

CAMILA STEFANES GOULART JORGE

**ROTINAS FAMILIARES:
UM ESTUDO COM FAMÍLIAS DE CRIANÇAS PARTICIPANTES DE
UM PROGRAMA DE SUPLEMENTAÇÃO ALIMENTAR**

FLORIANÓPOLIS

2007

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

**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**

CAMILA STEFANES GOULART JORGE

**ROTINAS FAMILIARES:
UM ESTUDO COM FAMÍLIAS DE CRIANÇAS PARTICIPANTES DE
UM PROGRAMA DE SUPLEMENTAÇÃO ALIMENTAR**

FLORIANÓPOLIS

2007

CAMILA STEFANES GOULART JORGE

**ROTINAS FAMILIARES:
UM ESTUDO COM FAMÍLIAS DE CRIANÇAS PARTICIPANTES DE
UM PROGRAMA DE SUPLEMENTAÇÃO ALIMENTAR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.
Linha de Pesquisa: O cuidado e o processo de viver, ser saudável e adoecer

Orientadora: Profa. Dra. Astrid Eggert Boehs

FLORIANÓPOLIS

2007

Ficha Catalográfica

J82r Jorge, Camila Stefanés Goulart
 Rotinas familiares: um estudo com famílias de crianças participantes de um
 programa de suplementação alimentar [dissertação] / Camila Stefanés Goulart
 Jorge — Florianópolis (SC): UFSC/PEN, 2007.
 180p.

 Inclui bibliografia.
 Possui Fluxogramas e Tabelas.
 Dissertação defendida no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da
 Universidade Federal de Santa Catarina.

 1. Desnutrição Infantil. 2. Enfermagem Pediátrica. 3. Enfermagem Familiar.
 4. Saúde da Família. I. Autor.

CDU – 612.8

CAMILA STEFANES GOULART JORGE

ROTINAS FAMILIARES:

**UM ESTUDO COM FAMÍLIAS DE CRIANÇAS PARTICIPANTES DE UM
PROGRAMA DE SUPLEMENTAÇÃO ALIMENTAR**

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

MESTRE EM ENFERMAGEM


e aprovada em 20 de dezembro de 2007, 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. Marta Lenise do Prado
Coordenadora do Programa

Banca Examinadora:



Dra. Astrid Eggert Boehs
Presidente



Dra. Ingrid Elsen
Membro



Dra. Ana Izabel Jatobá de Souza
Membro

Dra. Gladys A. Vélez Benito
Membro Suplente

Dr. Antonio de Miranda Wosny
Membro Suplente

AGRADECIMENTOS

Agradeço...

Ao mestre e Senhor Jesus, por ter caminhado comigo e me carregado em seus braços quando muito precisei;

Aos meus amados pais, por terem me ensinado desde a infância o valor precioso do estudo;

Aos meus irmãos e avós, pelo carinho e admiração que tanto me fortalecem;

Ao meu esposo, pelo amor, paciência e palavras de conforto. Sua sabedoria me mostrou o verdadeiro caminho;

À professora orientadora Astrid Eggert Boehs, pela confiança e dedicação, por compartilhar seu conhecimento e alimentar minha paixão pela enfermagem familiar;

Aos membros da banca, Prof^a.Marisa, Prof^o.Tony, Prof^a.Ingrid, Prof^a.Ana Izabel e Enf^a.Laura, por me servirem de exemplo e pelas valiosas contribuições para construir este estudo;

Às amigas mestrandas Joéli e Marly, pelo apoio nos momentos mais difíceis;

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

Às famílias que carinhosamente me acolheram, permitindo-me compartilhar de sua rotina;

À equipe local e à Secretaria Municipal de Saúde, por serem facilitadores neste processo; especialmente à Enf^a.Neiva, à Dra.Ieda e às agentes comunitárias de saúde Fafá e Rosângela, pelo incentivo quando começava a fraquejar;

Enfim, agradeço a todas as pessoas que de alguma forma participaram desta importante fase de minha vida.

Obrigada!

E que Deus os recompense pelo muito que me acrescentaram.

