüentariam o Posto de Saúde e se tais datas coincidiriam com o período em que a pesquisadora se encontrava na comunidade. Esta preocupação se deu em razão de no decorrer da pesquisa não estar mais atuando como enfermeira do Posto de Saúde, tornando as idas à comunidade, esporádicas e dependentes das demais atividades paralelas no Curso de Mestrado, em Florianópolis, onde residi durante parte do período da prática assistencial.

Assim, o primeiro contato com as famílias rurais foi informal, realizado pessoalmente no Posto de Saúde, através da consulta de enfermagem que incluiu entrevista, observação, verificação antropométrica para ACD da criança e acompanhamento do procedimento de imunização realizado pela auxiliar de enfermagem na sala de vacinas. Quando oportuno, fora comentado sobre a realização da pesquisa e feito o convite para participação. No entanto, o agendamento da primeira visita domiciliar dependia do aceite das famílias, tendo sido necessário o contato telefônico para confirmá-lo e agendar a visita. Procurou-se respeitar a disponibilidade de data e horário das famílias e também da enfermeira no agendamento das visitas domiciliares.

Além das famílias rurais, outros sujeitos foram incluídos na pesquisa, constituindo-se em pessoas da comunidade, da equipe de saúde e da prefeitura municipal que contribuíram para o levantamento de dados sobre os aspectos políticos, sociais, culturais e econômicos do contexto da pesquisa, descritos no item anterior como apresentação do contexto do estudo. Os profissionais da equipe de saúde do Posto de Saúde da comunidade, especialmente, as auxiliares de enfermagem, médico, enfermeira e auxiliar de serviços gerais e também outros profissionais da equipe da comunidade rural vizinha contribuíram, em grande parte, com informações sobre as famílias rurais da comunidade, uma vez que houve momentos em que a família procurou pelo Posto de Saúde e a pesquisadora não se fazia presente, então, relatavam os acontecimentos e algumas informações colhidas durante os atendimentos.

Enfim, a pesquisadora também se constituiu em um sujeito da pesquisa, aproximando-se e, às vezes, distanciando-se da realidade em que se desenrolava a pesquisa para conseguir visualizar o fenômeno na tentativa de conhecê-lo melhor. Na pesquisa qualitativa, considera-se o pesquisador também como sujeito, já que se relaciona constantemente com os demais sujeitos e com a realidade em que estão inseridos, compondo-se no objeto de estudo.

4.5.1 Apresentando as famílias do estudo

Embora as famílias tenham referido indiferença quanto a manter o nome verdadeiro dos membros e o sobrenome da família, optou-se por denominar os membros conforme a posição na família (exemplo, pai, mãe, avô, avó, bisavó) e dar um nome de flor a ela. A seguir são apresentadas as famílias rurais e os respectivos genogramas e ecomapas.

4.5.1.1 A família Girassol

O primeiro contato foi realizado com uma família que já era conhecida pela pesquisadora, desde o período em que atuava como enfermeira na comunidade. Na

ocasião do atendimento no Posto de Saúde, a **família Girassol** estava representada pela mãe, que trouxera o filho de um ano e três meses de idade para pesar, acompanhada do avô paterno da criança que conduzia o deslocamento com seu carro. Surpreendidos pelo reencontro com a enfermeira, questionaram sobre a presença da mesma no Posto de Saúde, o que favoreceu o início da conversa com a família e a apresentação da proposta de estudo. O motivo da procura pelo Posto de Saúde era o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (ACD) da criança, especialmente pela preocupação da mãe em registrar na carteirinha de saúde o controle regular do peso, o qual se encontrava dentro dos padrões de normalidade para a idade da criança. O avô estava preocupado com a possibilidade de perda ponderal da criança, pois esta se apresentava adoecida dias atrás, sendo percebida a interferência no apetite alimentar devido infecção respiratória aguda com episódios de febre. No momento da consulta de enfermagem, a criança se mostrava ativa, sem os sintomas de infecção respiratória (tosse e secreção respiratória ausentes, afebril, normopnéica, murmúrios vesiculares presentes e sem ruídos à ausculta pulmonar), com pequena perda ponderal, mas bastante comunicativa com a mãe, que falava em língua alemã. Procurou-se tranquilizar a família a respeito do estado nutricional da criança, orientar sobre os cuidados de prevenção às doenças respiratórias na infância e valorizar a comunicação da mãe com a criança como fator positivo ao desenvolvimento cognitivo e social da mesma.

Dando continuidade à conversa com a família, questionou-se sobre a situação de saúde da avó paterna da criança, com a qual a enfermeira teve contato anterior no Posto de Saúde, em função do cuidado em uma situação de doença. O avô relatou a permanência das queixas da esposa, apesar do acompanhamento regular com médico cardiologista, e aproveitando o assunto, solicitou que a enfermeira lhe aferisse a pressão arterial, já que suspeitava de hipotensão pelos episódios frequentes de tontura e mal-estar. Embora a pressão arterial não estivesse alterada, sugeriu-se à família o agendamento de uma visita domiciliar para que a enfermeira e os demais profissionais da equipe de saúde pudessem avaliar as queixas e buscar, junto à família, recursos terapêuticos e de promoção da saúde. Eles se mostraram contentes com a possibilidade de realização de visita domiciliar pela enfermeira, pois ainda não haviam recebido nenhum profissional da saúde em sua casa. *Gente boa pode vir lá em casa!* - exclamou o avô. Conforme a

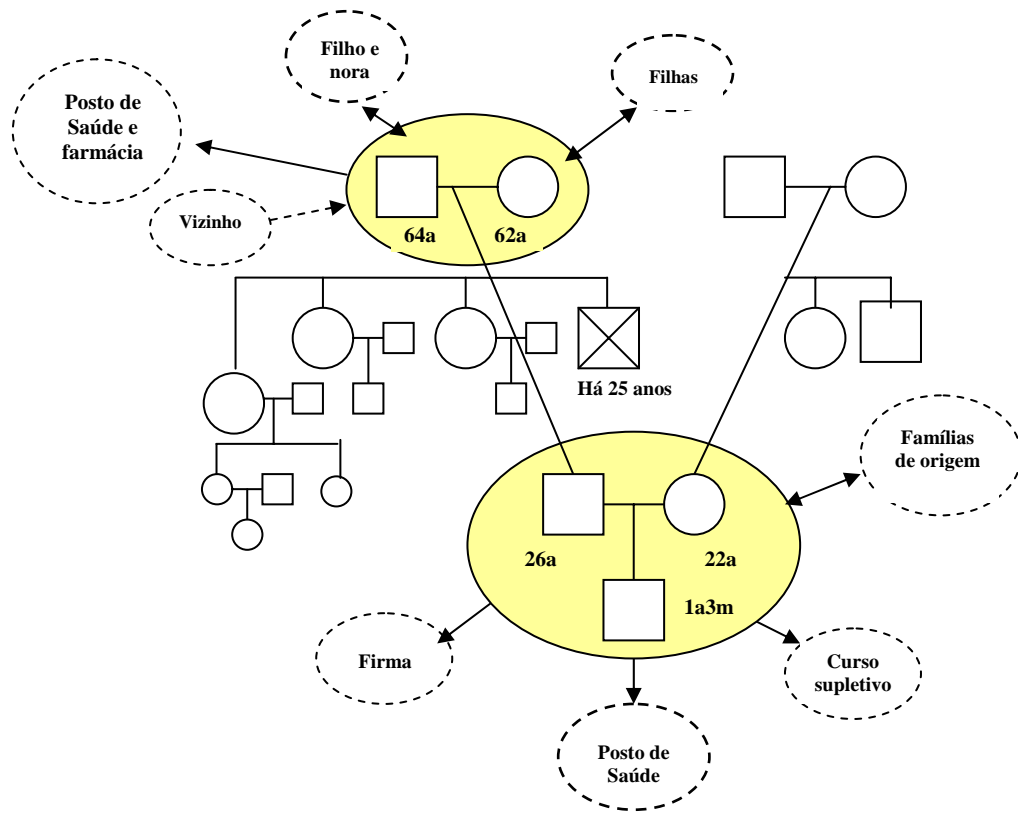
disponibilidade de data e horário da enfermeira e priorizando que todos os membros se encontrassem em casa, a visita foi realizada duas semanas depois.

A família Girassol reside cerca de seis quilômetros de distância do Posto de Saúde, em uma casa mista de madeira e alvenaria, localizada em terreno irregular e cercada por morros cobertos de pastagem, roça e mata fechada. Têm criação de animais e aves para consumo e venda de derivados (leite, carne, gordura e ovos), além de ave e animais domésticos como os cachorros, gatos e papagaio que são considerados parte da família pelo sentimento de companhia e instinto de proteção do lar. As aves de engorda (galinhas, frangos, patos e marrecos, por exemplo), ou seja, aquelas criadas para o abate e consumo da carne, circulam livremente pelo terreno e em torno da casa.

A propriedade abriga grande variedade de árvores frutíferas, horta de legumes, verduras e raízes que são cultivadas em área próxima da casa, destinadas à alimentação da família. Há um riacho que corta e irriga o terreno, cuja água é utilizada pela família, e para consumo há um poço artesiano. Ao lado da casa existem dois ranchos de madeira, onde são guardados os equipamentos e instrumentos usados no trabalho agrícola e também um caminhão carregado de materiais recicláveis, oriundos da coleta seletiva de lixo realizada pela família como alternativa de geração de renda. A casa possui sete cômodos (banheiro, lavação, cozinha, sala e dormitórios), suficientemente equipados com aparelhos eletrodomésticos, fogão à lenha e a gás, móveis, televisão com antena parabólica, linha telefônica e computador com rede para internet. A família possui dois automóveis e uma motocicleta que são usados para deslocamento dos membros da família ao trabalho e demais atividades realizadas fora do domicílio.

O avô é o proprietário das terras herdadas de seus falecidos pais. No entanto, todos os membros que residem na casa trabalham para a manutenção da propriedade. A família é composta de um núcleo em aquisição e um núcleo maduro, configurando-se em três gerações que residem em mesma moradia. Todos os membros têm origem germânica, falam a língua alemã e pertencem à Igreja Evangélica Luterana. A seguir é apresentado o genograma da família Girassol.

Figura 3: genograma e ecomapa da família Girassol.



No genograma é possível identificar também o ecomapa construído, individualmente, a cada núcleo familiar por apresentarem diferenças e variações entre as relações com os recursos sociais internos e externos, disponíveis na comunidade da qual fazem parte. Dessa maneira, observa-se que cada núcleo constrói relações com os recursos necessários ao seu desenvolvimento. O casal jovem tem relação recíproca com as famílias de origem e relação constante com recursos externos, como o local de trabalho e o curso supletivo que freqüentam para continuidade dos estudos, tendo em vista a sua importância para a realização das tarefas da fase de aquisição, na presença do filho pequeno. Já o núcleo maduro parece ter relações constantes, porém, restritas aos membros da família que residem mais próximos, com alguns que residem mais distantes e com a vizinhança, o que caracteriza as relações de compadrio na área rural, mencionadas por Woortmann (1995). A família Girassol destaca o Posto de Saúde e a farmácia como recursos externos e de saúde mais acessíveis na comunidade.

4.5.1.2 A família Rosa

A segunda família, com a qual entrei em contato no Posto de Saúde, foi apresentada pela auxiliar de enfermagem responsável pela sala de vacinas no dia esperado para a realização de imunização da criança. Ao contrário da família anterior, ainda não havia conhecido a **família Rosa**. Tendo em vista a dificuldade de encontrar famílias rurais compatíveis com os critérios de seleção, durante o período de desenvolvimento da prática assistencial, optou-se por consultar os cartões de segunda via das vacinas de todas as crianças que seriam imunizadas nos dias em que a pesquisadora freqüentaria o Posto de Saúde, a fim de garantir o contato. Na ocasião, a família Rosa estava representada pela mãe da criança de quatro meses de idade, pela bisavó materna da criança e pelo avô materno. A criança foi atendida pela auxiliar de enfermagem que, primeiramente, verificou as medidas antropométricas para o ACD e, posteriormente, conduziu a mãe e a criança até a sala de vacinas. Neste momento, houve a aproximação com a família, onde me disponibilizei para acompanhar a criança durante o procedimento de imunização, uma vez que a mãe demonstrou insegurança e medo de ouvir o choro da filha, preferindo permanecer fora da sala até o término do procedimento. Deu-se oportunidade para o acompanhamento dos demais membros da família, os quais manifestaram ser desnecessária a sua presença e estimularam a participação da mãe que se manteve resistente em entrar na sala de vacinas. Procurei respeitar a insegurança da mãe, percebendo a necessidade de cuidado e a oportunidade de educação à saúde.

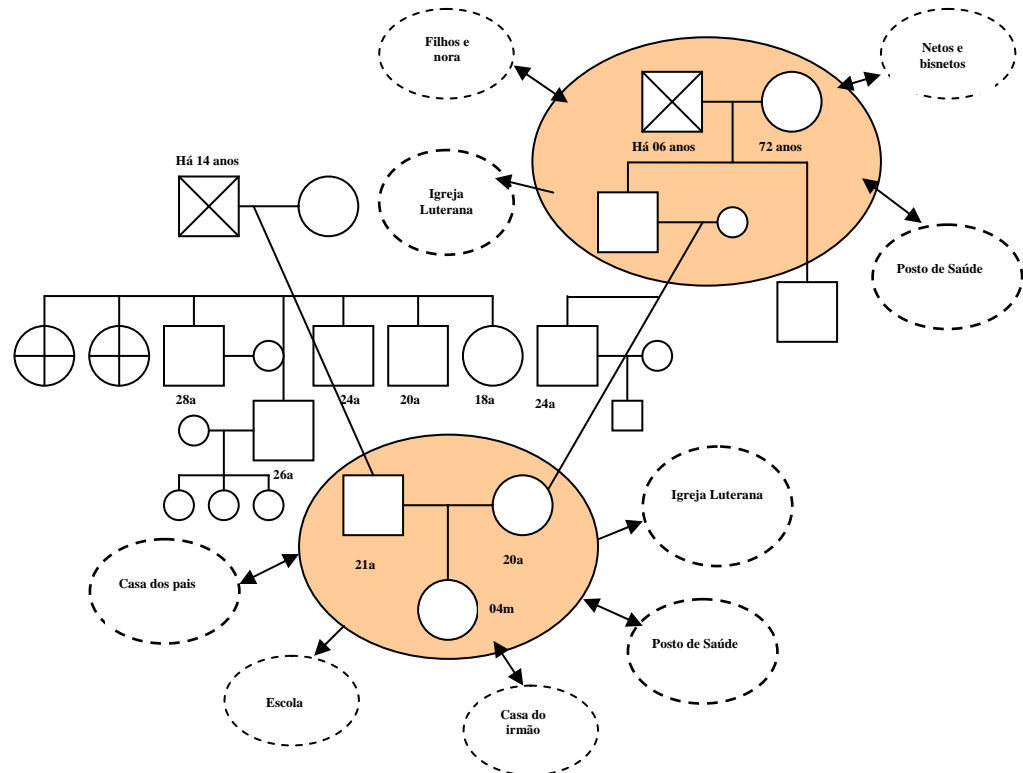
Ao término do procedimento, levei a criança aos braços da mãe, que aguardava próximo à porta da sala de vacinas, com lágrimas nos olhos. Aproveitando a presença dos demais membros da família, conversei a respeito do calendário de imunizações na infância e sobre a importância das vacinas para a prevenção de doenças à criança. Também valorizei o cuidado da mãe em trazer a filha até o Posto de Saúde, mesmo que não estivesse adaptada às práticas de saúde que podem, eventualmente, provocar dor ou desconfortos à criança. Neste sentido, orientei a mãe sobre as reações adversas que algumas vacinas podem causar, assim como, os cuidados que poderiam amenizar os desconfortos à criança.

A bisavó, que acompanhava o atendimento à criança, solicitou-me para aferir a pressão arterial, relatando história anterior de cirurgia cardíaca. Seu filho,

que estava conduzindo o carro, expressava inquietude com relação à demora em concluir o atendimento no Posto de Saúde, pois ainda precisavam ir ao centro da cidade para retirar o dinheiro da aposentadoria da mãe no banco e retornar a casa até o meio-dia. A bisavó não apresentava a pressão arterial alterada e disse estar tomando diversos remédios prescritos pelo cardiologista. Devido, à necessidade de a família se ausentar naquele momento do Posto de Saúde, esclareci de modo sucinto a proposta de estudo à mãe e informou que entraria, novamente, em contato caso houvesse interesse de participação por parte do núcleo de aquisição. A mãe, então, disponibilizou o número para contato telefônico, mas adiantou que seria difícil a participação do marido, que trabalhava fora. A primeira visita domiciliar foi agendada para a quinzena seguinte ao primeiro contato.

A família Rosa reside em uma localidade da comunidade Verde Vale que fica há, aproximadamente, vinte e dois quilômetros do Posto de Saúde, sendo constituída de quatro núcleos que se distribuem em três moradias bastante próximas. Há dois núcleos familiares na fase de aquisição, com filhos na idade de seis meses e três anos, morando sozinhos. Na outra moradia, há um casal na fase madura, responsável pelo cuidado da bisavó, viúva e que se constitui no núcleo tardio da família. Assim, a composição da família se configura em quatro gerações com relações muito próximas. A seguir, o genograma da família Rosa.

Figura 4: genograma e ecomapa da família Rosa.



A maioria dos membros que compõem a família possui origem germânica, fala a língua alemã e pertence à Igreja Evangélica Luterana. Apenas um membro agregado, o pai da criança atendida, possui origem italiana e o casal em aquisição pertence à religião católica.

O avô da criança é o herdeiro da propriedade familiar rural e os demais membros, exceto os homens mais jovens, trabalham diretamente com a produção agrícola para consumo próprio da família e venda de excedentes (mel, por exemplo). Os demais têm vínculo empregatício com uma serraria local e auxiliam nas atividades agrícolas nos finais de semana ou quando necessário. A propriedade consiste em significativa extensão de terra, caracterizada por presença de morros, pastagens, riacho que corta o terreno, cachoeira e lagoa. Há uma área destinada ao plantio regular do milho, cuja terra é constantemente preparada. Também há pomares, hortas e jardins distribuídos ao longo da propriedade, localizados próximos às moradias. A família mantém a criação de animais e aves para consumo de derivados, animais para auxílio nas atividades agrícolas (cavalos) e também animais domésticos.

Duas das moradias são de madeira e uma é de alvenaria, apresentando condições físicas limitadas, simples e pouco equipadas com aparelhos eletrodomésticos. No entanto, retratam as moradias tradicionais da área rural por possuírem fogão e forno à lenha, considerados ideais para a culinária típica da região. Próximo a uma das casas existe um rancho que serve de depósito para os equipamentos agrícolas e carroça. É onde se armazena o milho após a colheita para ser moído e usado como alimentação dos animais. A família possui um telefone celular rural, um automóvel e uma motocicleta que são usufruídos por todos os núcleos familiares.

Dentre os recursos externos utilizados pelos núcleos de aquisição, maduro e tardio, com os quais obtive maior proximidade, destacam-se a Igreja Luterana na comunidade, o Posto de Saúde e os membros da família mais próximos. Para o núcleo de aquisição, a escola da localidade foi indicada como recurso externo a ser utilizado quando a criança estiver na idade de freqüentar as aulas. Embora a família Rosa se apresente como núcleos em diferentes fases do desenvolvimento, há uma homogeneidade quanto aos recursos acessados, diferenciando-se somente nas relações com os recursos internos. Estas relações se distinguem entre os núcleos familiares, especialmente entre alguns membros da família, pois estão de acordo com a fase de vida familiar. Como exemplo, o núcleo de aquisição aponta a casa dos pais, o núcleo maduro aponta relação recíproca com os filhos e noras, o núcleo tardio parece se relacionar mais com os netos e bisnetos.

O quadro 4 na seqüência, resume algumas características das famílias rurais estudadas.

| COMPOSIÇÃO FAMILIAR | CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS | | | MORADIA | RELIGIÃO | ORIGEM CULTURAL | REDE SOCIAL | | |
|---------------------|---------------------------------|--|--------------------|------------|---|---------------------|--|---|--|
| | IDADE | PROFISSÃO | SITUAÇÃO CONJUGAL | | | | FASE DE DESENV. | Recursos internos | Recursos externos |
| FAMÍLIA NUCLEAR | Mãe 22 | Costureira; do lar. Elettricista Nenhum. | Casados há 3 anos. | Aquisição | Moram junto com a família origem paterna. | Evangélica Luterana | Germânica | Telefone. Família de origem paterna. Família de origem materna. | Vizinhos. Posto de Saúde. Empresa. |
| | Pai 26 | | | | | | | | |
| | Filho 15m | | | | | | | | |
| FAMÍLIA AMPLIADA | Mãe 20 | Agricultora. Do lar. Empregado de serrania. Nenhum. | Casados há 2 anos. | Aquisição. | Própria. | Católica | Germânica Italiana | Casa dos pais. Família origem paterna. | Igreja Luterana. Posto de Saúde. |
| | Pai 21 | | | | | | | | |
| | Filha 04m | | | | | | | | |
| FAMÍLIA AMPLIADA | Avó paterna 62 | Agricultora. Agricultor aposentado; ex-funcionário de cooperativa de eletricidade. | Casados há 43 anos | Matura | Própria. | Evangélica Luterana | Germânica | Demais filhas. Filho e nora. Vizinho | Vizinhos. Posto de Saúde. |
| | Avó paterno 64 | | | | | | | | |
| | Bisavó materna 72 | | | | | | | | |
| | Avó materna 44 | | | | | | | | |
| | Avó materno 50 | | | | | | | | |
| | Tio 24 | | | | | | | | |
| Tia 24 | | | | | | | | | |
| Primo 3 | Agricultora. Do lar. Nenhum. | Casados há 3 anos. | Aquisição. | Própria. | Evangélica Luterana | Germânica | Demais filhos. Membros da família, especialmente o filho, a nora e a neta. Casa dos filhos (próximos). | Vizinhos. Posto de Saúde. Hospital da cidade. | |
| Avó materno 50 | | | | | | | | | |
| Tio 24 | | | | | | | | | |

Quadro 4: resumo dos dados de identificação e característicos das famílias rurais participantes do estudo.

4.5.2 Visitando e Cuidando das Famílias Rurais

Os encontros que sucederam o primeiro contato da enfermeira com as famílias no Posto de Saúde da comunidade Verde Vale foram visitas domiciliares, realizadas ao longo de um período de nove meses. As visitas eram agendadas pela pesquisadora, respeitando-se a disponibilidade de data e horário das famílias e também conciliando com os dias em que a pesquisadora se encontrava na região. Procurei também manter os encontros em dias úteis da semana, devido à possibilidade de acompanhamento dos demais profissionais da equipe de saúde da família, pelo funcionamento do Posto de Saúde e disponibilidade de carro com motorista da prefeitura municipal que me conduzia até os domicílios, garantindo a companhia e a segurança para os deslocamentos nas longas distâncias pelas íngremes estradas de terra, características da área rural da comunidade.

Foram realizadas três visitas domiciliares para a família Girassol e seis visitas para a família Rosa. Embora se pretendesse envolver todos os membros das famílias nos encontros, obtive a participação de membros dos vários núcleos familiares, além do núcleo de aquisição. Houve maior dificuldade de entrar em contato com os membros que trabalhavam fora, como o pai e o tio da criança na família Rosa, que não participaram de nenhum encontro, cujos dados sobre os mesmos foram obtidos pelo relato dos demais familiares. As visitas foram realizadas em dois momentos da fase de levantamento de dados, em intervalo de meses entre eles, o que possibilitou o acompanhamento longitudinal das famílias em desenvolvimento. Além disso, o cuidado familiar e as mudanças no funcionamento familiar foram observados em diferentes eventos de transição, sejam os maturacionais, pela própria fase da vida dos núcleos familiares em aquisição e maduro e pela presença de crianças, sejam os situacionais, pela ocorrência de doenças, hospitalizações ou perdas financeiras, por exemplo.

As famílias geralmente aguardavam pela visita da pesquisadora, mantendo de sobreaviso os membros que estivessem trabalhando em casa ou na roça e se reunindo em algum cômodo, normalmente a cozinha da casa, quando na chegada da mesma. Também esperavam e solicitavam pela realização de algum cuidado profissional na oportunidade da visita, como exemplo, a aferição da pressão arterial, a observação de alguma alteração física, o aconselhamento a respeito de queixas somáticas e a verificação das medicações utilizadas por algum membro da família.

Desta maneira, a maleta de equipamentos médicos e de enfermagem da equipe de saúde se constituiu em um material importante e sempre presente nos encontros com as famílias, bem como, o jaleco branco com a identificação da enfermeira e os materiais usados para o levantamento de dados da pesquisa (caderno de anotações, gravador, máquina fotográfica, instrumentos de coleta de dados, termos de consentimento e de autorização). À medida que se ampliava os contatos com os membros das famílias, a proposta de estudo era constantemente esclarecida, convidando cada um dos membros que passava a conhecer nas visitas a participar da pesquisa, mantendo a responsabilidade ética de apresentar os termos de consentimento e de autorização para registros.

Tendo em vista que o agendamento da primeira visita domiciliar havia sido feito, através dos membros dos núcleos de aquisição atendidos no Posto de Saúde, optou-se por realizar a primeira visita a este núcleo familiar. Contudo, a convivência dos membros da família em mesma moradia ou em moradias muito próximas se tornou um fator facilitador à inclusão dos outros núcleos familiares, ampliando as perspectivas do cuidado e da pesquisa por abranger mais de uma fase do desenvolvimento familiar. Este fator se mostrou favorável também ao conhecimento do cuidado familiar em diversas situações, ao longo do período de aproximação com as famílias.

4.5.2.1 Encontros com a Família Girassol

Os encontros com a família Girassol foram realizados na presença de todos os membros, preferencialmente no período vespertino, respeitando-se a menor demanda de serviços domésticos e o horário de descanso do “opa” e da “oma”, após o almoço. Recebiam a pesquisadora na cozinha, sentando-se todos em volta da mesa para conversar, enquanto que a mãe permanecia atenta à criança que, na maioria das vezes, brincava pela casa ou ficava junto da mãe, do pai ou dos avós na mesa, dando-lhe atenção ou oferecendo-lhe alguma refeição. Em diversos momentos das visitas, a criança interferia com conversas paralelas com os membros da família que respondiam e falavam, na língua alemã.

Os padrões de comunicação na família parecem ser bastante eficazes, visto que todos os membros fazem uso de uma mesma linguagem cultural e promovem a inclusão da criança no diálogo, permitindo o seu desenvolvimento cognitivo e cultural. Entretanto, a comunicação entre os núcleos familiares parece sofrer alterações quando na presença de conflito de gerações e de valores, principalmente àqueles relacionados com os modelos de vida familiar. Desse modo, em diversas situações das entrevistas com a família houve discussão e troca de idéias entre os membros, oportunizando o esclarecimento de opiniões, anteriormente incompreendidas ou não verbalizadas pelos membros entre si. Percebi, muitas vezes, deslocada da conversa, pois alguns assuntos envolviam os membros que pareciam ignorar a presença da mesma. Outras vezes, a presença da pesquisadora parecia neutralizar a conversa, possibilitando certa segurança para que os membros expressassem suas opiniões aos demais, como se houvesse a oportunidade de transmitir ou de reforçar algo para alguém. Um exemplo de diálogo da família Girassol expressa esta observação:

Avô da criança: Acho que estou doente. Não dou conta nem mais de descascar o milho!

Enfermeira: E você já procurou pelo médico para saber o que está acontecendo?

Avô da criança: Eu não preciso de médico.

Mãe da criança: Na minha opinião, acho que seria importante o opa fazer alguns exames para ver se tem algum problema, mas ele não se deixa convencer. A gente já falou milhares de vezes e não adianta, porque ele não vai ao médico de jeito nenhum.

Pode-se observar que a entrevista da pesquisadora proporcionou uma abertura para o diálogo em família, permitindo o ouvir e o expressar de opiniões, angústias, problemas, desejos, enfim, resultando no desenvolvimento do cuidado.

Eventualmente, quando chegava à casa da família Girassol, os membros se encontravam no jardim ou no pátio realizando alguma atividade próxima à casa, ou seja, fora da roça, pois aguardavam pela visita. Então, a conversa se iniciava no meio do jardim ou debaixo da árvore de jabuticaba, por exemplo, dando continuidade à entrevista dentro da casa. Estas ocasiões favoreceram a observação

do ambiente doméstico e agrícola e da interação da família neste, procurando-se estar atenta às questões do cuidado à saúde. Assim, observei que a vestimenta dos membros difere de quando se está trabalhando na roça e quando se está dentro de casa.

É característico o uso de roupas velhas e compridas, botas de borracha, lenço e chapéu na cabeça para trabalhar na roça e, ainda, uma toalha velha sobre os ombros para buscar o “trato” (alimento para os animais). Ao entrar em casa e sentar à mesa para se alimentar, no período do dia, é feita a higiene das mãos, dos pés e do rosto, devido sujidades e suor. O chapéu é tirado e deixado atrás da porta ou no rancho, as botas são deixadas ao lado da porta de casa e são calçados chinelos de dedos, trocam-se somente as roupas que estiverem muito sujas ou molhadas e, geralmente a oma põe um vestido largo sobre a calça comprida.

O ambiente interno da casa é considerado limpo e o externo sujo, porém, deve-se mantê-lo limpo e organizado, varrendo as folhas e frutas caídas no chão, recolhendo dejetos de animais para evitar mau cheiro e insetos, roçando o capim e podando plantas para manter distantes os animais peçonhentos.

Os membros foram receptivos e demonstravam interesse em apresentar o “rumo” ou os limites da propriedade, as criações de animais, as plantações e a área do terreno que mantém o “mato”, contanto sobre as mudanças ocorridas na propriedade, através do trabalho dos membros da família desde as gerações antecedentes.

A abertura de estradas, a manutenção de pastagens, o aumento do número de espécies frutíferas são conquistas que revelam a evolução do trabalho e que valorizam a propriedade rural, cuja responsabilidade pela manutenção é um dos principais motivos da dedicação diária pela terra herdada. Estas informações levaram a pesquisadora a conhecer a importância do cuidado da terra pela família rural, como ações de promoção da vida, do trabalho e da saúde, em virtude dos produtos proporcionados pela natureza à sobrevivência. Alguns espaços da propriedade e da casa eram privados do conhecimento pela pesquisadora, como exemplo, os ranchos e os dormitórios, os quais eram referidos “lugar da bagunça”.

Ao término de cada visita, geralmente era convidada a tomar um café com doces, pães e alimentos produzidos pela própria família. Em uma destas ocasiões, a avó comentou: *a senhora não repare, mas tudo o que a gente tem na mesa somos nós mesmos que fazemos. Tem de tudo um pouco!*

Dentre os alimentos oferecidos destacam-se: pão de batata caseiro, nata, leite de vaca, manteiga, queijo branco caseiro, melado de cana, lingüiça de carne, bolo de fubá e um pedaço de torta de frango, conhecido como “pastelão”, que restou do almoço. Estes momentos foram de riquíssima integração com a família, pois oportunizaram minha participação em uma das atividades mais valorizadas por reunir os membros e proporcionar a comunicação entre eles: a refeição. Também possibilitou a observação de alguns costumes da família quanto aos hábitos alimentares e a oração do “Pai Nosso” em língua alemã realizada pelos membros, antes de comer, inclinando a frente e juntando as mãos. A criança acompanha o gesto da família e o repete, fechando os olhos e respondendo “Amém” sempre que lhe é oferecido algum alimento.

Quanto aos cuidados de enfermagem planejados e implementados junto à família Girassol, a primeira visita esteve bastante voltada para a saúde da criança, visto a história anterior de infecção respiratória aguda e controle de perda ponderal, coletada no dia da consulta de enfermagem no Posto de Saúde. Além da intenção de acompanhamento da criança, o encontro visou levantar as questões de interação e adaptação do núcleo de aquisição à presença do filho pequeno e o relacionamento com o núcleo maduro. Percebeu-se que há boa integração entre os membros e uma co-responsabilidade entre as mulheres sobre o cuidado à criança, assim como a divisão de autoridade paterna entre os homens, principalmente quanto às decisões acerca das necessidades de manutenção da propriedade.

Na segunda visita domiciliar, realizada após quinze dias da primeira visita, o pai da criança esteve ausente e a mãe relatou o retorno dos episódios de febre pela descídua primária dos dentes do filho. Os cuidados estiveram mais voltados ao casal maduro, que apresentou diversas queixas de mal-estar e dúvidas quanto aos tratamentos medicamentosos para a doença crônica da avó. Vi a necessidade de alertar a equipe de saúde para a realização de controle da hipertensão e estudo das queixas de depressão e insônia referidas pela avó, uma vez que estava fazendo uso de dois medicamentos psicotrópicos há vários meses, sem reavaliação médica.

O terceiro encontro ocorreu oito meses após a segunda visita. Este espaço de tempo possibilitou um segundo momento para o encontro com a família Girassol, que se apresentava em situação de preocupação e de necessidade de tomada de decisão em família. A visita se estendeu mais do que as anteriores, pela necessidade de apoiar a família quanto à tomada de decisão e ao enfrentamento

familiar, diante da doença grave de uma das filhas do casal maduro, a qual sofreria cirurgia nos próximos dias e solicitara a atenção da mãe que, por sua vez, não se encontrava em boa situação de saúde. A tomada de decisão se relacionava com a necessidade de encaminhar a avó para atendimento e cuidado profissional, de modo a prevenir complicações da doença crônica e hospitalização, além de amenizar a ansiedade da família acerca da cirurgia da filha, discutindo sobre a possibilidade de outros cuidadores familiares, caso a avó não estivesse em condições de assumir tal responsabilidade no momento propício.

O distanciamento após a terceira visita domiciliar não significou um fechamento para as relações de cuidado com a família, ao contrário, esta fase foi sendo preparada desde o início do processo, a partir das tentativas de aproximação da família com a equipe de saúde e vice-versa. Os dados colhidos em cada visita foram informados à equipe, especialmente, pelo compromisso de dedicar atenção à família e por compreender uma deficiência do próprio serviço que dificulta o acesso rotineiro acerca das informações da família e à família, conseqüente à ineficiência no cumprimento do papel de agente comunitário de saúde da microárea referente.

4.5.2.2 Encontros com a Família Rosa

Os encontros com a família Rosa foram marcados pela ocorrência de um evento situacional importante que levou à realização de seis visitas domiciliares e um acompanhamento de consulta médica no Posto de Saúde, após encaminhamento feito pela pesquisadora. Serão descritos, a seguir, os encontros realizados com a família e apresentado o processo de cuidar desenvolvido neste período.

A primeira visita domiciliar foi realizada no período da manhã e na casa do núcleo de aquisição, após contato telefônico anterior com a mãe da criança. A pesquisadora foi acompanhada da agente comunitária de saúde para localizar a casa e favorecer o contato inicial com a família. Esta agente de saúde é bastante respeitada pelas famílias da localidade, o que demonstra a dedicação da mesma na realização das visitas domiciliares e na comunicação sobre os problemas e necessidades com os profissionais da equipe de saúde da família. Embora o número de famílias que tenha que visitar mensalmente seja pequeno, comparado com a microárea que abrange o núcleo urbano da comunidade Verde Vale, a

diferença entre ambas está na distância entre as moradias e no tempo necessário para deslocamento até cada família durante o mês. Ao chegar na casa, fomos recebidas pela mãe, que se encontrava cuidando da criança e preparando o almoço para o marido e para o pai (avô da criança) o qual estava bastante atarefado com as atividades agrícolas, pois não podia contar com a ajuda da esposa (a avó da criança) ausente na propriedade naquele dia. O pai da criança estava trabalhando na serraria (há 2 ou 3 quilômetros de casa) e recebia a comida no local de trabalho, sendo levada pela esposa. Esta atitude se deu por indicação médica quanto à mudança de hábitos alimentares entre as refeições do dia e da noite. O marido trabalha em um período diurno de oito horas, costumava lanchar ao meio-dia e se alimentar com refeição completa à noite, ocasionando problemas digestivos e a necessidade de alterar hábitos de refeição. O avô da criança se mostrava bastante ocupado e ansioso devido à hospitalização da sua mãe (a bisavó da criança), que sofrera um acidente ofídico por *bothrops jararaca*, ao entardecer do dia anterior, enquanto limpava o jardim em frente à sua casa.

Na ocasião do acidente ofídico, a bisavó foi socorrida pelos próprios membros da família que realizaram torniquete no membro inferior direito e a conduziram com carro próprio até o hospital do município, onde foi prontamente atendida por um médico, recebendo soro antídoto e se mantendo internada por três dias. A avó da criança se disponibilizou em acompanhar a hospitalização para auxiliar a bisavó na alimentação e higiene durante o dia e retornando para casa à noite.

Assim, o primeiro encontro permitiu conhecer o funcionamento e o enfrentamento da família diante dos eventos do acidente ofídico, considerado uma crise situacional no cotidiano da família rural, e da hospitalização que gerou diversas mudanças ao funcionamento familiar, tanto no que se refere à comunicação, quanto ao relacionamento e ao cuidado familiar. Foi esclarecida a proposta de estudo e o objetivo das visitas domiciliares, apresentou-se o termo de consentimento e as autorizações e se iniciou a coleta de dados, através do genograma e ecomapa. Houve uma troca de informações com a mãe sobre o manejo da amamentação e a introdução de alimentos sólidos e ingestão de líquidos pela criança, uma vez que a família já oferecia outros alimentos (batata amassada, caldo de feijão, sopa de legumes, raspa de frutas, chá na mamadeira) que estavam sendo aceitos pela criança, sem recusa do leite materno ou indício de desmame precoce.

De todo modo, respeitando-se a necessidade de adaptação da família às mudanças geradas pelos eventos e se percebendo a dificuldade da mãe em responder às questões na entrevista pois a criança estava chorosa e, ao mesmo tempo, tendo que dar atenção ao avô que solicitava ajuda para selecionar algumas roupas que seriam levadas para a bisavó no hospital, encerrou-se a conversa agendando uma segunda visita para a próxima quinzena. Na seqüência, são apresentadas as tabelas 1 e 2 com os diagnósticos de enfermagem sobre as forças e as áreas de preocupação da família, a partir do primeiro encontro.

Como avaliação do primeiro encontro, pode-se considerar a percepção de mudanças no funcionamento familiar, sobretudo, no que se refere à redefinição de funções entre os membros da família na situação de hospitalização de um deles. Ambos os núcleos, o de aquisição e o maduro, são envolvidos com as novas necessidades de manutenção do lar, das atividades de trabalho agrícola e de cuidado. Como exemplo, a mãe da criança que precisou assumir o cuidado da filha em tempo integral, pois não podia contar com a ajuda da bisavó que sempre tomava conta, enquanto a mãe trabalhava na roça. O outro núcleo de aquisição passou a se responsabilizar pela alimentação dos animais e manutenção do lar dos avós da criança. O avô e a avó da criança, que se denominam responsáveis pelo cuidado da bisavó, passaram a acordar mais cedo para adiantar algumas atividades agrícolas como tratar os animais e tirar o leite. Posteriormente, deslocavam-se até o hospital onde a avó permanecia acompanhando a bisavó. O avô assumia a função de levar os utensílios solicitados e trazer as informações sobre a situação de saúde da bisavó aos demais membros. Neste sentido, a família passou por tomadas de decisão sobre a escolha de um membro acompanhante durante a hospitalização e sobre a organização das tarefas durante este período.

O encontro seguinte aconteceu quinze dias após a primeira visita. A bisavó já se encontrava em casa, sob os cuidados da mãe e da avó da criança, após o período em que permaneceu hospitalizada e que a fragilizou bastante, por fazê-la lembrar da experiência anterior de hospitalização, quando sofrera cirurgia cardíaca, em que necessitou de muitos cuidados para a recuperação. Após a alta dos primeiros três dias de internação, a avó voltou para casa, dando continuidade ao tratamento antibacteriano e antiinflamatório da lesão. Entretanto, as alterações tissulares decorrentes da ação do veneno *Bothrops* que induz efeitos locais caracterizados por hemorragia, necrose, edema e dor intensa levaram a bisavó a

retornar ao hospital e permanecer mais dois dias internada, após procedimento cirúrgico para limpeza e desinfecção da lesão.

Tabela 1: diagnósticos das forças da família Rosa no primeiro encontro.

| FORÇAS | INTERATIVO | DESENVOLVIMENTO | ENFRENTAMENTO | INTEGRIDADE FAMILIAR | SAÚDE |
|--|---|---|--|--|---|
| 1. Disposição para processos familiares melhorados, caracterizado por: | <ul style="list-style-type: none"> • relacionamentos positivos entre os membros interdependentes com a comunidade; comunicação adequada. • suporte tático ou emocional para a criança, bem como os laços e sentimento de apego. | <ul style="list-style-type: none"> • tarefas da família cumpridas; papéis dos membros flexíveis e adequados para o estágio de desenvolvimento. | <ul style="list-style-type: none"> • adaptação da família à mudança. | <ul style="list-style-type: none"> • respeito pelos membros evidentes; manutenção dos laços familiares. | <ul style="list-style-type: none"> • funcionamento satisfaz as necessidades físicas, sociais, psicológicas dos membros; nível de energia da família possibilita as atividades diárias. • são satisfeitas as necessidades físicas e emocionais da criança. • procura de suporte social (Posto de Saúde Hospital). |
| 2. Disposição para paternidade e maternidade melhorada, caracterizado por: | <ul style="list-style-type: none"> • suporte tático ou emocional para a criança, bem como os laços e sentimento de apego. | | | | |
| 3. Disposição para enfrentamento aumentado, caracterizado por: | | | <ul style="list-style-type: none"> • variedade de estratégias voltadas ao problema de saúde em si. | <ul style="list-style-type: none"> • membros utilizam recursos espirituais. | |
| 4. Amamentação eficaz relacionada a confiança materna, conhecimento básico sobre amamentação, estrutura mamária normal, estrutura oral da criança normal; caracterizado por: | <ul style="list-style-type: none"> • padrões eficazes de comunicação mãe-filho | <ul style="list-style-type: none"> • verbalização materna de satisfação com o processo e a experiência de amamentação. | <ul style="list-style-type: none"> • verbalização da intenção de reduzir fatores de risco para a progressão da doença | | <ul style="list-style-type: none"> • padrões de peso e de eliminação da criança adequados para a idade. • escolhas apropriadas de atividades diárias para atingir os objetivos de tratamento e prevenção de outras doenças |
| 5. Controle eficaz do regime terapêutico, caracterizado por: | | | | | |
| 6. Disposição para enfrentamento familiar aumentado, relacionado com tarefas adaptativas eficazmente encaminhadas. | | | | <ul style="list-style-type: none"> • membro da família (mãe) descreve o impacto do crescimento da crise em seus próprios valores e prioridades. | <ul style="list-style-type: none"> • membro da família move-se em direção a um estilo de vida de promoção da saúde, que dá apoio, negocia as estratégias de tratamento e escolhe experiências que otimizam o bem-estar. |

Tabela 2: diagnósticos das áreas de preocupação da família Rosa no primeiro encontro.

| ÁREAS DE PREOCUPAÇÃO | |
|---|---|
| <p>7. Risco para nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais, relacionado por:</p> | <ul style="list-style-type: none"> • relato de oferta de alimentos sólidos à criança antes dos cinco meses; obesidade observada na mãe. |
| <p>8. Processos familiares interrompidos, relacionado com a alteração do estado de saúde de um dos membros, transição situacional e modificação nas finanças da família; caracterizado por:</p> | <ul style="list-style-type: none"> • mudanças nos padrões de comunicação. • mudanças nas tarefas designadas. • mudanças na disponibilidade para apoio emocional. • mudanças nas queixas somáticas (a bisavó hospitalizada). |
| <p>9. Enfrentamento ineficaz, relacionado com suporte social inadequado criado pelas características dos relacionamentos, recursos disponíveis inadequados, oportunidade inadequada de preparar-se para estressores; caracterizado por:</p> | <ul style="list-style-type: none"> • uso diminuído do suporte social (ajuda de vizinhos e da equipe de saúde local) |

Retornando para casa, após a segunda internação, a família foi orientada pelo médico do hospital sobre a necessidade de realização de curativo, em média, duas vezes ao dia, preferencialmente, no Posto de Saúde. A família relatou que se colocou disponível para realizar o curativo em casa, comprometendo-se em retornar uma vez por semana ao hospital para avaliação médica acerca da evolução da ferida. O médico receitou o material para curativo que foi, em parte, comprado pela família e, em parte, fornecido pela Secretaria Municipal de Saúde. Até o dia da visita realizada pela pesquisadora, a família ainda não havia entrado em contato com a equipe de saúde da família, referindo dificuldade para se deslocar, diariamente, para trocar o curativo devido à distância e grande demanda de atividades diárias.

Assim, este encontro foi realizado após as duas situações de internação hospitalar. A visita ocorreu na casa da bisavó e dos avós da criança, tendo sido a pesquisadora recebida e conduzida pela mãe da criança que se encontrava cuidando do jardim e da criança que permanecia no carrinho de bebê, sob a sombra de uma árvore. Os demais membros estavam trabalhando na roça, em área mais distante, todavia com visão para a casa. Ao perceber a minha chegada na propriedade, os membros acenaram com os braços, indicando o caminho que levava à casa onde esperavam pela visita e alertando a presença de cachorro bravo. A bisavó se encontrava sozinha, sentada no banco em frente à janela da cozinha que dava para o jardim, onde o acidente acontecera. Estava com o membro inferior lesionado erguido e apoiado em uma cadeira, parecia abatida, mas demonstrou contentamento ao ver a maleta de visita, referindo: *não repare a casa, que é de pobre, mas pode entrar*. Enquanto me apresentava e explicava intenção de realizar a visita, a mãe da criança colocou sobre a mesa todos os materiais que utilizava para trocar o curativo. Neste momento, entrou na cozinha a avó e a tia da criança que vieram acompanhar a visita e questionar sobre o atendimento médico no Posto de Saúde, uma vez que a médica havia pedido demissão e a equipe se encontrava sem médico até o mês seguinte.