RETRATO DE FAMÍLIA

*Este retrato de família
Está um tanto empoeirado.
Já não se vê no rosto do pai
Quanto dinheiro ele ganhou.*

*Nas mãos dos tios não se percebem
As viagens que ambos fizeram.
A avó ficou lisa, amarela,
Sem memórias da monarquia.*

*Os meninos, como estão mudados.
O rosto de Pedro é tranquilo,
Usou os melhores sonhos.
E João não é mais mentiroso.*

*O jardim tornou-se fantástico.
As flores são placas cinzentas.
E a areia, sob pés extintos,
É um oceano de névoa.*

*No semicírculo das cadeiras
Nota-se um certo movimento.
As crianças trocam de lugar,
Mas sem barulho: é um retrato.*

*Vinte anos é um grande tempo.
Modela qualquer imagem.
Se uma figura vai murchando,
Outra, sorrindo, se propõe.*

*Esses estranhos assentados,
Meus parentes? Não acredito.
São visitas se divertindo
Numa sala que se abre pouco.*

*Ficaram traços de família
Perdidos no jeito dos corpos.
Bastante para sugerir
Que um corpo é cheio se surpresas.*

*A moldura deste retrato
Em vão prende seus personagens.
Estão ali voluntariamente,
Saberiam - se preciso - voar.*

*Poderiam subtilizar-se
No claro-escuro do salão,
Ir morar no fundo dos móveis
Ou no bolso de velhos coletes.*

*A casa tem muitas gavetas
E papéis, escadas compridas.
Quem sabe a malícia das coisas,
Quando a matéria se aborrece?*

*O retrato não me responde,
Ele me fita e se contempla
Nos meus olhos empoeirados.
E no cristal se multiplicam*

*Os parentes mortos e vivos.
Já não distingo os que se foram
Dos que restaram. Percebo apenas
A estranha ideia de família*

viajando através da carne.

Carlos Drummond de Andrade, A Rosa do Povo, 1945

JORGE, Camila Stefanos Goulart. **Rotinas familiares**: um estudo com famílias de crianças participantes de um programa de suplementação alimentar. 2007. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 180f.

Orientador: Profa. Dra. Astrid Eggert Boehs

Linha de Pesquisa: O cuidado e o processo de viver, ser saudável e adoecer

RESUMO

Os fatores condicionantes da desnutrição infantil permeiam, além do contexto social amplo, o ambiente familiar onde a relação entre a estrutura física e a organização diária dos membros afeta, de forma positiva ou negativa, a saúde da criança e da família. Em função disso, desenvolveu-se um estudo de múltiplos casos, de abordagem qualitativa, com quatro famílias de crianças participantes de um programa de suplementação alimentar, num bairro do município de Florianópolis/SC. O objetivo foi de conhecer, na perspectiva do referencial teórico de Rotinas Familiares, as rotinas das famílias com crianças desnutridas ou em risco nutricional. A investigação ocorreu através da observação direta em campo e de entrevistas gravadas com a mãe ou outro membro responsável pelos cuidados da criança, no domicílio dos sujeitos, estendendo-se à Unidade de Saúde e ao Centro Comunitário Local, no período de outubro de 2006 a agosto de 2007. Procedeu-se a categorização dos dados de cada família apoiada no método de análise de conteúdo de Bardin, seguida de uma análise comparativa à luz do referencial teórico. Como resultados emergiram as seguintes categorias: *“Os breves encontros no ambiente familiar”*; *“As dificuldades enfrentadas”*; *“Ela desnutriu, e agora?”*; *“Assim é nosso dia”*; *“Tem vezes que falta comida”*; *“Depois que a casa incendiou ficou tudo mais difícil”*; *“Outras limitações diárias”*; *“As rotinas e as instituições”*; *“Antes eu era a Tina, agora sou a mãe”*; *“Instituindo uma rotina alimentar”*; *“O programa norteia o cuidado da criança”*; *“Simplesmente eu tô sozinha nisso aí”*; *“A rotinas da família e as instituições: a culpa é um pouco nossa e um pouco deles”*. Desta análise, observaram-se famílias heterogêneas, cada qual com rotinas específicas que se modificam constantemente para o atendimento das necessidades básicas dos membros frente aos eventos esperados e inesperados no ambiente familiar e às condições econômicas. Algumas dessas rotinas promovem a coesão do núcleo e auxiliam no cuidado das crianças desnutridas ou em risco nutricional e são desenvolvidas também pelos pais, avós e outros membros da rede de parentesco. Os sujeitos dependem, em maior ou menor grau, da rede de suporte social e dos recursos oferecidos pelo programa de suplementação alimentar para a continuidade da vida familiar; e buscam constantemente a estabilidade emocional ou financeira para dentro do núcleo. Conclui-se que esses resultados têm relevância para a equipe de saúde, pois apontam caminhos que podem ser percorridos para a construção de intervenções mais efetivas no cenário da atenção primária, tanto na prática preventiva como na restauração do estado de saúde dos indivíduos e das coletividades.

Palavras-chave: Saúde da Família. Enfermagem Familiar. Transtornos da Nutrição Infantil.

JORGE, Camila Stefanos Goulart. **Family Routines:** a study of families with children participants in a nutritional supplement program. 2007. Dissertacion (Master. in Nursing) – Post Graduation Course in Nursing, Universidade Federal de Santa Catarina (Federal University of Santa Catarina), Florianópolis. 180f.

Advisor: Profa. Dra. Astrid Eggert Boehs

Research Line: Care and the living process, being healthy and becoming sick

ABSTRACT

The conditioning factors of infantile malnutrition remain, beyond the broad social context, the familiar environment where the relationship between the physical structure and the daily organization of its members affects either positively or negatively the children's health and that of the family. This multiple case study was developed in function of this situation, using a qualitative approach among four families with children participants in a nutritional supplement program in a neighborhood of Florianópolis, Santa Catarina, Brazil. The objective of this study was to better understand routines of families with undernourished or nutritionally at-risk children, according to the Family Routine theoretical perspective. The investigation occurred through direct field observation and interviews with the mother or other family member responsible for caring for the child recorded in the subjects' respective homes and later in the local Public Health Care Center and Local Community Center from October of 2006 to August, 2007. We proceeded with the categorization of each family's data, supported by Bardin's content analysis method, followed by comparative analysis within the scrutiny of the theoretical reference. The following categories emerged as results: *"The brief meetings in the family environment"*; *"The challenges faced"*; *"The child is undernourished, what now?"*; *"Our days are like this"*; *"Other daily limitations"*; *"Routines and institutions"*; *"Before I was Tina, now I'm a mother"*; *"Instituting a feeding schedule"*; *"The program directs care for the child"*; *"I'm simply alone in this"*; *"Family routines and institutions: it's a little our fault and a little theirs"*. From such analysis, we observed that heterogeneous families, each with their own specific constantly modifying routines for attending the basic needs of family members before expected and unexpected events in the family environment and economic conditions. Some of these routines promote cohesion of the nucleus and aid in caring for undernourished or nutritionally at-risk children and are developed as well by the parents, grandparents, and other family members in the parenting network. The subjects depend in greater or lesser degrees upon the social support network and on the resources offered by the nutritional supplement program in order to continue with family life. They constantly seek emotional or financial stability within the nucleus. We conclude that these results are relevant to the health care team, for they point out paths which can be taken in order to construct more effective interventions in the primary care scenario, as much in preventative practice as in the restoration of individuals' and collective health.

Keywords: Family Health. Family Nursing. Child Nutrition Disorders.

JORGE, Camila Stefanos Goulart. **Rutinas familiares**: un estudio con las familias de niños participantes de un programa de complementación alimentaria. 2007. Disertación (Maestría en Enfermería) – Curso de Postgrado en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 180f.

Orientadora: Profesora Dra. Astrid Eggert Boehs.

Línea de Investigación: El cuidado y el proceso de vivir, ser saludable y adolecer