Embora os cuidados implementados tenham sido mais focados à saúde da bisavó e à avaliação da evolução da ferida, houve a troca de informações com a família a respeito dos cuidados realizados na situação de doença, as estratégias de enfrentamento e a adaptação às mudanças no funcionamento familiar. Solicitei que a cuidadora familiar, no caso a mãe da criança, trocasse o curativo para que se pudesse acompanhar a família e entender melhor o cuidado até então realizado em

casa. À medida que ia sendo feito o curativo, os membros manifestavam suas dúvidas, inseguranças e observações e a enfermeira também observava e analisava a lesão, assim como, a interação familiar no cuidado.

Percebi grande dificuldade da cuidadora familiar em manusear as gazes sujas e armazenar, adequadamente, os materiais para o curativo: o soro fisiológico aberto na geladeira há mais de uma semana, as gazes não esterilizadas, as ataduras reutilizadas após limpeza insuficiente, além da pomada bactericida e do povidine tópico usado sobre a lesão aberta e profunda. Neste sentido, propuseram-se algumas mudanças no modo de realizar tal cuidado pela família, disponibilizando material do Posto de Saúde para uso na troca do curativo, como soro fisiológico, pacote de gaze esterilizada, suspensão da pomada e do povidine tópico, indicando o óleo à base de ácido graxo essencial na lesão e dexametasona creme em torno da lesão para amenizar dor e edema.

Além disso, as estratégias de enfrentamento familiar foram valorizadas, como exemplo, a redefinição de funções e tarefas, apoiando e esclarecendo o cuidador quanto às dúvidas e orientando para uma aproximação com a equipe de saúde. Firmamos um acordo sobre a co-responsabilidade sobre os cuidados com a ferida, complementando as intenções de cuidado anteriormente referidas à saúde da família num todo. A seguir, os diagnósticos elaborados a partir deste segundo encontro. Com o adoecimento da bisavó que assumia a função de cuidadora da criança enquanto os pais se encontravam trabalhando, houve algumas alterações no desempenho desta função, passando a mãe a tomar conta da criança e a cuidar da bisavó doente. Para tornar possível a realização de ambas as funções pela mãe da criança, esta passou a trabalhar mais perto da casa da bisavó, levando a criança consigo para o jardim ou horta, dentro do carrinho de bebê e, ao mesmo tempo, mantendo-se atenta às necessidades da bisavó. Ademais, pelo fato de estar próxima da casa, foi-lhe atribuída a responsabilidade do preparo do almoço para os avós da criança, que passaram a assumir o trabalho da roça sozinhos, necessitando dedicar maior tempo às atividades realizadas longe da casa, como exemplo, cortar e buscar o trato dos animais. Esta estratégia da família visava que a mãe da criança se mantivesse por perto para amamentar a filha durante o dia, fazer companhia e trocar o curativo à bisavó. Cabe destacar que, possivelmente, a função de cuidadora tenha se concentrado no membro que ocupa posição de mãe da criança, por ser mais

jovem e ter maior disponibilidade de tempo. A tabela 3 apresenta os diagnósticos de enfermagem identificados no segundo encontro.

O terceiro encontro aconteceu, aproximadamente, um mês após a segunda visita domiciliar e revelou a necessidade de encaminhamento da bisavó para avaliação médica, devido manifestação de sinais e sintomas sugestivos de infecção no membro inferior lesionado, interferindo nas condições cardiovasculares e psicológicas da mesma. Também, percebeu-se uma tensão aumentada da cuidadora, no caso a mãe da criança, quanto à demora na cicatrização da ferida. Outro aspecto foi a ansiedade aumentada da bisavó da criança, perante a dificuldade de deambulação e a limitação para realização de atividades que auxiliassem a família.

Uma vez que a família já não freqüentava há algumas semanas o hospital, pois era necessário pagar cada avaliação médica da ferida, e que o Posto de Saúde da comunidade ainda não dispunha de atendimento médico, solicitou-se avaliação do médico que trabalhava no Posto de Saúde da comunidade rural vizinha. Foi agendada uma consulta para o dia seguinte, sob aceitação da família, e planejado o encontro com a enfermeira pesquisadora no Posto de Saúde, tendo em vista que a família desconhecia o médico e havia o interesse de a enfermeira acompanhar a avaliação. Procurou-se tranquilizar a família sobre a demora na cicatrização, referindo-a conseqüente às alterações tissulares e ao provável processo de infecção, informando sobre a importância da avaliação médica regular, ainda mais que os cuidados estavam sendo realizados somente no domicílio. Os diagnósticos de enfermagem são apresentados a seguir na tabela 4.

A bisavó freqüentou o Posto de Saúde acompanhada do filho (o avô da criança), que a levou de carro, porém, preferiu que a enfermeira acompanhasse a consulta médica, aguardando fora do Posto de Saúde onde conversava com pessoas conhecidas. Após avaliação médica, iniciou-se tratamento com antibiótico sistêmico e necessidade de consulta de retorno após uma semana. No entanto, não houve possibilidade de a enfermeira acompanhar e, apesar do estímulo à família para reavaliação médica, tendo amenizado os sintomas, houve desistência da bisavó e familiares quanto ao retorno para consulta.

Tabela 3: diagnósticos das forças e áreas de preocupação da família Rosa no segundo encontro.

| FORÇAS | INTERATIVO | DESENVOLVIMENTO | ENFRENTAMENTO | INTEGRIDADE FAMILIAR | SAÚDE |
|---|--|---|--|---|--|
| <p>10. Comportamento de busca de saúde, caracterizado por:</p> <p>Repetição do diagnóstico 3.</p> <p>Repetição do diagnóstico 4.</p> | | | | | <ul style="list-style-type: none"> • desejo expresso de busca por nível mais elevado de bem-estar e de maior controle das práticas de saúde. |
| ÁREAS DE PREOCUPAÇÃO | | | | | |
| <p>11. Integridade tissular prejudicada, relacionada com a ação de agente irritante (veneno ofídico) e circulação alterada; caracterizado por:</p> <p>12. Risco de infecção, relacionado com:</p> | | | | | <ul style="list-style-type: none"> • tecido cutâneo e muscular lesados, em extremidade inferior direita, após debridamento cirúrgico de ferida por acidente ofídico (bisavô). • destruição de tecidos e exposição ambiental aumentada; conhecimento insuficiente (dos membros da família) para evitar exposição a patógenos. • sintomas relatados de fraqueza, anorexia, distúrbio do sono, dor, pressão sanguínea diminuída. |
| <p>13. Ansiedade relacionada com crise situacional (adocimimento), mudança no estado de saúde e na função do papel familiar; caracterizado por:</p> <p>14. Conflito de decisão quanto a alimentação da criança, relacionado com interferência na tomada de decisão da mãe pelas crenças e valores pessoais, falta de informação relevante; caracterizado por:</p> | <ul style="list-style-type: none"> • irritabilidade da bisavó diante da incapacidade para auxiliar nas atividades domésticas. | <ul style="list-style-type: none"> • sentimento de desesperança da bisavó quanto a fase atual da vida. | <ul style="list-style-type: none"> • preocupação e incerteza quanto ao enfrentamento das mudanças situacionais. | <ul style="list-style-type: none"> • avaliação negativa acerca do acidente ofídico, após longa convivência com o ambiente rural. | <ul style="list-style-type: none"> • verbalização de incerteza da mãe quanto a escolha dos alimentos; questionam ento dos valores e crenças pessoais para tomar decisão. |

Tabela 3: diagnósticos das forças e áreas de preocupação da família Rosa no segundo encontro (continuação).

| ÁREAS DE PREOCUPAÇÃO | INTERATIVO | DESENVOLVIMENTO | ENFRENTAMENTO | INTEGRIDADE FAMILIAR | SAÚDE |
|--|------------|-----------------|--|---|---|
| 15. Manutenção do lar prejudicada, relacionada com doença de membros da família e finanças insuficientes; caracterizado por: | | | <ul style="list-style-type: none"> membros da família referem crise financeira, diante dos gastos com tratam ento. | | <ul style="list-style-type: none"> ambiente doméstico com sujidades e presença de insetos. |
| 16. Controle familiar ineficaz do regime terapêutico, relacionado com complexidade do regime terapêutico; caracterizado por: | | | | | <ul style="list-style-type: none"> verbalização de dificuldades com a regulação do regime terapêutico e prevenção de complicações. |
| 17. Manutenção ineficaz da saúde, relacionada ao enfrentam ento individual e familiar ineficazes; caracterizado por: | | | <ul style="list-style-type: none"> falta observada de recursos financeiros e materiais para atender às práticas básicas de saúde. | <ul style="list-style-type: none"> avaliação negativa acerca do acidente ofi cco, após longa convivência com o ambiente rural. | <ul style="list-style-type: none"> interesse expresso em melhorar comportam entos de saúde. |
| Repetição do diagnóstico 9. | | | | | <ul style="list-style-type: none"> verbalização de incerteza da mãe quanto a escolha dos alimentos; questionam ento dos valores e crenças pessoais para tomar decisão. |

Tabela 4: diagnósticos das forças e áreas de preocupação da família Rosa no terceiro encontro.

| FORÇAS | INTERATIVO | DESENVOLVIMENTO | ENFRENTAMENTO | INTEGRIDADE FAMILIAR | SAÚDE |
|--|--|--|--|---|--|
| 18. Proteção quanto a segurança física da criança, caracterizado por: Repetição do diagnóstico 1. Repetição do diagnóstico 3. Repetição do diagnóstico 5. Repetição do diagnóstico 10. | <ul style="list-style-type: none"> supervisão dos pais e demais membros da família quando em casa ou na roça. | | <ul style="list-style-type: none"> presença de portão em frente a porta e escadaria; Adaptação de ambiente da casa, com cercado e travesseiro, enquanto a criança brinca sozinha. | | <ul style="list-style-type: none"> relato de uso de roupas que protejam a pele da criança do contato com insetos e excesso de luz solar. |
| ÁREAS DE PREOCUPAÇÃO | | | | | |
| 19. Risco de disfunção neurovascular periférica, relacionada com compressão mecânica, caracterizado por: | | | <ul style="list-style-type: none"> relato de uso de torniquete como primeiro socorro realizado pelos familiares na ocasião do acidente ofídico. | <ul style="list-style-type: none"> crença de que o torniquete impediria a circulação do veneno para o restante do corpo. | <ul style="list-style-type: none"> queixa de perda da sensibilidade nervosa e dolorosa em extremidade afetada, referindo dificuldade de movimentar dedos do pé. |
| 20. Deambulação prejudicada, relacionada a lesão em extremidade inferior; caracterizado por: | | | <ul style="list-style-type: none"> requer auxílio de pessoa ou artefato (bengala, móveis, etc) para se apoiar e se deslocar. | | <ul style="list-style-type: none"> capacidade prejudicada de andar em acive ou declive, andar as distâncias necessárias, permanecer longo período de pé. |
| 21. Desempenho de papel (bisavó/usuária) ineficaz, relacionado com vínculo inadequado com o sistema de saúde e alterações da saúde; caracterizado por: | | <ul style="list-style-type: none"> mudança nos padrões habituais de responsabilidade (em relação as tarefas e funções). | | <ul style="list-style-type: none"> mudança nas percepções pessoal e dos outros membros sobre o papel. | <ul style="list-style-type: none"> destruição de camadas da pele (derme) e invasão de corpo estranho (pedaço de m adeira), em membro inferior do avô. |
| 22. Integridade da pele prejudicada, relacionado com fator mecânico; caracterizado por: | | | <ul style="list-style-type: none"> relato de procura de assistência médica para cuidados e tratamento. | | |

Mesmo estando em casa a bisavó retomou, aos poucos, sua função de tomar conta da criança, alegando dificuldades pela deambulação prejudicada e pela maior exigência de atenção à criança que estava mais ativa nesta fase do desenvolvimento. Quanto às funções domésticas e agrícolas, os membros decidiram poupar a bisavó, redistribuir algumas funções e apenas estimulá-la para atividades como preparar doces e compotas de conserva. Novas normas foram incorporadas por parte dos membros, especialmente, após o acidente ofídico. Dentre elas, o uso de roupas e sapatos para proteção individual no trabalho da roça e evitar a tarefa de cortar trato aos membros mais jovens.

A quarta visita domiciliar foi realizada quinze dias após a consulta médica e contou com a participação da enfermeira e do novo médico atuantes no Posto de Saúde da comunidade, na intenção de favorecer uma aproximação da equipe com a família. A iniciativa em levar os profissionais de saúde na visita foi intencional, sendo necessária a avaliação das situações de saúde e doença na família, a oportunidade de aproximação entre equipe de saúde e família e, principalmente, a possibilidade de suscitar neles a percepção acerca das dificuldades das famílias rurais que moram mais distantes do Posto de Saúde em acessar com regularidade os serviços disponibilizados, bem como, provocar idéias sobre as estratégias de atendimento que favoreçam a oferta de serviços de saúde a estas famílias. O encontro contou com a presença de todas as mulheres e crianças da família, no qual se dialogou sobre os acontecimentos de saúde na família e avaliaram-se as situações de doença, sobretudo, a lesão da bisavó que permanecia com sinais de infecção. A avó da criança logo se retirou, pois precisava acompanhar o marido que a aguardava na carroça para se deslocarem em busca de alimento para os animais. Nesta ocasião, o curativo foi trocado pela pesquisadora, auxiliada pela cuidadora familiar, enquanto que a enfermeira da comunidade aferia a pressão arterial dos demais membros, preparava a medicação injetável prescrita pelo médico e que fora administrada na bisavó, encaminhando-a até o seu quarto para garantir privacidade durante o procedimento.

Ao passar pelo corredor que dava para os demais cômodos da casa, ainda desconhecidos por mim. Notei a presença de um armário com prateleiras repletas de vidros com frutas e legumes em conserva e duas latas grandes contendo mel puro de abelha e a outra, biscoitos de manteiga caseiros. Questionou-se sobre a produção de tais produtos e os membros da família referiram ser a principal

atividade culinária praticada pela bisavó: preparar conservas, assar biscoitos e vender o mel. Ao término da visita, a bisavó presenteou os profissionais com vidros de conserva de pêssigo e se comprometia com a encomenda de alguns quilos de mel que seriam comprados pelos profissionais, a fim de ajudar na renda da família, a partir da aquisição do produto agrícola. Os diagnósticos de enfermagem relacionados com este encontro são dispostos logo abaixo na tabela 5.

Segundo informações colhidas com a enfermeira da comunidade, nas semanas seguintes à quarta visita domiciliar, houve a procura pelos membros da família ao atendimento odontológico que fora agendado pela mãe da criança, mediante contato telefônico. Para facilitar o acesso da família ao serviço e considerando a realidade de vida e de saúde destes clientes que residem na área rural, a enfermeira articulou o preenchimento de vagas de consulta para quatro membros da família, em mesma data, constituindo-se em uma estratégia de adaptação do serviço à demanda das suas necessidades de saúde.

A quinta e a sexta visitas domiciliares foram realizadas na casa do núcleo de aquisição, após longo período de distanciamento, em torno de sete meses após a quarta visita, o que coincide com o segundo momento da fase de levantamento de dados para a pesquisa, relatada no capítulo anterior. Na ocasião da quinta visita, a bisavó já se apresentava recuperada da infecção e com boa evolução da cicatrização da lesão, salientando melhora na deambulação, contudo comportamento depressivo pelas sucessivas situações de doença. Mencionou que havia se consultado com um médico oftalmologista e que este lhe encaminhou para cirurgia ocular, devido presença de cataratas em ambos os olhos, interferindo na visão. A bisavó se mostrou aborrecida com a necessidade de tratamento cirúrgico, questionando sobre cuidados e recuperação pós-operatória. A mãe da criança destacou as mudanças percebidas no comportamento de sua filha, em função da idade (1 ano e 1 mês), principalmente sobre o engatinhar e o balbuciar sílabas e palavras curtas, como “opa”, “mam mam”, dentre outras. A bisavó percebe a sua limitação em tomar conta da criança nesta idade, em função de precisar estar atenta aos riscos de queda e de acidentes domésticos, revelando que *agora a pequena só quer ir pra fora de casa.*

Tabela 5: diagnósticos das forças e áreas de preocupação da família Rosa no quarto encontro.

| FORÇAS | INTERATIVO | DESENVOLVIMENTO | ENFRENTAMENTO | INTEGRIDADE FAMILIAR | SAÚDE |
|--|------------|-----------------|--|---|--|
| Repetição do diagnóstico I. | | | <ul style="list-style-type: none"> O poder de recuperação da família é evidente | | |
| 23. Disposição para bem-estar espiritual aumentado, caracterizado por: | | | | <ul style="list-style-type: none"> Reza e participa de atividades religiosas (cultos). | |
| 24. Disposição para conhecimento aumentado, caracterizado por: | | | | | <ul style="list-style-type: none"> descrevem experiências passadas pertinentes às necessidades atuais de cuidado (especialmente quanto o processo de cicatrização e controle de doença cardíaca). |
| ÁREAS DE PREOCUPAÇÃO | | | | | |
| 25. Disposição ineficaz para atividades de recreação, caracterizado por: | | | | | |
| | | | | | <ul style="list-style-type: none"> desejo expresso de permanecer isolado dos contatos sociais; não aceita convite para recreação com a família. |
| 26. Medo, relacionado às consequências ou sequelas do acidente offício, caracterizado por: | | | | | <ul style="list-style-type: none"> relato de apreensão diante do agravamento da infecção na ferida; estado de alerta aumentado; anorexia; insônia; comportamento de prevenção excessivo. |
| Repetição do diagnóstico 16. | | | | | |

No entanto, a mãe procura evitar levar a criança na roça, devido ao contato com insetos e o risco de acidentes com animais peçonhentos. Enfatizam que todos estão mais atentos aos perigos do mato, depois do acidente ocorrido com a bisavó perto de casa. Parece haver uma resistência da mãe em alterar o contraceptivo oral, indicado pelo médico em associação com o desmame progressivo, em virtude de a criança mamar somente durante a noite e já estar com uma alimentação bastante variada, apresentando ganho ponderal excessivo para a idade.

No sexto encontro, procurei explorar a percepção da família no que tange às mudanças nos padrões de relacionamento entre os membros e de cuidado à saúde, tendo em vista as fases de desenvolvimento vivenciadas pela família. Além disso, retomei o genograma e o ecomapa construídos no primeiro encontro, a fim de atualizar alguns dados de identificação e de discutir sobre os recursos sociais, as atividades sociais e de lazer desenvolvidas pela família. Neste momento, viu-se o resultado positivo das tentativas de aproximação da família com a equipe de saúde, uma vez que houve aumento da procura pela família aos serviços médico e odontológico, oferecidos no Posto de Saúde.

A tabela 6 apresenta os cuidados planejados e implementados pela enfermeira, junto à família Rosa, a partir dos diagnósticos das forças e das áreas de preocupação identificados nas quatro primeiras visitas domiciliares. Também são exibidos os resultados esperados para cada plano de cuidado, assim como, as avaliações acerca do processo de cuidar em cada visita, possibilitando visualizar e acompanhar a evolução do cuidado de enfermagem à família rural.

Tabela 6: resultados esperados para o cuidado, intervenções de cuidado planejadas e avaliação.

| RESULTADOS ESPERADOS | CUIDADOS PLANEJADOS E IMPLEMENTADOS | AVALIAÇÃO |
|---|---|---|
| 1. <ul style="list-style-type: none"> • Enfrentamento familiar; • Funcionamento familiar. | 1a. Manutenção dos processos familiares: melhora dos papéis; suporte à família. | Os membros da família demonstram adaptação eficaz e melhorada às demandas de cuidado geradas pelas mudanças na atual fase da vida familiar. Processos familiares integrados às necessidades individuais e de funcionamento de cada núcleo, tendo em vista as tarefas desenvolvimentais de cada fase (cuidado com os filhos, por exemplo) e as atividades cotidianas de trabalho. |
| 2. <ul style="list-style-type: none"> • Ambiente familiar interno; • Desempenho dos papéis materno e paterno; • Desenvolvimento da criança; • Funcionamento familiar. | 2a. Promoção da integridade familiar: aconselhamento das tarefas da família com filho pequeno; 2b. Educação dos pais: esclarecimento de valores acerca dos papéis familiares; 2c. Manutenção dos processos familiares 2e. Ensino: cuidados essenciais ao desenvolvimento saudável da criança e importância do vínculo. 3a. Modificação do comportamento: habilidades sociais; aproximação com a equipe de saúde; 3b. Melhora do enfrentamento. | Casal parece estar se adaptando às tarefas da fase de vida familiar, buscando garantir as condições à sobrevivência da família e desenvolvendo a criança (preocupação com a renda e com a alimentação). Compartilham a tarefa de cuidar da criança e discutem sobre as tomadas de decisão. Criam expectativas futuras quanto a educação da criança, mostrando disposição para a educação escolar. |
| 3. <ul style="list-style-type: none"> • Habilidades de interação social. | 3a. Modificação do comportamento: habilidades sociais; aproximação com a equipe de saúde; 3b. Melhora do enfrentamento. | Os membros da família se aproximaram da Unidade de Saúde, em busca de recursos materiais para o desempenho do cuidado. A interação com a equipe foi aumentando gradualmente, reconhecendo-a como suporte ao enfrentamento familiar e individual. |
| 4. <ul style="list-style-type: none"> • Amamentação: manutenção. | 4a. Aconselhamento para lactação: vantagens do aleitamento materno até 12 meses; 4b. Controle da nutrição da criança: acompanhamento mensal do crescimento e desenvolvimento; 4c. Promoção do desenvolvimento familiar. | Mãe sem dificuldades no manejo do aleitamento materno. Manifesta satisfação em amamentar, deseja manter a amamentação por reconhecer a importância ao desenvolvimental da criança. Percebe alterações na procura das mamadas. Relata indicação médica para desmame da criança, caso não introduza método contraceptivo compatível com a amamentação. |
| 5. <ul style="list-style-type: none"> • Comportamento de aderência; • Participação: decisões sobre cuidados de saúde. | 5a. Avaliação da saúde: identificação de bem-estar melhorado; 5b. Identificação de riscos: retorno dos sintomas de desconforto gástrico e aumento do peso; sinais indicativos para tratamento cirúrgico; 5c. Apoio à tomada de decisões 5d. Facilitação da auto-responsabilidade pela saúde e busca pelo bem-estar. | Mãe descreve as alterações dos hábitos de alimentação do casal e esclarece estratégias familiares para amenizar sintomas do problema digestivo do marido. Relata orientação acerca da necessidade de mudança de hábitos alimentares para evitar tratamento cirúrgico. Demonstra aderência ao tratamento e responsabilidade com a saúde do marido. |
| 6. <ul style="list-style-type: none"> • Bem-estar do cuidador; • Comportamento de busca da saúde; • Enfrentamento familiar. | 6a. Promoção do desenvolvimento familiar; 6b. Suporte à família; apoio ao cuidador; 6c. Educação para a saúde da família: aumento da autopercepção; 6b. Estabelecimento de metas mútuas de cuidado entre família e profissional. | Família demonstra interesse em melhorar o cuidado à saúde de seus membros e se dedica ao cuidado na situação de doença, dentro de suas possibilidades. Reconhece limitações para avaliar o cuidado, porém se percebe capaz e flexível de adquirir habilidades para o papel e rever estratégias que favoreçam o bem-estar. |
| 7. <ul style="list-style-type: none"> • Controle do peso da mãe. • Acompanhamento do estado nutricional da criança: ingestão de nutrientes. | 7a. Aconselhamento nutricional e modificação de hábitos alimentares para perda de peso; 7b. Conscientização acerca da importância do acompanhamento mensal do crescimento e desenvolvimento da criança; 7c. Aconselhamento sobre introdução de alimentos sólidos à criança: preparo e oferta associada à lactação. | Iniciativa da mãe em modificar o consumo de alimentos calóricos da noite para o almoço, reduzindo a ingestão de alimentos de menor caloria e em menor quantidade no final do dia. Manutenção do ACD, com ganho ponderal da criança dentro do padrão de normalidade para a idade. Introdução de sucos, frutas, refeições a base de amido e carboidratos; excesso de doces (bolas). |

Tabela 6: resultados esperados para o cuidado, intervenções de cuidado planejadas e avaliação (continuação).

| RESULTADOS ESPERADOS | CUIDADOS PLANEJADOS E IMPLEMENTADOS | AVALIAÇÃO |
|---|--|---|
| 8. <ul style="list-style-type: none"> • Ambiente familiar • Enfrentamento familiar • Funcionamento familiar • Normalização familiar | <p>8a. Manutenção do processo familiar: melhora dos padrões de comunicação e de interação;</p> <p>8b. Promoção da integridade familiar: valorização do envolvimento familiar para o cuidado;</p> <p>8c. Suporte à família: aconselhamento do papel do cuidador na família e fora da família;</p> <p>8d. Assistência quanto a recursos financeiros: suporte material e medicamentoso para o cuidado;</p> <p>8e. Ampliação dos recursos de apoio: aproximação com o sistema de saúde local;</p> <p>8f. Mobilização familiar para estratégias de adaptação a novas tarefas e papéis.</p> <p>9a. Melhora do enfrentamento pela busca de ajuda profissional;</p> <p>9b. Promoção da capacidade de recuperação: redução da ansiedade e aumento da auto-estima;</p> <p>9c. Promoção do envolvimento familiar: suporte emocional</p> <p>9d. Aumento do sistema de apoio: encaminhamento para avaliação médica.</p> | <p>Com o acidente ofídico sofrido pela bisavó e a necessidade de hospitalização, a família vivenciou mudanças no seu funcionamento e nos padrões de relacionamento que suscitaram a adaptação inesperada de tarefas, funções e papéis pelos membros. Tendo em vista as diferentes fases da família, os novos papéis e as novas tarefas provocaram uma desorganização temporária da vida familiar que foi sendo melhorada à medida que os membros foram se familiarizando com a situação. Percebeu-se a sobrecarga de responsabilidades aos membros cuidadores, especialmente, a meta (membro jovem da família) que manteve atenção redobrada à criança e à bisavó doente.</p> <p>A família assumiu os cuidados de troca de curativo, seguindo as orientações médicas da alta hospitalar. Não houve procura da família pela avaliação profissional acerca da evolução da ferida e doença da bisavó, gerando insegurança dos membros quanto ao processo de cicatrização, falta de conhecimento sobre riscos e fatores complicadores à saúde. Todos os curativos foram realizados em casa, havendo uma avaliação médica de retorno somente após uma semana de alta hospitalar.</p> <p>O núcleo em aquisição manifestou comportamento de busca da saúde, direcionando suas ações à saúde da criança, através do cumprimento do calendário imunológico, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento. Aos demais membros da família as ações de promoção da saúde são pouco desenvolvidas, geralmente resgatadas nas situações de doença. A mãe não reconhece o acompanhamento odontológico na infância como ação promotora de saúde, considerando-a não prioritária.</p> <p>Membros referem conhecimento insuficiente para a realização do procedimento e se mostram resistentes à realização do mesmo em Unidade de Saúde. Ferida apresentando sinais de infecção. Solicitada a avaliação médica da ferida na ocasião da VD, sendo necessária a medicação sistêmica para combate da infecção.</p> <p>Processo cicatricial retardado pela utilização inadequada de medicação tópica (pomadas) no tratamento da ferida e manejo impróprio de material para cobertura da ferida (gaze não esterilizada). Amazenamento ineficaz do soro fisiológico usado para limpeza da ferida em casa. Feito encaminhamento para reavaliação médica a respeito da persistência dos sinais de infecção. Bisavó com esquema de imunização antitetânica completo.</p> |
| 9. <ul style="list-style-type: none"> • Enfrentamento • Suporte social | | |
| 10. <ul style="list-style-type: none"> • Comportamento de promoção da saúde; • Conhecimento: recursos de saúde. | <p>10a. Controle da imunização da criança e familiares;</p> <p>10b. Promoção da saúde oral: aconselhamento sobre o acompanhamento odontológico desde a primeira infância;</p> <p>10c. Aconselhamento sexual: planejamento familiar;</p> <p>10d. Orientações quanto ao sistema de saúde: direitos do usuário; serviços locais disponíveis.</p> | |
| 11. <ul style="list-style-type: none"> • Cicatrização de ferida de segunda intenção. | <p>11a. Troca de curativo, aplicação de óleo ácido graxo essencial, irrigação da ferida com soro fisiológico;</p> <p>11b. Aconselhamento quanto a nutrição e hidratação;</p> <p>11c. Administração de medicamento antimicrobiano;</p> <p>11d. Aconselhamento familiar sobre precauções de higiene corporal.</p> | |
| 12. <ul style="list-style-type: none"> • Cicatrização de ferida de segunda intenção; • Avaliação da saúde; • Controle da imunização | <p>12a. Controle da temperatura corporal e pressão sanguínea.</p> <p>12b. Proteção contra infecção: aconselhamento sobre manuseio e armazenamento adequado dos materiais para curativo em casa;</p> <p>12c. Supervisão da pele: evolução dos sinais de infecção (edema, hiperemia, secreção, dor; aumento da vascularização periférica);</p> <p>12e. Educação para a saúde: condições do ambiente para infecção;</p> <p>12f. Controle da imunização antitetânica.</p> | |

Tabela 6: resultados esperados para o cuidado, intervenções de cuidado planejadas e avaliação (continuação).

| RESULTADOS ESPERADOS | CUIDADOS PLANEJADOS E IMPLEMENTADOS | AVALIAÇÃO |
|--|---|--|
| 13. <ul style="list-style-type: none"> • Controle da ansiedade; • Enfrentamento; • Habilidades de interação social. | 13a. Redução da ansiedade: proporcionar segurança, companhia e presença dos familiares, atividades de distração; 13b. Melhorar o enfrentamento: aconselhamento acerca da situação de saúde e compreensão da mudança situacional pela doença; 13c. Modificação do comportamento de imutabilidade e isolamento das atividades sociais: estimular envolvimento familiar e deambulação; 13d. Aconselhamento sobre uso controlado de medicação e ambiente favorável para o sono. 14a. Aconselhamento e apoio à tomada de decisão quanto à alimentação da criança aos 6 meses; 14b. Ouvir atentamente as dúvidas e crenças expressas pela mãe e avós, a respeito da associação de alimentos; 14c. Aconselhamento e facilitação da aprendizagem: orientações sobre características nutricionais dos alimentos e sua composição à alimentação da criança 15a. Mobilização familiar para o controle do ambiente: melhora das condições de higiene; garantia da qualidade da água (fervura da água para hidratação corporal); 15b. Assistência à família quanto aos recursos financeiros: garantia de assistência médica pelo SUS; valorização dos produtos agrícolas da família; 15c. Promoção da integridade familiar. | Bisavô demonstrou melhora da disposição para atividades sociais, participando dos passeios com familiares e se adaptando a tarefas domésticas de menor exigência física. Melhora no padrão do sono com manutenção de medicação relaxante, prescrita por médico anteriormente. Mãe declara esclarecimento sobre a associação de alguns alimentos (frutas, por exemplo) ao aleitamento materno. Parece não haver o consenso das informações entre mãe e avós; mãe se mantém receosa quanto a oferta de certos alimentos enquanto a amamentação estiver estabelecida. Manifesta dúvidas diante da persistência das crenças populares sobre as consequências prejudiciais à saúde da criança pela interação de alimentos com o leite materno. Pouca melhora nas condições de higiene e organização domésticas; ambiente externo limpo, porém com riscos de infestação de insetos devido presença de animais próximo da casa. Encaminhamento para especialidade médica, via sistema público de saúde e realização de exames com custos cobertos pelo SUS. Aquisição dos produtos agrícolas pelos profissionais da equipe de saúde, proporcionando renda financeira extra à família. A família demonstra satisfação em conhecer mais informações sobre os problemas de saúde e relata sobre as mudanças de hábitos de vida e cuidados diários com a saúde, após cirurgia cardíaca e acidente off-ico. O curativo da ferida é compartilhado entre duas cuidadoras familiares: a mãe e a avó que se mostram inseguras quanto a evolução da ferida. |
| 14. <ul style="list-style-type: none"> • Participação: decisões sobre cuidados de saúde; • Processamento de informações. | 16a. Ensino: orientações sobre realização da troca de curativos; controle regular da pressão arterial; ações e interações do tratamento medicamentoso para doença cardíaca com hábitos de vida diária; 16b. Ensino: esclarecimento de dúvidas sobre riscos e complicações de doença cardíaca, após cirurgia cardíaca (história anterior); orientações sobre fatores que interferem o processo de cicatrização da ferida; 16c. Promoção do envolvimento familiar nos cuidados: apoio ao cuidador; 16d. Troca de informações sobre cuidados de saúde. | A família demonstra satisfação em conhecer mais informações sobre os problemas de saúde e relata sobre as mudanças de hábitos de vida e cuidados diários com a saúde, após cirurgia cardíaca e acidente off-ico. O curativo da ferida é compartilhado entre duas cuidadoras familiares: a mãe e a avó que se mostram inseguras quanto a evolução da ferida. |
| 15. <ul style="list-style-type: none"> • Autocuidado: atividades instrumentais de vida diária; • Funcionamento familiar | 17a. Educação para a saúde: avaliação da saúde e apoio à modificação de comportamentos saudáveis; 17b. Aumento do sistema de apoio: orientação sobre o funcionamento dos serviços locais de saúde; estímulo para busca de assistência médica e odontológica para promoção da saúde; 17c. Ensino: nutrição, segurança e desenvolvimento psicomotor da criança após 12 meses; 17d. Aconselhamento sobre sexualidade: orientações sobre planejamento familiar dos núcleos em aquisição; ensino sobre práticas de promoção de saúde da mulher e prevenção de doenças relacionadas (câncer de mamas e de colo uterino); 17e. Aumento da socialização com os recursos de saúde: realização de visita domiciliar com profissionais da equipe de saúde da família. | Relato de mudança de comportamento do núcleo em aquisição para hábitos alimentares saudáveis. Aumento da frequência e da procura da família pelos serviços de saúde disponíveis (consulta médica da mãe e da tia da criança para planejamento familiar; solicitação de exame de mamas para a enfermeira e encaminhamento médico para realização de mamografia da tia; consulta odontológica a todos os membros da família), manifestando desejo de promover a saúde da família. Melhora do vínculo e aproximação da família com os profissionais da equipe de saúde. |
| 16. <ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento do regime de tratamento; • Participação familiar no cuidado profissional | 17a. Educação para a saúde: avaliação da saúde e apoio à modificação de comportamentos saudáveis; 17b. Aumento do sistema de apoio: orientação sobre o funcionamento dos serviços locais de saúde; estímulo para busca de assistência médica e odontológica para promoção da saúde; 17c. Ensino: nutrição, segurança e desenvolvimento psicomotor da criança após 12 meses; 17d. Aconselhamento sobre sexualidade: orientações sobre planejamento familiar dos núcleos em aquisição; ensino sobre práticas de promoção de saúde da mulher e prevenção de doenças relacionadas (câncer de mamas e de colo uterino); 17e. Aumento da socialização com os recursos de saúde: realização de visita domiciliar com profissionais da equipe de saúde da família. | Relato de mudança de comportamento do núcleo em aquisição para hábitos alimentares saudáveis. Aumento da frequência e da procura da família pelos serviços de saúde disponíveis (consulta médica da mãe e da tia da criança para planejamento familiar; solicitação de exame de mamas para a enfermeira e encaminhamento médico para realização de mamografia da tia; consulta odontológica a todos os membros da família), manifestando desejo de promover a saúde da família. Melhora do vínculo e aproximação da família com os profissionais da equipe de saúde. |
| 17. <ul style="list-style-type: none"> • Comportamento de promoção da saúde; • Conhecimento: comportamentos de saúde; • Suporte social. | 17a. Educação para a saúde: avaliação da saúde e apoio à modificação de comportamentos saudáveis; 17b. Aumento do sistema de apoio: orientação sobre o funcionamento dos serviços locais de saúde; estímulo para busca de assistência médica e odontológica para promoção da saúde; 17c. Ensino: nutrição, segurança e desenvolvimento psicomotor da criança após 12 meses; 17d. Aconselhamento sobre sexualidade: orientações sobre planejamento familiar dos núcleos em aquisição; ensino sobre práticas de promoção de saúde da mulher e prevenção de doenças relacionadas (câncer de mamas e de colo uterino); 17e. Aumento da socialização com os recursos de saúde: realização de visita domiciliar com profissionais da equipe de saúde da família. | Relato de mudança de comportamento do núcleo em aquisição para hábitos alimentares saudáveis. Aumento da frequência e da procura da família pelos serviços de saúde disponíveis (consulta médica da mãe e da tia da criança para planejamento familiar; solicitação de exame de mamas para a enfermeira e encaminhamento médico para realização de mamografia da tia; consulta odontológica a todos os membros da família), manifestando desejo de promover a saúde da família. Melhora do vínculo e aproximação da família com os profissionais da equipe de saúde. |

Tabela 6: resultados esperados para o cuidado, intervenções de cuidado planejadas e avaliação (continuação).

| RESULTADOS ESPERADOS | CUIDADOS PLANEJADOS E IMPLEMENTADOS | AVALIAÇÃO |
|--|--|--|
| 18 • Segurança e proteção da criança. | 18a. Aconselhamento sobre a proteção e integridade da pele da criança: evitar exposição da criança ao sol em horários prejudiciais; uso de touca ou chapéu para amenizar radiação solar e queimadura no couro cabeludo; orientar sobre a importância do banho de sol em horários adequados, para o desenvolvimento e crescimento ósseo da criança; 18b. Aconselhamento sobre segurança física da criança e prevenção de acidentes domésticos. | Mãe relata sobre a necessidade de tomar conta da criança enquanto trabalha na roça e refere esta conduta como habitual no ambiente rural. Descreve as mudanças de comportamento de cuidado à proteção física da criança, ao longo do desenvolvimento das habilidades motoras da criança (por exemplo: o uso do carrinho de bebê, cerca nas portas, toalha sob a criança quando no chão, etc) e a necessidade de supervisão (auxílio da bisavó, do sobrinho, do pai). |
| 19. • Função muscular; • Movimento das articulações; • Perfusão tissular periférica. | 19a. Promoção do exercício: treino para fortalecimento da musculatura em membro lesionado; promoção da mecânica corporal e deambulação; mobilidade articular; 19b. Controle da dor e manutenção de pele em extremidade aquecida; 19c. Precauções circulatórias: controle da pressão, estimulação cutânea e posicionamento (alternância da posição com elevação do membro). | A bisavó, inicialmente, mostrou-se resistente às orientações de estímulo aos movimentos e deambulação, permanecendo maior parte do dia sentada com apoio e membro inferior elevado. Observou-se aumento da resposta dolorosa, hipotensão arterial constante, extremidades frias e edemaciadas. A mãe e a avó da criança, cuidadoras da bisavó, aderiram às orientações de estimulação cutânea durante as trocas do curativo (2x ao dia), com redução da queixa algica e melhora no controle cinestésico. |
| 20. • Segurança física da bisavó; • Equilíbrio para deambular. | 20a. Estimular para deambulação com auxílio: fortalecimento muscular, controle da dor; 20b. Controle do ambiente: adequação da distância dos móveis, aproximação de pertences de uso diário; precauções quanto a presença de artefatos de auxílio; 20c. Aconselhamento sobre a presença de pessoa que auxilie em movimentos que exijam equilíbrio. | Houve um progresso da capacidade de deambulação da bisavó que utiliza, às vezes ainda, um artefato para auxílio no equilíbrio quando se desloca em superfícies irregulares e escadas, de modo a dar-lhe maior segurança e evitar quedas. Percebe-se a marcha um pouco alterada ainda, pela rigidez nos movimentos articulares e eventuais edemas em membro inferior, o que sugere avaliação da circulação venosa e também avaliação médica sobre a necessidade de fisioterapia. |
| 21. • Ajuste psicossocial: mudança de vida; • Enfrentamento; • Nível da depressão. | 21a. Aconselhamento sobre as mudanças das tarefas e papéis nas fases de vida da família; 21b. Manutenção do processo familiar: estímulo para o autocuidado e apoio aos cuidadores; 21c. Melhora do enfrentamento: participação em grupo comunitário ou de apoio; 21d. Controle do humor: aumento da auto-estima. | Embora a família demonstre mecanismos de enfrentamento eficazes às mudanças de vida, relacionadas a situação de doença (ajuda mútua, disponibilidade de cuidador familiar, compartilhamento e troca de tarefas e papéis), há uma dificuldade expressa e demonstrada pela bisavó quanto a aceitação das mudanças. Manifesta perspectivas diminuídas quanto ao seu papel familiar, devido restrição no desempenho de funções anteriormente realizadas, refletindo-se em comportamento depressivo e alteração do bem-estar físico, psicológico e social. Foi sugerido a participação em grupo de terceira idade ou grupo religioso (O-ASE) da comunidade, porém sem sinal de aceitação por parte da bisavó que já havia sido estimulada pelos familiares. |
| 22. • Cicatrização de ferida primária intencional. | 22a. Aconselhamento sobre cuidados com a pele: limpeza da ferida e retirada de pontos na Unidade de Saúde; 22b. Proteção contra infecção; 22c. Aconselhamento sobre prevenção de riscos de lesão por instrumentos e objetos cortantes usados nas atividades agrícolas; uso de equipamentos e roupas de proteção individual (botas, roupas compridas, chapéu, etc). | Não foi possível observar a ferida, devido o avô não se fazer presente em casa no momento da visita da enfermeira. Segundo relato da família, o avô procurou por assistência médica em Unidade de Saúde fora da comunidade por se tratar de período de férias dos profissionais de saúde. Em oportunidade posterior à retirada dos pontos, conversando sobre o acidente na roça, foram realizadas as orientações. |

Tabela 6: resultados esperados para o cuidado, intervenções de cuidado planejadas e avaliação (continuação).

| RESULTADOS ESPERADOS | CUIDADOS PLANEJADOS E IMPLEMENTADOS | AVALIAÇÃO |
|--|---|---|
| 23. • Bem-estar espiritual. | 23a. Facilitação do crescimento espiritual. | A família manifesta valores culturais acerca da religiosidade que favorecem a espiritualidade como mecanismo individual e familiar de enfrentamento e promove a integridade da família. Embora os membros da família pertençam a religiões diferentes, em virtude das uniões matrimoniais, compartilham normas e valores que permeiam a vida cristã (hábito de orar, por exemplo). |
| 24. • Conhecimento sobre cuidados na doença; • Conhecimento sobre cuidados à saúde. | 24a. Educação para a saúde: cuidados com a criança; controle de doença cardíaca crônica; prevenção de acidentes de trabalho; cuidados com a alimentação. 24b. Controle da doença: controle da infecção; conhecimento sobre o tratamento. | Os membros da família contribuem com o conhecimento adquirido ao longo das experiências de cuidado à saúde e nas situações anteriores de doença, hospitalizações e tratamentos. Embora o conhecimento ajude na motivação e mobilização da família para o cuidado, faz-se necessário o esclarecimento de cuidados particulares à situação atual de vida e de doença, de modo a não banalizar as indicações de tratamentos importantes à prevenção de complicações. |
| 25. • Participação no lazer. | 25a. Apoio emocional: estímulo para a mudança de ambientes; 25b. Aumento do sistema de apoio: contato com outras pessoas da comunidade e familiares; 25c. Mobilização familiar: promoção de atividades de lazer; envolvimento em atividades ocupacionais. | Resistência da bisavó em realizar atividades ocupacionais com finalidade terapêutica para melhora da auto-estima e enfrentamento da situação. Membros da família, inicialmente, receosos em estimular para atividades, visto as dificuldades de deambulação e dor expressas pela bisavó. Tentativa de adaptação das atividades domésticas leves (exemplo: preparo de alimentos em conserva) em atividades ocupacionais à melhora do humor da bisavó. |
| 26. • Controle do medo. | 26a. Aumento da segurança: aconselhamento sobre a influência do tratamento sobre a prevenção de sequelas. | A bisavó e cuidadores manifestaram medo diminuído somente após evidência da cicatrização da ferida e recuperação da capacidade de deambulação sem auxílio. Controle ineficaz do nível de ansiedade pela bisavó diante de situações que ameaçam o bem-estar. |

4.6 Interpretação e análise dos dados: momento de conhecer o cuidar e o viver das famílias rurais

Os dados obtidos através das entrevistas e observações realizadas nos encontros com as famílias rurais foram interpretados para o cuidado, utilizando-se como método de análise a classificação diagnóstica da NANDA, assim como, os conceitos do marco e o referencial embasado na Teoria do Desenvolvimento da Família e na Abordagem do Sistema de Saúde Familiar.

Para a análise e a interpretação dos dados da pesquisa, optou-se pelo método de análise de conteúdo, com base em Bardin (2002), que o define como:

um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 2000, p. 42).

A análise de conteúdo surgiu nos Estados Unidos, a partir da análise de material jornalístico, desenvolvendo-se estudos quantitativos dos jornais. A primeira publicação que revela a análise de conteúdo é de H. Lasswell, em 1915, que realizou análises de imprensa e de propaganda. Este tipo de análise se ampliou especialmente após a Segunda Guerra Mundial. Diversas ciências como a Psicologia, a Sociologia, a Política e a Lingüística tomaram a análise de conteúdo como método em seus estudos, quantitativos inicialmente, expandindo para estudos qualitativos mais recentemente, nos quais se incluem as ciências da saúde e a Enfermagem.

Trata-se, portanto, do tratamento das informações contidas nas mensagens, embora não se restrinja apenas ao conteúdo propriamente dito, mas também à análise dos significados que caracteriza a análise temática. Dessa maneira, “fazer uma análise temática consiste em descobrir os 'núcleos de sentidos' que compõem a comunicação e cuja presença, ou freqüência de aparição, podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido” (BARDIN, 2002, p. 105). A análise temática é transversal, em que os dados são considerados segmentáveis e comparáveis. Segue as seguintes etapas:

- A pré-análise, que se constitui na organização do material a ser analisado e na escolha dos indicadores que prosseguirão à codificação e categorização das unidades de significados. Nesta pesquisa, a pré-análise consistiu na transcrição e digitação das entrevistas e das observações, diferenciando-se em cores as falas referentes a cada membro entrevistado nas famílias. Foram considerados indicadores de análise os campos da vida familiar e os conceitos da Teoria do Desenvolvimento da Família abordados a partir das perguntas do instrumento de coleta de dados.

- Realização da leitura do material (entrevistas, observações e registros de campo), repetidas vezes, a fim de captar as mensagens e se familiarizar mais profundamente com os dados para se chegar aos indícios do cuidado familiar.

- Seleção das unidades de registro, ou seja, os trechos das entrevistas que sofrerão a codificação que se refere à identificação das unidades de significado no conteúdo do texto. As unidades de registro foram, primeiramente, selecionadas de acordo com as respostas das perguntas do instrumento de coleta dos dados e dispostas como “declaração dos informantes”. Esta etapa, por si só, já se constitui em um primeiro recorte do material e pode ser melhor visualizada no anexo B. Com a finalidade de facilitar a localização das unidades de significado nos fragmentos das entrevistas, utilizou-se de siglas que identificavam a família, o número da entrevista e o número da pergunta a que se referia (por exemplo, GI-1, que quer dizer: família Girassol, entrevista I, pergunta 1).

- Seleção das unidades de significado ou códigos iniciais que foram representadas por palavras ou frases recortadas e fragmentadas dos trechos das entrevistas, anteriormente selecionados, respeitando-se os temas abordados nas perguntas. Além disso, as informações colhidas pelas observações realizadas nos encontros com as famílias.

- Síntese das unidades de significado, de modo a evitar a fragmentação excessiva das unidades de registro e favorecer a contagem da frequência (quando possível) das informações. Acredito ter sido esta uma das etapas mais complicadas pela ansiedade de encontrar informações significativas dentro das unidades de registro. Todavia, nem todas as informações se apresentam válidas ou significativas no conteúdo maior, sendo necessária a condensação.

- Construção das categorias e subcategorias, a partir da aproximação, agrupamento e reagrupamento das unidades de significado conforme a semelhança (analogias) e relação com os temas de pré-categorização, isto é, as perguntas. A categorização é uma codificação dos dados e corresponde a uma transformação dos dados brutos do texto em dados organizados, permitindo uma representação do conteúdo em sistema de classificação. Deve apresentar as qualidades de exclusão mútua, homogeneidade, pertinência, objetividade e fidelidade, produtividade (BARDIN, 2002).

- Inferências, que são reflexões ou interpretações prévias que transmitem noção de causa ou consequência, deduções lógicas, a respeito das unidades de significado ou de um agrupamento delas. Nos registros de análise desta pesquisa, destacaram-se em itálico as informações que representavam inferências da pesquisadora.

- Interpretação é a etapa que exige a realização de relações e associações com os conceitos e idéias propostos no referencial teórico, a fim de fundamentar teoricamente e filosoficamente os dados da pesquisa. Os resultados da interpretação sofrem, posteriormente, a teorização, que é a construção de uma discussão dos resultados à luz do referencial teórico e da literatura. Este processo de teorização culmina com a elaboração das conclusões e contribuições do estudo.

A análise desta pesquisa ocorreu simultaneamente à fase coleta de dados, que inclui a prática assistencial, uma vez que os dados obtidos eram comprometidos tanto para uma análise direcionada à pesquisa, quanto para uma análise diagnóstica do processo de cuidar das famílias.

4.7 Considerações éticas do estudo

Tendo em vista a grande importância da ética no desenvolvimento de pesquisas que envolvam seres humanos e, desta maneira, incluindo as pesquisas realizadas na área da Enfermagem, foram tomados os devidos cuidados no estudo em questão, respeitando os princípios éticos abordados pela Resolução 196/96 do Ministério da Saúde e também o Código de Ética de Enfermagem aprovado pelo

Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), em 1993. Sobre a ética na Enfermagem, Pavelqueires, Rozendo e Collet (1994, p. 167) ressaltam que

“o comportamento ético não deve se ater unicamente aos atos que favoreçam o bem-estar do cliente ou, por outro lado, que garantam a segurança dos profissionais, mas deve abranger ambos, entendendo que somos todos atores sociais neste processo, com responsabilidades, direitos e deveres de cidadãos”.

Os dados somente foram coletados sob assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (apêndice C) aos membros das famílias rurais entrevistadas. O termo de consentimento foi apresentado e lido aos membros no primeiro encontro realizado no domicílio, onde se esclareceu a proposta de estudo e se reforçou o convite para participação e, posteriormente, solicitada a assinatura. Foi também esclarecido o direito de desistência dos membros ou da família durante a pesquisa e sobre a posterior divulgação dos dados coletados, através da apresentação da dissertação de mestrado e de trabalhos em eventos científicos.

As entrevistas foram gravadas com a autorização assinada ou verbalizada dos participantes e também para a realização de registros fotográficos da propriedade rural, da moradia, os encontros com as famílias ou algum acontecimento que envolvesse os participantes (apêndice D). Quando se percebia uma intimidação por parte de algum membro da família em assinar o documento de autorização, deixava-se claro que a assinatura se tornaria desnecessária, caso houvesse a autorização verbalizada para o uso dos aparelhos gravador e fotográfico, obtendo-se a “palavra” da família como forma de consentimento. Como garantia do sigilo e do anonimato acerca das famílias participantes da pesquisa, o local de estudo e as famílias receberam nomes fictícios.

O projeto de pesquisa passou pela avaliação do Comitê de Ética da UFSC, cujo parecer dos relatores foi aprovado por unanimidade, em 27 de setembro de 2004 (anexo C).

CAPÍTULO 5

O VIVER E O CUIDAR DAS FAMÍLIAS RURAIS

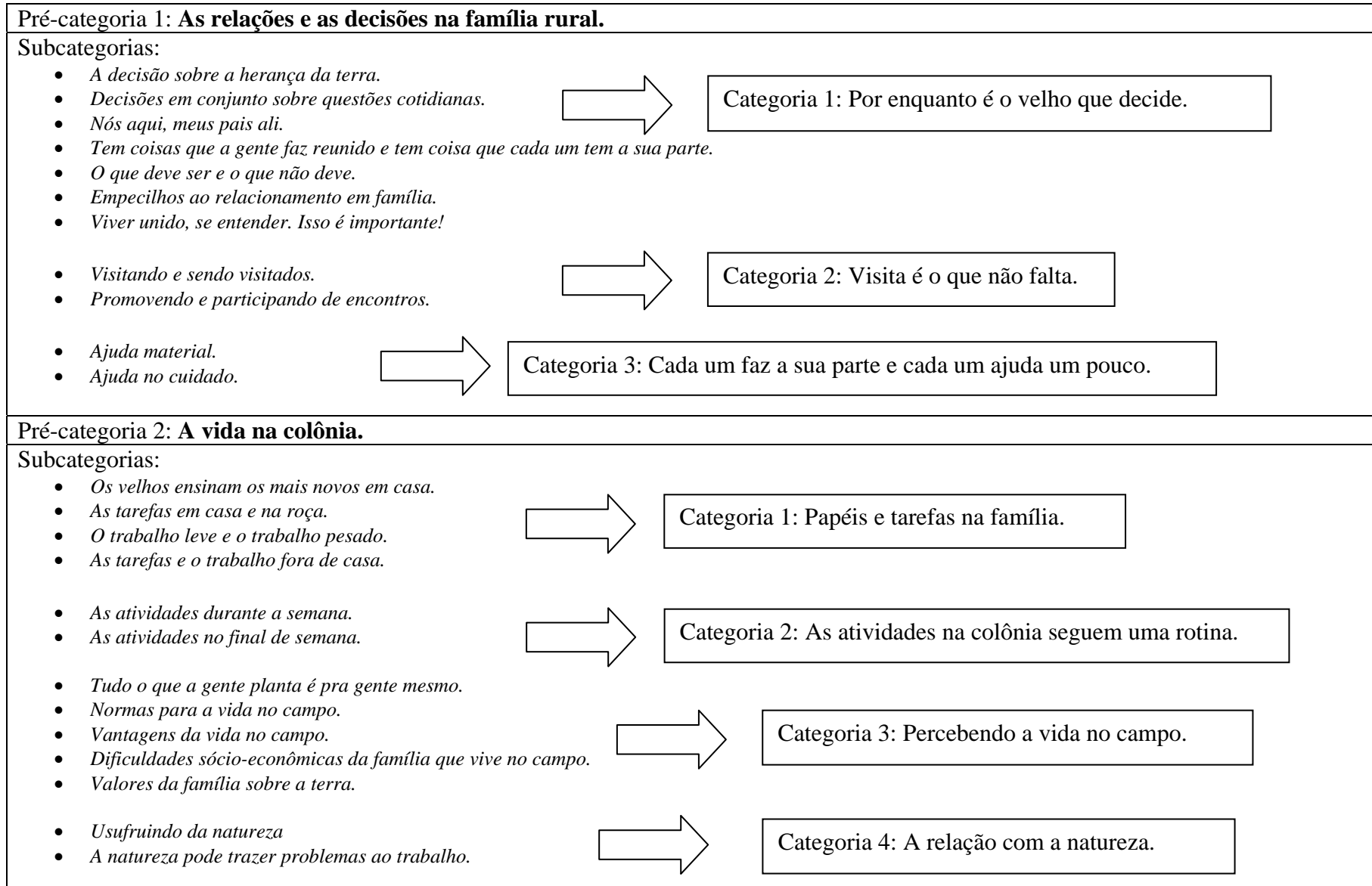
Este capítulo trata dos resultados obtidos na pesquisa, descrevendo as categorias e subcategorias construídas a partir da análise das pré-categorias estabelecidas, a partir dos cinco campos da vida familiar – interativo, desenvolvimento, enfrentamento, integridade familiar e saúde. Precedendo a descrição dos resultados, apresenta-se o quadro 5 que fornece uma síntese de todas as pré-categorias, categorias e sub-categorias obtidas no estudo.

5.1 As relações e as decisões na família rural

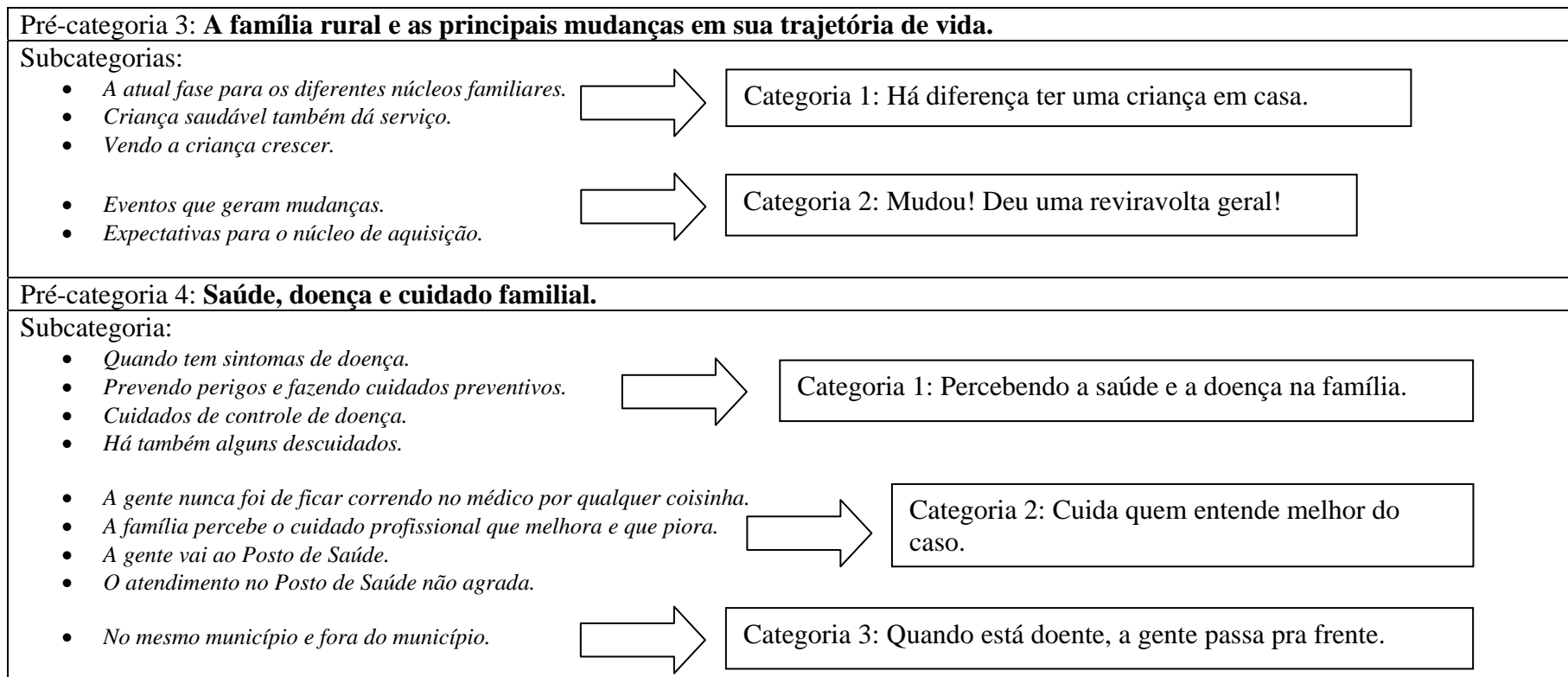
As categorias e subcategorias que compõem o conhecimento das relações e decisões familiares são apresentadas a seguir, como resultados obtidos na análise dos dados referentes a pré-categoria sobre o relacionamento familiar, tendo em vista os campos interativo, desenvolvimento e integridade familiar.

5.1.1 Por enquanto é o velho que decide

As subcategorias que expressam o conteúdo desta categoria e que serão descritas a seguir são: a decisão sobre a herança da terra; decisões em conjunto sobre questões cotidianas; nós aqui, meus pais ali; tem coisas que a gente faz reunido e tem coisas que cada um tem a sua parte; o que deve ser e o que não deve; empecilhos ao relacionamento familiar.



Quadro 5: síntese dos resultados da pesquisa.



Quadro 5: síntese dos resultados da pesquisa (continuação).

5.1.1.1 A decisão sobre a herança da terra

A herança da terra é uma das questões que levam à tomada de decisão, em algum momento da vida em família. As famílias rurais deste estudo, apontam que a decisão sobre a herança da terra é de responsabilidade do “opa” e da “oma”, porque são mais velhos e são considerados os donos da terra. Desse modo, os membros mais jovens não interferem nas decisões dos mais velhos sobre o que fazer com a terra e na terra, apenas opinam quando necessário. *Isso é responsabilidade do opa e da oma. Nisso eu não me meto!* (mãe Girassol). Geralmente, os velhos decidem sobre os afazeres na terra e os jovens ajudam a executar, por exemplo, quando percebem ser necessário podar árvores ou cortar o mato que toma a beira da estrada, espera-se que os membros mais jovens tenham a iniciativa em realizar tais atividades e que auxiliem nestas, cuja decisão partiu dos mais velhos. Ainda que haja o casal maduro na família, os membros fazem referência à autoridade do chefe da família como o responsável pelas decisões acerca da propriedade rural, assim como à decisão sobre a transmissão da herança, revelando que *por enquanto é o velho que decide* (avó Girassol).

Embora seja consenso entre todos os membros sobre o desempenho do papel de chefe da família, há exceções que garantem a divisão de papel entre os membros do sexo masculino. Trata-se de uma divisão de autoridade entre pai e filho. Esta característica revela a mudança sobre a hierarquia de poder nas famílias rurais. Quando questionados sobre a presença do chefe da família, os membros designaram o “opa”, assegurado pela disposição do filho que complementa: *mas eu também mando em algumas coisas* (pai Girassol).

A transmissão da herança se apresenta como um evento de transição maturacional no ciclo vital das famílias rurais. A tomada de decisão sobre a transmissão da herança se dá na presença de todos os filhos, cujos critérios considerados são a disponibilidade de manter a propriedade e a responsabilidade em cuidar dos pais idosos ou viúvos. O adoecimento ou morte dos membros mais idosos da família são eventos que levam a decisão sobre a herança. *Quando o opa começou a ficar doente e não podia mais trabalhar, ele passou a terra para o meu marido. O outro filho disse que não queria nada, porque não podia ficar aqui pra cuidar deles* (avó Girassol).

Dessa maneira, os critérios considerados importantes para a decisão sobre quem receberá a herança são transmitidos aos membros mais jovens como expectativa para tarefas familiares a serem desenvolvidas, em fases futuras da vida familiar. De certa forma, a possibilidade de transmissão da herança da terra aos filhos que permanecem junto dos pais, estimula-os para o desenvolvimento das habilidades de manutenção da propriedade agrícola. No entanto, não impossibilita os jovens de traçarem planos de vida e de trabalho independentes do ambiente rural. *Em nenhum momento nós dois estamos pensando em abandonar isso aqui. A gente pretende tocar os dois lados e ficar para cuidar dos sogros quando precisarem* (mãe Girassol).

5.1.1.2 Decisões em conjunto sobre questões cotidianas

No cotidiano da vida rural, os membros fazem propostas que são decididas em família. Quando se trata de algum assunto, por exemplo, a construção de cercados na casa, a alimentação e o abate dos animais, dentre outros, os membros procuram tomar decisões geralmente em conjunto. Os núcleos de aquisição e maduro parecem decidir juntos sobre as compras do mês ou questões relacionadas à vida doméstica, especialmente quando dividem a mesma moradia e, por isso, compartilham os produtos de consumo e as despesas. *Dependendo a gente gosta de decidir todos juntos, quando é obra ou outra coisa de fazer [...]* (pai Girassol).

A tomada de decisão em conjunto é acompanhada de discussão entre os membros, onde há liberdade para expor as opiniões. Embora haja discussões, os membros não as consideram brigas ou desentendimentos na família. *Não me lembro de ter visto os meus pais chegarem a se bater ou coisa assim* (pai Girassol). Esta observação demonstra um aspecto construtivo para a comunicação nas tomadas de decisão em família, assim como, uma visão interativa para as relações saudáveis.

Para decidir sobre situações comuns da vida diária, como o quê preparar para as refeições não se faz necessária a discussão ou a reunião entre os membros da família. Entretanto, respeitam-se as opiniões e gostos de todos, os quais são identificados e avaliados pelo membro que desempenha a função de cozinhar. Neste caso, a decisão é tomada pela mulher, levando-se em consideração a opinião dos demais.

Os membros da família madura também procuram decidir juntos sobre questões vinculadas à propriedade, à manutenção do lar e aos cuidados dos pais, pelos quais se responsabilizaram por alcançarem a velhice e a viuvez. Desse modo, nas situações de doença é que os membros do núcleo familiar maduro decidem quanto a procurar por algum serviço de saúde ou para ajudar a cuidar. Os núcleos de aquisição recebem a decisão do núcleo maduro e são envolvidos com as tarefas e funções designadas. No caso dos outros membros que residem longe, estes não são incluídos na tomada de decisão, mas participam com o compromisso de visitar os pais adoecidos.

A realidade das famílias rurais estudadas mostra o funcionamento familiar na percepção de núcleos diferenciados, ou seja, apesar de compartilharem o mesmo ambiente de interação, as ações nucleares são realizadas até certo momento distintivamente. Desse modo, os casais jovens tomam suas próprias decisões, independente dos demais membros das famílias de origem. Eles revelam que quando percebem a necessidade de tomar alguma decisão, conversam e decidem junto. Principalmente, quando se trata de decisões voltadas para as necessidades dos filhos. *A gente decide separado deles. Os dois se falam e, se um não quer, está bem, mas os dois decidem juntos* (mãe Rosa).

Quando o casal jovem manifesta dúvida diante da tomada de decisão, procuram pelos pais e pedem a opinião, de ambas as famílias de origem. *Se a gente acha que deve pedir uma opinião, a gente corre pra pedir, mas daí é de ambos os lados. [...] Mas é só se for uma dúvida meio grande que não se está decidindo, senão são as nossas decisões próprias mesmo* (mãe Girassol).

5.1.1.3 Nós aqui, meus pais ali

As famílias rurais comentam sobre a convivência nas moradias. Quando o núcleo de aquisição mora separado do espaço de moradia da família de origem, percebe-se independente e define a sua moradia como própria. Em uma das famílias estudadas, o motivo que justifica tal independência é a presença de filhos pequenos. O núcleo maduro parece reconhecer a necessidade de independência do jovem casal pela particularidade no funcionamento familiar nesta fase, onde os filhos exigem a atenção dos pais e que os pais estão aprendendo a lidar com as crianças. *Meu irmão mora ali no morrinho, eu aqui e meus pais ali* (mãe Girassol).

A proximidade entre as moradias é uma característica do contexto rural estudado, uma vez que, as relações familiares repercutem também em interação com o ambiente de trabalho. Ao mesmo tempo em que, esta possibilidade de morar perto dos pais se torna um fator facilitador à construção da rede social interna da família, a presença se manifesta como potencialidade ao cuidado familiar. A convivência entre os diferentes núcleos familiares permite as trocas de experiência, de modelos e de valores intergeracionais, pois os núcleos representam a simultaneidade de fases do desenvolvimento familiar.

No entanto, quando o núcleo de aquisição divide o mesmo espaço da moradia com o núcleo maduro, ou seja, com a família de origem, as relações de troca também acontecem, ora mais intensas, ora menos intensas visto a maior probabilidade de interferência nos modos de viver de ambos os núcleos e as diferenças de fases do desenvolvimento que tornam mais propícias às situações de conflito intergeracional.

Outra situação encontrada em uma das famílias rurais foi a convivência dos núcleos maduro e tardio em mesma moradia. O núcleo tardio representado pela figura da bisavó na viuvez, morando com o filho mais velho e a nora que foram denominados os responsáveis pela idosa na família. Nestas fases da vida familiar, espera-se que um ou mais filhos assumam o papel de responsável por suprir as necessidades dos pais idosos, especialmente, após algum evento maturacional como a morte de um dos pais ou a doença. A ocorrência de tais eventos é considerada como transições, em que há mudanças nos papéis, nas tarefas e na própria convivência em família, por envolver também os demais núcleos.

5.1.1.4 Tem coisas que a gente faz reunido e tem coisas que cada um tem a sua parte

Os padrões de organização das famílias rurais parecem sofrer mudanças, conforme a fase de vida familiar e individual. *Como se diz, a gente tem a nossa vida de casal, eles têm a deles [...] só que tem coisas que a gente faz reunidos e tem coisas que cada um tem a sua parte* (mãe Girassol). Existe uma diferença entre as atividades que são realizadas em conjunto e aquelas que são isoladas em cada núcleo familiar. As famílias revelam que fazer as refeições, como o almoço e o café da tarde, são preferencialmente em conjunto. *Almoçar todos juntos é sagrado* (pai

Girassol). No entanto, reconhecem que quando a rotina semanal dificulta o encontro dos membros em mesmo horário, há necessidade de priorizar o encontro em outros momentos, optando-se em manter atividades em conjunto nos finais de semana. *Como na minha família todos trabalham fora, fica impossível almoçar juntos durante a semana* (mãe Girassol).

Para que algumas atividades sejam realizadas em conjunto, alguns critérios se mostram relevantes às famílias estudadas. Um deles é o desejo de cada membro em participar, por exemplo, de passeios programados. Embora os membros das famílias relatem que procuram sair juntos, dependendo do passeio, há divergências quanto ao desejo de participação entre os membros. *O opa já gosta de sair se for do jeito dele* (pai Girassol). Esta idéia expressa também as diferenças dos passeios programados entre o núcleo de aquisição e o núcleo maduro, provavelmente, pelos interesses e pelos contatos com as pessoas que diferem em cada fase familiar.

As atividades realizadas pela família também são influenciadas ao longo das estações climáticas, podendo se modificar quanto a opção de ser isolada ou coletiva. Um exemplo é o banho no ribeirão, o qual se torna uma atividade coletiva de lazer na época do verão. *Aqui na temporada de verão os rios lotam! [...] Tem esse ribeirão que cruza aqui em baixo, aí nós trancamos água e vira um tanque [...] a gente abre quando chove e fecha para tomar banho* (mãe Girassol).

As atividades agrícolas são, em geral, desenvolvidas em conjunto até mesmo por questão de necessidade porque *é muito serviço e sozinho não se dá conta* (mãe Girassol). Apesar disso, há interesses isolados sobre algumas destas atividades que acabam mobilizando todos os membros para ajudar. *A cunhada vinha aqui ajudar a plantar aipim pra ter junto, porque não tem espaço para plantar na casa dela* (mãe Girassol).

5.1.1.5 O que deve ser e o que não deve

As normas são atitudes e valores utilizados pelas famílias rurais como orientação para a vida, um importante atributo do cuidado familiar que se relaciona de modo significativo com os campos interativo e da integridade familiar.

Neste sentido, as famílias apontam que rezar antes de se alimentar e antes de se deitar é uma atitude que sempre deve ser cumprida e nunca esquecida. *Rezar sempre e não só quando precisa* (bisavó Rosa). Esta atitude é ampliada a todos os

membros, inclusive a criança, a qual é estimulada pelos pais e avós e orientada para o valor da fé e da gratidão diante da vida e dos alimentos.

O sentar junto à mesa é também uma atitude valorizada por estas famílias rurais, pois permite o encontro e o diálogo entre os membros, além de representar um sinal de respeito pela própria refeição. *Não pode acontecer de cada um comer isolado na frente da televisão* (avô Girassol). E outro membro da família complementa: *se tem mesa é na mesa que se come* (mãe Girassol).

Os padrões de comunicação são reforçados pelos membros da família como atitudes importantes ao relacionamento e funcionamento familiar, tanto para tomar decisões, quanto para comunicar idéias ou informações entre si. *A gente se fala muito* (avó Girassol).

5.1.1.6 Empecilhos ao relacionamento em família

Segundo uma das famílias estudadas, o ciúme traz brigas e atrapalha o relacionamento familiar. O ciúme é mencionado como um empecilho à relação conjugal por afetar a confiança, especialmente, quando há discussão sobre os relacionamentos anteriores, entre o casal jovem. Eles também apontam a presença do ciúme no relacionamento com a família de origem do membro agregado. Esta situação se refere ao ciúme gerado pela competitividade entre as avós, quanto à companhia do neto. *Eu tenho ciúme e isso o opa também tem, quando o pequeno vai lá no outro opa! [...] porque nós queremos ele sempre junto da gente* (avó Girassol).

A dificuldade em conciliar horário para encontro dos membros também é percebida como empecilho ao relacionamento, principalmente, quando algum membro trabalha fora da propriedade rural e precisa cumprir horários de trabalho estabelecidos por outra instituição que não é a familiar.

Uma das famílias reconhece a incompreensão e o conflito de valores entre os núcleos de aquisição e maduro como empecilho ao enfrentamento de um evento situacional, como a gravidez antes do casamento que gerou mudanças maturacionais e interferência no relacionamento familiar. *Eu vim morar aqui na casa dos pais dele, depois que descobrimos que estava grávida [...] a gente não casou* (mãe Girassol). *No início a gente não queria aceitar porque achava que eles deveriam se casar* (avó Girassol). Ao descobrir a gravidez a família incluiu um

membro, mesmo que discordando da decisão do casal jovem em morar junto sem casar, podendo-se interpretar a ruptura de valor e de norma da família em relação ao casamento. [...] *a gente não estava acostumado com isso de não casar e já morar junto* (avó Girassol).

5.1.1.7 *Viver unido, se entender. Isso é importante!*

Os valores que expressam a interação e integridade cultural são considerados elementos importantes à convivência e também à construção da moralidade das famílias rurais.

Quando questionados sobre o que consideram importante para a vida em família, as famílias rurais entrevistadas mencionam que a compreensão de ambos os lados, ou seja, a compreensão entre o casal e entre os núcleos familiares, o amor, o perdão, a ajuda mútua, a união e a amizade são valores importantes que se cultivam, através das atitudes de todos. *Um ajudar o outro e um perdoar o outro! Isso é o mais importante de tudo [...]* (avó Girassol).

Elas também avaliam o relacionamento familiar e comparam com o relacionamento de outras famílias conhecidas por elas. *Não é como naquelas casas que só têm briga. Até agora está todo mundo se dando bem!* (avó Rosa). Dessa maneira, apontam o que fazem para viver bem em família e revelam que deixar a raiva passar, evitar as brigas e confusão, resolver os conflitos através do diálogo e da disponibilidade de perdoar são atitudes presentes nas famílias. *Essa coisa de ficar de cara feia por dois dias não tem aqui* (avô Girassol). *Passar dias de beijo virado e não falar uma palavra, se tu perguntas alguma coisa, faz de conta que não está te ouvindo [...]* ah, não! *Isso eu não suporto mesmo* (mãe Girassol).

Ao questionar o casal jovem de uma das famílias estudadas sobre a existência de conflitos conjugais e sua resolução, eles se observaram e responderam: *estamos vivendo até melhor do que muitos casados* (mãe Girassol). Um membro entrevistado refere a saúde como um valor de grande importância para o viver bem em família, pelo fato de amenizar as preocupações e favorecer o desempenho das tarefas para o funcionamento familiar.

Os valores que refletem na moral das famílias rurais, representam o seu modo de agir diante da sociedade. Neste sentido, a caridade e a fraternidade exprimem a percepção acerca das dificuldades enfrentadas para a sobrevivência

das pessoas. *Ninguém vai negar comida pra quem está passando fome* (mãe Girassol). *Sempre que sobra a gente dá leite e um pouco de aipim pra quem precisa* (avó Girassol).

A honestidade parece ser um valor importante à moral e à identidade destas famílias rurais, uma vez que, os membros não admitem a ingratidão e a desonestidade dos outros perante o seu esforço para o trabalho e a sua disponibilidade em ajudar. *Roubaram nosso aipim [...] e ainda disseram que era roça de ninguém!* (avó Girassol). *Por isso que eu acho que ele não merecia o que levou de nós* (mãe Girassol). Associada a honestidade, a justiça emerge como valor necessário na sociedade, em geral, mas prioritário à proteção das famílias rurais que se sentem desamparadas pela impunidade dos órgãos militares. *[...] vou arrumar o telefone e denunciar. Já estou aborrecida com isso! Chega sexta-feira à noite e o cachorro começa a latir, ele percebe. Mas quem vai se arriscar? Os caras estão armados com espingarda e tu vais lá para o meio do mato, eles te metem uma bala e pronto: já era!* (mãe Girassol). Esta idéia aflora o exercício da cidadania por parte das famílias que reconhecem a necessidade de realizar denúncias pelos crimes ambientais, dos quais estão sendo vítimas em suas propriedades. *O que se faz quando a gente cuida dos bichos e os de fora entram e matam os nossos bichinhos?* (avó Girassol). *Isso é um grande crime: invasão de propriedade* (avô Girassol).

A religiosidade, por sua vez, mostra-se como um valor de orientação à vida. Além disso, praticar a religião é considerado uma estratégia que ajuda no discernimento do certo e do errado. Conforme um membro entrevistado: *quem vai à missa acho que pensa um pouco mais* (mãe Rosa).

5.1.2 Visita é o que não falta

Esta categoria apresenta as relações dos membros das famílias rurais entre si e com os outros, através da descrição das subcategorias: visitando e sendo visitados; promovendo e participando de encontros.

5.1.2.1 Visitando e sendo visitados

O contato do núcleo de aquisição com as famílias de origem parece ser aumentado nesta fase, caracterizando-se pelas visitas à casa dos pais,

especialmente nos finais de semana. O contrário também é observado quando a família de origem reside em outro município, justificando o contato esporádico. Além disso, as famílias de origem procuram se visitar e os avós se planejam para visitar ou passar o final de semana com os netos. *Às vezes eu tenho muito serviço no sábado de manhã, daí a minha mãe acumula tudo na sexta-feira para poder passar o sábado inteiro fazendo as vontades dele. [...] ela vem de manhã cedo para buscar ele e à noite a gente desce para pegar ele de volta* (mãe Girassol).

Quanto ao contato com os membros da família ampliada, observou-se mudança ao longo dos dois momentos de aproximação com as famílias rurais. Num primeiro momento, quando os netos eram ainda bebês e seus pais permaneciam mais tempo em casa, os avós se mantinham atentos às necessidades do jovem casal e da criança, refletindo-se em poucas visitas aos parentes. Os parentes, por sua vez, os visitavam para conhecer a nova criança na família e rever os membros do núcleo maduro.

Em um segundo momento, ainda com as crianças em idade lactente, porém com os pais e avós percebendo-se mais adaptados com as tarefas da fase, os contatos com os membros da família ampliada passam a aumentar. O casal maduro realiza visitas aos parentes que moram perto e também àqueles que moram em outras cidades. O núcleo de aquisição passa a planejar as visitas aos amigos ou a família de origem, independentemente.

No caso do núcleo tardio, há a preocupação de realizar visitas periódicas aos membros da família ampliada e extensa, especialmente, aos filhos que moram longe. Estas visitas do núcleo tardio são, geralmente, acompanhadas pelos núcleos maduro e de aquisição, refletindo-se em encontros entre membros da família rural.

5.1.2.2 Promovendo e participando de encontros

As famílias rurais têm como costume promover encontros de família, através de visitas eventuais ou de comemorações em datas festivas. Geralmente são as festas de aniversário que integram os membros da família ampliada. Dependendo de quem está aniversariando, são convidados também membros da família de origem dos agregados, como os avós e tios paternos da criança, ou até os membros da família extensa, os quais se incluem os tios maternos e paternos dos avós da criança. O batizado da criança pode ser considerado como um importante ritual

familiar e religioso nesta fase de vida familiar. Os membros que moram longe também são esperados para participar dos encontros. *Na maioria das vezes a gente recebe visita [...] daqui a duas semanas é o aniversário do meu pai, daí também vem bastante gente* (mãe Rosa).

O núcleo de aquisição de uma das famílias estudadas relata o encontro de famílias promovido pela comemoração do batizado da criança. Os membros da família convidados, os padrinhos e madrinhas da criança participam primeiramente da missa na igreja católica e, posteriormente, passam o dia juntos. São servidos almoço (com comida típica rural, como pato recheado, costela de porco, maionese de batatas, verduras em conserva) café da tarde (com cucas e tortas caseiras) e bebidas, preparados pelas mulheres na casa dos avós maternos da criança. O casal jovem recebe os convidados, se integra com as famílias de origem e comemoram o ritual religioso com os padrinhos e madrinhas, geralmente, irmãos e cunhados dos pais da criança, simbolizando um compromisso de confiança e de inclusão da criança na comunidade.

Quando não há ocasiões que promovam os encontros em família, os membros mantêm contato telefônico freqüente, na intenção de se comunicarem sobre acontecimentos na família ou de sugerirem visitas eventuais. *Estes meus dois filhos nunca se brigaram [...] até hoje, quando começam a se falar no telefone, vai longe!* (bisavó Rosa).

As famílias rurais revelam que também são convidadas a participar de encontros familiares e comunitários. Conforme um membro entrevistado: *nós somos convidados pra tudo!* (mãe Rosa). Dentre as comemorações, nas quais os membros das famílias costumam participar se destacam os aniversários de parentes e vizinhos, os casamentos e bodas na família, além de festejos promovidos por pessoas da comunidade. *No sábado fomos a uma festa aqui por perto e tinha uma missa tão linda! [...] Era a festa de Santo Antônio. Tinha quentão, pinhão, sopão, nem sei o que tinha mais* (bisavó Rosa). Todos os núcleos da família rural são convidados e participam destas comemorações.

5.1.3 Cada um faz a sua parte e cada um ajuda um pouco

O conteúdo que possibilitou a construção desta categoria se refere às relações de ajuda na família que também se relacionam com o enfrentamento das

necessidades e das tarefas das famílias rurais. As subcategorias são descritas a seguir.

5.1.3.1 Ajuda material

As famílias rurais revelam a reciprocidade nas relações entre os membros da família ampliada, com quem podem contar quando precisam de ajuda. Desse modo, os núcleos de aquisição esperam poder contar com as famílias de origem, principalmente, com os pais no que precisam, em termos de recursos financeiros e materiais. O casal jovem comenta poder emprestar o carro dos pais ou contar com a disponibilidade deles em levar para algum lugar desejado, contanto que haja a retribuição de favores ou mesmo a reposição de combustível ao automóvel quando necessário.

Assim também, os núcleos maduros podem contar com a ajuda dos filhos para as atividades de casa e para as atividades de roça. *Como nós trabalhamos lá, o que eles precisam a gente também está junto* (mãe Rosa).

A ajuda material que as famílias se referem é toda e qualquer ajuda voltada para a manutenção da propriedade rural e do lar, especialmente as atividades rotineiras. Esta ajuda parece se fazer mais necessária nas situações em que algum membro fica doente e não pode contribuir no trabalho, solicitando-se a ajuda dos membros da família ou de outros, como os vizinhos, para buscar trato, tirar o leite, limpar o mato, o pasto e a estrada. Contudo os membros de uma das famílias confessam que há preferência em contar com a ajuda de pessoas da família para cuidar da propriedade, pelo fato de serem mais confiáveis e conhecer a rotina. *Agora com a minha oma internada, somos nós que temos que fazer tudo* (mãe Rosa). Todavia, ao se envolverem com atividades de ajuda, os membros também experimentam mudanças em algumas de suas tarefas e funções.

Existem exceções quanto à disponibilidade para a ajuda material na família, como a presença de problemas de saúde dos demais membros que os impossibilitam à realização de algumas atividades agrícolas. Ou mesmo alguma condição familiar que interfira nas possibilidades de ajuda de custo ou de empréstimos financeiros entre os núcleos. *Nós não podemos emprestar do dinheiro deles, porque têm menos que nós* (avó Girassol).

5.1.3.2 Ajuda no cuidado

A reciprocidade se torna ainda mais evidente quando na situação de doença na família e necessidade de cuidados de saúde a algum membro. O cuidado prestado ao membro adoecido e o acompanhamento nas hospitalizações são tarefas que surgem de eventos, muitas vezes, inesperados nas famílias e, portanto, com indefinição quanto ao desempenho do papel de cuidador familiar. No entanto, os filhos se colocam espontâneos e disponíveis em cuidar dos pais, elegendo um membro cuidador ou se revezando para cuidar. A rotina da família se altera, havendo necessidade de ajuda material para suprir a ausência de um membro e assumir as suas funções. Dessa maneira, os membros indicam que é preciso conciliar as atividades domésticas e agrícolas com as de cuidado, buscando meios que facilitem o desempenho de tais tarefas.

Os núcleos de aquisição reconhecem receber a ajuda das famílias de origem quando as crianças ficam doentes. Também contam com a ajuda dos avós e sobrinhos para tomar conta das crianças quando pequenas ou mesmo durante as férias. No caso de uma das famílias entrevistadas, foi relatada a participação de uma criança, o sobrinho de quatro anos, nos cuidados de uma criança de poucos meses de idade, cuja tarefa era de se manter atento para evitar que esta não viesse a se machucar na roça.

Uma das famílias percebe que houve mudança quanto a necessidade de ajuda para o cuidado da criança. Comentam que, anteriormente, a criança ficava tranquilamente dentro de casa, sob os cuidados da bisavó, pois era um bebê e permanecia a maior parte do tempo dormindo. No entanto, avaliam o momento posterior e reconhecem que a criança precisa ficar sob os cuidados de mais de um membro, pois começou a engatinhar e com imensa curiosidade de explorar os ambientes interno e externo da casa. Para tentar resolver esta necessidade, a bisavó mantém a criança com brinquedos dentro de um cercado até o momento em que solicita maior atenção. Com o evoluir do desenvolvimento da criança surgem outras tarefas de cuidado, como exemplo, a de organização e adequação do espaço doméstico para proteção da criança. *Como a gente tem o nosso serviço na roça, não dá pra deixar tudo sempre arrumadinho* (avó Rosa).

As situações em que não se pode ajudar também acontecem quando há necessidade de cuidado. Um membro percebe que pela presença de filho pequeno

ou a situação de doença da criança, houve mudança quanto a sua disponibilidade em ajudar a família durante as hospitalizações da bisavó adoecida, em função de precisar cuidar da criança. *Agora que eu tenho a pequena não posso cuidar dela no hospital [...] a minha cunhada também estava com o filho dela com amidalite, então ela também não pode ir* (mãe Rosa). Outra situação percebida pelas famílias, está relacionada com a indisponibilidade dos vizinhos, devido suas atividades de trabalho e também pela pouca confiabilidade da família quanto aos cuidados de outros. *Em casa de pessoas estranhas não deixo ele ir [...] Não é bom deixar o pequeno com vizinhos* (avô Girassol).

Discussão dos resultados

O relacionamento entre os membros das famílias rurais é marcado por mudanças nos padrões de comunicação e de interação, a partir de acontecimentos na vida familiar, chamados de eventos situacionais e os eventos maturacionais, os quais influenciam no funcionamento familiar. A transmissão da herança da terra pode ser considerada um evento situacional e, torna-se maturacional, pois envolve mais de uma geração familiar e se caracteriza por um processo de continuidade da propriedade familiar, ao longo do tempo. Neste sentido, a herança da terra é um evento ligado ao desenvolvimento familiar que também se manifesta como transição ou passagem do poder e da responsabilidade dos mais velhos sobre a propriedade rural para os mais jovens. Este processo recebe a denominação de “horizonte de gerações” (WANDERLEY, 1996 apud HAYGERT, 2000) que se constitui no projeto familiar para o futuro, onde as gerações atuais se comprometem com as gerações que as sucedem. A herança da propriedade familiar é percebida, então, como um processo sucessório na família rural.

A herança da terra como transição familiar suscita a tomada de decisão que pode ser individual, ou seja, a decisão é tomada pelo dono da terra ou pelo chefe da família, como pode ser coletiva, onde os membros da família ampliada discutem e decidem juntos. As decisões são tomadas em conjunto, principalmente, quando a situação de transição da herança coincide com a necessidade de enfrentamento de algum evento precipitante, como exemplo, a morte ou adoecimento de algum membro da geração mais velha, que representa a fase tardia da família. Para Cerveny (2002), a família na fase tardia disponibiliza aos filhos o seu esforço de

anos de trabalho, desfazendo-se dos bens e os dividindo, como forma metafórica de despedida do papel funcional de provedor.

A forma como acontece a transição da herança da terra se reflete também nos aspectos históricos da colonização alemã, os quais estas famílias retratam no seu modo de viver e de trabalhar no contexto rural, visto que para a maioria das famílias que colonizavam o Vale do Itajaí–Mirim no século XIX, a propriedade dos pais era transmitida a um dos filhos (geralmente o mais jovem) que tinha a obrigação de cuidar dos pais quando estes avançassem a idade (SEYFERTH, 1974).

As decisões em família, por outro lado, permeiam o relacionamento cotidiano e sob diferentes modos, conforme a necessidade de participação dos membros e núcleos, os interesses individuais e coletivos envolvidos e também a posição e papel que cada membro ocupa dentro da hierarquia familiar. A geração mais velha, representada pela figura paterna ou o “opa”, até certa circunstância domina o papel de chefia da família, especialmente quando os interesses se voltam para a manutenção da propriedade e da produção rural. No entanto, é possível observar a fragmentação desta autoridade familiar com os filhos que assumem o papel paterno dentro de seus núcleos de aquisição, tomam suas próprias decisões relacionadas aos interesses de provedor e a situação profissional, independente do trabalho na propriedade familiar. Esta diversidade de experiências sobre o trabalho entre os núcleos de aquisição e maduro, gera a necessidade de trocar e compartilhar os saberes, de modo a garantir a reprodução e a sobrevivência familiar (HAYGERT, 2000). Passar a se relacionar igualitariamente com os filhos é uma tarefa que surge na fase madura para a convivência entre pais e filhos adultos.

As relações familiares internas e externas se mostram modificadas, dependendo da fase de vida familiar e dos eventos nela vividos. Assim, os núcleos de aquisição mantêm uma proximidade das relações com as famílias de origem e se distanciam das relações com outros membros da família extensa, especialmente quando vivenciam o nascimento dos filhos. Mesmo que bastante próximos das famílias de origem, os núcleos de aquisição restringem alguns aspectos desta relação familiar, buscando a privacidade e a autonomia diante dos planos de vida, inclusive sobre a construção de um modelo familiar próprio. Cerveny (2002) explica que o estabelecimento de fronteiras demarcadas e flexíveis são recursos que contribuem para a construção dos padrões de relação entre o jovem casal e também com os seus familiares.

O núcleo maduro e tardio nas famílias rurais também sofre mudanças nos relacionamentos sociais, a partir da agregação de novos membros, da inclusão dos netos ou da perda do cônjuge. De acordo com McCullough e Rutemberg (1995, p.259),

“os problemas do envelhecimento na geração mais velha não precisam ser apenas manejados, como também pressagiam os problemas que seus filhos de meia-idade logo enfrentarão. A morte de um dos cônjuges é uma das maiores tarefas que aguarda os adultos mais velhos. Tudo isso envolve decisões sobre vida autônoma *versus* morar com um filho ou filha de meia-idade, ou escolher uma casa de repouso”.

Para o núcleo maduro a adaptação às mudanças da fase requer uma acomodação da estrutura e do funcionamento familiar, como um fenômeno gradativo que inclui alguns processos como: incorporar novos papéis, à medida que se ganha e que se perdem membros na família; repensar os papéis e as relações hierárquicas; consolidar os valores considerados significativos à identidade familiar; preservar alguns costumes e mudando outros pra atender às novas necessidades e, ampliar a rede social, consolidando também as antigas relações (CERVENY, 2002).