RESUMEN

Los factores que son condicionantes de la desnutrición infantil traspasan, además del contexto social amplio, el ambiente familiar donde la relación entre la estructura física y la organización diaria de los miembros afecta, de manera positiva o negativa, la salud del niño y de la familia. En relación a lo anterior, se desarrolló un estudio con abordaje cualitativo, en el que se consideraron múltiples casos, con cuatro familias de niños participantes de un programa de complementación alimentaria, en un barrio del municipio de Florianópolis/SC. El objetivo del presente estudio fue el de conocer, desde la perspectiva del referencial teórico de Rutinas Familiares, las rutinas de las familias con niños desnutridos o con riesgo de desnutrición. La investigación se realizó en el domicilio de los sujetos participantes del estudio, por medio de la observación directa en campo, así como de entrevistas gravadas con la madre u otro miembro de la familia responsable por los cuidados del niño, extendiéndose a la Unidad de Salud y al Centro Comunitario Local, en el período de octubre de 2006 a agosto de 2007. Posteriormente, se procedió a la categorización de los datos de cada familia, apoyados para ello, en el método de análisis de contenido de Bardin, seguido de un análisis comparativo, basado en el referencial teórico. Como resultados del estudio surgieron las siguientes categorías: *“Los breves encuentros en el ambiente familiar”*; *“Las dificultades enfrentadas”*; *“Ella está desnutrida, ¿y ahora?”*; *“Nuestro día es así”*; *“Hay veces que falta la comida”*; *“Después de que la casa se incendió, todo quedó más difícil”*; *“Otras limitaciones diarias”*; *“Las rutinas y las instituciones”*; *Antes yo era Tina, ahora soy la madre”*; *“Instituyendo una rutina alimentaria”*; *“El programa orienta el cuidado del niño”*; *“En eso, simplemente yo estoy sola”*; *“Las rutinas de la familia y las instituciones: la culpa es un poco nuestra y un poco de ellos”*. Del análisis realizado se pudieron observar familias heterogéneas, donde cada cual tiene rutinas específicas que se modifican constantemente para la atención de las necesidades básicas de los miembros, ante los sucesos esperados e inesperados en el ambiente familiar y a las condiciones económicas. Algunas de esas rutinas promueven la unión del núcleo y auxilian en el cuidado de los niños desnutridos o en riesgo nutricional. Esas rutinas también son desarrolladas por los padres, abuelos, así como por otros miembros de la red de parentesco. Los sujetos dependen, en mayor o menor grado, de la red de soporte social y de los recursos que son ofrecidos por el programa de complementación alimentaria para la continuidad de la vida familiar; los cuales buscan constantemente, la estabilidad emocional o económica para dentro del núcleo. Se puede concluir que esos resultados son de gran importancia para el equipo de salud, ya que señalan caminos que pueden ser explorados para la construcción de intervenciones más efectivas en el contexto de la atención primaria, tanto en la práctica preventiva como en el restablecimiento del estado de salud de los individuos y de las colectividades.

Palabras Claves: Salud de la Familia. Enfermería de la Familia. Trastornos de la Nutrición del Niño.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AC	Análise de Conteúdo
AFLOV	Associação Florianopolitana de Voluntários
DAB	Departamento de Atenção Básica
DEP	Desnutrição Energético-Protéica
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NCHS	<i>National Center for Health Statistics</i>
NEPEPS	Núcleo de Extensão e Pesquisa em Educação Popular, Enfermagem e Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
PHC	Programa Hora de Comer
SISVAN	Sistema de Vigilância Nutricional
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
ULS	Unidade Local de Saúde

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

Figura 1 - Diagrama representativo do estudo de múltiplos casos.	40
Figura 2 – Genograma da Família A.....	63
Figura 3 – Ecomapa construído pela Família A.....	64
Figura 4 – Genograma da Família B.	78
Figura 5 – Ecomapa construído pela Família B.....	81
Figura 6 – Genograma da Família C.....	104
Figura 7 – Ecomapa construído pela Família C.....	106
Figura 8 – Genograma da Família D.....	120
Figura 9 – Ecomapa construído pela Família D.....	121
Quadro 1 - Síntese da categorização dos resultados para o primeiro caso	66
Quadro 2 - Síntese da categorização dos resultados para o segundo caso	82
Quadro 3 – Síntese da categorização dos resultados para o terceiro caso	107
Quadro 4 - Síntese da categorização dos resultados para o quarto caso.....	122

SUMÁRIO

CAPITULO I

A APROXIMAÇÃO COM A TEMÁTICA DO ESTUDO	11
1.1 Reflexões que levaram a pergunta de pesquisa.....	11
1.2 O Objetivo	16

CAPÍTULO II

AS ROTINAS E A NUTRIÇÃO NO CONTEXTO FAMILIAR.....	17
2.1 Os retratos familiares	17
2.2 A nutrição infantil no contexto familiar	21
2.3 Os estudos sobre rotinas familiares	27

CAPÍTULO III

O REFERENCIAL TEÓRICO DE ROTINAS FAMILIARES	31
3.1 A origem do referencial	31

CAPÍTULO IV

AS BASES METODOLÓGICAS.....	38
4.1 As proposições	38
4.2 O desenho da pesquisa	39
4.3 Os participantes do estudo.....	41
4.4 O cenário da investigação	43
4.5 Os procedimentos para coleta de dados	48
4.6 O tratamento dos dados	53
4.7 As considerações éticas da pesquisa.....	56
4.8 O rigor	57