Na Teoria do Desenvolvimento da Família outros elementos, além da própria família, fazem parte do processo de mudança ao longo da trajetória de vida. A moradia pode ser percebida como um destes elementos, a qual se constitui no espaço onde há mudanças físicas e interativas, em cada fase de vida da família. Dessa maneira, para o núcleo de aquisição o se adaptar e o adaptar a moradia para suprir as suas necessidades e tarefas requer do jovem casal independência e autonomia (CERVENY, 2002). Voltando-se à realidade das famílias rurais estudadas, onde os núcleos de aquisição e maduro dividem a mesma moradia ou então, quando as moradias são muito próximas, percebe-se que o alcance da independência e da autonomia é bastante dificultado, exigindo estratégias constantes que proporcionem o respeito da individualidade dentro de uma rotina que expressa a coletividade. Esta característica das famílias rurais dá a entender o que Althoff (2001, p. 98) menciona em seu estudo:

“a moradia representa a sede, o referencial e as condições visíveis da identidade da família, que é o conjunto das características próprias de cada família, colocado em evidência pelo tipo de moradia e o seu modo de viver”.

É no espaço da moradia que as famílias estudadas se desenvolvem e criam os seus modelos de convivência, ainda que, permeados de conflitos de valores entre

as gerações. O ambiente de vida das famílias rurais evidencia um cenário de estreitas mudanças na organização das tarefas e das normas para cada fase do desenvolvimento. Enquanto que os núcleos de aquisição e maduro experimentam consolidar os papéis de pais e avós, adequando-se às funções familiares que emergem ao longo do crescimento e do desenvolvimento da criança, as tarefas relacionadas à família vão surgindo com maior intensidade e participação, dentre elas, a de educação e proteção da criança (CERVENY, 2002).

O cuidado familiar é manifestado nas relações construídas para o funcionamento e o desenvolvimento familiar. O cuidado tem a finalidade de promover a saúde familiar, mediando atividades de cada membro e as demandas de tarefa da fase de vida, como àquelas relacionadas à presença de criança e idoso e, as situações vivenciadas no cotidiano familiar. A reciprocidade nas relações de ajuda entre os membros da família permite a adaptação às tarefas de desenvolvimento, o enfrentamento das dificuldades e das necessidades de cuidado, através da interação dos núcleos familiares no decorrer do ciclo vital.

O trabalho agrícola, dessa forma, também incorpora o cuidado familiar porque integra os membros da família, gera condições de vida e de saúde, faz parte da cultura de valores. O significado do cuidado familiar pode ser considerado pelas particularidades de cada cultura, como a germânica e a italiana citada por Waldow (2001), além da cultura do contexto rural. A autora ressalva a cultura germânica para o cuidado, na qual as pessoas demonstram desconforto em depender do cuidado de outros, uma vez que, desejam assumir o papel de provedores de ajuda. Além disso, as pessoas de origem germânica têm o costume de manter tudo organizado e sob o seu controle, mostrando-se constrangidas quando necessitam de certos cuidados para com o corpo e, dificilmente, demonstram as reações de dor e sofrimento.

5.2 A vida na colônia

Esta pré-categoria disserta sobre a percepção do dia-a-dia das famílias rurais, compostas pelas seguintes categorias: papéis e tarefas na família; as atividades da colônia seguem uma rotina; percebendo a vida no campo; a relação com a natureza. As subcategorias mostram as atividades cotidianas das famílias rurais, as normas e valores, vantagens e dificuldades da vida no campo, além dos aspectos

relacionados com a influência da natureza nas relações, percepções e ações familiares no contexto rural.

5.2.1 Papéis e tarefas na família

Esta categoria apresenta os papéis e tarefas, assim como, a mudanças destes, ao longo da trajetória de vida familiar. Logo abaixo são descritas as subcategorias: os velhos ensinam os mais novos em casa; as tarefas em casa e na roça; o trabalho leve e o trabalho pesado; as tarefas e o trabalho fora de casa.

5.2.1.1 *Os velhos ensinam os mais novos em casa*

O desempenho dos papéis e a realização das tarefas na família estão envolvidos em um processo de aprendizagem, imbricado aos padrões de relacionamento intergeracional. A educação das crianças se apresenta como uma das principais tarefas da fase de aquisição. Embora os papéis paterno e materno estejam sendo progressivamente incorporados pelo casal jovem, a responsabilidade sobre a educação dos filhos parece ser compartilhada com os demais membros da família ampliada.

Os avós participam ativamente no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento dos netos e procuram contribuir com a sua experiência de vida familiar, orientando os filhos a levarem em consideração o modelo de educação construído por eles. O jovem casal manifesta acordo com o modo de educação dos avós para a criança e reconhecem aprender com a sabedoria e experiência dos mais velhos. *Eu acho que eles ensinam muito e que a mesma educação que deram para nós, poderemos dar para nossos filhos* (mãe Girassol).

A interferência de vários membros no relacionamento com a criança é permitida pelos pais, desde que haja coerência nas atitudes voltadas à educação. Desse modo, os avós também decidem sobre quando é preciso chamar a atenção da criança e os ensinamentos dos tios e madrinhas são, igualmente, importantes. *O que é um ensinamento para ele, ninguém discute, porque ele tem que aprender* (mãe Girassol).

Todavia, a punição é uma atitude dos mais velhos para ensinar a criança a discernir o que é certo e o que é errado. Para isto, os adultos se baseiam no modelo

familiar e agem com firmeza, de modo a chamar a atenção ou inibir os comportamentos não aceitos da criança, como exemplo a teimosia. Nas famílias rurais a presença da “varinha” dentro de casa é um costume antigo que serve para os mais velhos inibirem a criança aos maus comportamentos. *Quando ele era pequeno apanhava quando era pra fazer as coisas* (avô Girassol).

Os mais velhos têm uma percepção negativa a respeito dos modelos institucionais de educação infantil, acreditando que as crianças não aprendem quando freqüentam a creche. Eles também julgam a televisão um fator prejudicial à educação familiar. *Ninguém nunca disse aqui ‘eu te odeio!’.* *Ele aprendeu da televisão* (avó Rosa). Os avós querem educar os netos, na expectativa de que dêem continuidade ao modelo de vida rural. Eles mantêm a educação tradicional nas famílias rurais, onde os mais velhos ensinam as crianças a falar primeiramente a língua alemã, que é comumente usada para a comunicação entre os membros em casa. Quando as crianças começam a freqüentar a escola, passam a aprender a ler e escrever na língua portuguesa. *Ela tem que falar primeiro o alemão, porque é mais pesado. Depois o brasileiro, porque não é tão pesado*” (bisavó Rosa).

5.2.1.2 As tarefas em casa e na roça

As tarefas em casa e na roça são divididas entre os membros, conforme o gênero e a idade. O tipo de trabalho, leve ou pesado, também é considerado um critério definidor das tarefas e funções na família. Algumas atividades, no entanto, são compartilhadas.

Os homens das famílias entrevistadas desempenham as tarefas de buscar o trato (alimento para o gado) no morro, desembrulharem o milho para fazer ração, passar inseticida nas plantações e cercar os limites da propriedade. Neste caso, os homens mais jovens devem ajudar no serviço mais pesado. Mesmo os membros que trabalham fora precisam ajudar em algumas atividades ao chegar em casa, principalmente quando há serviço acumulado. Em uma das famílias, o pai trabalha fora durante o dia e quando chega fica tomando conta da criança para que a mãe possa realizar as suas tarefas agrícolas ou domésticas. *Quando ele chega do serviço, ele brinca com ela, se eu tenho que fazer alguma coisa ou tirar leite* (mãe Rosa). Isto demonstra também a divisão da tarefa de cuidar do filho entre o jovem casal.

Os filhos homens são introduzidos na rotina do trabalho na roça desde cedo para aprender o serviço e ajudar os mais velhos. *Ele corta e busca o trato desde quando ia para a aula* (avó Girassol).

As condições físicas e de saúde também são percebidas pelas famílias como fator favorável ou desfavorável à realização do trabalho. Em uma das famílias estudadas, percebeu-se uma diminuição no desempenho de tarefas agrícolas por um dos membros de idade avançada, cuja mudança se deu por problemas de saúde. *O opa não está em condições de realizar nem serviço leve, nem pesado, porque é muito esforço* (mãe Girassol).

As mulheres também assumem tarefas na roça. As avós têm que cortar o trato e buscar quando não for muito pesado, tirar leite, tratar as vacas e as galinhas. As mulheres mais jovens ficam responsáveis por deixar o jardim em ordem e ajudar a alimentar os animais e aves. Embora as mulheres tenham muitas funções compartilhadas, há funções mais definidas, como refere um entrevistado: *colher é trabalho da oma* (avô Girassol). Outras funções são definidas a algum membro por se tratar de tarefas isoladas, por exemplo, estudar e fazer as tarefas de escola, administrar as compras do mês ou cozinhar algo especial. *Ontem eu descasquei pêssegos para fazer sobremesa* (bisavó Rosa).

Quanto às tarefas domésticas, geralmente, são as mulheres jovens que se responsabilizam por limpar e arrumar a casa, lavar a roupa, preparar as refeições durante a semana e, ainda, cuidar das crianças. No entanto, as avós e bisavó também ajudam a tomar conta das crianças, quando as mães estão atarefadas com as atividades domésticas ou agrícolas. *O pequeno, às vezes, vai junto quando eu vou para a roça capinar* (avó Girassol).

Na menção de um dos entrevistados das famílias *o serviço que a mulher sabe, o homem também deve saber e fazer. E o que o homem deve fazer a mulher também deveria saber* (avô Girassol). As mulheres confirmam e complementam a idéia, dizendo que apesar de alguns serviços como cortar e fazer lenha, arar, capinar, cortar mato, roçar, fazer trato sejam trabalhos geralmente feitos por homens, na realidade são as mulheres da casa que fazem. Uma das entrevistadas comenta que *antes de o opa se aposentar as mulheres da família tinham que dar conta de todo o serviço sozinhas* (mãe Rosa). A partir desta informação, entende-se os riscos e malefícios que a sobrecarga dos serviços pesados pode gerar à saúde

destas mulheres, ao longo dos anos, cuja queixa também fora relatada em uma das famílias: *a oma tem chiado à noite porque trabalha pesado* (avó Girassol).

À medida que as crianças vão crescendo, há mudanças também na sua forma de participação nas tarefas da família. As famílias relatam que, quando ainda bebês, eventualmente, as crianças são levadas à roça, permanecendo em local seguro e sob a supervisão da mãe. No entanto, a partir da fase em que as crianças começam a andar, os adultos as levam com maior frequência à roça, exigindo atenção quanto aos riscos de queda ou ferimento enquanto brincam. *Ele já ajuda a plantar milho! [...] ele abre a mãozinha, pede para colocar grãos de milho e ele vai botando dentro dos buracos e a oma vai fazendo com a enxada* (avó Girassol). Uma das famílias percebe o envolvimento da criança nas tarefas domésticas, ainda que não tenha idade para desempenhá-las. *O pequeno levanta a mangas do casaco e quer ajudar a lavar a louça, mas não consegue* (mãe Girassol).

Algumas tarefas são compartilhadas entre todos os membros, independente da idade ou gênero, mas conforme a disponibilidade em ajudar. É o caso das tarefas agrícolas cotidianas que incluem tratar os animais e aves e tirar o leite. As tarefas domésticas realizadas várias vezes no dia também são compartilhadas entre as mulheres, como lavar a louça e cuidar das crianças. Tarefas agrícolas que exigem mais esforço e tempo são, comumente, compartilhadas entre os homens, como por exemplo, fazer serragem e cortar lenha para usar no fogão. Há ainda aquelas tarefas compartilhadas entre os núcleos de aquisição e maduro, como é o caso de uma das famílias entrevistadas, onde o casal jovem separa e vende lixo reciclável e o casal maduro ajuda a separar e organizar os materiais.

5.2.1.3 O trabalho leve e o trabalho pesado

As famílias rurais entrevistadas se remetem à descrição das tarefas agrícolas e domésticas, sob duas caracterizações diferenciadas: o serviço leve e o serviço pesado. O serviço leve parece ser definido como atividade que exige pouco esforço físico. São citados como serviço leve o desembrulhar espigas de milho, fazer fogo no fogão à lenha, cuidar das panelas cozinhando sobre o fogão, cuidar da criança dentro de casa, roçar o pasto. No entanto, há discordância entre as duas famílias ao considerarem o serviço doméstico como serviço leve. Para uma das entrevistadas: *o trabalho leve é dentro de casa, limpar a casa, lavar a roupa* (mãe Rosa). Já na

opinião de outra entrevistada, *o cuidado da casa é razoavelmente leve e varia da pessoa que está fazendo* (mãe Girassol). Pode-se interpretar que o trabalho doméstico é leve ou pesado, dependendo da quantidade de serviços a serem realizados e da atividade de quem vai desempenhá-los.

O serviço pesado, por sua vez, é majoritariamente o trabalho agrícola e parece ser definido como atividade que exige maior esforço físico. *O trabalho pesado é o que cansa bastante* (mãe Rosa). São considerados serviços pesados: cortar, capinar, roçar, cortar lenha, trazer o trato nas costas até a casa, cortar o mato com a roçadeira debaixo dos pinos e eucaliptos, “quebrar o milho” isto é colher e debulhar o milho, colocar em sacos e colocar na carroça, fazer a silagem, virar a terra para plantar. O trabalho nas serrarias, realizado pelos homens jovens de uma das famílias também é reconhecido como pesado. *Lá eles trabalham pesado, o dia inteiro levantando tora!* (mãe Rosa).

5.2.1.4 As tarefas e o trabalho fora de casa

Em uma das famílias estudadas, o núcleo de aquisição realiza uma tarefa isolada, cuja finalidade está relacionada tanto ao desenvolvimento individual (escolarização), quanto ao desenvolvimento familiar, no caso, para a aquisição de melhores empregos fora de casa. Trata-se da tarefa de estudar, onde o casal jovem se dispõe a freqüentar, semanalmente, aulas de um curso supletivo. Outra tarefa realizada pelos núcleos de aquisição e maduro fora de casa, mas que repercute no funcionamento familiar é o fazer as compras. Entretanto, os núcleos têm percepções distintas sobre a realização desta tarefa, resultando em modos diferentes de desempenhá-la. Por exemplo, o casal jovem tem preferência em fazer compras mensais e em mercados com maior variedade de produtos. Já o casal maduro, procura ir ao mercado mais próximo de casa e comprar somente os produtos que estão em falta na casa.

Em ambas as famílias há membros que trabalham diariamente fora de casa, desempenhando tarefas nas empresas. No caso, trabalhar fora pode ser visto como uma opção profissional e também como uma necessidade de complementaridade de renda à família.

5.2.2 As atividades na colônia seguem uma rotina

Conforme os membros entrevistados, as atividades de vida diária no contexto rural são desenvolvidas dentro de uma rotina criada com base na demanda de tarefas em cada propriedade. Estas atividades são relatadas nas seguintes subcategorias: as atividades durante a semana; as atividades no final de semana.

5.2.2.1 As atividades durante a semana

As atividades realizadas pelos membros das famílias rurais durante a semana são aquelas tarefas cotidianas, relacionadas ao trabalho agrícola e ao trabalho doméstico. Estas atividades podem ser repetidas durante os períodos do dia e outras atividades podem ser realizadas à noite.

Um membro entrevistado revela que os colonos são acostumados a se ocupar com serviços, desde cedo quando acordam. Manter-se ocupado a maior parte do dia é um hábito fortemente presente na vida e no trabalho rural. *Eu não posso ver serviço!* (bisavó Rosa).

Quanto às atividades realizadas pelo núcleo de aquisição em uma das famílias estudadas, percebe-se que a mulher inicia o dia logo cedo para preparar o café ao marido que trabalha fora. No restante da manhã divide o tempo entre atividades coletivas, ajudando o núcleo maduro a tirar o leite das vacas e a capinar ou plantar na roça e, as atividades individuais do núcleo de aquisição, como preparar o almoço e levar a comida até o marido, além de se manter atenta aos cuidados com a criança, interrompendo o serviço quando é necessário amamentá-la.

No período vespertino, a mulher jovem se dedica à lavagem das roupas e ao banho da criança. Ao final da tarde, algumas das atividades coletivas se repetem, como tirar o leite das vacas, tratar os animais e as aves de criação. Os membros do núcleo maduro também realizam atividades individuais durante o dia, procurando se organizar para fazer as coisas para não precisar ficar até muito tarde na roça. *À tarde eu tenho que cuidar das poucas plantações que a gente tem* (avó Girassol). *À noite a gente vai lá tirar mel* (avó Rosa). Assim, pode-se identificar uma rotina diária de atividades que garante o funcionamento da família e também da propriedade rural.

5.2.2.2 Atividades do final de semana

No final de semana a rotina de atividades cotidianas se mantém. As famílias rurais relatam que a *sexta-feira é sempre um dia em que todos estão muito ocupados* (avó Girassol), principalmente para as mulheres que costumam acumular os serviços de limpeza da casa para o fim da semana.

Embora hajam atividades diferenciadas nos finais de semana, a manutenção da propriedade rural torna a realização das tarefas agrícolas intermitente, variando a atribuição de tais atividades entre os membros. Os homens que durante a semana trabalham fora são envolvidos nas atividades agrícolas, passando a ajudar os demais na roça aos sábados e domingos.

Os núcleos de aquisição também participam da rotina de atividades no final de semana. *Eu e meu marido passamos o domingo plantando pepinos!* (mãe Girassol). Eles reconhecem desnecessário acordar tão cedo nos finais de semana, mas percebem que a presença da criança na casa exige disposição do casal para levantar, cuidar e brincar com os filhos assim que acordam. *Aos domingos não adianta a gente ficar até tarde na cama, porque às seis horas esta aqui já está de pé! [...] daí ninguém consegue dormir* (mãe Rosa).

As atividades de lazer também fazem parte dos finais de semana, entretanto, não são consideradas de rotina, mas sim eventuais. Frequentar a Igreja e participar dos cultos dominicais são atividades realizadas, geralmente, em todos os finais de semana.

5.2.3 Percebendo a vida no campo

Esta categoria apresenta a percepção dos entrevistados sobre os valores da terra, o modo de vida no campo e a agricultura familiar, a partir das subcategorias abaixo.

5.2.3.1 Tudo o que a gente planta é pra gente mesmo

As famílias relatam sobre as condições da agricultura familiar à sua sobrevivência. Os membros reconhecem que cuidar da terra por conta própria dá

muito trabalho, mas mostram-se orgulhosos por conseguir se manter ainda no campo. A produção agrícola é resultado do trabalho familiar e está direcionado para a subsistência de todos os núcleos, uma vez que, o que todos ajudam a plantar e a colher é dividido. *Tudo o que a gente tem, a gente divide* (mãe Rosa).

Todavia, a agricultura familiar depende de um sistema de produção que resulte tanto em alimentos à família, quanto em produtos usados na alimentação dos animais. Assim, as famílias rurais procuram investir na plantação de milho para ser, posteriormente, moído e usado para enriquecer a alimentação do gado e das galinhas. Além disso, é costume plantar hortaliças, legumes e raízes, como batata e aipim que são colhidos e transformados em derivados (como pão, doces, etc), ou em comida para as refeições da família. *Nós plantamos um pouco de aipim, um pouco de milho e também fazemos a farinha* (avó Girassol). As frutas que caem das árvores, as cascas de verduras, legumes e raízes também são aproveitados para alimentação complementar dos animais.

A renda externa adquirida pela família, através do trabalho de um dos cônjuges fora da propriedade, adiciona os recursos financeiros, porém estes são destinados a investimentos futuros como a construção de casa própria, compra de automóvel, tratamento de saúde ou a compra de produtos industrializados. *Eles trabalham, mas leite e carne a gente já tem* (mãe Rosa). No caso de uma das famílias entrevistadas, os gastos com a compra de produtos de consumo são também divididos entre os núcleos de aquisição e maduro, sendo compartilhado por ambos. *A compra do mês é dividida meio a meio, mas é pra todos* (mãe Girassol).

Eventualmente, as famílias parecem necessitar vender o excedente dos produtos da agricultura familiar, mas revelam evitar os riscos de a vigilância sanitária confiscar ou apreender os produtos por não apresentarem autorização. Eles realizam as vendas dos produtos geralmente para pessoas conhecidas, caracterizando as relações de compadrio na comunidade rural, é costume ainda, a venda de ovos e de mel puro, quando a quantidade colhida é maior do que o consumo próprio da família. Também vendem o gado novo e os suínos para engorda e abate em propriedade de outros colonos. *Carne a gente vende, às vezes, um pedaço* (avó Girassol).

5.2.3.2 Normas para a vida no campo

Para o funcionamento da propriedade rural e para o relacionamento entre os membros na agricultura familiar algumas normas são consideradas importantes, por nortear os padrões de interação e de comunicação em família.

Assim, o interesse pelo aprendizado e o envolvimento dos membros mais jovens, especialmente os agregados, no trabalho do campo são princípios de inclusão e de confiabilidade exigidos pelos membros mais velhos. *Ela tem que começar a ajudar para aprender a trabalhar na roça* (avô Girassol). Neste sentido, uma das famílias ao referir que os jovens devem ajudar os mais velhos, instaura uma norma que é válida, especialmente a partir da fase em que se reconhece o crescimento das crianças.

Os mais velhos também direcionam suas opiniões aos mais jovens, partindo das suas experiências de vida e das normas que constituíram o seu modelo familiar. Desse modo, ao perceberem os ideais de vida valorizados pelo jovem casal, os quais porventura possam lhes trazer problemas na atual fase do desenvolvimento, os membros das famílias de origem procuram alertar quanto às conseqüências. *Eu falei para vocês: o que irão fazer com um carro importado?* (avô Girassol).

Outras normas nas famílias rurais estão voltadas para a preocupação dos mais velhos quanto à continuidade da agricultura familiar e à manutenção da propriedade familiar ao longo das gerações. *Quem tem terra pra plantar não deve vender* (avô Girassol). As normas quanto a garantia de condições e a preparação dos membros para se aposentarem como agricultores refletem as expectativas para o futuro das gerações mais velhas. *Agora nós estamos colocando as notas de tudo o que a gente vende no nome da oma, porque daí só falta mais dez anos para se aposentar* (mãe Rosa).

As normas familiares também priorizam a educação das crianças e a promoção da integridade familiar, através da transmissão de valores às gerações mais jovens. Um exemplo que ilustra estas normas seria o comportamento da criança ao rezar antes de receber algum alimento. *O pequeno também já sabe! [...] Se ele chega à mesa ou quando a gente pede pra ele se quer comer alguma coisa, ele diz: 'Amém!'* (avó Girassol).

Entre o casal do núcleo maduro, a norma é partilhar os bens e os recursos da aposentadoria com a finalidade de suprir gastos individuais, sempre que necessário. *O que é dela é meu e o que é meu também é dela* (avô Girassol).

5.2.3.3 Vantagens da vida no campo

As famílias reconhecem algumas vantagens em viver no campo, dentre elas, o sossego para se viver e a garantia do trabalho. Quando questionado se são felizes morando no campo, um dos entrevistados respondeu: *e por que não seria?* (avô Girassol). A facilidade de adquirir as coisas de que precisam para sobreviver e não passar necessidade são consideradas vantagens, até porque *no campo sempre tem trabalho* (pai Girassol).

A demanda de serviços promovida pela agricultura familiar é percebida como uma oportunidade de trabalho a todos os membros da família e uma garantia quanto à obtenção dos recursos necessários para a vida familiar. *A nossa família nunca passou fome* (avó Girassol). Além disso, as condições de vida para a família no campo são suficientes quando comparada às necessidades de manutenção do lar para as famílias que residem em núcleos urbanizados. Neste sentido, um membro do núcleo de aquisição se percebe em vantagem porque tem gastos menores com água, eletricidade e também não têm necessidade de pagar aluguel para moradia. Outro núcleo de aquisição relaciona a vantagem de viver no campo pelo fato de as pessoas se conhecerem com maior facilidade. *Aqui a gente conhece todo mundo* (mãe Girassol).

Por outro lado, a garantia do trabalho e a variedade de serviços realizados pelos membros são reconhecidas como potencialidades da agricultura familiar e também evidenciam o menor risco de desemprego diante da fragmentação do serviço nas firmas e empresas. *No campo não se escolhe o serviço, faz-se de tudo [...] com o desemprego, quem tem terra consegue ainda viver* (pai Girassol).

5.2.3.4 Dificuldades sócio-econômicas da família que vive no campo

As famílias rurais também percebem suas dificuldades, principalmente aquelas relacionadas com os recursos sócio-econômicos e políticos que refletem na vida do colono. Os núcleos maduros referem a insuficiência do recurso de

aposentadoria diante dos gastos constantes com tratamentos de doença. *Nunca me sobra um dinheirinho pra comprar alguma coisa* (avó Girassol). A dificuldade para comprovar os anos de trabalho na propriedade rural e conseguir a aposentadoria de agricultora foi lembrada por um entrevistado. As famílias também sentem a redução da renda familiar, após a aposentadoria dos cônjuges que trabalhavam fora, especialmente por reconhecerem que manter a terra requer investimentos elevados. Com isto, emerge a discussão acerca da desvalorização nos preços dos produtos agrícolas e falta de investimentos político-assistenciais ao trabalho e ao trabalhador rural. *O governo deveria investir no colono* (avô Girassol).

Perante os problemas financeiros enfrentados por uma das famílias rurais, observou-se que a venda de lixo reciclável é uma alternativa utilizada por eles a fim de arrecadar renda extra, especialmente ao núcleo de aquisição. No entanto, parece haver muita resistência quanto à aceitação de empresas locais pela compra de tais materiais recicláveis, gerando indignação por parte dos membros da família. Esta alternativa de geração de renda é bastante difundida nas cidades, sendo mais freqüente em famílias de periferia que envolve, muitas vezes, mais de um membro para trabalhar como catadores de lixo.

5.2.3.5 Valores da família sobre a terra

A preocupação em manter a terra da família, dando continuidade ao trabalho agrícola ao longo das gerações se apresenta como um valor sobre a propriedade familiar. Entretanto, as famílias estudadas comentam sobre as possibilidades de mudança deste valor entre as gerações e revelam ter conhecimento de diferentes comportamentos quanto a manutenção da propriedade familiar. *Tem filhos que não desejam vender a terra herdada dos pais [...] tem filhos que vendem sua parte da terra [...] tem filhos que não cuidam e perdem a terra* (pai Girassol).

Persistir na agricultura e permanecer na terra são por si só, atitudes honrosas ao empenho das gerações passadas em dar continuidade ao patrimônio familiar. Desse modo, dedicar-se ao cuidado da terra é também uma opção de vida. *A mãe dele tinha oportunidade de trabalhar fora e ganhar muito mais, mas pra ter a terra ela ficou aí* (avó Girassol).

A vida no campo exige desde cedo uma aproximação dos membros da família rural com a terra e com os serviços agrícolas ou domésticos, inclusive as crianças. A

gente já começa cedo a trabalhar, sempre tem coisa pra fazer em casa (mãe Rosa). Outros membros passam a trabalhar na terra quando se inserem em uma família de origem rural, geralmente com o casamento dos jovens. *Eu sempre morei aqui e sempre trabalhei na roça e ele não* (mãe Rosa).

A identidade do colono é construída na experiência de conviver em família, ao longo da vida. Esta construção, portanto, se inicia já na infância e perpassa as demais fases, caracterizando-se como marcos que são lembrados sob o aspecto do orgulho ou do sofrimento vividos no campo. *Eu sempre estive na roça, desde pequena. Eu me criei aqui e ainda estou aqui. [...] Eu sempre morei aqui, já passei de tudo, já sofri* (bisavó Rosa). Embora alguns membros tenham passado pela experiência de trabalhar fora e na propriedade rural, ao serem questionados sobre a sua profissão, destacam a expressão: *eu sempre fui colono!* (avô Girassol).

Em contrapartida, os membros das famílias percebem as mudanças em querer e poder trabalhar na roça nas diferentes fases da vida. Os pais reconhecem que, quando mais novos, os filhos não querem trabalhar na roça. Parecem estar mais voltados para planos individuais, mas são estimulados para o trabalho agrícola pelos mais velhos. Já os mais velhos revelam ter que desistir de alguns planos, por não poder assumir o excesso de trabalho nesta idade. *Agora que a gente está aposentada não plantamos mais tanto* (avô Girassol). Eles também refletem sobre as mudanças nas facilidades e dificuldades da vida no campo entre as gerações: *no tempo dos primeiros, não era bem assim* (avô Girassol). Enquanto que no tempo das gerações passadas houve bastante dificuldade para se manter no campo, as gerações mais jovens manifestam não pensar em vender as terras para morar na cidade. Há uma expectativa positiva da família quanto ao futuro da vida no campo para os núcleos de aquisição, planejando construir casa própria e dando continuidade à produção agrícola considerada importante para a vida de todos. *Todo mundo quer sair e morar na cidade, mas se ninguém plantar mais nada, de onde é que vamos pegar a nossa comida?* (mãe Rosa). Nesta fala, identifica-se o valor da família sobre a terra e sobre os produtos que dela são trabalhados para a alimentação do campo e da cidade.

5.2.4 A relação com a natureza

Esta categoria emergiu dos discursos das famílias sobre as suas percepções acerca da vida no campo e também sobre o seu dia-a-dia. Neste sentido, as famílias rurais se referem à natureza como parte integrante do seu contexto de vida e de trabalho, da qual dependem para sobreviver. Para tanto, percebem uma identificação com a natureza desde a infância, consideram necessário cuidar da natureza para poder também usufruir dela o que precisam e, por outro lado, reconhecem que a natureza pode trazer prejuízos ao trabalho rural, mostrando-se como fator gerador de eventuais mudanças no modo de se organizar para o trabalho.

A relação da família rural com a natureza demonstra o cuidado para com a terra, os animais, a água, as plantas e árvores, os frutos. A cultura das famílias rurais incorpora os cuidados com a natureza, uma vez que, todas as ações direcionadas à natureza se refletem também na vida das pessoas. *Abandonar e maltratar os bichinhos é como maltratar a família* (avó Girassol).

Assim, os membros buscam se adaptar às necessidades implícitas na natureza, como exemplo, propiciar menor alteração possível do ambiente em que habitam animais silvestres. *A gente já não planta mais nada lá em cima, nem aipim, nem batata, porque os bichinhos querem viver lá* (avó Girassol). Elas reconhecem que a desvalorização e o desrespeito das pessoas pela natureza geram problemas e incentivam os colonos a evitar vender as terras. [...] *Os mais ricos pegam e reflorestam tudo, mas acabam com a água e tudo* (mãe Rosa).

Em uma das famílias entrevistadas, destacou-se a inclusão da criança na cultura e ambiente familiar rural. A identificação da criança com a natureza pode ser vista como reflexo desta convivência, que lhe são transmitidos ensinamentos sobre o cuidar da terra e também lhe é proporcionado um contato maior com o ambiente real de vida, de desenvolvimento e de crescimento. *O pequeno adora água [...] ele gosta das árvores e diz que lá tem 'mam mam'!* [...] *A gente quer educar para ele cuidar dos bichinhos e não matar* (avó Girassol). A percepção da família sobre a adaptação da criança em meio à natureza é motivo de orgulho para os avós que desejam prepará-lo para dar continuidade.

5.2.4.1 Usufruído da natureza

Assim como os colonos procuram cuidar e manter a natureza que os cerca, a sua vida depende, basicamente, das matérias ofertadas pela natureza, as quais são resgatadas para serem transformadas em produtos e consumidos. *A nossa água vem de lá do morro, de dentro de uma pedra e tem o poço lá atrás lacrado* (mãe Girassol). A natureza é percebida pelas famílias rurais como fonte de pureza e de fartura. A pureza pode ser percebida na fala anterior, onde a segurança quanto a qualidade da água ingerida pela família é garantida pela sua origem, ou seja, a pedra lá do morro, e pela sua armazenagem, que seria o poço lacrado.

Quanto à idéia de fartura, identifica-se na fala a seguir, a proporcionalidade de derivados que se pode usufruir da natureza. *Ter porcos é sempre bom!* (avô Girassol). Os porcos são animais de criação para abate e consumo pelas famílias que, muitas vezes, dividem a criação e os derivados (carne, banha, torresmo, etc.) com vizinhos e parentes.

Além disso, as atividades domésticas, como exemplo, cozinhar no fogão à lenha também dependem da madeira extraída da propriedade. A lenha também serve para manter o fogão acesso durante as noites frias, de modo a aquecer o ambiente da casa. As atividades de lazer da família estão voltadas para os recursos naturais, como os tanques de água formados no ribeirão, os banhos de cachoeira. De qualquer modo, a natureza faz parte da própria linguagem da família rural, especialmente porque há uma íntima convivência com ela. *O terreno começa ali do rio e vai lá pra traz, até o morro, mas tem bastante mato* (mãe Rosa).

5.2.4.2 A natureza pode trazer problemas ao trabalho

Os membros das famílias respeitam a natureza, principalmente quando reconhecem que podem sofrer conseqüências ao seu trabalho agrícola pelas interferências naturais e climáticas. Eles destacam alguns exemplos, como o risco de prejuízo na apicultura durante o inverno, principalmente nas épocas de geada, em que as abelhas morrem com maior facilidade e produzem menor quantidade de mel. A geada parece ser um dos principais fatores climáticos que interferem no trabalho agrícola, porque a baixa temperatura sobre as plantas interfere no seu

desenvolvimento. Além disso, é comum ocorrer destruição pela geada sobre o capim, utilizado como trato, que é o alimento para os animais.

Os temporais e as fortes chuvas atrapalham, muitas vezes, o deslocamento das famílias rurais por modificar a superfície das estradas de terra e também por favorecer o estrago das plantações de milho.

A condição natural da propriedade rural também foi levantada como obstáculo para a realização de alguns serviços, especialmente pela existência de muitos aclives e declives, os quais exigem resistência física para caminhar e também o uso de recursos automotores (jipe). *Nós temos que buscar muito trato, porque é só morro, o pasto* (avó Girassol). No caso de um núcleo de aquisição, a presença da criança levou à necessidade de a mãe que, ao mesmo tempo cuida da filha e trabalha na roça, respeitar as ocorrências climáticas para proteger a saúde da criança. *Dificuldade é quando não dá sol, porque com chuva tem que ficar dentro de casa, por causa dela* (mãe Rosa).

Discussão dos resultados

As tarefas desempenhadas pelos membros e que se destinam ao cuidado da família rural para consigo e para com a terra, passam por mudanças vinculadas à necessidade de sobrevivência e de manutenção da propriedade familiar e, às condições de trabalho pela idade, posição na família e gênero. Desse modo, as tarefas agrícolas também podem ser percebidas como de desenvolvimento, uma vez que sofrem mudanças ao longo das fases de vida de cada membro e da família num todo. Concomitante às mudanças de tarefas, pode haver a incorporação de novos papéis pelos membros, como o de dono da propriedade, a responsabilidade pelo cuidado dos pais idosos, além dos papéis parentais. As mudanças relacionadas às tarefas, ao longo do ciclo vital, respeitam a capacidade de desempenhá-las, que é determinada pela força física dos membros, a idade, o sexo e o aprendizado de tais tarefas.

O aprendizado das atividades agrícolas pelos jovens é uma tarefa presente desde a fase de aquisição da família rural, principalmente, quando há crianças. Os membros mais velhos são responsáveis por ensinar, estimular e incluir os membros mais jovens nas atividades rurais, designando as tarefas apropriadas para cada idade. No campesinato estudado por Woortmann e Woortmann (1997), o saber para

o trabalho é transmitido no próprio trabalho, pois se relaciona com a hierarquia familiar e o saber-fazer do chefe da família, via regra do pai. Esta transmissão do saber não envolve apenas as técnicas de trabalho agrícola, mas também os valores e a construção de papéis.

Quanto ao trabalho agrícola, percebe-se o forte papel das mulheres nas famílias estudadas, que participam quase que igualmente das tarefas realizadas pelos homens. Segundo a análise de Brumer (1996), sobre os fatores que afetam a inserção das mulheres rurais em atividades produtivas, a partir de algumas pesquisas realizadas na América Latina e outros países, parece que as mulheres encontram espaço em tarefas produtivas no meio rural, predominantemente, em atividades manuais e de colheita, ao processamento de produtos agrícolas, trabalhos de horta e doméstico, cuidado de animais, incluindo a criação e a retirada de leite, além das tarefas reprodutivas, dentre elas, o cuidado de crianças. Ainda que estas tarefas tenham sido citadas pelas famílias rurais estudadas, perceberam-se algumas diferenças relacionadas ao desempenho de tarefas específicas entre as mulheres e os homens e entre os jovens e os mais velhos. Em comparação, os sítios do nordeste estudados por Woortmann e Woortmann (1997), mostram que existem circuitos de atividades masculinas e femininas, definidas pelos espaços de domínio para cada trabalho. Assim, o pasto e a roça são considerados circuitos masculinos e o que diz respeito à casa, é circuito feminino. Isto não afasta a possibilidade de compartilhar os mesmos espaços de trabalho agrícola, pois nos momentos do plantio, da capina e da colheita, homens e mulheres desenvolvem o mesmo tipo de trabalho, ou seja, as atividades agrícolas.

Discutindo-se sobre os papéis de gênero, Bandeira e Vasconcelos (2002) revelam que as relações de gênero são socialmente construídas e, desta maneira, homens e mulheres podem desempenhar papéis de gênero iguais ou diferenciados. As autoras mencionam que tais divisões de papéis estão relacionadas a uma dimensão inter-subjetiva, dando a entender que as diferenças biológicas e culturais são muito mais complexas.

A produção agrícola é caracterizada pelas diferenças entre o tipo de trabalho, o qual se reporta à força física despendida pelos membros para a sua realização. Neste sentido, há um misto de situações que estabelecem quando e quais os membros das famílias rurais que desempenham as atividades consideradas “trabalho leve” e “trabalho pesado”. Os membros mais jovens, do sexo feminino e

com filhos pequenos, geralmente iniciam a sua participação na produção agrícola, realizando o trabalho leve. Enquanto que as mulheres mais velhas, mais experientes no trabalho com a terra, mesmo que portadoras de algum problema de saúde podem realizar o trabalho leve e parte do trabalho pesado. Os homens mais jovens são responsáveis por grande parte do trabalho pesado, ainda que o seu papel seja ajudar os homens mais velhos que são os principais responsáveis por estas tarefas. No entanto, quando os homens mais velhos se encontram com alguma doença, abandonam o trabalho pesado e passam a orientar os mais jovens para estas tarefas, começam a desenvolver o trabalho agrícola mais leve e, conseqüentemente, as mulheres mais jovens e mais velhas têm que assumir maior parte do trabalho leve e do trabalho pesado também. Estas situações citadas estão sugerindo a existência de um ciclo que inclui as tarefas e os papéis familiares. Paralelamente a estas situações, pode-se mencionar o que Woortmann e Woortmann (1997, p. 138) perceberam em seu estudo:

“há, pois, uma relação entre o ciclo de vida dos instrumentos, o ciclo de vida das pessoas, a hierarquia e o gênero, na própria medida em que ao longo do ciclo de vida mudam de espaço. A “vida útil” dos instrumentos tem significado para mais além do trabalho visto em sua materialidade. Terminada a sua utilidade imediata para o homem, começa sua utilidade para a hierarquia”.

As tarefas externas à propriedade rural, representadas pelo trabalho de alguns membros nas empresas, especialmente nas serrarias, possibilitam visualizar a evolução do processo de industrialização das áreas colonizadas pelos imigrantes alemães, ampliando as perspectivas de desenvolvimento de novos papéis na família rural, designados pela figura do colono-operário. Seyferth (1974) corrobora com esta observação ao dizer que a possibilidade de trabalhar nas fábricas abriu novas oportunidades para os colonos mais pobres já na época em que a industrialização se iniciava, mas ao mesmo tempo, provocou a atomização das propriedades rurais porque os colonos que trabalhavam como operários dedicavam pouco tempo ao trabalho na lavoura. Com isto, percebe-se que hoje esta é uma realidade cada vez mais freqüente nas famílias de pequenos agricultores, onde os demais membros, na maioria dos casos as mulheres, mantêm as atividades agrícolas da propriedade, auxiliadas em determinadas atividades pelos homens que, por sua vez, desempenham também tarefas estabelecidas pelo sistema de trabalho industrial.

As percepções das famílias estudadas sobre a vida no campo e os valores que fundamentam as normas familiares estão calcadas na consciência da coletividade. Desde a divisão dos produtos entre os membros até a colaboração dos núcleos maduros para a realização dos planos de vida aos núcleos de aquisição, há uma tendência dos membros das famílias em se manter unidos e não abandonar a propriedade familiar. Segundo Woortmann (1990, p. 54), “tal coletivismo expressa a oposição entre o ‘nosso’ e o ‘do outro’”. Embora os membros das famílias revelem trabalhar para o coletivo familiar, há projetos de vida individuais, especialmente os de continuidade dos estudos pelos jovens, que não são subordinados à coletividade.

Dentre as vantagens da vida no campo destacadas pelas famílias rurais, optou-se por discutir o que os núcleos de aquisição consideram vantajoso para eles, como exemplo, os menores gastos para a construção e a manutenção de casa própria, permanecendo na propriedade da família. Esta idéia pode ser justificada pela sucessão das terras aos filhos que permanecem, uma vez que, os demais filhos saem da propriedade para trabalhar e construir as suas famílias. Esta atitude já era observada no século XIX, nas áreas rurais de colonização alemã, onde os pais não tinham condições de comprar terras para todos os filhos se estabelecerem na agricultura, obrigando-os a abandonar a propriedade dos pais e, algumas vezes, afastando-se da região para se tornar assalariados em propriedades mais ricas ou mesmo, como operários das fábricas (SEYFERTH, 1974).

Por outro lado, as dificuldades econômicas são percebidas pelos membros dos núcleos maduros como o maior desafio para a sobrevivência no campo, além de se constituir no principal problema enfrentado nesta fase de vida familiar. Apesar de o estudo de Cerveny (2002) ter sido realizado com famílias paulistas de classe média, a busca por ajustamento do orçamento às possibilidades atuais e a queda do poder aquisitivo, tanto pela aposentadoria, quanto pelo padrão de vida nos últimos tempos são características apontadas para esta fase. No caso das famílias rurais estudadas, as dificuldades econômicas estão voltadas para os gastos constantes com tratamento médico para ambos os cônjuges idosos e, dessa forma, insuficiência do recurso financeiro da aposentadoria para suprir os demais gastos da família.

O campo interativo da vida familiar vai além das relações dos membros com o ambiente doméstico, de trabalho e comunitário quando manifestam a sua relação com a natureza. A natureza é reconhecida como o motivo da opção de vida e de trabalho no contexto rural, em função do compromisso com a terra da família. Ao

mesmo tempo, a natureza é a fonte dos recursos que possibilitam o desenvolvimento da família e do trabalho. Conforme Woortmann (1990, p. 62), “a relação com a terra é uma relação moral com a natureza. De outro lado, a relação com a terra-patrimônio é uma relação de honra e de hierarquia.” O autor complementa esta idéia ao dizer que o trabalho é o processo que transforma a terra de Deus e, logicamente, da natureza, em patrimônio da família. E, dessa maneira, a terra como patrimônio passa a ser mais do que coisa, isto é, pessoa moral. Esta relação é reforçada também pelo significado atribuído a terra, o qual está presente no discurso de que a venda da terra é considerada pelos colonos ainda nos dias de hoje, como uma traição à família e ancestrais (WOORTMANN, 1990).

O cuidado familiar inclui os papéis e as tarefas dos membros das famílias rurais, podendo estar diretamente e indiretamente voltado para os núcleos familiares. Quando retratada a rotina de cuidado da terra e dos animais, percebe-se a transformação dos produtos agrícolas pelo trabalho como cuidado de subsistência da família rural. Esta idéia reporta o atributo de promoção da vida e do bem-estar para o cuidado familiar, conforme menciona Elsen (2002), assim como os valores e as normas sugerem um cuidado familiar destinado à cultura, à moral e à identidade das famílias rurais, as quais se revelam como atributo de orientação para a vida. A natureza aparece como fator facilitador para o cuidado familiar que é retribuído a ela, através da preocupação em preservar o ambiente de vida dos animais e das plantas.

5.3 A família rural e as principais mudanças em sua trajetória de vida

As categorias que compõem esta pré-categoria descrevem as mudanças percebidas pelos núcleos familiares, ao longo de sua trajetória de vida. Eles revelam sua percepção acerca da fase atual, comparando com as fases anteriores e apresentam expectativas para as fases futuras.

5.3.1 Há diferença ter uma criança em casa

Nesta categoria são descritas as mudanças percebidas nas fases de aquisição e madura, tendo em vista a presença de criança. Além disso, as famílias revelam as mudanças na rotina familiar e a percepção dos pais e avós sobre o crescimento e o desenvolvimento da criança.

5.3.1.1 A atual fase para os diferentes núcleos familiares

Os pais reconhecem que o dia-a-dia *é uma correria* (pai Girassol) na presença de crianças e percebem que *há diferença ter uma criança em casa* (mãe Girassol), especialmente quando relembram as fases anteriores da vida em família. Desse modo, o nascimento dos filhos e a interação da criança na família modificam a convivência e envolvem os membros dos vários núcleos familiares. *Família com criança é alegre, só tem bagunça em casa* (mãe Rosa).

Um dos núcleos de aquisição entrevistados revela algumas das necessidades de adaptação da fase atual de vida, como planejar para fazer as coisas, fazer as coisas conforme o próprio tempo porque *não dá mais para sair em qualquer hora* (pai Girassol).

Para o núcleo maduro, os netos trazem alegria. Os avós reconhecem que a ausência das crianças gera um vazio na casa. *A gente mata um tempo com ele!* (avó Girassol). A rotina de vida dos avós se altera quando moram na mesma casa com os netos. Um dos entrevistados percebe que a criança perturba o descanso dos mais velhos, especialmente, quando se encontra acordado. *Não tem jeito de dormir quando o pequeno fica acordado* (avô Girassol). No entanto, parece surgir uma vantagem ao núcleo maduro, a partir do nascimento dos netos. Segundo eles, quando a criança é pequena e está sob os cuidados integrais da mãe, esta também acaba assumindo boa parte dos serviços domésticos, permitindo uma maior folga para a avó. *Ao menos a oma pode descansar mais agora* (mãe Girassol).

Se, por um lado, a presença dos netos proporciona aos avós maior disponibilidade de tempo para descansar, de outro lado, há avós que desejam ocupar seu tempo cuidando dos netos e os levam para casa quando sentem saudade. Além disso, outros membros da família ampliada manifestam afeto à criança.

Um membro da fase tardia da família percebe as mudanças no desenvolvimento das crianças em cada geração, fazendo menção ao tempo de hoje. *Hoje é tudo diferente. Como pode uma coisa assim!* (bisavó Rosa).

5.3.1.2 Criança saudável também dá serviço em casa

Ao reconhecerem as mudanças na vida familiar, a partir da chegada dos filhos, os pais apontam algumas estratégias de adaptação às novas tarefas. Dentre as tarefas incorporadas pelos pais se destacam a de promoção da vida e bem-estar da criança, além da presença e da proteção física, as quais também se relacionam intimamente com o cuidado familiar. *Sempre tem alguém junto com a criança* (mãe Girassol).

As crianças exigem tempo e dedicação dos pais, especialmente no que diz respeito às atividades de manutenção do lar, alimentação e atenção quanto aos riscos de acidente doméstico. *Criança dá muito mais trabalho. Tem mais roupa pra lavar [...] tem que dar de mamar para ela e isto demora* (mãe Rosa).

Os avós também ajudam a cuidar dos netos, tomando condutas para prevenção de quedas e evitando riscos de acidentes em casa. Assim, as estratégias utilizadas para estas finalidades levam à mudança no espaço doméstico, através da manutenção de portas fechadas ou cercadas ou afastamento de objetos ao alcance da criança.

Embora um membro tenha referido perceber poucas mudanças nas tarefas familiares, após o nascimento do filho, reconhece algumas mudanças com relação ao desempenho das atividades agrícolas. *Eu também ia sempre junto buscar mel, mas agora não vou mais por causa da pequena* (mãe Rosa). Esta idéia nos permite entender que a organização das atividades compartilhadas entre o núcleo de aquisição e a família ampliada se altera, em função da mudança dos papéis entre os membros, pela chegada da criança.

5.3.1.3 Vendo a criança crescer

As duas famílias rurais se mostraram com atenção voltada para as fases de desenvolvimento da criança, acompanhando as mudanças e percebendo as necessidades de cuidado em cada fase. Em um primeiro momento, há uma preocupação direcionada ao crescimento saudável dos filhos, coincidindo com a experiência maternal da amamentação. Uma das mães percebeu que, à medida que a criança cresce a interação entre mãe-filho durante as mamadas vai sendo interferida pelo comportamento ativo da criança que passa a prestar atenção em

tudo o que acontece ao seu redor. *Se alguém fala com ela quando está no peito, ela não mama* (mãe Rosa).

As famílias percebem a aceitação de outros alimentos pela criança, ainda que precoce. A introdução de alimentos consumidos pelos adultos parece acontecer por volta dos quatro meses de vida da criança, enquanto que o aleitamento materno tem continuidade desde o período neonatal. *Ela come de tudo e qualquer coisa* (bisavó Rosa). Todavia, a oferta destes alimentos pode ser interpretada como uma transição na infância que, ao mesmo tempo, tem significado de inclusão da criança nos hábitos alimentares da família. Ou seja, o que a criança come é também o que a família come, entretanto, o modo de oferecer tais alimentos é que se diferencia dos adultos, tendo em vista a maturação dos mecanismos digestivos da criança nesta fase. *Geralmente quando a gente come, ela também come: às oito horas, no almoço, à tarde e à noite. [...] Ela também mama bastante! Mesmo se a gente dá comida ela mama, mas não tanto.* (mãe Rosa). Com as mudanças na alimentação, os pais percebem as alterações das eliminações da criança que se tornam menos freqüentes, o que de início se apresenta como uma preocupação a eles por manifestar episódios de cólica intestinal.

Em um segundo momento, os pais e avós revelam os sinais de desenvolvimento motor e da fala, além do aparecimento dos primeiros dentes. *Oito dentes ela já tem agora!* (bisavó Rosa). Nesta fase, representada pela faixa dos seis aos doze meses de vida, as crianças começam a balbuciar e até pronunciar poucas palavras, comumente na língua alemã e também a participar mais das atividades de rotina da família, como os passeios e as idas à roça. É uma fase do desenvolvimento em que os adultos se mantêm alertas e curiosos aos comportamentos da criança. *Ela é esperta [...] não pega mais o bico e já quer comer sozinha [...] ela ainda cai se deixar sentada sozinha* (mãe Rosa).

A socialização da criança parece não ser uma tarefa fácil para os núcleos de aquisição, pois os pais nem sempre conseguem identificar de quem a criança gosta e de quem não gosta. Esta tarefa também depende das relações sociais estabelecidas pelos núcleos de aquisição com a família ampliada e com outras pessoas. No entanto, os pais e avós percebem que a criança estranha, mas que, aos poucos, se acostuma com as pessoas que chegam perto dela e que desconhece. Além disso, o contato com membros da família ampliada é reconhecido como oportunidade de desenvolvimento da criança na própria família. *Ele se*

desenvolve quando fica com outras pessoas [...] faz perder o medo de estar em outros lugares e com outras pessoas (mãe Girassol). A dificuldade de socialização com outras crianças pela diferença de idade entre elas também é observada em uma das famílias rurais, quando percebem que não brincam juntas.

5.3.2 Mudou! Deu uma reviravolta geral!

As famílias avaliam a sua trajetória de vida, apontando os momentos da fase familiar que geraram mudanças. Elas também percebem as mudanças nas tarefas entre os membros e revelam expectativas para o futuro da família.

5.3.2.1 Eventos que geram mudanças

Ao relatarem sobre as mudanças percebidas ao longo das fases de vida familiar, os membros entrevistados apontam alguns momentos que caracterizam eventos que geraram mudanças no funcionamento, nas tarefas e nas normas das famílias rurais. Contudo, os eventos apontados são situacionais, ou seja, inesperados à vida familiar. Dentre eles, a situação de adoecimento de um membro da família, levando à necessidade de hospitalização e posterior acompanhamento domiciliar por parte dos cuidadores familiares.

A doença de um membro da família ou a sua hospitalização gera modificações na organização das funções entre os membros, especialmente no que se refere às atividades de manutenção do lar e da propriedade rural. Além disso, incluem-se novas tarefas que são as de cuidar e de acompanhar o membro hospitalizado. Para que isto seja alcançado, os membros elegem os cuidadores e fazem substituições nas demais tarefas que necessitam ser satisfeitas, como exemplo, tomar conta da criança. Algumas normas familiares também são, temporariamente, modificadas para adaptar o funcionamento e a organização familiar na situação de transição. Neste sentido, um entrevistado menciona sobre as mudanças de horário para cumprir atividades rotineiras, a partir da descoberta da doença de um membro. *Agora eu tenho que parar mais cedo de trabalhar pra poder fazer a comida, porque antes eu fazia comida só à noite* (mãe Rosa). As famílias também percebem as mudanças que caracterizam a passagem dos eventos de transição. *A oma melhorou da ferida!* (mãe Rosa).

Outro evento situacional apresentado por uma das famílias entrevistadas se refere a um acidente de carro em que houve grandes prejuízos materiais. Este acidente resultou em mudanças inclusive nos padrões de relacionamento entre os núcleos de aquisição e maduro que moram juntos, liberdade para gastar com passeios e compras de produtos não comumente consumidos, controlar as contas mensais e o uso restrito da internet, por exemplo. Isto gerou mudanças quanto às expectativas materiais futuras para o casal jovem. *Financeiramente mudou muito, deu uma reviravolta geral* (mãe Girassol).

Os eventos maturacionais, ou seja, os eventos esperados na vida em família, como exemplo, a aposentadoria dos membros mais velhos e a chegada dos filhos nos núcleos de aquisição geram mudanças nas tarefas que precisam ser realizadas nas respectivas fases de desenvolvimento. Conforme um casal jovem, a presença do filho pequeno demanda muitas atividades, além daquelas que já eram realizadas anteriormente. *Só aumentou o serviço!* (mãe Rosa).

Algumas tarefas, como a de ajudar a buscar o trato para os animais, é incorporada pelos membros mais novos quando os mais velhos já não as conseguem cumprir devido a idade avançada ou mesmo a presença de doença. Esta mudança sobre a realização das tarefas agrícolas entre os membros mais novos e mais velhos dá a idéia de transmissão de conhecimentos e de responsabilidades sobre a manutenção da propriedade familiar e mudança de papéis. *O opa não pode mais buscar trato, então ficou para a oma fazer* (avó Girassol). Geralmente, as tarefas agrícolas são compartilhadas entre os mais novos e os mais velhos na intenção de ajuda e também de aprendizado pela troca de saberes e habilidade entre as gerações.

Quando a família se percebe sobrecarregada de tarefas e não consegue supri-las pela dificuldade de algum membro, especialmente, dos membros mais velhos que enfrentam problemas de saúde, há possibilidade de decidir por novos modos de realizar tais tarefas. É o caso de um membro que por se sentir adoecido, abandonou a sua tarefa agrícola diária de debulhar o milho, mantendo-se responsável pela tarefa mesmo que sob outra forma. *O opa mandou debulhar o milho* (mãe Girassol).

5.3.2.3 Expectativas para o núcleo de aquisição

Os núcleos na fase de aquisição traçam planos para o futuro da família, tendo em vista as expectativas individuais dos membros e também as expectativas familiares que incluem outros membros da família ampliada.

Neste sentido, o casal jovem manifesta em um primeiro momento plano quanto à continuação de seus estudos, revelando o desejo de investir em cursos de aperfeiçoamento a expectativa de garantir melhorias quanto às oportunidades de crescimento profissional. *Quanto mais escolarizado ele estiver, maior é a chance de ele subir de cargo* (mãe Girassol). Ainda sobre as expectativas relacionadas às opções de emprego e de trabalho, as famílias avaliam as opções de acordo com as necessidades financeiras para conquista dos planos traçados pelo casal jovem na atual fase. *Até tem outros serviços pra pegar se precisar trabalhar* (mãe Rosa).

Em um segundo momento, o casal jovem analisa as necessidades advindas de mudanças inesperadas na fase de vida familiar e revela a alteração de alguns planos a curto e médio prazo, buscando estabilidade financeira e recuperação de perdas materiais. Dessa maneira, um dos casais espera se recuperar das dívidas financeiras e *recomeçar do zero* (mãe Girassol) para comprar futuramente um carro.

Outras expectativas individuais são apontadas pelas mães das crianças que manifestam a intenção de cuidar dos filhos enquanto forem pequenos, optando por não trabalhar fora e preferir, desta maneira, que as crianças fiquem em casa e não na creche. Do mesmo modo, elas referem que pretendem dar continuidade ao processo de amamentação enquanto houver aceitação da criança. Por outro lado, o desejo de ter outros filhos não é evidente em ambos os núcleos de aquisição. *Minha cunhada quer ter outro filho, mas eu não* (mãe Rosa).

As expectativas voltadas para os núcleos de aquisição também se referem à construção do modelo de vida familiar, tomando como base a convivência com as normas e valores das famílias de origem. Neste sentido, uma das famílias revela que parte do modelo familiar é mantida pelo casal jovem. *Mesmo quando a gente diz que não vai fazer, acaba fazendo idêntico* (mãe Girassol). Os pais se espelham nos valores familiares e os transferem como expectativas para o futuro, manifestando o desejo de o filho ser trabalhador e honesto.

As expectativas para a família em geral são traçadas pelos núcleos de aquisição, maduro e tardio. O casal maduro demonstra a sua participação em querer

construir a casa para o casal jovem. Além disso, há a preocupação de um membro do núcleo maduro em oportunizar que a nora assine as notas da propriedade rural, tendo em vista uma garantia para a aposentadoria. Diante dos problemas de saúde de membros da família ampliada, os núcleos de aquisição e tardio expressam esperança quanto a recuperação da saúde dos mesmos e desejam sempre ter saúde na família.

Discussão dos Resultados

A decisão do casal jovem em ter filhos e o nascimento dos filhos são transições importantes na fase de aquisição da família. Surgem necessidades psicológicas e sociais que precisam ser satisfeitas, pois refletem a tarefas para a construção e vivência da maturidade pessoal e da parentalidade. Segundo Vicente (2004, p.43) “há uma mudança no papel social dos pais, a qual pressupõe modificações nas responsabilidades e competências dos adultos provedores da sobrevivência e cuidados com a criança”. Cervený (2002) também refere que as famílias com filhos pequenos se reorganizam a cada nova fase de desenvolvimento dos filhos, de modo a atender as novas demandas que surgem. Isto justifica as ações e preocupações dos membros dos núcleos familiares que mantém contato e que cuidam das crianças em casa, a fim de protegê-las de acidentes, participando da educação e auxiliando os pais na adaptação aos papéis e tarefas da fase. Além das preocupações com aquisições materiais para suprir as novas necessidades da família que aumenta, os casais jovens também se preocupam com as carreiras profissionais, com a renda familiar e com a educação dos filhos (CERVENÝ, 2002).

Os membros das famílias estudadas, especialmente aqueles que assumem os cuidados das crianças reconhecem as suas fases de desenvolvimento individual, a partir de eventos físicos e psicomotores, dentre eles, a associação entre o momento de planejar o desmame, a introdução de alimentos sólidos e a descídua dos dentes. Fantini (2005) também identificara em seu estudo com famílias em fase aquisição, de baixa renda, que o aleitamento artificial aparece como reforço ao aleitamento materno, assim como, a introdução de outros alimentos se dá sob orientação médica ou por informações da rede informal na comunidade.

Alguns eventos inesperados para as fases de vida nas famílias estudadas, como grande perda financeira e o adoecimento de um de seus membros são considerados os principais geradores de mudanças no funcionamento familiar, afetando no desempenho das funções e dos papéis dos membros. De acordo com Souza (2004), as transições são pontos marcantes que envolvem o desenvolvimento dos membros da família e solicitam a sua reorganização, podendo a mudança acontecer de modo gradual ou, às vezes, abruptamente, gerando estresse e habilidades para o enfrentamento. Já na situação de descoberta ou de enfrentamento de doença na família, Vicente (2004) menciona que há uma desorganização familiar que pode se apresentar de vários níveis, dependendo do risco de morte eminente, na qual vários membros são envolvidos com a situação. Dessa maneira, “modificações na rotina e convívio com limites maiores necessários a provisão dos cuidados para com o doente são aspectos importantes para a nova situação” (VICENTE, 2004, p.48). A presença da doença mobiliza a família. No caso de uma das famílias rurais, a partir da necessidade percebida de uma redefinição de funções e papéis, além da reorganização para adaptar as novas tarefas da fase, estas ações refletem a interatividade da família, a capacidade de enfrentamento e a disposição para se desenvolver diante da situação. Neste sentido, o cuidado familiar se mostra como elemento articulador do sistema familiar de saúde.

Pode-se observar que o cuidado familiar se manifesta, especialmente, sob o atributo da presença e da proteção. Tendo em vista, a necessidade de a família definir e redefinir o papel de cuidado nas situações cotidianas e também nas situações de doença, percebe-se que o cuidado familiar está fortalecido. As crianças são cuidadas de forma coletiva por vários membros da família, mesmo assim este se diferencia entre o cuidado maternal e o tomar conta, o qual se apresenta como um importante papel desempenhado pelos membros mais idosos da família que já não conseguem acompanhar as demais atividades de produção. Neste sentido, alia-se a experiência de criação dos filhos, com a confiança dos pais em relação ao cuidador familiar e estabelece-se uma estratégia para enfrentamento da necessidade de educar e cuidar dos filhos, adaptando-se os cuidados e a disponibilidade dos cuidadores à medida que a criança se desenvolve.

5.4 Saúde, doença e o cuidado familiar

Esta pré-categoria revela as percepções de saúde e doença das famílias rurais, as dificuldades enfrentadas em relação à presença de doença na família, assim como, os cuidados realizados por elas.

5.4.1 Percebendo a saúde e a doença na família

Ao serem questionadas sobre as dificuldades enfrentadas no momento atual da vida, as famílias rurais referem algumas situações que se relacionam com as ações de cuidado na família: percebendo a saúde e a doença na família; cuida quem entende melhor do caso; quando está doente, a gente passa pra frente.

5.4.1.1 Quando tem sintomas de doença

Quanto às dificuldades enfrentadas pelas famílias rurais, evidencia-se o foco no processo de saúde e doença, ainda que os problemas de saúde sejam tratados, persistem alguns sintomas de doença. Estes sintomas são considerados de diferentes maneiras entre as pessoas das famílias. Há aqueles que percebem que a presença de sintomas de doença alterou sua rotina de vida diária. Também percebem interferência na sua capacidade para o auto-cuidado corporal quando apresentam sintomas mais graves de doença. *O opa sente falta de ar [...] ele não agüenta mais nem varrer* (mãe Girassol). *Ele não consegue se abaixar e tenho até que lavar os pés dele* (avó Girassol).

Embora os sintomas de doença sejam preocupantes e constantes, os membros de uma das famílias se mostram resistentes em consultar algum profissional da saúde ou buscar por tratamento que os amenize. *A oma está com um problema já faz um bom tempo [...] ela elimina sangue quando vai ao banheiro* (mãe Girassol).

Outra dificuldade constatada a partir dos relatos dos entrevistados está relacionada com a duração de alguns tratamentos medicamentosos, sem um acompanhamento regular e re-avaliações terapêuticas. Isto pode ser identificado, através da fala de um membro do núcleo maduro que refere estar usando remédio para dormir há mais de um ano, com persistência de sintomas como cefaléia,

náusea e tonturas. O uso de psicotrópicos também é freqüente entre as famílias rurais, havendo confusão sobre a sua indicação terapêutica, a qual é relacionada pelos membros como tratamentos contínuos para insônia e estado depressivo.

Os membros da família também reconhecem as mudanças de papel quando adoecido, especialmente pela influência dos sintomas na disposição e na capacidade para desempenhar funções que contribuíam para o funcionamento familiar e para o trabalho na propriedade agrícola. *Antes ela corria bastante, ela andava pra cima e pra baixo* (mãe Rosa). *Eu fazia a comida dentro de casa, cuidava da pequena e, às vezes, arrancava o capim com a mão no jardim* (bisavó Rosa). Nestas condições em que a doença provoca mudanças abruptas no modo de viver, dependendo da percepção acerca da fase de desenvolvimento, podem surgir comportamentos de revolta e de pessimismo em relação ao seu papel familiar. *Às vezes me dá vontade de pegar isso tudo e botar fora!* (bisavó Rosa).

Quando questionados sobre o que consideram saúde da família, as famílias do estudo constroem a idéia de que ter saúde é não ser, não ficar e nem estar doente, voltando-se para a noção de que saúde da família é a ausência de doença e a presença de saúde de cada membro individualmente.

Uma das famílias se percebe saudável quando não apresentam história de doença. *Meu pai nunca teve nada* (mãe Rosa). Os núcleos de aquisição consideram os filhos como crianças saudáveis, afastam as possibilidades de doença e se mostram tranqüilizados pelo fato da criança não ficar doente ou manifestar sintomas de problemas de saúde na atual fase de vida. *Graças a Deus, até agora ele não ficou doente* (pai Girassol). *Até agora a pequena não ficou doente [...] ela não teve nada, nem cólica e estas coisas* (mãe Rosa).

Os aspectos sócio-econômicos parecem ajudar no bem-estar psicológico e na saúde da família. *Ter dinheiro é importante para a saúde [...] ter dinheiro ajuda a cabeça, porque a pessoa não preocupa* (avô Girassol). Segundo um membro entrevistado, a saúde também se relaciona com a capacidade de poder realizar as atividades de vida diária, as atividades de lazer e as atividades de trabalho. Além disso, ter saúde é um motivo que torna o acompanhamento profissional de saúde desnecessário. *Saúde é poder pular, trabalhar, brincar, ter apetite pra comer [...] não ter problemas para ir ao médico* (avó Girassol).

Ao serem questionados sobre o que consideram doença na família, um dos entrevistados menciona as dificuldades financeiras como um problema que

caracteriza a doença na família, por trazer instabilidade e preocupações. *Doença é quando a gente está endividada e não sabe se virar, não sabe como vai pagar* (avô Girassol).

Os problemas de relacionamento são percebidos como doença na família, como o ciúme, por exemplo, que atrapalha o relacionamento conjugal e familiar. Embora os aspectos econômicos e sociais sejam considerados fatores importantes para o surgimento de doença da família, os membros entrevistados se referem à doença dos membros conseqüente de problemas físicos. *A minha mãe tem problema nos nervos; meu marido tem esse problema no estômago, minha avó o problema no coração, meu avô também sempre foi doente, desde novo, porque ele tinha aquele bico de papagaio e minha cunhada acha que tem algum problema no útero, porque ela sente muita dor* (mãe Rosa).

Neste sentido, a doença dos membros interfere na saúde da família e estar sob avaliação ou tratamento médico é uma situação que gera ansiedade e mudança nos hábitos de vida da família. *Ele tem muita azia sempre, daí ele tem que tomar todos os remédios e se não melhorar tem que operar* (mãe Rosa).

A incapacidade de andar devido evolução da doença é percebida como dificuldade para a família, pela impossibilidade de trabalhar. Assim, qualquer problema que impeça o trabalho é considerado doença para as famílias rurais. *O opa também era sempre doente, já não podia mais andar* (mãe Rosa). Por outro lado, os problemas de saúde que não se manifestam fisicamente geram dúvidas entre os membros sobre a realidade da doença. *Ele não parece estar doente, porque não aparenta ter nada* (avô Girassol).

O tipo de trabalho, as condições e o ambiente de trabalho também podem trazer problemas de saúde. Em um dos núcleos de aquisição, onde o cônjuge trabalha fora, reconhece-se a necessidade de cuidados pelo surgimento de problema de saúde, conseqüente do trabalho. *Agora ele está com um problema nas vistas e vai ter que ir ao médico outra vez. É que ele trabalha com madeira que tem veneno e isso fica nas mãos [...] ele coça os olhos, esfrega e fica tudo vermelho* (mãe Rosa).

A experiência de doença de alguns membros entrevistados os leva a classificar seus problemas de saúde, distinguindo-os como os que têm cura dos que não têm cura. Assim, eles revelam que apesar de apresentarem diversos problemas de saúde, estes ainda são os que têm cura e, se mostram sensibilizados ao

relatarem história de doença sem cura em outras famílias conhecidas. *O problema do meu marido ainda é desses que se cura, mas como tem pessoas com câncer e isso não se cura [...] os deficientes e as crianças deficientes* (mãe Rosa).

Os pais percebem quando os filhos pequenos estão doentes, observando as mudanças no comportamento de bem-estar e de atividade da criança, choro constante e recusa alimentar. *Quando ele está doente fica enjoadinho, não come muito, não dorme direito [...] a gente logo sente a diferença porque ele fica quieto demais e não quer brincar* (mãe Girassol). Às vezes, os pais assumem se confundir com os sintomas que, eventualmente, a criança apresenta e afastam a possibilidade de doença quando percebem que se trata de situação normal na fase de desenvolvimento, a decídua primária dos dentes, por exemplo.

5.4.1.2 *Prevenção de perigos e cuidados preventivos*

A experiência de acidente ofídico vivido por uma das famílias rurais estudadas trouxe uma preocupação e um reconhecimento quanto ao risco real de acidentes no ambiente rural. O medo é expresso pelas famílias como reação promotora de cuidados preventivos diante dos perigos da roça. *Eu disse pra minha mãe quando fomos buscar trato que eu tenho medo, porque no inverno não tem cobra aqui, mas no verão elas aparecem* (mãe Rosa).

Assim como, o medo parece impulsionar a mãe a tomar alguns cuidados, de modo a evitar riscos ao desenvolvimento e à integridade física da criança. Neste caso, uma mãe revelou dificuldade pessoal de iniciar o desmame da criança aleitada e de introduzir a mamadeira, pelo medo de tornar a criança independente do vínculo firmado durante o processo da amamentação. Também quando comenta sobre levar a criança junto na roça, a mãe revela: *eu só tenho medo de que tenha pernilongo e essas coisas, porque daí fica inchado onde pica na pele dela* (mãe Rosa).

Em uma das ocasiões em que a família realizava o cuidado de troca de curativo da ferida da bisavó que sofrera o acidente ofídico, a cuidadora familiar expressou: *a gente tem medo de que isso não feche mais*. Esta preocupação demonstra a insegurança da família em causar danos à recuperação da ferida da bisavó, abrindo-se para um momento de compartilhamento entre o cuidado familiar e o profissional.

Quando questionadas sobre os cuidados que têm com a saúde, as famílias rurais falam sobre alguns cuidados preventivos voltados para a alimentação, a higiene, o planejamento familiar e também para a prevenção de riscos de acidentes.

As famílias procuram manter uma alimentação saudável tanto para os adultos, quanto para as crianças. Os adultos referem preferência pelos alimentos produzidos e colhidos em sua propriedade, evitando consumir muito dos produtos industrializados. Procuram investir na alimentação vegetal, principalmente frutas. Também tomam cuidado com a quantidade de sal na comida e com a validade dos alimentos comprados ou mesmo os alimentos preparados em casa para não ingerir comida estragada. *A gente cuida com a comida* (avó Girassol).

Em uma das famílias houve mudança no hábito alimentar, em virtude de problemas digestivos de um dos membros, levando ao estabelecimento de novas normas quanto à alimentação de casa. O casal jovem modifica hábitos antigos de alimentação para cuidar da saúde e prevenir desconfortos. *Agora eu faço e levo a comida quente para ele comer ao meio-dia e não comer muito à noite [...] só faço sopa à noite, mas ele não gosta muito* (mãe Rosa).

Quanto à alimentação da criança há uma forte credibilidade do processo de aleitamento materno, embora se tenha introduzido outros alimentos na dieta. As mulheres de uma das famílias afirmam que *amamentação é uma coisa boa* (bisavó Rosa) e reconhecem os benefícios deste alimento para o desenvolvimento da dentição saudável da criança e para a prevenção de doenças. *Eu dou o leite porque daí ela não fica tão fraca* (mãe Rosa). Além disto, a mãe percebe que o vínculo afetivo com a criança se torna cada vez mais fortalecido em função da amamentação. Esta situação dificulta algumas estratégias do núcleo de aquisição à mudança da alimentação da criança e ao desmame, de modo a possibilitar maior disponibilidade da mãe para o trabalho na roça e menor dependência da criança. *Eu já tentei dar o leite na 'puli'(mamadeira), mas não adianta porque ela não pega o bico. Já comprei aquela mamadeira que tem o bico igual ao 'titi'(seio) e mesmo assim ela não quer* (mãe Rosa). Entretanto, a introdução de outros alimentos à criança nem sempre é uma tarefa fácil para a mãe que revela algumas crenças a respeito da associação com o leite materno, mostrando-se insegura quanto ao procedimento. *Parei de dar maçã porque achei que fosse fazer mal junto com o leite* (mãe Rosa).

O cuidado com a higiene também é apontado pelas famílias rurais como importante à saúde, a limpeza do ambiente doméstico e a higiene no preparo dos alimentos: *a gente cuida pra ter tudo limpo* (avó Girassol). Assim como, a limpeza da propriedade rural, citada por um membro quando comentado sobre as desvantagens de criar porcos em casa: *nem pode mais ter porcos em casa, por causa do mau cheiro* (avô Girassol). Um dos núcleos de aquisição lembra dos cuidados com a higiene corporal da criança, respeitando a adaptação de horários e a exposição ao frio para realização do banho: *quando é muito frio a gente nem dá banho nela. Mas é melhor dar banho ao meio-dia agora* (mãe Rosa).

Apesar de os núcleos de aquisição manifestarem expectativas de não ter outros filhos em breve, parece haver uma atenção dos núcleos maduros quanto ao planejamento familiar dos casais jovens. Esta idéia de prevenção de gravidez não planejada é expressa na seguinte fala: *tem que dar remédio para ela não ter filhos* (avô Girassol).

A proteção da integridade física dos membros, através de ações preventivas quanto ao risco de quedas e acidentes em casa e na propriedade rural são apresentados como aspectos bastante importantes do cuidado familiar. Dessa maneira, a presença da criança em casa mantém os pais e avós alertas para os riscos de quedas e os faz tomar decisões para adaptar o espaço da casa, evitando que a criança se machuque. *Preocupação maior é de fazer esta cerca do muro logo* (avô Girassol).

Segundo um membro: *na roça sempre tem perigos* (avô Girassol) e, por isso, alguns cuidados são apresentados como preventivos para acidentes no ambiente rural, especialmente quanto aos animais peçonhentos. Assim, *levantar as pernas quando anda e observar galhos secos nas árvores* (avô Girassol), *olhar onde vai pisar na roça, tendo cuidado com cobras e com as abelhas* (mãe Girassol) e *olhar bem à frente dos pés e das pernas* (bisavó Rosa) são cuidados preventivos indicados pelos membros das famílias rurais.

5.4.1.3 Cuidados de controle de doença

Os membros que possuem alguma doença crônica convivem com a responsabilidade de se cuidar constantemente, o que se evidencia como cuidados individuais de controle da doença. Entretanto, muitos dos cuidados de controle,

como exemplo, o controle de ganho de peso e a manutenção de dieta hipossódica, acabam sendo cuidados compartilhados entre os outros membros com a finalidade de prevenção de doenças cardíaca e hipertensiva.

Todavia, a maioria dos cuidados de controle de doença realizada pelas famílias tem como base as orientações médicas e as informações trocadas com outros profissionais de saúde. Os cuidados aprendidos pelas famílias rurais são reproduzidos em casa, sob a supervisão de membros que assumem papel de cuidador, cuja função é lembrar o horário de medicação, não deixar acabar a medicação de uso contínuo, marcar consulta médica regularmente e acompanhá-las, levar para aferir a pressão arterial, dentre outras.

Desse modo, observa-se que os cuidados para o controle de doença crônica seguem uma rotina que é parte estabelecida pela família e, parte estabelecida em conjunto com os profissionais da saúde. *Eu vou medir a pressão a cada quatorze dias (avó Girassol). Eu tenho que fazer consulta a cada três meses no cardiologista (bisavó Rosa).*

5.4.1.4 Há também alguns descuidados

As famílias reconhecem que alguns cuidados à saúde são negligenciados e que deveriam ser feitos para melhorar a saúde e melhor controlar a doença. Alguns destes cuidados não são realizados porque deixam de ser incorporados na rotina das famílias. Outros cuidados, como o acompanhamento regular por profissional da saúde são dificultadas pelas condições de vida das próprias famílias rurais e principalmente porque as políticas públicas não levam em consideração estas condições. *Era para medir a pressão todos os dias, mas nós moramos aqui em cima (mãe Rosa).*

O déficit de informação sobre a doença e o desconhecimento sobre a importância de alguns cuidados também interferem na busca por comportamentos de saúde pelas famílias rurais. Esta ideia está bastante relacionada com a questão do uso de medicamentos sem prescrição médica e também com a alteração do tratamento por conta própria. *Estou diminuindo, aos poucos, a dose dos remédios para ver se deixo de tomar tantos comprimidos (avó Girassol).* Um dos membros de um núcleo maduro explica que, apesar de verificar a pressão periodicamente e apresentar a pressão arterial elevada, mantém-se resistente quanto ao uso de

medicamento de controle, por acreditar que o seu efeito possa lhe trazer mal-estar e queda da pressão arterial. A resistência quanto a alguns cuidados à saúde é percebida pelos membros mais jovens da família que procuram convencer os mais velhos a fazer exames médicos de rotina. *A oma também precisaria voltar para o médico, mas ela está deixando para traz* (mãe Girassol).

Algumas atitudes de descuido com a saúde podem ser interpretadas com base nos costumes e nos valores culturais das famílias rurais para o cuidado. Trata-se da situação de uma das mães que reconhece o desenvolvimento saudável da dentição da criança, contribuindo com cuidados de manutenção do aleitamento materno e de não uso de chupetas. No entanto, quando estimulada para levar à criança ao dentista, esclarecendo tal conduta como um cuidado preventivo de problemas bucais na infância, a mãe se mostrou indiferente, considerando desnecessário submeter a filha a uma avaliação odontológica nesta idade. Em uma outra situação, um membro de um núcleo maduro comentou sobre a doença cardíaca que causara a morte de seu pai. Ao ser estimulado para a realização de avaliação clínica da saúde, aproveitando a oportunidade de conhecimento da história familiar e alertando sobre os fatores de risco para doenças crônicas, descobriu-se que este membro nunca havia feito exames laboratoriais anteriormente por se sentir bem. Mesmo reconhecendo que os valores culturais desempenham um papel nestas questões, há a questão da falta de oferta dos serviços de saúde adequados, de forma facilmente acessível e sem custos financeiros adicionais. Pode-se inferir pelas queixas feitas de que não sobra dinheiro, porque tudo é gasto em medicamentos, que principalmente os idosos procuram economizar as visitas ao médico e não tomar todos os medicamentos prescritos.

5.4.2 Cuida quem entende melhor do caso

Esta categoria descreve os resultados referentes a análise dos dados sobre o acesso e a procura aos serviços e cuidados profissionais pelas famílias rurais. As subcategorias que compõem a categoria são apresentadas abaixo.

5.4.2.1 *A gente nunca foi de ficar correndo no médico por qualquer coisinha*

As famílias realizam cuidados em casa, especialmente quando se trata de problemas simples como tirar espinho no pé ou cuidar de outros ferimentos leves, os quais acontecem em maior frequência no trabalho da roça. Nestas situações, os membros referem que não costumam procurar pelo médico.

No caso de identificar algum sintoma de doença que possa ser avaliado de início pela família, como exemplo, os episódios de febre ou de cólica na criança, procuram tomar alguns cuidados na intenção de amenizar ou de tentar resolver o problema. Desse modo, as mães comentam que só medicam as crianças em casa quando estão apresentando febre ou outros sintomas comuns. Elas também preparam chás que são oferecidos para a criança. Geralmente, a decisão sobre os cuidados com a criança é compartilhada entre a os pais e avós, mas *cuida quem entende melhor do caso* (mãe Girassol).

Quando acontece algum problema ou acidente mais grave com alguém da família e que necessita de atendimento profissional, um acidente ofídico, por exemplo, os membros prestam os primeiros socorros e encaminham com maior urgência para o serviço profissional mais próximo de casa.

No entanto, existem situações de cuidado mais complexas, como a troca de curativos e limpeza de ferida, realizado pela família no domicílio. Mesmo que haja disponibilidade de alguns membros em assumir o cuidado, percebe-se uma insegurança no desempenho desta função que fora aprendida, com base nas orientações dos profissionais da equipe de saúde, as quais se mostram insuficientes para a segurança e habilidade dos familiares em desenvolver tal cuidado, facilitando a ocorrência de descuidados em relação à cicatrização da ferida. *Eu lavo com aquela água de soro, passo aquela pomada e só* (mãe Rosa).

5.4.2.2 *A família percebe o cuidado profissional que melhora e que piora*

As famílias expressam suas percepções a respeito dos cuidados profissionais recebidos e os avaliam de acordo com as experiências vivenciadas. Neste sentido, um dos casais jovens relembra a sensação de segurança que tiveram ao serem atendidos pelo médico no hospital, quando na situação do trabalho de parto e lembram com desconfiança do enfermeiro que não fora tão atencioso com o casal

na ocasião. Por outro lado, o vínculo estabelecido com o médico durante o pré-natal foi considerado favorável para a relação de confiança no momento do parto.

Outro núcleo de aquisição relata uma situação de conduta médica no Posto de Saúde que trouxe melhora quando o cônjuge apresentava desconfortos digestivos: *a médica do Posto deu o remédio certo e ele não tem mais dor* (mãe Rosa).

No entanto, algumas situações são lembradas pelos membros das famílias com má impressão sobre o cuidado recebido. As más condutas profissionais avaliadas pelas famílias se relacionam a realização de procedimentos sem esclarecimento sobre o motivo de tal indicação, a avaliação clínica e exame físico realizados de maneira superficial, prescrição de medicamentos de alto custo sem necessidade e realização de procedimentos dolorosos, gerando traumas ao cliente pela dor. *Eles tinham dado aquela injeção de anestesia e isso não pegou. Então, eles abriram assim ao vivo. E não quero passar nunca mais uma dor dessas!* (bisavó Rosa). *O pior foi quando a levamos para o doutor ver o curativo!* (mãe Rosa).

5.4.2.3 A gente vai ao Posto de Saúde

As famílias rurais estudadas referem que optam pelo Posto de Saúde quando alguém fica doente na família. Além disso, costumam consultar o médico do Posto de Saúde para solicitar exames de rotina e também para pegar remédios liberados pela farmácia básica do SUS, cujo uso é contínuo pelos membros que apresentam algum problema crônico. *A gente vai ao médico do Posto só quando é pra pedir uns exames* (mãe Girassol). Os membros dos núcleos maduros utilizam os serviços de enfermagem do Posto de Saúde para verificar a pressão arterial e, um entrevistado ainda conta que quando fica em dúvida sobre o valor aferido, confere o valor aferido na farmácia mais próxima.

Os núcleos de aquisição parecem freqüentar o Posto de Saúde para utilizar os serviços voltados à saúde da criança. Assim, freqüentam mensalmente para realizar o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento que se constitui em verificar os dados antropométricos (peso, estatura, perímetros cefálico, torácico e abdominal). Também freqüentam o Posto de Saúde para imunizar a criança, conforme calendário de vacinas na infância. Uma das mães revelou que houve redução na freqüência de idas com a criança no Posto de Saúde porque a mesma

ficava inquieta para aguardar pelo atendimento. Outro motivo é que passou a levar a criança na consulta médica oferecida uma vez por mês pela equipe de saúde na escola perto de casa.

5.4.2.4 O atendimento no Posto de Saúde não agrada

Ao comentarem sobre quando procuram pelo Posto de Saúde, os entrevistados referem a falta de oferta de serviços à comunidade e que o atendimento de saúde não agrada. Um membro de uma das famílias rurais relembra o sistema de atendimento de pouco tempo atrás, onde somente era atendido se conseguisse pegar ficha, pois havia limite de vagas para consulta médica. Ele avalia a dificuldade no acesso ao serviço profissional: *acho que é um absurdo ter que ir cedo para ser atendido no Posto de Saúde quando se está doente* (pai Girassol).

Eles também percebem o sistema atual de atendimento e avaliam a atuação da agente comunitária de saúde: *ela só passou aqui para trazer o cartão e depois não passou mais* (mãe Girassol). Os membros do núcleo maduro comentam que a agente de saúde deveria estar habilitada para visitar e verificar a pressão arterial em casa, tendo em vista a dificuldade de os profissionais realizarem visita a todas as famílias e também a indisponibilidade da família em ir com frequência ao Posto de Saúde que dista a 18 quilômetros.

Neste sentido, quando as famílias percebem que o acesso ao Posto de Saúde está difícil, optam por usufruir de serviços da farmácia local, como aferir a pressão arterial ou comprar algum medicamento que tenha sido indicado por pessoa conhecida ou pelo próprio atendente de farmácia, geralmente, nas situações de doença aguda e quando não conseguem consultar o médico.

Uma das famílias rurais critica o Sistema Único de Saúde (SUS) pela demora para conseguir agendar consulta com médico especialista, independente se a situação de doença é grave ou não. *O médico do Posto me encaminhou para um especialista da cabeça [...] eles me internaram no hospital e chamaram um outro médico que sempre vinha de Blumenau e que eu consultava para ver os exames, daí ele me tratou enquanto isso [...] porque até o SUS me chamar lá para Blumenau, eu já estava melhorando* (avó Girassol).

5.4.3 Quando está doente, a gente passa pra frente

A porta de entrada no Sistema Público de Saúde prevista pelo SUS é a Unidade de Saúde local, no caso, o Posto de Saúde. No entanto, outras portas de entrada são utilizadas, esta categoria apresenta o percurso realizado pelas famílias, quando avaliam que o Posto de Saúde não atende suas necessidades.

5.4.3.1 No mesmo município e fora do município

As famílias relatam que é em situação extremamente urgente, como no caso de picada de cobra, que optam por procurar o serviço hospitalar mais próximo de casa, ou seja, localizado no mesmo município em que residem. *Era pra gente ter levado ela para o pronto socorro, mas dizem que não é bom esperar muito* (mãe Rosa). Nas situações em que é necessária a internação hospitalar, há procura pelo hospital do município: *a oma que teve que ficar internada porque ela não agüentava mais de dor* (mãe Rosa).

As famílias entrevistadas revelam que procuram o hospital ou pronto-socorro fora do município quando é uma situação que não dá para esperar, como exemplo, a criança com muita cólica, chorando muito e sem mamar, membro adulto com dor, mulher em trabalho de parto. *Eu tive o parto no pronto-socorro porque não deu tempo de chegar até o hospital* (mãe Rosa). *A oma disse que deveria ir para o hospital porque o bebê iria nascer!* (mãe Girassol).

Outras situações que levam as famílias a procurar por serviços fora do município estão relacionadas com o Posto de Saúde. Dessa maneira, uma das famílias refere que procura pelo pronto-socorro quando o atendimento no Posto de Saúde não é o esperado ou então, quando não há atendimento no Posto de Saúde, ou seja, no final de semana, durante a noite ou na madrugada. As situações de piora no quadro de doença percebido pela família também leva a tomada de decisão sobre a procura por serviço de maior complexidade. *Nós decidimos internar no hospital quando a oma piorou* (pai Girassol).

Elas também procuram por médico especialista na rede privada e pública quando necessitam fazer exames de maior complexidade, quando tem algum problema de saúde com indicação de cirurgia ou quando precisa sofrer cirurgias de

maior porte. *Nós vamos levar a endoscopia dele para o médico na Policlínica de Blumenau (mãe Rosa). Eu fui operada do coração em Curitiba (bisavó Rosa).*

Observa-se que dependendo da fase de vida, os membros da família optam por acompanhamento profissional especializado. Conforme uma das jovens que iniciou acompanhamento com médico ginecologista e obstetra no pré-natal, teve continuidade no acompanhamento por necessidade de tratar problema uterino no pós-parto com o mesmo profissional. Em alguns casos, a procura por médico especialista se faz necessário para controlar problema de saúde que o acompanhamento no Posto de Saúde não comporta. *A oma tem os médicos que atendem o caso dela (mãe Girassol).*

Nas situações em que algum membro da família está com uma doença que o impede de trabalhar, consulta um médico especialista pela necessidade de afastamento das atividades laborais, enquanto se mantém em tratamento. *Meu pai pegou atestado e agora vai entrar no encosto (mãe Girassol).*

Dessa maneira, as famílias rurais revelam procurar o médico quando se trata de situação de emergência ou quando algum membro sofre acidente de trabalho. Um dos núcleos de aquisição relata levar a criança ao pediatra, que é considerado por eles como o médico da criança, mas somente quando é um problema que requer atendimento de emergência. Os serviços médicos especializados são pagos pelas famílias, assim como, o atendimento hospitalar no município e a internação, os remédios que não são disponibilizados na farmácia básica do Posto de Saúde também são arcados pelas famílias. Somente o serviço de pronto-socorro e a policlínica de referência em especialidades dos municípios vizinhos fazem parte do sistema público de saúde, os quais são usados pelas famílias nas situações de tratamento específico.

Alguns membros necessitam de acompanhamento de mais de um médico e, por este motivo, acabam procurando o médico com maior frequência. *A oma tem que ir a vários médicos, além de fazer os exames (mãe Girassol).* Outros motivos que os fazem procurar o médico são a necessidade de repetir regularmente os exames clínicos e laboratoriais, na tentativa de diminuir o uso ou a dose das medicações. *Tenho que fazer de novo os exames pra ver se tem que deixar algum remédio de lado (avó Girassol).*

Quando os membros adultos apresentam dor, insônia e dificuldade de andar ou de se movimentar, de modo a prejudicar a capacidade para trabalhar também

acabam procurando pelo médico, geralmente no Posto de Saúde, mas quando o problema persiste há algum tempo, procuram por especialista. *O médico do Posto disse que se ele não melhorasse com o tratamento iria escrever uma carta para o chefe trocar o setor dele na serraria* (mãe Rosa).

Em algumas situações em que os membros se automedicam, a procura por consulta médica se dá para resolver o problema causado pelo insucesso do uso de medicação incorreta. [...] *ele já estava usando um colírio que eu peguei na farmácia. Mesmo assim, este colírio não estava adiantando nada e aquele que o médico passou arde. E eu acho que não presta quando arde, por isso comprei outro* (mãe Rosa).

As famílias utilizam os serviços de saúde privados, principalmente a consulta médica e a farmácia. Dessa maneira, elas mencionam que pagam pelas consultas médicas quando desejam rapidez para serem atendidos, não se dispendo a esperar pelo serviço público. Quanto à farmácia, as famílias rurais manifestam possuir muitos gastos para compra de medicamentos que não são fornecidos no Posto de Saúde ou quando precisam comprar material para troca de curativos feita no domicílio. Uma das famílias relata que após a alta hospitalar de um dos membros que sofrera acidente ofídico, freqüentaram por duas vezes o ambulatório do hospital para que fosse trocado o curativo da ferida, tendo sido necessário pagar pelo procedimento, pela consulta médica e também pelo material utilizado.

Assim, as famílias buscam estratégias que amenizem os gastos com a compra de medicamentos, como exemplo, pagarem por remédios sob receita de manipulação. *Tem que mandar fazer o remédio porque custa mais barato* (avô Girassol).

Discussão dos Resultados

Para as famílias rurais estudadas, saúde parece ser um conceito bastante abstrato quando se tenta defini-lo por si só. Assim, ao perceberem a saúde, em consonância com a ausência de doença, o conceito que se forma parece concretizar a idéia e tornar saúde mais compreensível. No entanto, ao serem questionados se consideram a família saudável, os membros associam o bem-estar como saúde plena e nomeiam como não saudáveis os membros que apresentam algum sinal ou sintoma de doença. Dessa maneira, as famílias constroem a idéia de que saúde é a

ausência de doença, e tanto a saúde como a doença estão no plano individual, relacionado com o corpo e a mente dos membros que compõem a família. Esta percepção resulta da visão de mundo influenciada pelos serviços de saúde, pela mídia e também pelas experiências já vividas pelas famílias. Resgatando o conceito de saúde de Canguilhem (1995), percebe-se que as famílias rurais mobilizam suas forças no cuidado familiar, especialmente nas situações em que há doença na família, de modo a iniciar a sua trajetória em busca da promoção e da recuperação da saúde. Neste sentido, pode-se dizer que, ao mobilizar-se para cuidar ou para buscar por cuidado profissional nas situações de doença, as famílias rurais se mostram fortalecidas, uma vez que, mobilizam as suas forças-reservas que indicam comportamentos saudáveis.

As lembranças de membros das gerações mais antigas que enfrentaram alguma doença grave e que vieram a falecer são consideradas fatores que justificam a possibilidade de os membros mais jovens apresentarem alguns sintomas. Eles não reconhecem a história da família, simplesmente, como fator de risco para alguns problemas, mas descrevem a perda da saúde para viver e trabalhar, a partir do acontecimento da doença.

Percebe-se também que os aspectos relacionais, como a interferência sobre os valores e os comportamentos em família (o ciúme, as brigas, por exemplo) prejudicam a saúde psicossocial das famílias rurais. Aqui se pode inferir que mesmo considerando a saúde individual, percebe-se que as relações em família podem influenciar a saúde.

A procura por cuidados profissionais de saúde é limitada, em função do reconhecimento das famílias rurais sobre as necessidades de cuidado, ou seja, até que ponto as estratégias de cuidado familiar são suficientes e, isto, requer uma avaliação sobre o que são situações simples e o que são situações graves. Por outro lado, o acesso aos serviços de saúde também são limitados, uma vez que, há falta de oferta de serviços públicos que garantam a promoção da saúde desta população, através da Estratégia de Saúde da Família, que vem nortear um modelo assistencial, o qual se encontra incorporado na organização e no funcionamento do Posto de Saúde, que se constitui no recurso de saúde mais próximo, porém nem sempre facilitador às necessidades de cuidado das famílias rurais. “A falta de serviços especializados, o trabalho na terra, que não permite ‘dias doente’ e a longa distância dos fornecedores de cuidados de saúde formais influenciam o modo pelo

qual a saúde é vista e a doença é tratada” (LONG, 1993; TEDESCO, 1999; SCHWARTZ, 1998 apud SCHWARTZ, 2002, p. 35).

Assim, o cuidado familiar é realizado nos diversos momentos da vida e faz parte da rotina das famílias rurais, inclusive ao se referir a convivência no trabalho. As ações que se traduzem em tarefas dos membros das famílias são percebidas como estratégias que resultam em cuidado, cujos atributos apontados por Elsen (2002) são apreciados em diversas situações, com maior ou menor evidência de acordo com as demandas da fase do ciclo vital. Em geral, os cuidados diretos possuem caráter preventivo, visto a preocupação em manter o corpo (principal instrumento de força e de trabalho para o agricultor) sem problemas que venham a influenciar na sua capacidade de trabalhar.

Conforme Schwartz (2003) os (des) cuidados com o corpo são observados quando se percebe a persistência significativa de os colonos somente procurarem pelos serviços de saúde quando o corpo não está mais em condições de responder às formas de trabalho aceitáveis.

As situações de acidentes de trabalho na roça ou mesmo nas fábricas, onde se encontram os colonos-operários são, em alguns casos, encaminhadas para uma assistência primária. No entanto, quando nas situações em que as conseqüências para a continuidade imediata para o trabalho são piores, as fábricas se responsabilizam pelo cuidado do trabalhador, mas quando o acidente acontece na propriedade rural são as próprias famílias que precisam arcar com os gastos na assistência médica privada, a qual se mostra mais acessível.

“As redes informais, formadas por membros da família, por vizinhos ou por amigos, são, freqüentemente, utilizadas no diagnóstico e no tratamento dos problemas de saúde. Essas redes são baratas e acessíveis. Adicionalmente, a ajuda recebida vem dessas pessoas de dentro da comunidade, as quais se acreditam que entendam o contexto social do problema de cuidados de saúde” (SCHWARTZ, 2003, p.35).

O sistema público de saúde se mostra insuficiente às famílias da comunidade que são submetidas à opção em passar para recursos privados e mais complexos quando os problemas de saúde não são, adequadamente, controlados, prevenidos e cuidados nos serviços de saúde comunitários.

Assim, a realidade destas famílias do estudo são um exemplo do descaso das políticas públicas com os agricultores. A distância da unidade básica de saúde faz

com que eles tenham que gastar com transporte, e chegando à unidade não sabem se vai haver resolutividade para seu problema. Sem resolução precisam lançar mão de seus próprios recursos para, muitas vezes, pagar privativamente o atendimento médico.

CAPÍTULO 6

REPENSANDO OS MODOS DE CUIDAR PARA A ENFERMAGEM À FAMÍLIA NO CONTEXTO RURAL

Ao término deste estudo, retomo os objetivos traçados na introdução: desenvolver o processo de cuidar às famílias a partir da fase de aquisição, em uma comunidade rural do Médio Vale do Itajaí/SC, utilizando como referência a Teoria do Desenvolvimento da Família e o Modelo de Sistema de Saúde Familiar; conhecer o cuidado familiar em uma comunidade rural do Médio Vale do Itajaí/SC, com base na Teoria do Desenvolvimento da Família.

Conhecer estas duas famílias rurais na comunidade “Verde Vale” possibilitou acompanhar, de certo modo, a um recorte da sua trajetória de vida familiar. Este estudo oportunizou conhecer as particularidades do ciclo vital das famílias e as especificidades destas no contexto rural. Isto inclui o conhecimento acerca das mudanças e as definições dos papéis, as tarefas, os valores, as normas, as decisões e a rotina de vida e de trabalho das famílias ao longo das fases do desenvolvimento por elas vivenciadas. Neste sentido, percebeu-se que a vida das famílias está intimamente relacionada com a vida no campo, uma vez que, as mudanças acontecem mediante algum evento do ciclo vital, como o nascimento ou a morte de membros, sem perder de vista as atribuições de trabalho que a agricultura familiar exige para a manutenção do lar e para a sobrevivência das gerações familiares no contexto rural.

As características estruturais e funcionais de ambas as famílias estudadas refletem a configuração de família rural tradicional na região em questão, ou seja, núcleos em diferentes etapas do ciclo vital representando as gerações familiares, residindo próximos uns dos outros, dividindo o trabalho agrícola na propriedade familiar e desfrutando dos produtos gerados do trabalho em conjunto. Há especificidades que as assemelham às famílias do contexto urbano. As semelhanças estão relacionadas com os eventos nas fases do ciclo vital, por exemplo, a união do casal jovem sem o matrimônio, a gravidez e a chegada dos filhos antes do casamento, as quais são comumente observadas nas famílias urbanas e, dificilmente, encontradas nas famílias rurais, porém que caracterizam a

existência de configurações modernas de família, dentro de um sistema tradicional de convivência.

Uma diferença percebida entre as famílias rurais deste estudo se refere à viuvez que é vivida pelos membros mais velhos, sem perspectiva de reconstituição conjugal levando a antecipação da decisão sobre a herança e sobre a tarefa dos filhos quanto à responsabilidade pelo cuidado dos pais idosos. Indica o fim do poder da geração pela propriedade e também da inviabilidade de decisões individuais de quem perdeu o companheiro. Percebe-se a supremacia do coletivo sobre o individual. Esta questão merece ser aprofundada, uma vez que a grande mídia propala de forma contundente na realidade urbana, a necessidade do idoso manter sua individualidade e suas próprias decisões entre as quais da busca de um novo companheiro ou companheira.

As questões de saúde e de doença emergiram no estudo como situações presentes na vida e, ao longo das fases do desenvolvimento. No entanto, alguns resultados relacionados ao acesso e à oferta dos serviços de saúde às famílias rurais foram pontos que se destacaram para uma reflexão futura acerca da resolutividade e da integralidade do sistema público e do sistema privado de saúde, os quais foram revelados como importantes pelas famílias para o seu cuidado. Comparando-se a realidade rural estudada com a realidade urbana observada nos dias de hoje, vê-se a grande diferença na qualidade de vida das famílias e na oferta de serviços de saúde entre ambas as realidades, tendo em vista, as dificuldades e as limitações no acesso das famílias rurais aos serviços de saúde, características estas do próprio sistema de saúde local e de sua integralidade com o sistema mais amplo, o qual abrange a necessidade de se deslocar para áreas urbanas para buscar por cuidados de saúde mais complexos.

A partir do objetivo de desenvolver o cuidado às famílias rurais, procurou-se aproximar delas e conhecer o seu cuidado. Foi feito o caminho inverso o serviço de saúde se deslocou para dentro da área rural no domicílio. Para isto, foi essencial manter o foco no cuidado às famílias, atentando-se aos aspectos referentes ao contexto rural e tendo como base os campos da vida familiar para identificar as necessidades de cuidado dentro de cada fase do desenvolvimento familiar.

Em diversos momentos, percebi que o cuidado de enfermagem se tornara uma referência de cuidado à saúde para as famílias rurais participantes, possivelmente, devido o vínculo que se criou durante o período em que foram

realizados os encontros. Desse modo, uma das necessidades de cuidado identificada era de favorecer uma aproximação da equipe de saúde da família, envolver os profissionais no cuidado e discutir com eles as necessidades de mudança no sistema de saúde local. Estas discussões em equipe proporcionaram a inclusão de novas estratégias de atendimento às famílias rurais que oportunizaram um conhecimento maior de sua realidade de vida e de cuidado. Surpreendentemente, a equipe demonstrou iniciativa para a melhoria do acesso e da oferta de serviços às famílias, através do planejamento e do agendamento de atendimento médico e de enfermagem descentralizado do Posto de Saúde. Assim, a equipe de saúde propusera reservar dois períodos do dia, a cada mês, para se deslocar até as escolas isoladas nas áreas rurais mais distantes do Posto de Saúde e oferecer tais serviços.

Conforme a avaliação dos profissionais, houve satisfação por parte das famílias atendidas na comunidade pela facilitação do acesso às consultas. Além disso, a equipe se sentiu motivada pela grande procura aos serviços de saúde ofertados nestas ocasiões, ampliando suas possibilidades de atuação e de conhecimento das famílias rurais. Há a intenção da equipe em manter o agendamento periódico dos atendimentos nas localidades rurais, articulando a divulgação das datas com o apoio das agentes comunitárias de saúde.

Esta experiência está demonstrando a necessidade dos serviços de saúde se deslocarem para dentro da área rural próximo das residências oferecendo além dos serviços curativos os serviços de promoção e prevenção.

Embora tenham sido estudadas apenas duas famílias rurais, deve-se levar em consideração o longo período de tempo em que foram acompanhadas. Esta característica metodológica é fundamental quando se trata de pesquisa com família, ainda mais, quando o foco de estudo são as mudanças do desenvolvimento. A não participação de outras famílias rurais e também de todos os membros das famílias foi reconhecida como limitação deste estudo, pensando-se que a ampliação do número de participantes poderia resultar em análises mais aprofundadas e em conhecimento ainda mais rico.

As mudanças na vida familiar puderam ser conhecidas, quando estudados os eventos situacionais e maturacionais vivenciados pelas famílias durante o período da pesquisa. Tais eventos interferem na organização e no funcionamento familiar e geram mudanças, inclusive para o desenvolvimento do cuidado familiar. Além do

mais, as percepções de saúde e de doença das famílias rurais norteiam o modo pelo qual elas desenvolvem o seu cuidado e implicam nas decisões para o cuidado na família, tendo em vista, as suas dificuldades quanto ao acesso a serviços de saúde especializados e os motivos de procura pelo serviço básico de saúde.

O cuidado familiar se mostrou como tarefa permeada em todas as fases do desenvolvimento familiar, tanto nas situações cotidianas e nas relações de trabalho, quanto nas situações de doença. O cuidado familiar se apresenta como uma adaptação e enfrentamento da família nos eventos do ciclo vital e também como um modo de construir a sua convivência nos diversos núcleos familiares.

Os atributos do cuidado descritos por Elsen (2002) emergem nas ações, nas interações e nas experiências das famílias rurais. Entretanto, a maneira como o cuidado se expressa está incorporada na cultura familiar e na cultura do contexto rural, mesmo que, em certas situações haja a influência do aprendizado de outras culturas oficiais, dentre elas, a dos profissionais de saúde.

Como avaliação do desenvolvimento do processo de cuidar das famílias rurais, observou-se que a Abordagem do Sistema de Saúde Familiar foi adequado no que se refere à identificação das forças e das áreas de preocupação, tendo em vista os cinco campos que fornecem uma visão da vida familiar num todo. A utilização da classificação diagnóstica da NANDA e suas relações com NIC e NOC foram favoráveis ao processo de cuidar, pois os diagnósticos, os resultados e as intervenções propostas em tais classificações internacionais se aproximam da linguagem e dos conceitos que fundamentam a Teoria do Desenvolvimento da Família, tornando-se compreensível a aplicação no cuidado às famílias.

A Teoria do Desenvolvimento da Família proporcionou sustentação para o desenvolvimento do processo de cuidar, embasando o cuidado da enfermeira às famílias rurais, sobretudo nas fases de aquisição, madura e tardia. Muitos dos componentes dos cinco campos da vida familiar estão presentes como elementos ou conceitos (papéis e tarefas familiares, por exemplo) na Teoria, o que evidencia a aproximação desta com a Abordagem do Sistema de Saúde Familiar de Anderson (2000).

Sugere-se a aplicação desta Abordagem em outras realidades de cuidado à família, dando continuidade na avaliação e validação desta metodologia para o cuidado de Enfermagem, a partir de diversas experiências, em diferentes contextos.

É necessário que a Enfermagem à família reflita sobre suas abordagens de cuidado e construa métodos mais práticos de serem aplicados, sistematizando o processo de cuidar, mas também possibilitando que através dele a enfermeira consiga conhecer, aproximar-se e interagir com a família, de maneira a olhar para ela e cuidar, promovendo a saúde e o cuidado, a partir das forças e das fragilidades que apresenta.

Quanto ao marco conceitual que fundamentou a pesquisa com as famílias rurais, considera-se que os conceitos e pressupostos tenham sustentado as idéias que resultaram de todo o processo de obtenção e análise dos dados, permitindo o conhecimento do cuidado familiar na perspectiva do desenvolvimento familiar. No entanto verificou-se a necessidade de buscar respaldo em um conceito de ambiente, visto que no discurso dos resultados, entendeu-se que há uma diferença em referir o contexto rural e o ambiente rural. Para a pesquisadora, o termo contexto rural é entendido como uma realidade de vida de uma população que possui características diferenciadas da população do contexto contrário, que seria no caso, o urbano. Já as idéias de ambiente que referem nas descrições e discussões dos dados da pesquisa tem como entendimento os fundamentos que o conceito de Schwartz (2002, p. 53) nos apresenta, embora, sob outro referencial teórico.

“Conhecer mais especificamente a população rural no seu desenvolvimento, partindo do contexto dos seus ambientes: o microsistema, ou seja, seu ambiente mais próximo; o mesossistema, que se dá por relação de dois ou mais microsistemas; o exossistema, que é o ambiente no qual o indivíduo não é envolvido, mas os eventos que aí ocorrem podem afetá-lo no seu desenvolvimento, e o macrossistema, que é uma forma de entender uma população rural, tendo em vista a sua especificidade de “ser rural”. Nesse ambiente rural se desenvolve toda a cultura rural, que nada mais é do que um macrossistema. Na comunidade rural o macrossistema não se trata de um ambiente específico, mas sim da ideologia e dos valores de uma cultura, que podem afetar as decisões tomadas em outros níveis, denominados de ruralidade e seus meandros. A família e a saúde da família, tendo o seu microsistema, o “ser rural”, que se interconecta com vários ambientes/sistemas, tem um passado/presente, tempo em que se desenvolve/processa nesses ambientes. As relações do colono e as suas relações de trabalho se incluem no chamado mesossistema”.

Dentre as facilidades percebidas para a realização desta pesquisa convergente-assistencial destaca-se a afinidade da pesquisadora com a temática de família e também o interesse de estudar e aprofundar os conceitos teóricos do referencial utilizado, o que proporcionou a descrição de vários aspectos do viver e

do cuidar das famílias rurais. Outra facilidade encontrada foi a existência de um relacionamento de amizade com os profissionais da equipe de saúde da família da comunidade “Verde Vale”, assim como, o apoio e a disponibilidade dos demais profissionais da Prefeitura Municipal que acolheram e respeitaram as necessidades materiais e informativas para a realização deste estudo.

As principais dificuldades enfrentadas para o desenvolvimento da pesquisa convergente-assistencial se referem às etapas metodológicas, como a implementação deste tipo de pesquisa e o rigor da mesma, além da escolha pelo método de análise de conteúdo, o qual fora realizado de forma mais simplificada para garantir a identificação das categorias e subcategorias, levando-se em consideração a obtenção dos dados de apenas duas famílias participantes.

Diante do estudo realizado, dentro de uma temática ainda pouco explorada pela Enfermagem, no caso, o contexto rural, tem-se a intenção de manifestar as inúmeras possibilidades de desenvolvimento de pesquisas nesta área. No decorrer do processo de pesquisa foram emergindo novos problemas que suscitam instigar a realidade nos mais variados olhares, dentre eles, o olhar sobre a família rural e seu desenvolvimento. A partir dos resultados obtidos com a esta pesquisa, pode-se ressaltar alguns aspectos do viver da família rural como sugestão para futuras pesquisas, como as transições e os rituais existentes ao longo da trajetória de vida familiar; os significados da convivência entre os núcleos familiares, a convivência da família na moradia, na propriedade familiar rural e na comunidade.

Quanto aos resultados obtidos e que se referem ao cuidado familiar, pensa-se que ao se aprofundar mais o conhecimento acerca do viver destas famílias rurais e das situações de saúde e de doença, assim como, compreender melhor os significados de saúde e doença para elas e em cada fase da vida familiar, pode-se visualizar caminhos para a enfermagem no contexto rural. Conhecer o cuidado familiar e suas implicações para o desenvolvimento da família ajuda os profissionais da saúde, especialmente, os enfermeiros a agir em promoção à saúde das famílias, respeitando-se a cultura e o contexto de vida, traçando estratégias eficazes e coerentes com as necessidades de cuidado, de modo a proporcionar melhor acesso aos serviços de saúde e melhor oferta de atenção e de cuidado condizente com a realidade em que se está inserido.

Finalmente, o que tenho a expressar é a imensa alegria de conhecer uma realidade de vida rural, da qual meus antepassados também vivenciaram, ou seja,

meus pais, avós e bisavós. Poder entender o viver e o cuidar destas famílias contribui para uma compreensão de ações de cuidados reproduzidas em minha família, pelas atitudes de cuidado dos meus pais na fase de aquisição familiar, quando éramos crianças e também a partir dos relatos dos meus avós sobre os cuidados com os filhos nesta fase, como era a vida da família quando trabalhavam na roça. Assim, esta pesquisa com famílias rurais não proporcionou apenas uma aproximação com a realidade em que me encontrei atuando como enfermeira, tão somente me fez crescer profissionalmente e oportunizou a construção de conhecimento, mas valeu a experiência de poder me aproximar de aspectos importantes que compõem parte da história de minha família.

REFERÊNCIAS

ABRAMOVAY, Ricardo et al. **Juventude e agricultura familiar**: desafios dos novos padrões sucessórios. Chapecó/ Brasília, 1997. 48p. (Organização das Nações Unidas para a Agricultura e a Alimentação (FAO). Empresa de Pesquisa Agropecuária e Extensão Rural de Santa Catarina (EPAGRI/SC) – Centro de Pesquisa para Pequena Propriedade).

ALMEIDA, Mauro William Barbosa de. Redescobrimo a família rural. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. São Paulo: UNICAMP, v.1, n.1, p.66-92, jun. 1986.

ALMEIDA, Daniel Carlos da Silva e et al. Diagnóstico de morbidade de uma comunidade rural atendida pelo Programa Saúde da Família. **Ciência, Cuidado e Saúde**. Maringá: UEM/DEN, v.2, p. 204, suplemento. 2003.

ALTHOFF, Coleta Rinaldi. Pesquisando a família: a experiência da enfermagem na UFSC. **Família, Saúde e Desenvolvimento**. Curitiba, v.1, n1/2, p. 49-56, jan/dez. 1999.

_____ **Convivendo em família**: contribuições para a construção de uma teoria substantiva sobre o ambiente familiar. Florianópolis: [s.n.], 2001, 200p. (Teses em Enfermagem)

ALTHOFF, Coleta Rinaldi; MANFRINI, Gisele Cristina. Famílias em formação: construindo um cenário de convivência In: II ENCONTRO INTERNACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM: trajetória espaço-temporal da pesquisa, 2002, Águas de Lindóia – São Paulo. **Anais II Encontro Internacional de Pesquisa em Enfermagem**: trajetória espaço-temporal da pesquisa, 2002.

_____ Pais e Filhos Adolescentes: protagonistas da trajetória da vida familiar. **Família, saúde e desenvolvimento**. Curitiba: UFPR, v.4, n. 2, p.98 – 105, jul-dez. 2002.

ALTHOFF, Coleta Rinaldi et al. Pesquisando a Família: por onde caminham os pesquisadores? In: ALTHOFF, Coleta Rinaldi; ELSEN, Ingrid; NITSCHKE, Rosane Gonçalves (Orgs.). **Pesquisando a Família**: olhares contemporâneos. Florianópolis: Papa-Livro, 2004. p. 29-42.

AMBROSINI, Melissa Bueno; WITT, Regina Rigatto. As intoxicações por agrotóxicos no meio rural e a atuação do enfermeiro. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v.21, n.1, p. 5-21, jan. 2000.

ANDERSON, Kathryn H. The family health system approach to family systems nursing. **Journal of Family Nursing**, v.6, n.2, p. 103-119. 2000.

ANGELO, Margareth; BOUSSO, Regina Szylit. Fundamentos da assistência à família em saúde. **Manual de Enfermagem**. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p.14-17.

_____ Grupo de Estudos em Enfermagem e Família: um programa de pesquisa sobre família e doença. In: CONGRESSO INTERNACIONAL PESQUISANDO A FAMÍLIA, 2002, Florianópolis. **Livro Resumo Congresso Internacional Pesquisando a Família**, Florianópolis: [s.n.], 2002. p.174.

ANTON, Iara L. C. **A Escolha do Cônjuge**. Um entendimento sistêmico e psicodinâmico. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000. 299p.

ARRATIA, Alejandrina. Los caminos de investigación en enfermería para el conocimiento del cuidado de la familia y la búsqueda de acciones de intervención. In: ALTHOFF, Coleta Rinaldi; ELSEEN, Ingrid; NITSCHKE, Rosane Gonçalves (Orgs.). **Pesquisando a Família: olhares contemporâneos**. Florianópolis: Papa-Livro, 2004. p. 75-87.

BANDEIRA, Lourdes; VASCONCELOS Márcia. Equidade de Gênero e Políticas Públicas: Reflexões iniciais. **Cadernos AGENDE**, Brasília, v.3, julho. 2002.

BARCELLOS, Wanda B. E.; CARDOSO, Daniela E.; RODRIGUES, Pablíni. Revisando a produção científica e metodológica de um grupo de pesquisa voltado à família. In: CONGRESSO INTERNACIONAL PESQUISANDO A FAMÍLIA, 2002, Florianópolis. **Livro Resumo Congresso Internacional Pesquisando a Família. Florianópolis: [s.n.], 2002. p.292.**

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa/Portugal : Edições 70, 2002.

BIASOLI-ALVES, Zélia Maria Mendes. Pesquisando e intervindo com famílias de camadas sociais diversificadas. In: ALTHOFF, Coleta Rinaldi; ELSEEN, Ingrid;

BOEHS, Astrid Eggert. **Prática do cuidado ao recém-nascido e sua família, baseado na teoria trans-cultural de Leininger e na teoria do desenvolvimento**

da família. 1990. 190f. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1990.

_____. **Os movimentos de aproximação e distanciamento entre os sistemas de cuidado familiar e profissional.** 2001. 268 f. Tese (Doutorado) – Departamento de Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

BOEHS, Astrid E.; ALTHOFF, Coleta R.; RIBEIRO, Edilza M. Saúde da Família: contribuições da UFSC/Departamento de Enfermagem na implementação de metodologias de cuidado em saúde da família. In: CONGRESSO INTERNACIONAL PESQUISANDO A FAMÍLIA, 2002, Florianópolis. **Livro Resumo Congresso Internacional Pesquisando a Família.** Florianópolis: [s.n.], 2002. p.328.

BOURDIE, Pierre. Espaço social e poder simbólico. In: **Coisas Ditas.** Tradução de Cássia R. da Silveira e Denise M. Pegorim. São Paulo: Editora Brasiliense, 1990. p. 149-167.

BRUMER, Anita. Mulher e Desenvolvimento Rural. In: PRESVELOU, Clio; ALMEIDA, Francesca Rodrigues; ALMEIDA, Joaquim Anécio. **Mulher, Família e Desenvolvimento Rural.** Santa Maria: Ed. da UFSM, 1996. 152p.

BUDÓ, Maria de Lourdes Denardin. A mulher como cuidadora no contexto de uma comunidade rural de imigração italiana. **Texto e Contexto Enfermagem.** Florianópolis: UFSC/PEN, v.6, n.1, p. 181-197, jan./abr. 1997.

BUDÓ, Maria de Lourdes Denardin. **A prática de cuidados em comunidades rurais e o preparo da enfermeira.** 2000. 190f. Tese (Doutorado em Filosofia da Enfermagem) – Departamento de Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico.** Tradução de Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995. 307p.

CARNEIRO, Maria José. O ideal *rurbano*: campo e cidade no imaginário de jovens rurais. In: SANTOS, Raimundo; CARVALHO, Luiz Flávio de; SILVA, Francisco Carlos T. da. **Mundo rural e política: ensaios interdisciplinares.** Rio de Janeiro: Campus, 1998. p. 95-117.

CARTER, Betty; McGOLDRICK, Mônica e cols. **As Mudanças no Ciclo de Vida Familiar.** Uma estrutura para a terapia familiar. 2 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 510 p.

CAVALCANTI, Maria do Socorro Loureiro. **Gosto de ser mulher**: representação da sexualidade feminina em uma comunidade rural. 1998. 190p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.

CERVENY, Ceneide Maria de Oliveira; BERTHOUD, Cristiana Mercadante e cols. **Família e Ciclo Vital**. Nossa realidade em pesquisa. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997. 287p.

CERVENY, Ceneide Maria de Oliveira. Pensando a família sistematicamente. In: CERVENY, Ceneide Maria de Oliveira; BERTHOUD, Cristiana Mercadante. **Visitando a família ao longo do ciclo vital**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. p. 15-27.

CERVENY, Ceneide Maria de Oliveira; BERTHOUD, Cristiana Mercadante. **Visitando a família ao longo do ciclo vital**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. 200p.

CHIZZOTTI, Antonio. **Pesquisa em Ciências Sociais e Humanas**. São Paulo: Cortez, 1991. – (Biblioteca da educação. Série 1. Escola, v.16).

COLLIÈRE, Marie-Françoise. **Promover a vida**: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Traduzido do francês por Maria Leonor Braga Abecasis. Lisboa: Printipo Damaia, 1989. 385p.

DELGADO, Josefa Aínda. **Aproximação à compreensão ontológica da família baseada no pensamento de Heidegger**. 2003. 176p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

DENARDIN, Maria de Lourdes. A família rural e os cuidados em saúde. In: ELSEN, Ingrid; MARCON, Sonia Silva; SANTOS, Mara Regina dos, (Orgs.). **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: Eduem, 2002. p. 77-96.

DENHAM, Sharon A. Relationships between family rituals, family routines, and health. **Journal of Family Nursing**, v. 9, n. 3, p. 305-330. 2003.

Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificações, 2003-2004. organizado por North American Nursing Association. Trad. Cristina Correia. Porto Alegre: Artmed, 2005. 300p.

ELSEN, Ingrid. Desafios da Enfermagem no cuidado de famílias. In: BUB, Lygia Ighes Rossi; PENNA, Claudia Maria de Mattos. **Marcos para a prática do cuidado de enfermagem com famílias**. Florianópolis: Editora da UFSC, 1994. p. 61-77.

_____. Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: ELSEN, I.; MARCON, S.S.; SANTOS, M. R. e orgs. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: EDUEM, 2002. p.11-24.

ELSEN, I.; ROSA, M.C. da; ARAÚJO, M.A.; CARDOSO, D.E. A família idosa numa área rural de Santa Catarina: seu significado e suas relações sociais. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis: UFSC/PEN, v. 6, n. 2, p. 359-368, maio-ago. 1997.

ELSEN, Ingrid; ALTHOFF, Coleta Rinaldi. Família e Pesquisa: os contornos de um universo a explorar. In: ALTHOFF, Coleta Rinaldi; ELSEN, Ingrid; NITSCHKE, Rosane Gonçalves (Orgs.). **Pesquisando a Família: olhares contemporâneos**. Florianópolis: Papa-Livro, 2004. p.19-28.

FANTINI, Karen Suyan Clezar. **A família em expansão: um espaço para a promoção da saúde bucal**. 2005. 185p. Dissertação (Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho) – Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2005.

FEELEY, Nancy; GOTTLIEB, Laurie N. Nursing approaches for working with family strengths and resources. **Journal of Family Nursing**, v. 6, n. 1, p. 9-24. 2000.

FILIZOLA, Carmen L. Alves; RIBEIRO, Márcia da Conceição; PAVARINI, Sofia C. Iost. A história da família de Rubi e seu filho Leão: trabalhando com famílias de usuários com transtorno mental grave através do Modelo Calgary de Avaliação e de Intervenção na Família. **Texto e Contexto Enfermagem**. Florianópolis: UFSC/PEN, v. 12, n. 2, p.182-190, abr-jun. 2003.

FONSECA, Cláudia. Olhares antropológicos sobre a família contemporânea. In: ALTHOFF, Coleta Rinaldi; ELSEN, Ingrid; NITSCHKE, Rosane Gonçalves (orgs). **Pesquisando a família: olhares contemporâneos**. Florianópolis: Papa-Livro, 2004. 168p.

FORD-GILBOE, Marilyn. Developing knowledge about family health promotion by testing the developmental model of health and nursing. **Journal of Family Nursing**, v. 8, n. 2, p. 140-156. 2002.

FOSCHIERA, Fraciele; GRANDO, Liandra Kasparoviz; MARASCHIN, Maristela; MIGUEL, Adriana. Coleta de exame preventivo de câncer ginecológico em mulheres de uma comunidade rural atendidas pelo Programa Saúde da Família. **Ciência, Cuidado e Saúde**. Maringá:UEM/DEN, v.2, p. 249, suplemento. 2003.

GALLAHUE, David L.; OZMUN, John C. **Compreendendo o desenvolvimento motor: bebês, crianças, adolescentes e adultos**. São Paulo: Phorte Editora, 2003. 606p.

HAYGERT, Maria Lúcia L. **De pai para filho: tecendo um novo território familiar**. Uma etnografia sobre as relações geracionais na agricultura familiar do Município de Quilombo/SC. 2000. Dissertação (Mestrado em Antropologia) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

HAYGERT, Maria Lúcia L.; DICKIE, Maria Amélia S. **Produzindo Vida: jovens rurais, ethos camponês e agroecologia**. Paper apresentado no Workshop sobre Agricultura Familiar. Florianópolis, 12-13 junho. 2003.

HECK, Rita Maria. **Contexto sociocultural dos suicídios de colonos alemães: um estudo interdisciplinar para a Enfermagem**. 2000. 297p. Tese (Doutorado em Filosofia da Enfermagem) – Departamento de Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

HECK, Rita Maria. Percepção social sobre categorias de risco do suicídio entre colonos alemães do Nordeste do Rio Grande do Sul. **Texto e Contexto Enfermagem**. Florianópolis: UFSC/PEN, v. 13, n. 4, p.559-567, out-dez. 2004.

HERMIZ, M. E.; MEININGER, M. Betty Neuman. In: MARRINER, A. **Modelos y teorías de enfermería**. Barcelona: Rol S.A., 1989. p. 275-292.

HINES, Paulette Moore. O ciclo de vida familiar nas famílias negras pobres. In: CARTER, Betty; McGOLDRICK, Mônica e cols. **As Mudanças no Ciclo de Vida Familiar**. Uma estrutura para a terapia familiar. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p. 440-467.

HOFMANN, Ana Cristina O. da Silva. **Promovendo a saúde da família na fase da adolescência**. 1999. 55p. Monografia do Curso Especialização em Enfermagem na Saúde da Família. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1999.

_____Intervenções da Enfermagem na promoção da saúde familiar na fase da adolescência. **Ciência, Cuidado e Saúde**. Maringá: UEM/DEN, v.2, p. 126-128, suplemento. 2003.

HOFFMANN, Ana Cristina O. da S.; ELSEEN, Ingrid; FANTINI, Karen Suyan C. A teoria do desenvolvimento das famílias e suas implicações para a saúde familiar. **Ciência, Cuidado e Saúde**. Maringá: UEM/DEN, v.2, p. 165, suplemento. 2003.

IBGE, **Censo Demográfico 2000**. Apresenta dados demográficos e estatísticos brasileiros. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 18 de fevereiro de 2005.

JANOSIK, Ellen H.; MILLER, Jean R. Theories of family development. In: HYMOVICH, Debra P.; BARNARD, Martha U. **Family Health Care**. General Perspectives. McGraw-Hill Book Company, v.1, 1979. p.3-15.

JOHNSON, Marion et al. **Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem**: ligações entre NANDA, NOC e NIC. Trad. Ana Thorell. Porto Alegre: Artmed, 2005. 506p.

KLEIN, David M.; WHITE, James M. **Family Theories**. An introduction understanding families, vol.4, 1996.

LARA, J. R. L. Dinâmica familiar. Una familia en formación con muchas dificultades. **Medifam**. Madrid, v.11, n.7, jul. 2001.

LARAIA, Roque de Barros. **Cultura**: um conceito antropológico. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1986. 116p.

LEONARD, Bárbara. Crescimento e Desenvolvimento das Famílias. In: ATKINSON, Leslie D.; MURRAY, Mary Ellen. **Fundamentos de Enfermagem**. Introdução ao Processo de Enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989. p. 203-211.

MACEDO, Virgílio César Dourado de; MONTEIRO, Ana Ruth Macêdo. Enfermagem e a promoção da saúde mental na família: uma reflexão teórica. **Texto e Contexto Enfermagem**. Florianópolis: UFSC/PEN, v. 13, n. 4, p. 585-592, out-dez. 2004.

MACHADO, Aline Cardoso; MOREIRA, Silvia Karina; MACIEIRA, Sarah Anna; MEIRELES, Viviani Camboim. Características das Famílias da Vila Rural Elza Lerner. CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM 56. 2004, Gramado. **Anais**

do **56º Congresso Brasileiro de Enfermagem** [livro em formato eletrônico]. ABEN-RS, 24-29 out de 2004. Disponível em: <http://bstorm.no-ip.com:2048/PHP/ABEN/index.php?cod=74666&popup=1>

MACHADO, Andréa Soares; MANFRINI, Gisele Cristina; MONTICELLI, Marisa. Identificando os estressores intrapessoais, interpessoais e extrapessoais do sistema “recém-nascido-família” em unidade neonatal com base na abordagem teórica de Betty Neuman. CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM 56, 2004, Gramado. **Anais do 56º Congresso Brasileiro de Enfermagem** [livro em formato eletrônico]. ABEN-RS, 24-29 out. de 2004. Disponível em: <http://bstorm.no-p.com:2048/PHP/ABEN/index.php?cod=62366&popup=1>

MANFRINI, Gisele Cristina; ALTHOFF, Coleta Rinaldi. Convivência familiar e saúde: um estudo sobre famílias nas fases madura e tardia do ciclo de vida familiar. **Anais do 11º Simpósio Internacional de Iniciação Científica da USP**. São Paulo, 2003.

MANFRINI, Gisele Cristina; GARRIDO, Regina Schinko; BOEHS, Astrid Eggert. O cuidado de enfermagem a famílias rurais na perspectiva do ciclo de vida familiar: identificando forças e fragilidades do cuidado familiar. CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 2004, Gramado. **Anais do 56º Congresso Brasileiro de Enfermagem** [livro em formato eletrônico]. ABEN-RS, 24-29 out. de 2004. Disponível em: <http://bstorm.no-ip.com:2048/PHP/ABEN/index.php?cod=62558&popup=1>

MARASCHIN, Maristela Salete; PIETSCH, Marly Pestana; TOMAZONI, Miriam Helena. Ações interdisciplinares na avaliação vacinal de um grupo de idosos da área rural do município de Cascavel/PR. **Ciência, Cuidado e Saúde**. Maringá: UEM/DEN, v.2, p. 237-238, suplemento. 2003.

MARTINS, Adriane de castro M.; TOGASHI, Adriane Yaeko; SAWASAKI, Íris. Índice de higiene bucal das famílias residentes na vila rural do município de Anahy. **Ciência, Cuidado e Saúde**. Maringá: UEM/DEN, v.2, p. 106-107, suplemento. 2003.

MCCULLOUGH, Paulina G.; RUTENBERG, Sandra K. Lançando os Filhos e Seguindo em Frente. In: CARTER, Betty; MCGOLDRICK Mônica e Cols. **As Mudanças no Ciclo de Vida Familiar: Uma estrutura para a terapia familiar**. Porto Alegre: Artmed, 2001. 510p.

MCGOLDRICK, Monica. Etnicidade e o ciclo de vida familiar. In: CARTER, Betty; MCGOLDRICK Mônica e Cols. **As Mudanças no Ciclo de Vida Familiar: Uma estrutura para a terapia familiar**. Porto Alegre: Artmed, 2001. p. 65-96.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 3ª ed. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 1994. 269p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org) et al. **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. 16. ed. Petrópolis : Vozes, 2000. 80p.

MONTICELLI, Marisa. Estudo comparativo de conceitos e sua aplicação na Enfermagem. Buscando um conceito de cultura. In: LEOPARDI, Maria Tereza. **Teorias em Enfermagem:** Instrumento para a prática. Florianópolis: Editora Pappalivros, 1999. p. 171-181.

MONTICELLI, Marisa. **Nascimento como um rito de passagem:** abordagem para o cuidado as mulheres e recém-nascidos. São Paulo: Robe, 1997. 346p.

NETO, Otávio Cruz. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: DESLANDES, Suely Ferreira; NETO, Otávio Cruz; GOMES, Romeu; MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa Social:** teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994. p. 51-66.

NISHIYAMA, Paula. Intoxicações por agrotóxicos em trabalhadores do MST. **Ciência, Cuidado e Saúde.** Maringá: UEM/DEN, v.2, p. 34-37, suplemento. 2003.

OLIVEIRA, Edílson Almeida de; DAINEZ, Elaine Maria; PIETSCH, Marly Pestana; BENTO, Rosani da Rosa. Relato de experiência interdisciplinar desenvolvida através de atividades com grupos de hipertensos e diabéticos realizados na área rural do município de Cascavel/Paraná. **Ciência, Cuidado e Saúde.** Maringá: UEM/DEN, v.2, p. 115-116, suplemento. 2003.

OLIVEIRA, Edílson Almeida de; PIETSCH, Marly Pestana; BENTO, Rosani da Rosa. Coleta seletiva de lixo na área rural, utilizada como promotora da educação ambiental e da saúde familiar. **Ciência, Cuidado e Saúde.** Maringá: UEM/DEN, v.2, p. 202, suplemento. 2003.

PALVEQUIRES, Shirlene; ROZENDO, Célia Alves; COLLET, Neusa. A Ética na Enfermagem. In: CAPONI, Gustavo; LEOPARDI, Maria Tereza; CAPONI, Sandra N.C. A saúde como desafio ético. SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE FILOSOFIA E SAÚDE, 2004, 16 a 19 de novembro, Florianópolis. **Anais do I Seminário Internacional de Filosofia e Saúde.**

PORTELLA, Marilene Rodrigues. **Cuidar para um envelhecer saudável:** a construção de um processo educativo com mulheres de uma comunidade rural de

Passo Fundo/RS. 1998. 125p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1998.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1989.

ROWE, George P. The developmental conceptual framework to de study of the family. In: NYE, S.; BERARDO, F. **Emerging conceptual frameworks in familys analysis**. New York, Praeger Publisher, 1981.

SACCOL, A. P. ; WOSNY, Antônio de Miranda ; STEFANES, Camila . Jovens e adolescentes multiplicadores de educação popular e saúde rural. In: VI Congresso Nacional da Rede Unida, 2005, Belo Horizonte. **Anais VI Congresso Nacional da Rede Unida**. Londrina : Olho Mágico, v. 12, p. 90-90, 2005.

SACCOL, A. P. ; WOSNY, Antônio de Miranda ; STEFANES, Camila . Desafios para educação popular e saúde em âmbito rural. In: VI Congresso Nacional da Rede Unida, 2005, Belo Horizonte. **Anais VI Congresso Nacional da Rede Unida**. Londrina : Olho Mágico, v. 12, p. 90-90, 2005.

SCHWARTZ, Eda. **Família teuto-gaúcha: o cuidado entre possibilidades e limites**. 1998. 147f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1998.

SCHWARTZ, Eda. **O viver, o adoecer e o cuidar das famílias de uma comunidade rural do extremo sul do Brasil: uma perspectiva ecológica**. 2002. 202f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

SCHWARTZ, Eda. Família, ruralidade e saúde. **Ciência, Cuidado e Saúde**. Maringá: UEM/DEN, v.2, p. 38-41, suplemento. 2003.

SEYFERTH, Giralda. **Imigração e Cultura no Brasil**. Brasília: Editora da UNB, 1990. 103p.

SEYFERTH, Giralda. **A colonização alemã no Vale do Itajaí-Mirim: um estudo de desenvolvimento econômico**. Porto Alegre: Movimento, 1974. 159p.

SILVA, E.A.R.; CERVENY, C.M.O. Um estudo sobre o ciclo vital familiar da família paulista de baixa renda. CONGRESSO BRASILEIRO DE TERAPIA FAMILIAR. 2004, Florianópolis. **Anais do VI Congresso Brasileiro de Terapia Familiar.**

SILVA, Rafaela Reis da. **Construindo um processo cuidativo-educativo em enfermagem a partir da percepção de saúde em crianças em idade escolar de um bairro periférico de Florianópolis.** 2003. 173p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

SILVESTRO, Milton Luiz et al. **Os impasses sociais da sucessão hereditária na agricultura familiar.** Florianópolis: EPAGRI. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Agrário, 2001.

SOUZA, Marilza T. S. De. Família e Resiliência. In: CERVENY, Ceneide Maria. (org). **Família e.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p. 53-84.

STANGE, C.; SILVA, D. M. da; SANTOS, F. M. M. dos; ALVAREZ, A. M. Mudanças relacionadas à estrutura familiar e qualidade de vida dos idosos da zona rural de Urubici – SC (Resumo). **Texto e Contexto Enfermagem.** Florianópolis: UFSC/PEN, v. 6, n. 2, p.383, maio-ago. 1997.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção Primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 725p

TRENTINI, Mercedes; PAIM, Lygia. **Pesquisa convergente-assistencial:** um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem. 2ª edição revisada e ampliada. Florianópolis: Insular, 2004. 143p.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais.** A pesquisa Qualitativa em Educação. São Paulo: Editora Atlas S.A, 1990.

VICENTE, Rosa Maria P. da S. Família e mudança. In: CERVENY, Ceneide Maria. de O. (org). **Família e.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p. 39-51.

WAIMANN, Maria Angélica Pagliarini; ELSEEN, Ingrid. **Em busca de uma metodologia interdisciplinar de assistência a famílias: um estudo bibliográfico.** Florianópolis: UFSC/GAPEFAM, 2002. (Texto não publicado).

WALDOW, Vera Regina. **Cuidado humano o resgate necessário**. 3ª edição. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 2001. 202p.

WANDERLEY, Maria de Nazareth Baudel. Raízes históricas do campesinato brasileiro. In: TEDESCO, João Carlos. **Agricultura familiar**: realidades e perspectivas. 3ª ed. Passo Fundo: UPF, 2001. p. 21-55.

WITT, Regina Rigatto; BACKES, Daniel da Luz; STRIM, Cíntia; RODRIGUES, Daniela. Enfermagem Rural. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v.21, n.1, p. 22-30, jan. 2000.

WOORTMANN, Klaas. "Com parente não se neguceia". O campesinato como ordem moral. **Anuário Antropológico/87**. Brasília: Editora da UNB, 1990. p. 11-73.

WOORTMANN, Ellen F. **Herdeiros, Parentes e Compadres**. Estudos Rurais. São Paulo-Brasília: HUCITEC – Edunb, 1995. 336p.

WOORTMANN, Ellen F. **Herdeiros, Parentes e Compadres**. Colonos do Sul e Sitiantes do Nordeste. São Paulo-Brasília: HUCITEC/Edunb, 1995. 336p.

WOORTMANN, Ellen F.; WOORTMANN, Klaas. **O trabalho da terra**. A lógica e a simbólica da lavoura camponesa. Brasília: Editora UNB, 1997. 192p.

WRIGHT, L. M.; LEAHEY, M. **Enfermeiras e Famílias**: um guia para avaliação e intervenção na família. 3 ed. São Paulo: Roca, 2002. 327p.

ANEXOS

ANEXO A: MODELO DE REGISTRO DE DIÁRIO DE CAMPO

| ENTREVISTA FAMÍLIA GIRASSOL – Primeira Visita Domiciliar (15/10/04 às 10:00 horas; moram em mesma casa). | |
|---|--|
| <p>LEGENDA: I = avô; R = avô; M = nora (mãe da criança); F = filho (pai da criança); G = enfermeira entrevistadora; C – Criança (neto).</p> | |
| <p>NE: G – Quando vocês costumam procurar o Posto de Saúde? F – <u>A gente nunca foi de ficar correndo por qualquer coisinha, assim – Ah, destronquei um dedo, vou sair correndo... eu nem dou bola! Quando é alguma coisa simples, um espinho no pé, por exemplo, a gente pega e tira com a agulha sozinho e pronto...</u> R – Uma vez eu caí com a carroça ali pra cima, pra dentro dos morros e caí dentro da cerca de arame farpado e me cortei todo... olha isso aí... (1) G – Mas daí o senhor tratou e casa? I – Sim, <u>tratou em casa...</u> R – É porque eu não corro no médico por qualquer coisa. <u>A única coisa que eu fui ao médico, por causa de acidente, foi quando eu trabalhava lá na empresa...</u> F – <u>Porque eles levaram ele...</u> (A) G – Ah, tá! E como é o dia-a-dia de vocês? Cada um faz alguma coisa, como é? R – <u>Eu tenho que desembrulhar o milho (risos)...</u> (2) G – E o que mais? R – <u>Passar veneno nos pé de milho...</u> G – Colher o milho também? R – <u>Colher não, porque isso é trabalho dela</u> (apontado para a esposa), mas agora também sou eu quase que tenho que fazer isso. I – <u>Eu trato as vacas e as galinhas e ela (apontando para a nora) faz o café, o almoço, limpa a casa e cuida do jardim...</u> (3) R – <u>E o resto também vai ter que começar a ajudar...</u> G – E é <u>ela quem cuida da criança?</u> I – É, mas <u>o pequeno, às vezes, já vai junto quando eu vou pra roça capinar...</u> G – Ah, ele fica junto... I – Sim... R – <u>Ele já ajuda a plantar milho!</u> I – Sim, <u>ele abre a mãozinha e pede pra gente colocar grãos de milho e ele vai botando dentro dos buracos que a oma vai fazendo com a enxada...</u> G – Vocês já <u>estão ensinando ele a plantar?</u> I – Sim, e <u>ele gosta das árvores e diz que lá tem mamão, que lá tem comida nas árvores...</u> ele procura as árvores de jabuticaba, de pêssego, vai lá e mostra pra gente... (4) F – Olha, na minha opinião, dizer que não tem emprego é história... quem quer trabalhar tem emprego, mas o que acontece em São Paulo – ah, eu não vou trabalhar nisso... – e aqui não tem disso. Eu não vou sujar as minhas mãos porque... (5) I – Aí é que está o problema! R – Ah, <u>isso é também aqueles da firma...</u> M – Não, o que ele quer dizer é assim, do emprego: o que é o principal do trabalho é carregar madeira, por exemplo, mas se não tem isso pra fazer, tem que ir fazendo alguma coisa por fora, uma coisinha aqui, outra coisinha ali... mas</p> | <p>Códigos iniciais: <i>Saúde</i> – procura pelo posto de saúde <i>Integridade</i> – o que acreditam ser coisa simples ou não. <i>Saúde</i> – cuidado familiar quando é coisa simples. NORMA – tratar ou cuidar de problemas simples em casa. <i>Saúde</i> – não procura pelo médico por qualquer coisa. <i>Saúde</i> – levado para o médico quando sofreu acidente no trabalho. <i>Desenvolvimento</i> – a aposentadoria como evento maturacional. TAREFA – apesar de aposentado, realiza atividade agrícola em casa. <i>Desenvolvimento</i> – tarefas cotidianas distintas entre os membros. <i>Integridade</i> – o modo de diferenciar as atribuições na família (“colher é trabalho dela”). <i>Desenvolvimento/Integridade</i> – a mulher jovem é incluída nas atividades agrícolas para auxiliar a mais velha. PAPEL (mãe) – cuidadora principal da criança. TAREFA (mãe) – estar presente em casa para cuidar da criança. Interativo – levando a criança para a roça. <i>Desenvolvimento</i> – iniciação (inclusão) da criança nas atividades cotidianas da família rural. <i>Integridade</i> – transmissão da cultura agrícola à criança. TAREFA (avó) – tomar conta da criança; ensinar práticas familiares à criança. PAPEL (avó) – cuidadora secundária da criança; educadora para as práticas rurais. <i>Desenvolvimento</i> – participação dos avós na educação e cuidado com o neto. <i>Integridade</i> – identificação da criança com a natureza. <i>Integridade</i> – diferenças entre campo e cidade. <i>Integridade</i> – diferenças entre o trabalho no campo e na firma.</p> |

| | |
|--|---|
| <p>não, o que acontece é que se não tem “ah, eu só faço isso...”. É claro que tu nunca vai arranjar um serviço desse! (6)</p> <p>F – Isso, na minha opinião, <u>pode até ser que tenha desemprego em um ou outro lugar, mas a maioria é isso aí: eu não vou trabalhar nisso ou naquilo...</u></p> <p>G – E o trabalho que vocês têm aqui nas terras de vocês. O que vocês produzem é para vocês ou vocês vendem também?</p> <p>R – Agora ou ultimamente, <u>o que a gente faz é pra gente, para aquilo que nós gastamos.</u> A única coisa que nós vendemos são ovos.</p> <p>M – Mas o <u>único problema é que não pode vender...</u></p> <p>R – Pode vender, mas é por aqui.</p> <p>F – No caso, <u>quem pede vem buscar aqui, a gente não pode levar, porque do jeito que ta a coisa...</u></p> <p>R – <u>Leite nós não estamos vendendo, porque por esse preço de leite não dá...</u></p> <p>F – <u>Não vale o serviço que dá...</u> (7)</p> <p>I – E, às vezes, algum pedaço de gado a gente vende também...</p> <p>G – Ah, quando vocês matam...</p> <p>R – Mas agora já faz tempo que a gente não vende mais.</p> <p>I – É <u>porque a gente já não pode cuidar tanto do gado.</u> (B)</p> <p>G – E por que vocês têm essa preocupação de manter a terra, de deixá-la sempre cuidada?</p> <p>F – <u>Porque isso é de geração em geração...</u></p> <p>I – <u>Já é a quarta geração agora!</u></p> <p>F – <u>Vamos tentar levar assim...</u></p> <p>G – Então é pra deixar tudo pra ele (se referindo ao neto)? Porque o senhor (se referindo ao avô) estava me dizendo que <u>queria manter o nome “Z.” por mais 500 anos, através da terra não é?</u></p> <p>R – Isso sim!</p> <p>I – Porque ele tinha 2 anos quando o pai dele faleceu...</p> <p>R – Pra dizer, <u>eu não cheguei a conhecer o meu pai.</u></p> <p>I – Mas <u>a mãe dele tinha oportunidade de trabalhar fora e ganhar muito mais, mas pra ter a terra ela ficou aí,</u> curvada desse jeito se a senhora ou senhorita visse. Se tu visses como a minha sogra trabalhava nesses morros aqui, só pra ter a terra, pra um dia ele ter (se referindo ao marido). <u>Ela morreu bem velhinha!</u> E depois, ela ainda comprou outra terra pra ela morar e deixar essa aqui pra ele... (8)</p> <p>R – <u>Pra deixar no meu nome!</u> (9)</p> <p>I – E depois eu também <u>trabalhei de enfermeira!</u> Quando ele me conheceu eu trabalhava de enfermeira em Rio do Sul e eu podia também ter outro emprego, só que eu não quis, o hospital queria que eu ficasse, mas eu disse “não! <u>A sogra deixou a vida quase pra nós ter com a terra, então eu vou ficar com ele aqui nas terras como ela queria.</u>”</p> <p>G – E vocês são felizes aqui, da forma como vocês vivem?</p> <p>R – E por quê não?!</p> <p>I – Muito felizes! A gente está sossegada, faz tudo o que precisa...</p> <p>R – Eu não queria morar numa cidade.</p> <p>F – A gente não passa necessidade aqui. A gente também não precisa se judiar e se judiar pras coisas como muitos colonos... <u>Só que eu pensava bem diferente quando era mais novo.</u></p> <p>I – <u>Esse aqui não queria trabalhar na roça quando era</u></p> | <p><i>Integridade</i> – relativizando o desemprego, de acordo com sua ótica.</p> <p><i>Enfrentamento</i> – manutenção da produção agrícola para subsistência.</p> <p><i>Desenvolvimento</i> – o consumo da família aumentou porque a família também aumentou.</p> <p><i>Enfrentamento</i> – estratégias para evitar problemas com a vigilância epidemiológica à venda de excedentes (ovos, carne).</p> <p><i>Integridade</i> – transmissão do cuidado à terra ao longo das gerações.</p> <p>TAREFA – manter a terra cuidada; trabalhar na terra.</p> <p><i>Enfrentamento</i> – dificuldade de manter a terra, associado ao serviço de operário de firma.</p> <p><i>Desenvolvimento</i> – manter e transmitir o patrimônio familiar.</p> <p>EVENTO MATORACIONAL OU DE TRANSIÇÃO – preparando a transmissão da herança.</p> <p><i>Integridade</i> – significado do nome para a identidade moral da família e da terra.</p> <p>EVENTO NODAL – perda do pai na infância.</p> <p><i>Integridade</i> – sofrendo até a velhice em honra ao patrimônio familiar.</p> <p>PAPEL – herdeiro e administrador do patrimônio familiar.</p> <p><i>Integridade</i> – tendo conhecimentos profissionais de saúde.</p> <p><i>Integridade/Desenvolvimento</i> – reproduzindo o modelo de dedicação ao patrimônio familiar da família de origem.</p> <p><i>Enfrentamento</i> – vivem felizes; vida sossegada; têm o que precisam; não passam necessidade; não se judiam no trabalho.</p> <p><i>Desenvolvimento</i> – pensando o campo de modo diferente do que quando criança/adolescente.</p> <p><i>Integridade</i> – não aceitando a possibilidade de o filho deixar a terra ou vende-la.</p> |
|--|---|

| | |
|---|---|
| <p><u>mais novo! (10)</u> R – <u>Você pode ver: tem pra plantar, tem terra, tem tudo e põe pra vender?</u> G – Você já percebeu que pensava diferente antes e que, agora, pensa uma outra coisa. Então, agora que vocês têm um filho, o que vocês pensam para ele, neste sentido? F – <u>Eu penso que ele vai pensar da mesma forma que nós pensamos!</u> (falando e olhando para a esposa) M – (risos) R – É, mas isso custa! (11) G – Mas vocês estão preparando ele, de alguma forma, pra isso... ensinando a plantar... F – É que a gente nunca sabe como eles crescem de idéia. Tem gente que tem os filhos que primeiro dizem – ah, eu não quero fazer isso e depois... M – Em compensação, tem aqueles que pegam a parte e fazem depois... F – <u>E tem também aqueles que dizem, desde pequenos, que vão cuidar – como muitos da vizinhança, por aí - e que quando chega na hora de cuidar, não cuidou, perdeu, estragou...</u> R – <u>Isso o que a gente escuta, que os velhos abrem a mão das terras para os filhos e tudo vai para o lixo...</u> M – Então, <u>a gente fica pensando: dá um futuro pronto ou não dá um futuro pronto, se vai ser assim ou vai ser assado...</u> I – Como o desemprego está muito na cidade, quem tem uma terra e querendo ele consegue ainda viver. G – Trabalhando consegue se manter... F – <u>Pelo menos pela comida, né.</u> I – Pra comida, sim. Porque a nossa família nunca passou fome. <u>Sempre tinha um pé de aipim, um pouco de batata e um pouco de leite, só nem sempre tinha carne, mas sempre deu...</u> F – Nunca deu pra reclamar, porque sempre tinha alguma galinha ou coisa assim. R – Agora com vocês sim, só que antes, <u>no tempo dos primeiros não era bem assim.</u> I – É. M – Agora, <u>eu não vou dizer pra ele fazer assim, assim e assado, porque vai chegar na hora e ele não vai querer fazer.</u> A gente sabe, porque nós também não fizemos. Não adianta! G – Assim: aqui todos trabalham, não é? F – Com certeza! G – Mas tem alguém na família que faz o papel de chefe da família? I – <u>O pai.</u> F – <u>Mas eu também mando em algumas coisas...</u> (risos de todos). (12) G – E vocês percebem que, por serem os pais, dividem as decisões ou o que fazer? Ou vocês todos decidem juntos? F – Dependendo, <u>a gente procura decidir todos juntos</u>, quando é obra ou outra coisa de fazer... Tudo bem que, geralmente, a gente se discute na hora de decidir, mas... M – <u>Geralmente sai discussão!</u> R – Mas não briga! F – Não, não. <u>Nunca me lembro de ter visto meus pais chegarem a se bater</u>, nunca... G – Essa discussão é pra um convencer o outro?</p> | <p><i>Desenvolvimento</i> – discutindo sobre o modelo que o filho reproduzirá. TAREFA – assumir e manter o patrimônio herdado para, futuramente transmiti-lo. NORMA – manter as atividades agrícolas de subsistência para não vender a terra.</p> <p><i>Integridade</i> – percebendo os valores dos filhos à terra.</p> <p><i>Desenvolvimento</i> – refletindo sobre como conduzir o futuro do filho.</p> <p><i>Enfrentamento</i> – manter a terra pela comida; margem de segurança para a família, frente o desemprego.</p> <p><i>Integridade</i> – carne como alimento nobre, mais escasso devido o custo.</p> <p><i>Desenvolvimento</i> – comparando dificuldades atuais com as dificuldades dos antepassados na família. <i>Desenvolvimento</i> – respeitando a possibilidade mudança no pensar e agir do filho.</p> <p>PAPEL – pai o chefe de família. PAPEL – filho dividindo o papel de chefe de família.</p> <p><i>Interativo</i> – tomando decisões em conjunto. <i>Interativo</i> – discutindo para negociar e tomar decisões em família. <i>Interativo</i> - evitando brigas.</p> <p><i>Saúde</i> – tomando decisões para medida</p> |
|---|---|

| | |
|--|--|
| <p>F – É!</p> <p>G – E, geralmente, que tipo de problema que gera discussão na família?</p> <p>R – Às vezes é uma coisa como, por exemplo, por causa daquela cerquinha ali (apontando pra fora da janela).</p> <p>F – Porque é um muro muito alto...</p> <p>M – Porque daqui a pouco o pequeno cai lá pra baixo e enquanto não botar essa cerca, eu não vou sossegar!</p> <p>G – E quando se refere à criança, de ter que fazer alguma coisa pra ele, daí vocês também discutem?</p> <p>I – Por causa do pequeno não...</p> <p>F – Assim, tu diz se tem fazer algum ensinamento pra criança?</p> <p>G – É. Se há algum conflito entre vocês, quanto a isso?</p> <p>F/M – Não. (13)</p> <p>F – <u>A gente concorda com praticamente tudo com eles...</u></p> <p>M – Não, porque o que é melhor pra ele e o que é um ensinamento pra ele, ninguém discute, porque ele tem que aprender.</p> <p>F – <u>Isso não tem diferença se é o opa quem ensina, a oma ensina...</u></p> <p>M - <u>O pai quem ensina ou a mãe...</u></p> <p>F – <u>O tio ou a tia, a madrinha...</u></p> <p>M – <u>Estando certo...</u></p> <p>I – <u>Dá uma batidinha nos dedos!</u></p> <p>M – <u>Ou uma palmada na bunda!</u></p> <p>G – Essa liberdade o opa e a oma tem, mesmo sendo o filho de vocês?</p> <p>M – <u>Tanto o opa e a oma daqui, quanto os meus pais também. Não é tirar a liberdade, porque eu acredito que eles sabem muito mais que a gente. Porque nós também estamos ainda aprendendo!</u></p> <p>G – E como vocês se relacionam? Como é o relacionamento de vocês em família?</p> <p>I – Como assim?</p> <p>G – Quando tem que comer, todo mundo come junto?</p> <p>F – Ah, <u>isso é sagrado!</u> Porque eles logo vão pra roça de tarde então eu chego pelas 12:30...</p> <p>M – <u>Ele não pode chegar atrasado, senão...</u></p> <p>F – Mas nunca teve de um come agora, outro come depois...</p> <p>M – <u>Na minha casa funciona assim, só não de final de semana, porque durante a semana todo mundo trabalha fora, então um chega às 14:00... não dá pra conciliar um mesmo pro almoço, porque um trabalha de tarde, outro de manhã.</u></p> <p>R – Muitas vezes a gente vê que cada um enche seu prato e vai pra lá e outro para outro lado...</p> <p>F – <u>Na frente da televisão...</u></p> <p>R – <u>Isso não pode acontecer...</u></p> <p>M – Se tem mesa, é na mesa que se come.</p> <p>R – <u>É na mesa e todo mundo junto.</u></p> <p>F – Tanto é que <u>meu pai não gosta de fazer uma festa ou um aniversário daquele tipo “americano”</u> que o cara vai lá e passa, pega as coisas e sai pra sentar. Ele não suporta isso!</p> <p>G – <u>Prefere que todos fiquem na mesa...</u></p> <p>M – <u>Às vezes, não dá pra conciliar, porque tem lugar que é difícil, não tem lugar pra todo mundo.</u> Por exemplo, aqui a gente já colocou uma mesa maior quando isso acontece,</p> | <p>de proteção à criança (cuidado familiar).</p> <p>TAREFA – proteger a criança.</p> <p>TAREFA – criar e educar a criança.</p> <p><i>Desenvolvimento</i> – concordando com os ensinamentos dos pais.</p> <p><i>Interativo</i> – participação de vários membros da família na educação da criança.</p> <p>PAPEL – educador</p> <p>NORMA – bater (de leve) para ensinar o errado à criança.</p> <p><i>Integridade</i> – reconhecendo a experiência e a sabedoria dos pais.</p> <p><i>Desenvolvimento</i> – adquirindo padrões de comunicação e educação do filho.</p> <p><i>Interativo</i> – dando liberdade para os pais educarem a criança.</p> <p><i>Interativo</i> – fazendo a refeição juntos.</p> <p>NORMA – conciliar horários e atividades para almoçar juntos.</p> <p><i>Interativo</i> – reconhecendo diferenças no modelo de funcionamento das famílias de origem.</p> <p>NORMA – não levar o prato para comer em frente à televisão. “Se tem mesa é na mesa que se come”.</p> <p><i>Integridade</i> – modo de comemorar festas; todos os convidados sentam-se á mesa.</p> <p><i>Enfrentamento</i> – adequando o espaço para que todos se sentem à mesa.</p> <p>NORMA – rezar antes de comer.</p> <p><i>Integridade</i> – ensinando a criança a</p> |
|--|--|

| | |
|---|---|
| <p>no caso. Só que daí a mesa dá contra a janela e quase lá fora e, ainda assim, nem sempre cabe todo mundo... (falando e olhando para a sogra; risos).</p> <p>R – <u>E antes de começar a comer...</u></p> <p>M – <u>Rezar sempre!</u></p> <p>R – Rezar e isso não pode esquecer.</p> <p>I – E o pequeno também já sabe...</p> <p>M – Ele junta as duas mãozinhas!</p> <p>I – <u>Se ele chega na mesa e a gente pede se ele quer comer alguma coisa, ele diz “Amém”. Daí ele pede a comida.</u></p> <p>G – E que dificuldades que vocês estão enfrentando nesta fase, em que vocês têm uma criança pequena em casa?</p> <p>M – <u>Trabalhar! Às vezes parece que a gente não dá conta, porque é uma correria!</u></p> <p>F – <u>Outra dificuldade que eu acho é que não dá pra sair a qualquer hora pra ir no Posto de Saúde ou outra coisa... a gente tem que ir, conforme dá o próprio tempo.</u></p> <p>M – <u>Tem que planejar pra fazer as coisas...</u></p> <p>F – <u>E lá no Posto de Saúde o atendimento não agrada...</u></p> <p>M – Já aconteceu de nós sair e não ser atendido...</p> <p>R – <u>Aquelas que trabalham lá, se tu não tava às quatro horas pra pegar a ficha, não era atendido no médico...</u></p> <p>M – A gente também tem o nosso tempinho apertadinho...</p> <p>F – <u>Outra coisa é que, quem realmente está doente não tem condições de ir lá às seis da manhã ou quatro da manhã pra ir lá e pegar uma ficha.</u></p> <p>M – E sem ficha eles também não aceitam.</p> <p>F – Quem pode ir às quatro da manhã é porque não está doente.</p> <p>G – E já aconteceu isso com vocês? De alguém ficar doente e precisar ir?</p> <p>F – Já.</p> <p>G – E daí vocês optaram por ir até o Posto ou vocês têm algum outro recurso?</p> <p>M – Optamos por ir até o Posto, mas como o atendimento não foi o que a gente esperava, ou seja, a gente não foi atendido, então <u>a gente passou pra frente porque numa situação dessas não dá pra esperar, né.</u></p> <p>G – E quando tu dizes “ir pra frente” é para onde?</p> <p>F – No Hospital...</p> <p>M – <u>Geralmente no hospital que nem em Benedito é. Quer dizer, depende do caso também...</u></p> <p>I – Mas aconteceu comigo, no ano passado, quando eu passei mal e que <u>o médico daqui me aconselhou ir para Blumenau, num especialista da cabeça e...</u></p> <p>R – Você não trabalhou com aquele médico, no ano passado?</p> <p>G – Sim...</p> <p>I – E <u>daí a demora, e não conseguia marcar e eu não conseguia mais andar, não conseguia mais tirar leite e minhas mãos tremiam tanto...</u></p> <p>M – <u>A oma teve que ser internada... (C)</u></p> <p>I – Daí as duas filhas de Timbó disseram: “mãe, pai, vocês deixam a mãe por nossa conta”.</p> <p>M – <u>Foi decidido levar para o Hospital de Timbó e encaminhar, se não tivéssemos feito, ela não estaria mais aqui.</u></p> <p>I – Eu não tava mais aqui... Daí <u>nós pagamos tudo.</u></p> <p>F – As consultas...</p> | <p>rezar; envolvendo-a nas práticas religiosas.</p> <p><i>Interativo</i> – a criança aprendendo as normas da família.</p> <p><i>Desenvolvimento</i> – fase de aquisição atribulada e corrida.</p> <p><i>Desenvolvimento</i> – tempo reduzido para sair de casa a qualquer hora.</p> <p><i>Enfrentamento</i> – planejando as coisas para fazer.</p> <p><i>Saúde</i> – insatisfação quanto o atendimento no posto de saúde.</p> <p><i>Saúde</i> – insatisfação quanto aos atendimento por fichas e vagas para consulta médica.</p> <p><i>Saúde</i> – idéia de que vai ao posto de saúde só se está doente.</p> <p><i>Saúde</i> – procura por outro serviço quando não é atendido no Posto de saúde.</p> <p><i>Saúde</i> – opção pelo hospital quando não dá para esperar.</p> <p><i>Saúde</i> – dirigindo-se para serviço de outro município quando é o caso.</p> <p><i>Saúde</i> – encaminhada para um “médico de cabeça”, de Blumenau.</p> <p><i>Enfrentamento</i> – demora para conseguir marcar consulta com especialista pelo SUS.</p> <p><i>Saúde</i> – necessidade de internação.</p> <p>EVENTO NODAL – hospitalização.</p> <p><i>Interativo</i> – filhos tomam conta da mãe no hospital.</p> <p><i>Interativo/Saúde</i> – decidindo em família sobre levar a mãe no hospital.</p> <p><i>Enfrentamento/Saúde</i> – pagando pelas consultas particular.</p> |
|---|---|

| | |
|--|--|
| <p>G – Foi tudo particular? I – Sim, mas alguns exames eu já tinha feito pra médica de Blumenau... R - Mas faltava outro da médica de Blumenau. I – Mas como eu já tinha alguns exames na mão, deram entrada no Hospital de Timbó e chamaram um outro médico que sempre vinha de Blumenau pra ver os exames e ver o que eu tinha, daí me trataram enquanto isso lá, porque <u>até o SUS me chamar lá pra Blumenau, eu já tava melhorando.</u> G – E nesse meio tempo em que a senhora estava doente, quem fazia o trabalho da senhora aqui? I – Sim, os dois. <u>Ele levantava de manhã cedo pra tirar o leite.</u> G – Então vocês se organizavam pra dar conta de tudo. E quem cuidava da senhora? I – <u>A minha filha que cuidou.</u> G – E ela veio para cá? M – Não, <u>ela ficou lá porque tinha que voltar para o hospital para mostrar os exames, então era mais perto e mais rápido do que toda vez ter que descer e ele (se referindo ao marido) ter que faltar do serviço ou o opa ter que levar, aí era muito ruim pra nós. E levar para ela (se referindo à cunhada) era perto e prático.</u> I – Mas <u>eles também iam lá e ela também</u> (se referindo à nora). G – Então, apesar de eles morarem com vocês, as filhas é que são responsáveis por vocês (os idosos) quando precisa cuidar ou quando ficam doentes? I/M/F – Não, não... M – <u>Não são as responsáveis, isso é por livre e espontânea vontade. A gente concilia porque pra nós, como a gente vai chegar todo dia em Timbó e ainda fazer as coisas aqui? Não dá, né?! Então um fica com isso, outro com aquilo e cada um faz a sua parte, cada um ajuda um pouco, onde pode.</u> I – Porque <u>na colônia é assim: o gado tem que ser tratado na hora certa e tirar o leite</u> e como eles tinham que cuidar de mim lá e ir para o hospital... M – Ir para o hospital e vir aqui... F – Também <u>poderia ter sido diferente, ter ficado no Posto de saúde esperando até chegar o atendimento</u> (risos). Mas sem querer ofender a ninguém né. (14) G – Não, eu estou entendendo o que estais falando! E quando tem um problema na família, como vocês mesmos falaram, tentam resolver o problema e viram que não dava pra esperar e foram para o hospital. Vocês resolveram que tinha que ir para o hospital ou alguém resolveu por vocês? F – <u>Foi uma decisão da família. No caso foram as minhas irmãs que fizeram a proposta de fazer assim</u> e assim... M – Daí cada um pegou a sua parte aqui e aqui... a gente vai tocar aqui e cada um, no que pode fazer, no caso para elas ficou mais fácil isso, do elas ter que vir pra cá porque daí também ficaria complicado... I – <u>Elas também têm cada uma a sua família...</u> M – <u>Têm sua família e sua vida e seu serviço...</u> R – <u>Muitas vezes elas vieram ajudar a buscar trato.</u> I – <u>Elas vinham de manhã e de tarde, às vezes, pra buscar trato, porque pra ela (se referindo à nora) também não dava, pois o neném tava bem pequeno ainda. Daí elas</u></p> | <p><i>Saúde</i> – ineficiência do SUS para resolver seu problema.</p> <p><i>Interativo</i> – membros se substituindo nas atividades domésticas e agrícolas durante a internação.</p> <p><i>Interativo/Saúde</i> – cuidado familiar; filha cuidando da mãe doente. <i>Enfrentamento</i> – ficando na casa da filha temporariamente após hospitalização.</p> <p><i>Interativo</i> – recebendo visita dos demais filhos quando adoecida.</p> <p><i>Interativo/Saúde</i> – cuidado familiar espontâneo; sem assumir a responsabilidade pelos pais.</p> <p><i>Enfrentamento</i> – conciliando funções e disponibilidades. <i>Interativo</i> – cada um faz a sua parte, no que pode. <i>Enfrentamento</i> – suprimindo as necessidades de cuidado da colônia e as necessidades de cuidado à saúde da mãe. <i>Integridade</i> – idéia de que o posto de saúde deve resolver tudo.</p> <p><i>Enfrentamento</i> – propondo soluções para resolver o problema.</p> <p><i>Desenvolvimento</i> – reconhecendo que cada folho tem sua família e sua vida.</p> <p><i>Interativo</i> – as filhas ajudavam a colher o trato. <i>Desenvolvimento</i> – sem poder ajudar a fazer algumas tarefas pela necessidade de cuidar do filho pequeno. <i>Integridade</i> – manifestação de fé; espiritualidade. <i>Saúde</i> – decide sobre o cuidados de saúde da criança quem entende do caso. <i>Saúde</i> – valorizando a experiência profissional da avó e confiando no</p> |
|--|--|

| | |
|--|--|
| <p>vinham e buscavam uma carreada de trato. G – E quando neném fica doente? F – Olha, <u>graças a Deus</u> até agora ele não ficou doente... (15) G – É sempre ela quem decide o que fazer? F/M – Não! M – <u>É quem entende melhor do caso!</u> E <u>como a oma já trabalhou em hospital, então ela já conhece uma boa parte, ela ajuda a gente</u> – olha faz assim e faz assado que dá certo. I – Se não fosse eu, ter percebido que era a hora do parto! M – É, porque se não fosse ela naquela vez... I – Eu disse “agora vocês tem que ir, porque senão vocês vão perder o bebê”. Porque ela tinha perdido a água já. M – Isso era meia-noite e quando deu duas da manhã eu ainda estava esperando dar as contrações, mas não tinha porque a minha barriga endureceu e eu não sentia mais nada. Daí eu fui para o hospital e... I – Ela ainda queria ir lá na mãe dela e eu disse “não façam isso. Levem ela e vai...”. R – Ligeiro! I – E ligeiro! E olha, foi a sorte dela! G – E quem levou ela? M – Ele (se referindo ao marido), porque era de madrugada né. Quando nós chegamos no hospital, o neném estava com uma volta do cordão umbilical no pescoço e outra na barriga e isso tava enforcando ele (gesticulando para explicar). Por isso que eu não tinha contração. Toda vez que ele fazia força pra descer, o cordão umbilical enforcava ele e aí perdia mais ainda a força. G – Aí então foi feita a cesariana? M – Sim, cesária. F – <u>Graças a Deus, que o médico chegou, porque se começasse a nascer...</u> R – Daí tinha que botar a mão pra ajudar... F – Não, porque se a gente tivesse que ficar esperando até o médico chegar... o enfermeiro na hora disse – calma, isso vai demorar ainda. Mas <u>nós tínhamos um médico particular e ele logo veio e atendeu</u> e disse – não tem mais jeito, os batimentos estão baixos. M – <u>Porque o enfermeiro disse que tava tudo normal e, o médico pediu pra agilizar...</u> F – Também não deu meia hora e já estava toda a equipe reunida lá. M – Foi assim, o enfermeiro escutou e disse que estava tudo normal e o médico entrou, examinou de novo e disse - não está normal! Se é o batimento que tu tinhas me falado, está caindo... daí ele esperou mais um ou dois minutinhos, escutou de novo e viu que caiu muito: de 120 pra 80. Aí ele disse que era emergência e mandou chamar toda a equipe dele, porque era de madrugada, tiraram todo mundo da cama e em meia hora foi feito. <u>E mesmo que tivesse que ser parto normal, a minha bolsa estava presa. Teriam arrancado bexiga e tudo na hora de puxar.</u> Aí eu disse “<u>graças a Deus que deu tudo certo</u>”. Mas ele sabia e não tinha falado nada pra mim durante toda a gestação que eu acompanhei com ele. <u>Ele sabia só que não me falou para não me preocupar, ficou com medo de que pudesse acontecer alguma coisa errada, então ele me</u></p> | <p>cuidado. <i>Desenvolvimento</i> – recebendo ajuda nos cuidados à saúde da criança. EVENTO MATURACIONAL – nascimento da criança. EVENTO NODAL – complicação no trabalho de parto. <i>Saúde/enfrentamento</i> – levando a mulher para a maternidade de madrugada. <i>Enfrentamento</i> – vivenciando um parto complicado. <i>Integridade/Desenvolvimento</i> – medo de que o bebê nascesse antes de o médico chegar. <i>Saúde</i> – pré-natal e parto com médico particular. <i>Saúde</i> – criticando a avaliação do enfermeiro, em relação à conduta médica tomada. <i>Integridade/Saúde</i> – percepção das informações acerca da intercorrência no trabalho de parto. <i>Saúde</i> – confiança no médico desde o pré-natal. <i>Desenvolvimento</i> – casal sem planos de novos filhos. <i>Saúde/interativo</i> – levantando a necessidade de planejamento familiar para o núcleo em aquisição.</p> |
|--|--|

| | |
|---|---|
| <p>contou só depois que o neném já tinha nascido e que já estava tudo bem.</p> <p>G – E vocês pensam em ter outros filhos?</p> <p>F – Ah, <u>por enquanto não!</u> (D)</p> <p>M – Não, não. (risos)</p> <p>R – Então <u>tem que dar remédio pra ela.</u></p> <p>G – Porque essa é a família toda, né? Mas é uma família com idades diferentes... mesmo que o pequeno fique com o opa e a oma e os pais, são famílias diferentes. Então, mesmo morando numa mesma casa, como é a vida do casal?</p> <p>M – Acho que se for, como se diz, <u>a gente tem a nossa vida de casal, eles têm a deles, só que tem coisas que a gente faz reunidos e tem coisas que cada um tem a sua parte...</u></p> <p>G – E que coisas que cada um faz “de sua parte” como você diz?</p> <p>I – Cada um na sua cama! (risos)</p> <p>G – Ah, entendi! (risos) Mas estou perguntando de outras coisas também, por exemplo, se vocês querem sair sem os dois (se referindo aos pais) e vice versa...</p> <p>F – Isso é <u>conforme cada um, se quer ir junto ou se não quer ir junto. Todo mundo se convida</u> e eles também convidam a gente...</p> <p>I – <u>Quando é pra passear ou pra pescar...</u></p> <p>R – Teve uma vez que só nós dois saímos e ficamos três dias fora.</p> <p>G – Mas é mais fácil os dois (o casal jovem) saírem e vocês ficarem?</p> <p>I – É.</p> <p>G – A oma e o opa não ficam muito longe da terra, né?</p> <p>I – (risos).</p> <p>R – Não é só isso, mas <u>é que eu não sou muito de sair mesmo.</u></p> <p>F – Ah, isso é verdade porque <u>se não for bem do jeitinho que ele quer daí ele não gosta.</u></p> <p>G – Não tem ninguém que possa cuidar daqui?</p> <p>R – Ah, mas daí <u>parece que eles esquecem de tratar o gado, esquecem de tratar o viveiro...</u></p> <p>M – <u>Não é que eles esquecem, é que não fazem como a gente faz.</u></p> <p>G – Porque daí teria que pedir pra alguém estranho pra fazer?</p> <p>R – É, mas isso não dá muito certo.</p> <p>I – Quando ela ainda não morava aqui junto, <u>eu sempre chamava um vizinho pra ajudar a tirar o leite.</u></p> <p>F – <u>Tinha a minha irmã que ajudava também, se a gente chamava...</u></p> <p>G – E ela morava aqui também?</p> <p>M – Não é que às vezes ela passava um tempinho aqui, só pra ajudar e também <u>pra ser alguém mais confiável, da família.</u> (16)</p> <p>G – Mas isso foi quando vocês viajaram?</p> <p>I – É.</p> <p>R – <u>Antigamente também dava pra pedir para os vizinhos se eles cuidavam dois ou três dias, mas hoje já não é mais assim porque têm que trabalhar na firma.</u> (17)</p> <p>I – <u>Esses também trabalham fora,</u> esses dois homens que moram aqui em baixo. Desses também, o filho vai e trabalha fora...</p> | <p><i>Interativo/Desenvolvimento</i> - a gente tem a nossa vida de casal e eles têm a deles.</p> <p><i>Interativo</i> – fazem coisas juntos e coisas separados.</p> <p><i>Interativo</i> – liberdade para participar dos programas em família ou não.</p> <p><i>Interativo</i> – todos se convidam para sair.</p> <p><i>Interativo</i> – saem para pescar, passear.</p> <p><i>Enfrentamento</i> – dificuldade para o casal maduro sair de casa;</p> <p><i>Enfrentamento</i> – não gosta do jeito que os outros tomam conta da casa e dos animais.</p> <p><i>Enfrentamento</i> – contanto com um vizinho para ajudar a tirar leite; contanto com a outra filha.</p> <p><i>Enfrentamento/Integridade</i> – preferindo contar com alguém confiável, da família.</p> <p><i>Integridade</i> – percebendo mudança nas relações com os vizinhos de hoje e de antigamente.</p> <p><i>Integridade</i> – reconhecendo que além de trabalhar na firma os vizinhos também têm roça para cuidar.</p> |
|---|---|

| | |
|---|---|
| <p>R – <u>E esses também têm uma roça grande ainda...</u></p> <p>G – Eu teria mais perguntas pra fazer, mas acho que já está muito em cima da hora do almoço e eu não quero atrapalhar vocês.</p> <p>I – Mas o almoço já está quase todo pronto.</p> <p>G – Mas também pra não cansar, porque a gente já conversou bastante hoje! Quem sabe a gente marca outro dia pra conversar mais um pouco, daí eu venho num horário em que vocês não estão tão ocupados, né?</p> <p>I – Mas de sexta-feira é sempre assim aqui!</p> <p>G – Então a gente faz assim? Marcamos outro dia?</p> <p>R – Tu não queres vir aqui de domingo? Vem ficar um dia todo aqui?</p> <p>G – Olha, não me convida que eu venho mesmo!</p> <p>F – Mas já está convidada!</p> <p>G – Neste domingo eu não posso porque meu pai está no hospital...</p> <p>F – É só avisar que vem no domingo e a gente te espera...</p> <p>G – Agora que já sei que vocês têm telefone, fica mais fácil! Está muito boa conversar com vocês!</p> <p>(corte na fita)</p> <p>G – Ao menos vocês se divertem com ele (se referindo à criança)!</p> <p>M – <u>Esses dias ele parecia doente, mas é que ele ganhou seis dentes de uma vez.</u> Ele já tinha ganhado os oito primeiros de uma vez e agora mais seis... e <u>nessa vez deu febre nele, mas a gente sentia uma falta porque ele só ficava na cama e dormia, dormia e dolorido...</u> A gente nota logo como ele muda, então <u>é preferível que ele brinque e seja assim do que outra coisa.</u></p> <p>I – Ainda bem que eram só os dentinhos e mais nada!</p> <p>G – E vocês deram alguma coisa pra febre dele?</p> <p>M – <u>Aquele remedinho que o médico já deixou desde o começo, quando começou isso daí. Eu pedi para ele, por via de febre e cólica...</u></p> <p>G – Para acompanhamento dele (se referindo a criança) você leva ele para o pediatra?</p> <p>M – Não, daí <u>eu levo aqui no Posto.</u> Só que <u>se for algum caso de emergência daí eu levo ele no médico. Daí lê tem o médico dele.</u></p> <p>G – É o médico que o acompanhou no nascimento?</p> <p>M/I – É o mesmo.</p> <p>I – <u>Só uma vez, em que o Posto estava fechado, aí corremos até Timbó num domingo de tardezinha...</u></p> <p>M – <u>Por causa de sapinho! Ele chorava e gritava e não queria nem mamar mais. Daí a minha mãe estava aqui e a oma também, elas disseram – vira ele uma vez – daí eu virei ele (gesticulando como se a criança estivesse em seus braços), abri a boquinha dele e vi que no céu da boca já estava ficando branco e isso devia estar doendo muito... mas era pouca coisa! E nós saímos correndo, porque ele só chorava, esqueci de pegar a carteira do meu marido e não levei mais nada... Ele chorava num desespero que era uma coisa fora do sério! Fomos para o pronto-socorro (na cidade vizinha) e o médico deu um medicamento pra ele, depois de um dia sumiu tudo... não tinha mais nada! Eu até tenho o remédio ainda, mas eu não ocupo mais. O médico disse que eu poderia voltar na outra semana, mas daí ele deu remédio e não teve mais problema. ele disse que, caso tivesse mais algum problema era pra eu ir para</u></p> | <p><i>Saúde</i> – percebendo que a criança parecia doente.</p> <p><i>Saúde/Desenvolvimento</i> – percebendo o desenvolvimento dentário da criança.</p> <p><i>Saúde/Interativo</i> – preferindo ver a criança sadia.</p> <p><i>Saúde/Enfrentamento</i> – medicando em casa a criança com febre, conforme orientação do pediatra. (cuidado familiar)</p> <p><i>Saúde/Desenvolvimento</i> – cuidado familiar. Levando a criança no posto de saúde para ACD.</p> <p><i>Saúde/Enfrentamento</i> – levando a criança ao pediatra em caso de emergência.</p> <p><i>Saúde/Enfrentamento</i> – levando a criança até o hospital no final de semana.</p> <p><i>Saúde/Integridade</i> – avós ajudando no diagnóstico do problema da criança.</p> <p><i>Saúde/Desenvolvimento</i> – percebendo o problema da criança, pois não queria mamar.</p> <p><i>Saúde/Enfrentamento</i> – levando ao pronto-socorro para solucionar o problema.</p> <p><i>Saúde</i> – a oma tem os médicos para o caso dela.</p> <p><i>Saúde</i> – consulta com o ginecologista por causa do seu problema.</p> |
|---|---|

| | |
|--|---|
| <p>o médico dele (da criança), mas resolveu, foi tira e queda.</p> <p>G – Mas é bom quando já tem alguém como referência para quando fica doente poder ir consultar, né?</p> <p>I – É.</p> <p>G – Então, outra coisa que eu queria perguntar é: se alguém da família, independente se é a criança ou outra pessoa, ficar doente, vocês têm algum outro recurso? Sem ser o Posto de saúde ou o recurso profissional?</p> <p>M – Dependendo do caso, como o da oma, <u>ela tem os médicos que atendem, no caso dela...</u> Agora, <u>o meu problema eu tenho que consultar o Dr. T., que é o meu ginecologista.</u> Porque eu tive um parto complicado por um lado e por outro lado não... eu até me saí bem e ele (o médico) não esperava que eu me recuperasse tão rápido, pois eu fiquei só um dia no hospital. Aí ele disse que eu tive a bolsa grudada e eles cortaram tudo, na hora da raspagem eles pegaram muito por dentro, rasparam por dentro do colo do útero também, daí ficou uma ferida que eu tava fazendo tratamento. <u>Agora, eu tenho que voltar lá pra ver se sarou tudo mesmo.</u></p> <p>G – Então só pra esse acompanhamento é que consultas com ele?</p> <p>M – É, por vias do parto...</p> <p>G – E a senhora acompanha com os médicos pra fazer consultas exames?</p> <p>M – Só talvez <u>as requisições para exames que a gente não pega lá, pra não precisar pagar tudo.</u> Tem que fazer porque <u>o Posto não tem os médicos que são necessários,</u> já foi encaminhado do posto, é claro, mas daí no máximo ela pega as requisições porque de resto ela acompanha com os médicos de lá mesmo.</p> <p>(FINAL DA VISITA)</p> | <p><i>Saúde/Enfrentamento</i> – fazendo acompanhamento e retornando ao ginecologista.</p> <p><i>Saúde</i> – utilizando o médico do posto de saúde no máximo para pegar requisições de exames.</p> |
|--|---|

NM:

- (A) Evitar mudar de assunto ao fazer nova pergunta. Situar a família na conversa para não confundir. Faltou explorar mais o acesso aos demais serviços de saúde e não apenas o profissional.
- (B) Faltou questionar o porquê de não poder mais cuidar do gado.
- (C) Ler sobre a linguagem cultural nas famílias de origem germânica, referente ao significado da denominação de “oma” e “opa” como apelidos carinhosos ou nomes respeitosos, destinados à pessoa de idade avançada...
- (D) Faltou explorar as expectativas do casal quanto a fase de vida em família.

NT:

- (1) Refletir sobre: os critérios para procurar o médico são os casos simples e os complexos? Quais as situações simples que os fizeram buscar o médico? (R: o sapinho da criança, a febre do dente, por ex.). A decisão por consultar o médico tem relação com a idade do membro – criança; idoso (fase da vida)?
- (2) Inicialmente, parece menosprezar a atividade de descascar milho. Posteriormente, compensa o poder de sua função agrícola (técnica e riscos) ao referir “passar veneno”. Rever diferenças de trabalho conforme gênero (ler Woortmann): trabalho leve/pesado/perigoso.
- (3) Atividades agrícolas e domésticas divididas entre os membros conforme idade, função e posição na família. Quem investe/quem colhe e mantém/quem transforma = para todos consumirem os produtos.
- (4) Woortamm – identidade do colono com a natureza. Fazer relação com o desenvolvimento cognitivo da criança dentro dessa cultura.
- (5) Discutir sobre a idéia de urbano (desemprego, violência, facilidades) que as pessoas do campo constroem e das diferenças que apresentam (trabalho que exige dedicação e por isso digno, por “sujar as mãos”).
- (6) A lógica da divisão de tarefas no campo é diferente da divisão de tarefas/funções na firma. O trabalho na firma é fragmentado, pois não há substituição de atribuições e no campo, todos sabem fazer de tudo.
- (7) Discutir sobre a realidade atual acerca da desvalorização do trabalho agrícola no Brasil.
- (8) Argumentar sobre o esforço físico no trabalho agrícola como sinônimo de força e saúde. A mesma idéia sobre “morrer bem velhinha”.
- (9) Ler sobre identidade do colono em Seyferth e também em Heck.
- (10) A realidade do jovem no campo. Uma resistência em permanecer no campo, em contrapartida, a responsabilidade de manter o patrimônio familiar (honra e moral).
- (11) No caso da família rural em aquisição, o patrimônio herdado é uma aquisição não apenas de bens, mas também de responsabilidades, tarefas e papéis. Ao mesmo tempo, manter a terra para transmiti-la a geração seguinte é um cuidado familiar, pois é uma garantia de sobrevivência. Rever “horizonte das gerações”.
- (12) Argumentar com a questão da autonomia paterna dividida e fazer relação com a transição de herança e o relacionamento entre os núcleos familiares em fases de vida distintas, porém em mesmo ambiente de convivência.
- (13) Apesar de ser uma tarefa na fase madura participar da educação dos netos, os pais se colocam passivos ao modelo de educação e se contradizem quando dizem não desejar interferir no futuro do filho.
- (14) A ironia se refere ao SUS, à equipe da Unidade, ou ao serviço do Posto de Saúde? Fica confuso...
- (15) O pai da criança (F) expressa várias vezes o nome de Deus, o que pode manifestar espiritualidade ou a própria religiosidade, relacionada às situações de saúde mencionadas.
- (16) Rever questões de relação de parentesco e compadrio (Ellen Woortmann).
- (17) Dá a idéia da mudança na vida do colono ao longo dos anos, evidenciando a realidade do colono-operário.

ANEXO B: CATEGORIZAÇÃO INICIAL PARA ANÁLISE DOS DADOS DA PESQUISA

Quem faz parte da família?

| |
|---|
| FAZ PARTE DA FAMÍLIA QUEM ESTÁ DENTRO DE CASA |
|---|

| |
|-----------------------|
| Os que moram na casa: |
|-----------------------|

GIII-1 Faz parte da família quem está dentro de casa, filhos, os netos, os bisnetos; os gatos e cachorros também acabam sendo da família.

RIII-1 Os que moram nas três casas são todos da família

E aqueles que mantêm contato:

RIII – 1 O filho que sempre vem visitar

Membro da família ampliada ainda viva.

A família de origem da nora.

Como é o relacionamento na família?

POR ENQUANTO É O VELHO QUE DECIDE

A decisão sobre a herança:

GIII-2 A decisão sobre a herança da terra é de responsabilidade do opa e da oma porque são os donos da terra. Os mais novos não interferem nas decisões dos velhos sobre o que fazer com e na terra; apenas opinam quando necessário.

Por enquanto é o velho que decide.

Os velhos decidem sobre os afazeres na terra e os jovens ajudam a executar.

GI-2 O opa é o chefe da família

Divisão de autoridade entre pai e filho (“Mas eu também mando em algumas coisas”)

RIII-6 Quando o opa começou a ficar doente e não podia mais trabalhar, daí ele passou pra o meu marido. O outro filho disse que não queria nada, porque não podia ficar aqui pra cuidar deles.

GII-4 Em nenhum momento nós dois estamos pensando em abandonar isso aqui; a gente pretende tocar os dois lados; Ficar para cuidar dos sogros quando precisarem

Procuram decidir em conjunto:

GI-3 Os membros fazem propostas que são decididas em família.

GI-2 Procuram tomar decisões em conjunto

Tem discussão, mas não tem briga para tomar decisões

GII-5 Nora pede opinião dos outros sobre o que preparar para comer, mas geralmente decide sobre o que cozinhar

RIII-2 Os membros da família madura decidem juntos.

Em caso de doença, os membros do núcleo familiar decidem juntos para levar, para ajudar; os filhos de longe não são incluídos na tomada de decisão, mas visita.

GIII-2 Decidem juntos sobre as compras e as coisas da casa.

O casal jovem tem suas próprias decisões:

RIII-2 O casal jovem toma suas decisões, independente dos demais membros das famílias de origem; conversam e decidem junto.

GIII-2 Casal jovem decide sozinho sobre o que precisa para a criança.

Pedem opinião dos pais, de ambos os lados, quando têm dúvida na decisão.

NÓS AQUI E MEUS PAIS ALI

A convivência nas moradias: (adicionar dados dos genogramas)

RI-1 Meu irmão mora ali no morrinho, eu aqui e meus pais ali.

RII-2 A bisavó é viúva e mora com o filho mais velho e a nora

Tem coisas que a gente faz reunidos e tem coisas que cada um tem a sua parte:

GI-4 Como se diz, a gente tem a nossa vida de casal, eles têm a deles; só que tem coisas que a gente faz reunidos e tem coisas que cada um tem a sua parte;

GI-2 Almoçar todos juntos é sagrado
Almoçando juntos nos finais de semana

RII-9 Tomando café à tarde juntos.

GII-2 No verão tomam banho no ribeirão que corta o terreno de casa

GI-4 O opa já gosta de sair se for do jeito dele.
Saem juntos para passear

GIII-2 Tem atividades que fazem juntos porque é muito serviço e sozinho não se dá conta.

GIII-3 A cunhada vinha ajudar a plantar aipim pra ter junto, porque não tem espaço em sua casa.

Normas de relacionamento (o que não pode e o sempre precisa acontecer):

GI-2 Não pode acontecer de cada um comer isolado na frente da televisão.
Se tem mesa é na mesa que se come.

GI-2 Não esquecer de rezar antes de comer
A criança também reza antes de comer.

RIII-8 Rezar sempre e não só quando precisa; rezar antes de deitar na cama. (fé)

GIII-2 A gente se fala muito. (diálogo)

O que atrapalha o relacionamento:

GII-9 O ciúme traz brigas e atrapalha; A oma tem ciúme quando o neto fica com a outra avó.

GI-2 Dificuldade de conciliar horário de almoço durante a semana, porque todos trabalham.

GII-6 No início não concordavam em o filho morar junto sem casar, porque a nora engravidou durante o namoro.
(casamento = norma ou valor?)

PAPÉIS E TAREFAS NA FAMÍLIA

Os velhos ensinam os mais novos em casa:

GI-2 Os pais concordam com o modo de educação dos avós para a criança
Reconhecendo e aprendendo com a sabedoria e a experiência dos mais velhos
Eu acho que eles ensinam muito e que a mesma educação que deram para nós, poderemos dar para nossos filhos.

GIII-2 A “varinha” dentro de casa serve para os mais velhos inibirem a criança.
Os avós também decidem quando é preciso chamar a atenção da criança.

GII-4 Avó quer educar o neto para que dê continuidade.
O opa acha que na creche as crianças não aprendem

GI-2 Estando certo qualquer membro da família pode corrigir a criança.

RIII-3 A criança tem que falar primeiro o alemão porque é mais pesado.

RIII-4 A criança apanhou da mãe porque agiu com teimosia.
Isso ninguém nunca disse – “eu te odeio!”. Ele aprendeu da televisão.

GII-7 Quando ele era pequeno apanhava quando era pra fazer as coisas.

As tarefas no trabalho agrícola e doméstico:

- dos homens:

GII-5 Filho busca o molho de trato no morro; tarefa que fazia desde quando ia pra aula; ajuda em casa no serviço

mais pesado e se em algo pra fazer

RI-4 Quando ele chega do serviço, ele brinca com ela se eu tenho que fazer alguma coisa ou tirar leite.

GI-5 O opa desembrolha o milho, passa veneno

GIII-5 O opa não está em condições de realizar nem serviço leve, nem pesado, porque é muito esforço. (segundo momento)

RIII-7 O opa faz a cerca no rumo da propriedade.

- das mulheres:

GII-5 A avó tem que buscar capim, tirar leite, tratar as galinhas

A avó leva o pequeno pra roça quando a nora tem muito que fazer

A nora cuida do pequeno, limpa a casa, lava a roupa, passa a roupa e arrumar as coisas dentro de casa

A esposa faz as tarefas de escola

RII-5 A bisavó fica com a criança quando a mãe tem que sair ou trabalhar.

Ontem eu descasquei pêssego pra fazer sobremesa

RI-4 Buscar trato já era serviço da minha mãe

RIII-3 Antes de o opa de aposentar as mulheres tinham que dar conta de todo o serviço sozinhas.

GI-5 Colher é trabalho da oma; tratar as vacas e as galinhas

A nora faz café, o almoço; deixa o jardim em ordem

GIII-2 Nora administra as compras no mês.

GIII-5 A oma tem chiado à noite porque trabalha pesado

O serviço que a mulher sabe o homem também deve saber e fazer. E o que o homem deve fazer, a mulher também deveria saber.

Cortar lenha, arar, capinar, cortar mato, roçar, fazer lenha, fazer trato é trabalho que geralmente os homens devem fazer, mas são as mulheres da casa que fazem.

- das crianças:

RI-4 A criança fica no carrinho e vai junto com a mãe na roça. (primeiro momento)

RIII-4 A criança acompanha a mãe quando vai trabalhar na roça. (segundo momento)

GI-5 O pequeno às vezes já vai junto na roça e ajuda a plantar

GIII-5 O pequeno quer ajudar a lavar a louça, mas não consegue.

- algumas tarefas são compartilhadas:

RIII-3 Não há divisão de serviços entre o homem e mulher; todo mundo tem que fazer.

GII-5 A nora e a sogra lavam a louça juntas; Cuidam do pequeno juntas

Filho e avô fazem serragem e lenha para o fogão

RIII-3 Todos ajudam: um trata as galinhas, outro tira o leite, outro trata os porcos.

GIII-5 Casal jovem separa e vende materiais recicláveis; os pais ajudam a juntar

O que é trabalho leve:

GIII-5 Serviço leve é debulhar milho, fazer fogo no fogão, cuidar das coisas em cima do fogão, cuidar do pequeno quando ela sai pra fora para fazer outro serviço.

O cuidado da casa é razoavelmente leve e varia da pessoa que está fazendo.

RIII-3 O trabalho leve é dentro de casa: limpar a casa, lavar a roupa e também roçar o pasto.

O que é o trabalho pesado:

RI-4 Lá eles trabalham pesado, o dia inteiro levantando terra!

GIII-5 Serviço pesado é cortar, capinar, roçar, cortar lenha, trazer o trato nas costas pra casa.

RIII-3 O trabalho pesado é o que cansa bastante, é buscar trato, cortar o mato com a roçadeira debaixo dos pinos e eucaliptos, quebrar o milho, encher os sacos e carregar os sacos em cima da carroça, quando tem que fazer a cilagem, quando tem que virar a terra para plantar o milho.

Tarefas fora de casa:

GII-5 Filho trabalha na firma todos os dias

O casal jovem frequenta o curso supletivo e fazem as provas juntos

RI-5 O irmão também trabalha na madeireira.

RI-4 O marido trabalha fora durante o dia

GIII-2 Os jovens gostam de fazer compra mensal, fora do município; os velhos gostam de comprar no município, quando falta alguma coisa.(diferenças entre as gerações!)

VISITA É O QUE NÃO FALTA

Visitando e sendo visitados:

RI-1 Casal jovem tem pouco com a família de origem paterna porque moram em outro município. (primeiro momento)

GII-2 Casal jovem visita a família de origem materna

Pouco visitam os parentes (primeiro momento)

As famílias de origem do casal jovem se visitam

RIII-1 Visitando os membros da família ampliada e sendo visitados.

RIII-7 Bisavó visita o filho que mora em outra cidade

Visitando os parentes que moram em outras cidades

Casal jovem recebe visita da família de origem paterna no domingo (segundo momento)

GIII-1 Casal maduro visita parentes na região (segundo momento)

Visitando parentes em outra cidade

Promovendo e participando de encontros:

RIII-2 O filho de longe vem nos aniversários.

RI-3 Realizando pequena comemoração do batizado da criança no sábado, em casa

RIII-7 A família é convidada para festas na comunidade; para casamento de amigos e parentes; participam de festas de aniversário.

Promovendo encontros da família, através das festas de aniversário.

RIII-6 Mantendo contato telefônico freqüente com os membros da família ampliado.

Com quem a família pode contar?

CADA UM FAZ A SUA PARTE E CADA UM AJUDA UM POUCO

Para ajuda material:

GIII-3 Casal jovem usa o carro dos pais, paga o combustível quando necessário.

GIII-4 Podendo contar com os pais dela para emprestar o carro ou quando precisa levar para algum lugar.

RI-3 Contam com os pais no que precisam.

GI-3 O filho e a nora ajudando nas atividades de casa.
As filhas vinham ajudar a buscar trato.
Contava com a ajuda de um vizinho para tirar leite.

GIII-2 Contam com o irmão da nora para ajudar nas atividades de limpar o mato, o pasto ou a estrada porque domina a roçadeira; ajuda a buscar trato.

RI-3 Como nós trabalhamos lá, no que eles precisam a gente também está junto.
Agora com a minha oma internada, somos nós que temos que fazer tudo.

RIII-7 Tendo vínculo com a escola porque depois tem que mandar a pequena na escola; vínculo com a escola devido estudo bíblico e cultos comunitários; indo na igreja para culto.

Para ajudar no cuidado:

GI-3 A filha mais velha cuidou da mãe adoecida.
Filhos e marido acompanhando a mãe durante a hospitalização
Filhos realizam o cuidado da mãe sob livre e espontânea vontade.

GI-9 Recebe ajuda da sogra quando a criança fica doente.

RI-9 N ora acompanha as hospitalizações da bisavó. É todo mundo junto.

RI-8 Mãe e avó cuidam da criança; Tem também o meu sobrinho (3-4 anos) que cuida pra ela não se machucar.

RIII-4 Como a gente tem o nosso serviço na roça, não dá pra deixar tudo sempre arrumadinho.
Quando a criança fica com a bisavó, brinca no cercado. (segundo momento)

GII-4 Os avós ficavam com os netos quando pequenos
Os avós ficam com os netos durante as férias

GI-3 Família concilia as atividades e a necessidade de cuidado de acordo com a disponibilidade dos membros;
Os membros buscam meios que facilitem.
Confiando mais na ajuda de pessoas da família para tomar conta dos animais e da casa.

Quando não pode ajudar:

RI-9 Agora que eu tenho a pequena não posso cuidar dela no hospital. (primeiro momento)
A minha cunhada também tava com o filho dela com amigdalite, então ela também não pode. (primeiro momento)

GI-3 Não podem mais contar com a ajuda de vizinhos que trabalham em firma.

GII-2 Em casa de pessoas estranhas não deixo ele ir. Não é bom deixar o pequeno com vizinhos

GIII-9 Os velhos não emprestam dinheiro dos novos porque têm menos.

RIII-3 A cunhada não pode ajudar a buscar o trato porque está com problema na unhas, tendo que manter as mãos secas e limpas. (segundo momento)

Como é o dia-a-dia da família?

AS ATIVIDADES NA COLÔNIA SEGUEM UMA ROTINA

Durante a semana – manhã:

RI-5 Acorda cedo pra fazer café para o marido (primeiro momento)
Ajuda a tirar o leite das vacas
Vai pra roça para capinar ou plantar
Faz o almoço em casa; faço a comida em casa ao meio-dia.
Leva o almoço para o marido

RIII-5 Acostumada a estar ocupada com serviço desde cedo quando se levanta.

RII-5 Eu não posso ver serviço! (estar sempre ocupado)

Durante a semana – tarde e noite:

RI-5 Lavar a roupa, dar banho na criança (primeiro momento)

RII-9 Vão fazendo as coisas pra não deixar ficar muito tarde.

GII-5 De tarde a avó cuida das poucas plantações que têm

RII-5 À noite a gente vai lá tirar mel

À noite a nora tem que buscar capim, tirar leite, tratar as galinhas

Atividades do final de semana:

GI-5 Sexta-feira é sempre um dia em que todos estão muito ocupados

RI-5 O marido e o irmão ajudam na roça de sábados e domingos também.

GII-5 O casal jovem planta as verduras no domingo

RIII-5 Casal jovem acorda cedo nos finais de semana para cuidar da criança.

RIII-7 Ir na igreja para culto.

TUDO O QUE A GENTE PLANTA É PRA GENTE MESMO

A agricultura de subsistência:

RII-2 Cuidam da terra sozinhos

RIII-6 Aqui (no terreno da casa onde mora o casal jovem) é só limpar porque ele não cobra aluguel pra deixar tudo limpo ao redor.

GII-2 Produzem alimentos para a família e também para alimentar os animais

Milho para tratar as galinhas

Farelo para tratar os pintinhos

Palha verde, batata, aipim, abóbora para tratar o gado

Frutas e cascas de verduras é dado para as galinhas

RI-2 Tudo o que a gente planta é pra gente mesmo.

Eles trabalham, mas leite e carne a gente já tem.

Tudo o que tem a gente divide, galinha.

GI-5 Carne a gente vende às vezes um pedaço; vender ovos e leite pra quem vem buscar.

GII-5 Nós plantamos um pouco de aipim, um pouco de milho, daí fazemos a farinha

RII-5 A gente tira mel para ele e ganha a metade.

Vendem o mel que colhem.

GII-6 A compra do mês é dividida meio a meio, mas é pra todos.

GIII-3 Vendemos dois bois para engorda e corte.

Normas para a vida no campo:

GI-5 Os jovens devem ajudar os mais velhos

Quem tem terra pra plantar não deve vender

GII-5 A nora tem que aprender a trabalhar na roça

Nora deve começar a ajudar também na roça, porque a criança já cresceu

GIII-3 Mais velhos alertando os mais novos a não arriscar com investimento alto.

GI-2 A criança também reza quando vai comer.

GII-6 Se o dinheiro dela não chega tem que pegar do meu
O que é dela também é meu e o que é meu também é dela

GII-6 Aposentar como agricultora

RIII-4 Preparando a aposentadoria assinando as notas com o nome de quem está mais próximo a se aposentar.

Vantagens da vida no campo:

GI-5 Felicidade, sossego;

Não passam necessidade;

Não precisam trabalhar demais para ter as coisas que precisam

A nossa família nunca passou fome.

No campo sempre tem trabalho

Porque quem quer trabalhar sempre tem emprego

No campo não se escolhe o serviço, faz-se de tudo

Com desemprego quem tem terra consegue ainda viver

RIII-6 Têm gastos menores com eletricidade e água, não pagam aluguel

GIII-3 Aqui a gente conhece todo mundo.

Dificuldades sócio-econômicas da família rural:

GIII-8 Percebendo a desvalorização da aposentadoria que não chega nem para comprar todos os remédios.
Presença de caçadores no mato da propriedade, nos finais de semana.

GII-6 Nunca me sobra um dinheirinho pra comprar alguma coisa
Foi uma briga com o sindicato para aposentar a esposa

RIII-4 Redução da renda com a aposentadoria do pai.

GI-5 Não podem vender os produtos sem autorização

A desvalorização dos preços dos produtos agrícolas

O governo não investe no colono

GI-5 Manter a terra tem um custo alto

GIII-5 Dificuldade para vender o papelão para as empresas locais.

GIII-3 Roubaram nosso aipim!

Descontentamento com a polícia para punir os ladrões de roça.

Percebendo que os que vêm de fora não têm emprego fixo e passam fome.

Valores sobre a terra:

GI-5 Tem filhos que não desejam vender a terra herdada dos pais

Tem filhos que vendem sua parte da terra

Tem filhos que não cuidam e perdem a terra

GI-5 Existe a preocupação em manter a terra é de geração em geração

RI-4 Eu sempre morei aqui e sempre trabalhei na roça e ele não.

RII-2 Eu sempre tava na roça, desde pequena. Eu me criei aqui e ainda estou aqui.

RIII-3 Eu sempre morei aqui, já passei de tudo, já sofri.

GII-2 Eu sempre fui colono

A avó começou a trabalhar na roça quando se casou

GI-5 A mãe dele tinha oportunidade de trabalhar fora e ganhar muito mais, mas pra ter a terra ela ficou aí. Quando ele me conheceu eu trabalhava de enfermeira em Rio do Sul e eu podia também ter outro emprego, só que eu não quis.

RIII-4 Quando a gente trabalha na terra também vale alguns anos para se aposentar.
A gente já começa cedo a trabalhar, sempre tem coisa pra fazer em casa.

RIII-6 Nem pensam em vender as terras pra morar na cidade; construir uma casa para o casal jovem.
Tendo a preocupação de plantar para ter o que comer e para que os que vivem na cidade terem o que comer.

GI-5 Quando mais novos, os filhos não querem trabalhar na roça

GI-5 No tempo dos primeiros não era bem assim.

GII-2 O opa desistiu de plantar para trabalhar fora, mas também não dava lucro.

GII-5 Agora que a gente está aposentado não plantamos mais tanto (primeiro momento)

RELAÇÃO COM A NATUREZA

A criança aprende a se identificar com a natureza:

GI-5 A criança gosta das árvores

GIII-5 O pequeno adora água.

GIII-4 A gente quer educar o neto para cuidar dos bichinhos e não matar

Cuidando da natureza:

GIII-1 Abandonar e maltratar os bichinhos é como maltratar a família.

RIII-6 Problema de vender a terra para os ricos: reflorestam e acabam com a água.

GIII-4 A gente já não planta mais nada lá em cima, nem aipim, nem batata, porque os bichinhos querem viver lá. Não matar os poucos animais que ainda existem no mato

Usufruindo da natureza:

GIII-4 A nossa água vem de lá do morro, de dentro de uma pedra que tem o poço lá atrás lacrado. (idéia de pureza)

RIII-5 Usando a lenha no fogão, para aquecer a casa e para cozinhar.

GII-2 Ter porcos é sempre bom! (idéia de fatura) Não dá pra ter porcos em casa por causa do mau cheiro e pouco espaço

No verão tomam banho no ribeirão que corta o terreno de casa

Formaram um tanque de água no ribeirão; deixam aberto durante a chuva para não encher de areia e depois fecham.

RII-2 O terreno começa ali do rio e vai lá pra traz até o morro, mas tem bastante mato.

A natureza pode trazer problemas ao trabalho:

RIII-4 Risco de prejuízo na produção de mel quando há geada porque as abelhas morrem.

RIII-3 Lembrando que com a geada morreu o trato.

GII-5 Nós temos que buscar muito trato, porque é só morro o pasto.

GII-2 O temporal destruiu a plantação

RI-6 Dificuldade é quando não dá sol, porque com chuva tem que ficar dentro de casa, por causa dela (da

criança).

O que consideram importante para a família?

VIVER UNIDO, SE ENTENDER... ISSO É IMPORTANTE!

Valores para a boa convivência em família:

GII-7 Compreensão de ambos os lados

Amor

Um ajudar ao outro

Perdoar o outro

Não ficar de cara feia com o outro (amizade)

RIII-4 Não é como naquelas casas que só têm briga. Até agora está todo mundo se dando bem!

RIII-8 Não ter brigas. Tem famílias que nem visitam os irmãos, ficam só brigando

GII-6 Estamos vivendo até melhor do que muitos casados.

GIII-8 Viver unido, se entender... isso é importante!

RIII-8 Saúde!

Valores morais da família:

GIII-3 Ninguém vai negar comida pra quem está passando fome. (caridade)

GIII-8 Quando sobra dar leite e aipim pra quem precisa (caridade)

Não admitem ser roubado. (honestidade)

Reconhecendo a necessidade de denúncia dos crimes de invasão de propriedade, caça ilegal e armamento ilegal, ocorridos nas propriedades da região. (justiça)

RIII-8 Quem vai na missa acho que pensa um pouco mais (religiosidade)

Como percebem o momento atual de vida familiar?

HÁ DIFERENÇA TER UMA CRIANÇA EM CASA

Para o núcleo em aquisição:

GI-6 É uma correria

Não dá para sair em qualquer hora

Necessidade de planejar.

A gente tem que ir ao Posto de saúde ou qualquer coisa conforme o próprio tempo

GII-2 Há diferença ter uma criança em casa

RIII-4 Família com criança é alegre, só tem bagunça em casa.

Para o núcleo maduro:

GII-2 O neto traz alegria para os avós maternos

A gente mata um tempo com o ele!

Não tem jeito de dormir quando o pequeno está acordado.

A ausência da criança gera um vazio na casa

A avó materna busca o pequeno porque sente saudades (expressão de afeto)

As tias também gostam do pequeno (expressão de afeto)

GII-4 A avó tem mais folga no serviço com a nora em casa

A oma pelo menos pode descansar.

RII-4 Hoje é tudo diferente. Como pode uma coisa assim!

Criança saudável também dá serviço!

RIII-4 Criança dá muito mais trabalho. Tem mais roupa pra lavar.

GII-4 Mudanças depois que a criança nasceu: deixar as portas fechadas; tirar algumas coisas do alcance da criança.

RI-4 Não mudou muita coisa; tem mais roupa pra lavar, tem que dar de mamar pra ela e isso demora.

RII-5 Eu (a mãe) também ia sempre junto buscar mel, mas agora não vou mais por causa da pequena.

GII-4 Sempre tem alguém junto com a criança

RIII-5 A criança mexe na TV quando o casal jovem se diverte jogando vídeo game.

ACOMPANHANDO O CRESCIMENTO E O DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA

GII-2 A criança se desenvolve quando fica com outras pessoas

A criança perde o medo no meio das pessoas

A criança estranha

A criança aos poucos se acostuma com as pessoas

GII-4 A criança come de tudo

RI-8 A criança come o que a família come; a criança mama no peito desde bebezinho; geralmente quando a gente come, ela também come.

Às oito horas, no almoço, à tarde e à noite; ela mama bastante! Mesmo quando a gente dá comida ela mama, mas não tanto.

A criança é esperta

A criança não mama se falam com ela quando está no peito. (primeiro momento)

RII-4 Ela come de tudo e qualquer coisa;

Ela não pega mais o bico

Ela cai se deixa sentada sozinha!

Agora ela fica dois dias sem evacuar.

GII-5 Na roça o pequeno chora e pede pela mãe somente quando está com fome e sono

RIII-3 A criança fala algumas palavras em alemão. (segundo momento)

RIII-4 As crianças brincam menos juntas pela diferença das idades.

Oito dentes ela tem agora!

A criança já quer comer sozinha.

MUDOU! DEU UMA REVIRAVOLTA GERAL!

Eventos que geram mudanças:

GIII-3 Financeiramente mudou muito, deu uma reviravolta geral. (segundo momento)

Casal jovem com dívida financeira após a batida do carro em financiamento.

A filha mais velha está doente e precisa passar por cirurgia.

RI-5 Antes de a oma ficar doente deixava a filha com ela, mas agora tem que leva-la junto. (primeiro momento)

RI-4 Agora eu tenho que parar mais cedo de trabalhar pra poder fazer a comida, porque antes eu fazia comida só à noite. (primeiro momento)

RIII-3 A oma melhorou da ferida! (segundo momento)

Mudanças das tarefas:

GIII-5 O opa não pode mais buscar trato, então ficou para a oma fazer.

A nora está ajudando a cortar o trato.

GIII-3 Avô deixou de fazer suas atividades por preguiça e por se sentir fraco.

O opa mandou debulhar o milho.

RIII-3 Agora mudou porque ela não fica mais com a oma e fica mais com a minha cunhada.

A jovem vai junto buscar trato com os pais.

RIII-4 **Só aumentou o serviço!**

Que problemas ou dificuldades enfrentam?

DIFICULDADES DE SAÚDE

Tem membros com sintomas de doença:

GIII-4 Avô com tonturas, problemas intestinais; preocupação quanto ao sangramento nas eliminações intestinais, fazendo uso de medicação pra dormir, dor de cabeça e enjôo com o uso da medicação.

Avô sente falta de ar, não consegue se abaixar e a esposa tem que lavar os seus pés, não agüenta varrer.

RII-4 Bisavó se sente fraca, com pouco apetite (primeiro momento)

Fazia a comida dentro de casa, cuidava da pequena e, às vezes, arrancava o capim com a mão

Eu quase não levanto por causa da perna

Antes ela corria bastante, ela andava pra cima e pra baixo

Às vezes, me dá vontade de pegar isso tudo e botar fora!

Tem membros com medo do que possa acontecer:

RI-9 Eu disse pra minha mãe quando fomos buscar trato que eu tenho medo, porque no inverno não tem cobra aqui, mas no verão elas aparecem. (Risco de acidente na roça)

RI-5 Eu só tenho medo de ter pernelongo e essas coisas, porque daí fica inchado onde pica. (Risco para a criança)

RIII-4 Mãe com dificuldade de desmamar a criança e introduzir a mamadeira para tornar a criança independente.

RII-4 A gente tem medo de que isso não feche mais.

DIFICULDADES NO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Falta oferta nos serviços de saúde:

GI-6 O atendimento no Posto de Saúde não agrada.

Ser atendido somente se pegar ficha.

Ter que ir cedo para ser atendido no Posto de Saúde quando doente.

GII-8 Falta alguém passar em casa pra medir a pressão

GII-8 A agente de saúde só passou pra trazer o cartão e não passou mais

GI-10 Demora para consultar o especialista do SUS

Que expectativas têm para o futuro da família?

EXPECTATIVAS PARA O NÚCLEO DE AQUISIÇÃO (deslocar para outra categoria?)

GII-4 Quer que o teu filho seja trabalhador e honesto (expectativa ou valor?!)

GII-4 Jovem deseja fazer outros cursos; Quanto mais escolarizado ele estiver, maior é a chance de ele subir de cargo

Não quer voltar a trabalhar fora; quer cuidar do filho enquanto for pequeno; não quer deixar a criança na creche.

RIII-6 Vendo outras opções de trabalho para a jovem, quando desejar ou quando necessário.

Querem construir a casa para o casal jovem.

GIII-3 Casal jovem quer se recuperar das dívidas pra recomeçar do zero.

Guardar dinheiro para comprar outro carro.

RI-8 Mãe pretende amamentar até quando a criança quiser.

RIII-6 Minha cunhada quer ter outro filho, mas eu não.

GII-6 Supondo que a nora se aposente como colona, assinando as notas da propriedade

GII-4 Mesmo quando a gente diz que não vai fazer, acaba fazendo idêntico. (manter modelo familiar)

GIII-6 Desejando que a cunhada e o pai se recuperem dos problemas de saúde.

RIII-6 A bisavó deseja ter saúde.

O que entendem por saúde e doença?

PERCEPÇÃO DE DOENÇA...

O que é doença na família:

GIII-9 Doença é quando a gente está endividada e não sabe se virar e não sabe como vai pagar.

GII-9 Ciúme é doença na família

Estar doente é estar com algum problema físico ou não poder andar:

RII-4 O meu sobrinho é que tem problema disso.

RI-4 A minha mãe tem problema nos nervos; meu marido tem esse problema no estômago, minha avó o problema no coração, meu avô também sempre foi doente, desde novo, porque ele tinha aquele bico de papagaio e minha cunhada acha que tem algum problema no útero, porque ela sente muita dor.

RII-10 Ele tem muita azia sempre, daí ele tem que tomar todos os remédios e se não melhorar tem que operar.

RI-9 O avô também era sempre doente, já não podia andar.

GIII-4 Não parece estar doente porque não aparenta ter nada, não enxerga o problema.

RIII-4 Quando a criança está doente fica enjoadinha, não come muito, não dorme direito. Problema de saúde do marido associado ao manuseio de madeiras com veneno na serraria.

RIII-3 Distinguindo o problema de saúde que tem cura dos que não tem cura.

SAÚDE É...

RIII-9 Saúde é poder pular, trabalhar, brincar, ter apetite pra comer, não ter problemas para ir ao médico. Ter dinheiro é importante para a saúde; ajuda a cabeça, pois não preocupa.

Ter saúde é não ser, nem estar doente:

RI-4 Meu pai nunca teve nada, nem meu irmão.

GI-9 Graças a Deus até agora ele não ficou doente

RI-9 Até agora a criança não ficou doente.

RI-10 Até agora ela não teve nada, nem cólica, dessas coisas.

O que fazem para cuidar da saúde?

CUIDADOS FAMILIAIS À SAÚDE

Cuidados preventivos quanto:

- alimentação

RII-4 Parei de dar maçã porque achei que fosse fazer mal junto com o leite. Eu sempre fiz comida com pouco sal.

RII-8 Amamentação é uma coisa boa

RIII-4 Eu dou o leite porque daí ela não fica tão fraca. Justifica a dentição saudável da filha pela ausência da chupeta.

RI-4 Levando comida para pra ele comer comida quente ao meio-dia e não comer muito à noite; ggora eu faço sopa pra comer á noite, mas ele não gosta muito.

GII-8 Cuida com a comida

Cuidam pra não comer comida estragada

Comem a comida que plantam
 Não compram muita coisa no mercado
 Compram bastante fruta

- planejamento familiar:

GI-4 Tem que dar remédio para ela não ter filhos.

- risco de quedas e acidentes:

GI-2 Nora e mãe da criança preocupada com a segurança e prevenção de queda da criança
 Cuidam pra não se machucar

Levantar as pernas quando anda, observar galhos secos nas árvores

Olhar onde vai pisar na roça, ter cuidado com cobras na roça, cuidar com as abelhas

GII-4 Preocupação em fazer a cerca do muro

RII-9 Olha bem na frente dos pés e das pernas.

GII-8 Na roça sempre tem perigos

RII-9 A oma foi picada por cobra

RII-5 O filho foi picado por abelhas

- higiene:

GII-8 Para ter tudo limpo

RIII-4 Quando é muito frio a gente nem dá banho nela. Mas é melhor dar banho ao meio-dia agora.

Cuidados de controle de doença:

GII-8 Controla o peso

O avô vai medir a pressão de vez em quando

A avó vai medir a pressão a cada quatorze dias

RII-8 Toma remédio para controle da pressão.

Eu tenho que fazer consulta a cada três meses no Dr. M. (cardiologista).

HÁ TAMBÉM ALGUNS DESCUIDADOS

GII-8 A gente deveria controlar bem a pressão

RII-8 Era pra medir a pressão todos os dias, mas nós moramos aqui em cima; toma remédio para controle da hipertensão.

GIII-4 Opa não toma remédio para controlar a pressão por não sentir nada e achar que o remédio pode baixar demais a pressão. (falta informação e acompanhamento)

Diminuindo a dose dos remédios por conta própria para ir deixando de tomar a medicação.

A oma também precisaria voltar pro médico, mas ela está deixando pra traz porque quer ajudar a filha.

Dificuldade para convencer o opa a procurar o médico para fazer exames e um check up completo.

RIII-4 Não levou ainda a criança ao dentista

CUIDA QUEM ENTENDE MELHOR DO CASO

A gente nunca foi de ficar correndo no médico por qualquer coisinha:

GI-10 A gente nunca foi de ficar correndo no médico por qualquer coisinha

Quando é alguma coisa simples cuida ou trata em casa: espinho no pé, se cortar

GI-9 Mãe só medica a criança em casa quando tiver febre ou cólica.

A oma ajuda a cuidar quando está doente.

RI-9 Cuidam em casa da criança quando tem febre ou coisa deste tipo

A gente dá chá pra ela tomar também.

RII-9 Lavo com aquela água de soro e passo aquela pomada só; limpa a ferida com algodão; eu passei rifocina. A neta e a nora fazem o curativo todos os dias.

Membros da família socorrem na situação de acidente ofídico.

A família identifica quando é necessário o cuidado:

GI-9 A criança parece doente quando apresenta febre e comportamento pouco ativo.

Afasta a possibilidade de doença quando vê que os dentinhos estavam nascendo.

A oma disse para ir para o hospital porque o bebê ia nascer.

GI-10 Ele chorava num desespero e não conseguia comer

A família percebe o cuidado profissional que melhora e que piora:

RII-6 A ferida já fechou um pouco; o médico deu aquele anti-inflamatório

GI-9 Casal demonstrou segurança com a chegada do médico no hospital.

Relação de confiança com o médico obstetra que acompanhou o pré-natal e o parto.

RI-10 A médica do Posto deu o remédio certo e ele não tem mais dor.

RII-10 O Dr. disse que foi dada só uma injeção na veia, mas eu não sei se é só isso que tem que fazer.

Eles tinham dado aquela injeção de anestesia e isso não pegou, então eles abriram assim ao vivo.

E não quero passar nunca mais uma dor dessas!

O pior foi quando nós levamos ela para o Dr ver o curativo!

Fomos no hospital e o médico disse que eram dores musculares, deu um remédio que piorou a dor.

Quando procuram os serviços de saúde?

A GENTE VAI AO POSTO DE SAÚDE

GII-6 A avó recebe alguns remédios do Posto de Saúde

GI-10 Optando pelo Posto de Saúde quando alguém fica doente

Fazendo ACD da criança no Posto de Saúde

Consulta o médico do posto de saúde para solicitar exames

RII-10 Receberam o material para curativo do Posto de Saúde

Pegando os remédios no Posto de Saúde

RI-10 Levando a criança no Posto de Saúde para pesar e vacinar

Levando a criança no médico quando atende perto de casa

GIII-4 O opa foi no posto de saúde e depois na farmácia para verificar PA e compara os valores.

RIII-4 Redução na frequência de idas da criança ao posto de saúde quando não para mais quieta.

Vai na farmácia para:

RIII-4 Comprar algum remédio que funcionou para o problema de outra pessoa.

GIII-4 Medir a pressão

A GENTE PASSA PRA FRENTE

No mesmo município quando:

RII-10 Era pra gente ter levado ela para o pronto socorro, mas dizem que não é bom esperar muito. (situação extremamente urgente como a picada de cobra)

A oma que teve que ficar internada porque estava tudo apodrecido e ela não agüentava mais de dor.

Nos outros municípios:

- procuram o hospital ou pronto-socorro quando:

GI-10 O atendimento no posto de Saúde não é o esperado

(situação que não dá pra esperar - criança com muita cólica, marido com dor, situação de trabalho de parto, criança chorando muito e sem mamar).

RI-10 Teve o parto na emergência porque não deu tempo de chegar até o outro Hospital. Naquele dia é que começou com muita dor e daí nós o levamos para o pronto socorro.

GI-10 Levando a criança ao pronto-socorro porque chorava e não queria mamar

GI-9 Indo para o hospital quando percebeu não sentir mais as contrações.

GI-10 Indo para o hospital quando o Posto está fechado
A família decidiu internar no hospital quando o ma piorou.

- procuram o especialista na rede privada ou pública quando:

RI-4 Nós vamos levar a endoscopia dele para o médico na Policlínica de Blumenau; por causa do problema de estômago dele talvez tenha até que operar. (precisa avaliar exame para operar)

RII-10 Eu fui operada em Curitiba. (para fazer cirurgia)

GI-10 Tratando o problema do pós-parto e mantendo acompanhamento com o ginecologista (acompanhamento pré-natal e pós-parto)

Ela tem os médicos que atendem o caso dela (atender o caso de cada um).
Necessitando acompanhamento de médicos de fora do posto de saúde

GIII-4 Pegou atestado e agora vai entrar no encosto porque eles precisam ver o que vão fazer com ele.

Procuram o médico quando:

GI-10 Levando no médico da criança quando emergência

Foi no médico quando sofreu acidente na empresa.

GIII-4 A oma tem que ir a vários médicos, além de fazer os exames.

Agora vou fazer de novo os exames pra ver se tem que deixar algum remédio de lado.

Procurando o médico devido dor e dificuldade de movimentação do braço, prejudicando a capacidade para trabalhar.

RIII-4 Voltando ao médico após insucesso da automedicação.

O marido tem que voltar ao médico do posto de saúde devido problema de saúde que atrapalha o sono e o serviço na firma.

PAGANDO PELOS SERVIÇOS DE SAÚDE

GI-10 Pagando as consultas médicas para agilizar o atendimento

RII-10 Tendo que comprar o material de curativo.

Pagaram para fazer o curativo no hospital

Ele ganhou uma receita de um remédio que custava quase cem reais. (pagando pelos remédios que não têm no Posto)

GII-6 Manipular o remédio para custar mais barato

ANEXO C: PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARNA
 CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE CEP: 88040-900 - FLORIANÓPOLIS - SC
 TELEFONE (048) 234-1755 - FAX (048) 234-4069

PARECER CONSUBSTANCIADO - PROJETO Nº 252/2004

I – IDENTIFICAÇÃO

Título do projeto: “Buscando compreender o viver e o cuidar das famílias rurais, na perspectiva do desenvolvimento da família”

Pesquisador Responsável: Profª. Dra. Astrid Eggert Boehs

Pesquisador Principal: Gisele Cristina Manfrini

Data da coleta dos dados: Outubro de 2004 a maio de 2005

Instituição em que será realizado o estudo: Bairro Alto Benedito Novo – Município de Benedito Novo/SC.

II – OBJETIVOS

Geral: Compreender o cuidado familiar nas famílias rurais em expansão.

Específico: Levantar aspectos referentes ao desenvolvimento das famílias como a estrutura e a dinâmica de vida, os papéis, as tarefas, as posições e as normas familiares nesta fase e como compartilham os cuidados com os profissionais da saúde.

III – SUMÁRIO DO PROJETO : Trata-se de projeto de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem – CCS/UFSC.

a) **Descrição e caracterização da amostra:** 5 a 6 famílias com filhos pequenos (aproximadamente 25 pessoas).

b) **Adequação da metodologia e das condições:** Estudo de natureza qualitativa do tipo descritivo-exploratório, onde os pesquisadores colherão informações através de entrevistas semi-estruturadas juntas junta a população rural do Município de Benedito Novo, através de visita domiciliar.

IV – COMENTÁRIO: A pesquisa proposta é relevante e viável. O projeto de pesquisa contém as informações necessárias para a sua execução. Apresenta um orçamento detalhado, Cronograma de Atividades, os procedimentos de pesquisa e as devidas declarações exigidas pela legislação. Do mesmo modo, a pesquisadora responsável tem o currículo qualificado para orientar o trabalho, com publicações de livros sobre o tema. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) apresenta-se adequado, com todos os itens pertinentes e em uma linguagem acessível aos pesquisados.

aprovado

reprovado

com pendência (detalhes da pendência abaixo citados)

retirado

aprovado e encaminhado ao CONEP

Informamos que o parecer dos relatores foi aprovado por unanimidade, em reunião deste Comitê na data de 27 de setembro de 2004.

Vera Lucia Bosco

Vera Lucia Bosco
 Coordenadora do CEPESH

Fonte: CONEP/ANVS - Resoluções 196/96 e 251/97 do CNS.

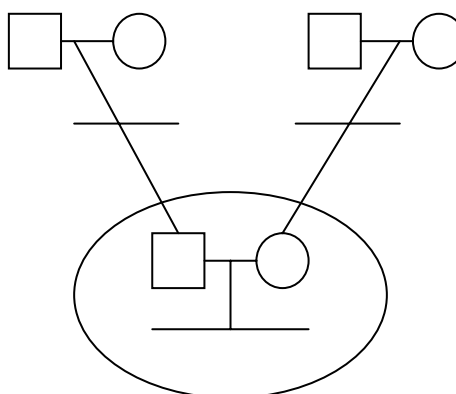
APÊNDICES

APÊNDICE A: INSTRUMENTO PARA LEVANTAMENTO DE DADOS DAS FAMÍLIAS RURAIS

1. Caracterização:

| Posição na família | Idade | Profissão | União conjugal | Tempo de união conjugal |
|--------------------|-------|-----------|----------------|-------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

2. Genograma e ecomapa:

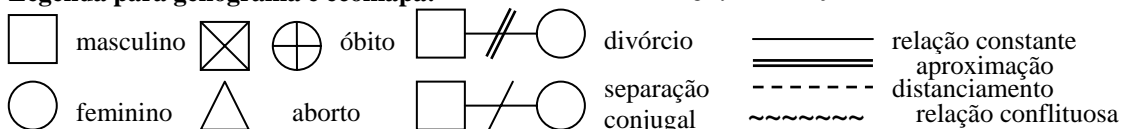


3. Roteiro de perguntas:

- Quem faz parte da família?
- Como é o relacionamento entre vocês na família?
- Vocês contam com a ajuda de alguém? Quando? Para quê?
- Como percebem o momento atual da vida em família?
- O que vocês fazem no dia-a-dia, durante a semana?
- O que vocês costumam fazer nos finais de semana?
- Estão com algum problema ou dificuldade?
- O que vocês consideram importante para a família?
- O que é saúde para vocês?
- O que fazem para cuidar da saúde?
- O que fazem quando alguém está doente na família?
- Em que situações vocês procuram pelos serviços de saúde?

Registro de observações: _____

Legenda para genograma e ecomapa:



Fonte: Modelo Calgary de Avaliação da Família (WRIGHT & LEAHEY, 2002).

**APÊNDICE B: INSTRUMENTO PARA O DESENVOLVIMENTO DO PROCESSO
DE CUIDAR DAS FAMÍLIAS RURAIS**

| | | | | | |
|---------------------|-------------------|------------------------|----------------------|---------------------------------|--------------|
| Diagnósticos | <i>Interativo</i> | <i>Desenvolvimento</i> | <i>Enfrentamento</i> | <i>Integridade familiar</i> | <i>Saúde</i> |
|---------------------|-------------------|------------------------|----------------------|---------------------------------|--------------|

Forças

Diagnósticos

**Áreas de
preocupação**

| | | | |
|---------------------|---------------------------------|--|------------------|
| Diagnósticos | Resultados Esperados | Planejamento e implementação dos cuidados | Avaliação |
|---------------------|---------------------------------|--|------------------|

APÊNDICE C: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é Gisele Cristina Manfrini e sou enfermeira mestranda, na Universidade Federal de Santa Catarina. Estou desenvolvendo a pesquisa intitulada: O CUIDADO ÀS FAMÍLIAS RURAIS, COM BASE NA TEORIA DO DESENVOLVIMENTO DA FAMÍLIA, que tem por finalidade realizar um estudo e uma prática assistencial com famílias que residem nesta comunidade. Este estudo é necessário porque poderá trazer contribuições para que os profissionais de saúde conheçam melhor as famílias rurais e para que, assim, tenham condições de planejar uma assistência mais adequada à saúde destas famílias. Dessa maneira, pretendo realizar entrevistas em sua casa, com data e hora marcadas conforme a sua e a minha disponibilidade, onde conversaremos sobre o assunto de que se trata o estudo, com garantia de anonimato e confiabilidade. Isto não trará nenhum risco ou desconforto aos participantes, no entanto, espera-se que traga a oportunidade de reflexão e troca de informações a respeito do cuidado à saúde nas famílias que vivem em área rural. Além disso, acredita-se que esta pesquisa permita conhecer o viver e compreender o cuidar das famílias rurais. Se você estiver de acordo em participar, posso garantir que as informações fornecidas serão confidenciais e só serão utilizadas neste trabalho. Se você tiver alguma dúvida em relação ao estudo ou não quiser mais fazer parte do mesmo, pode entrar em contato pelo telefone (47) 3382-1043.

Assinaturas:

Pesquisadora _____

Eu,

_____, fui esclarecido sobre o estudo O CUIDADO ÀS FAMÍLIAS RURAIS, COM BASE NA TEORIA DO DESENVOLVIMENTO DA FAMÍLIA e concordo que meus dados sejam utilizados na realização da mesma.

“Verde Vale”, _____ de _____ de 2005.

Ass.: _____ RG: _____

APÊNDICE D: CONSENTIMENTO PARA GRAVAÇÕES E FOTOGRAFIAS

Eu,

permito que a enfermeira Gisele Cristina Manfrini obtenha gravação e fotografias de minha pessoa para fins de desenvolvimento do estudo. Concordo que o material e informações relacionadas à minha pessoa possam ser publicados em aulas, congressos, palestras ou periódicos científicos. Porém, a minha pessoa não deve ser identificada por nome em qualquer uma das vias de publicação ou uso. As fotografias e gravações em fita K7 ficarão sob a propriedade e guarda da enfermeira, cujo nome foi mencionado acima.

Pesquisadora _____

Assinaturas: _____

“Verde Vale”, _____ de _____ de 2005.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)