CAPITULO V

DESCRIÇÃO DAS FAMÍLIAS E SUAS ROTINAS58

5.1 O desafio da aproximação com os sujeitos58

5.2 A apresentação dos casos60

5.2.1 Família A..... 60

5.2.1.1 Os encontros com a família..... 60

5.2.1.2 O ambiente familiar 61

5.2.1.3 As rotinas familiares 66

5.2.2 Família B..... 75

5.2.2.1 Os encontros com a família..... 75

5.2.2.2 O ambiente familiar 77

5.2.2.3 As rotinas familiares 82

5.2.3 Família C..... 101

5.2.3.1 Os encontros com a família..... 101

5.2.3.2 O ambiente familiar 102

5.2.3.2 As rotinas familiares 107

5.2.4 Família D 117

5.2.4.1 Os encontros com a família..... 117

5.2.4.2 O ambiente familiar 118

5.2.4.3 As rotinas familiares 122

CAPITULO VI

ANÁLISE DOS RESULTADOS130

6.1 Os ambientes familiares130

6.2 As rotinas das famílias com crianças desnutridas ou em risco nutricional ...140

CAPITULO VII

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....148

REFERÊNCIAS.....152

APÊNDICE A: Questionário semi-estruturado159

APÊNDICE B: Guia para conhecer as rotinas das famílias com criança desnutrida.....163

APÊNDICE C: Legendas genograma e ecomapa164

APÊNDICE D: Termo de consentimento livre e esclarecido166

ANEXO A: Modelo de categorização dados167

CAPITULO I

A APROXIMAÇÃO COM A TEMÁTICA DO ESTUDO

1.1 Reflexões que levaram a pergunta de pesquisa

Embora o termo família nos acompanhe desde o nascimento até a morte, não é tão fácil conceituá-lo. Geralmente trazemos como referência o nosso próprio retrato familiar, daí a extrema relevância de considerar que a família, como definição, envolve uma complexidade de fatores que são conformados nos seus diferentes contextos e realidades. Nesse sentido, não se pode falar na existência de um conceito de família que explique a estruturação de todas, mas na existência de famílias no sentido plural dos determinantes de vida de cada unidade.

Assim, a instituição família, compreendida também como sistema ou como unidade cuidadora, vem, atualmente, passando por fortes transformações influenciadas por mudanças culturais, ambientais e econômicas que ocorrem no contexto micro e macrosocial. Percebem-se hoje famílias menores e coabitadas; com novas formas de matrimônio e com aumento de relações temporárias. Há membros convivendo diuturnamente com diferentes gerações onde se constitui um universo singular de relacionamento que atua, transforma e devolve ao social sempre um produto novo, fruto das elaborações que fizeram no seu cotidiano (BIASOLI-ALVES, 2002; ALTHOFF, 2002).

Entretanto, parte significativa dessas famílias ainda sofre privações quanto ao acesso às condições mínimas de dignidade e cidadania. A gravidade do quadro de pobreza e miséria no Brasil afeta um grande contingente populacional que se encontra excluído das políticas básicas de trabalho, educação, saúde, habitação e alimentação além de mais exposto aos fatores de risco do ambiente físico e social. Desse modo, admite-se que as famílias enfrentam inúmeras fragilidades e suscetibilidades que repercutem diretamente e de forma vil nos mais vulneráveis desse grupo: os filhos. Petrini (2003) afirma que à medida que a família encontra dificuldades para cumprir

satisfatoriamente as tarefas básicas de socialização e de amparo aos seus membros, criam-se situações de vulnerabilidade, e para ser efetiva e eficaz, a vida familiar depende de condições para sustentar e manter seus vínculos. Essa realidade pode favorecer o desequilíbrio das relações e a desagregação familiar; dificultar o convívio saudável da família e influenciar a saúde de seus membros. Como ser em crescimento e desenvolvimento dentro do espaço familiar, a criança necessita de um ambiente acolhedor para que suas necessidades físicas e psicossociais sejam atendidas, sua identidade seja formada e sua posição na rede de apoio social seja estabelecida, (CIAMPONE et al, 1999).

Então, em meio a esse processo, as possibilidades de agravos à saúde e as necessidades familiares também se determinam de forma diferenciada. A desnutrição infantil, associada a outros importantes distúrbios alimentares, vem sendo amplamente abordada na literatura e constitui-se permanente preocupação nas políticas básicas de saúde. No início da década de noventa, a adequação do cuidado infantil foi reconhecida como uma das três vertentes determinantes da desnutrição, assim como a segurança alimentar¹, a salubridade do ambiente e o acesso aos serviços de saúde (CARVALHAES; BENÍCIO, 2002). Num estudo de caso controle realizado em Botucatu/SP com 101 casos (crianças com peso/idade < percentil 5) e 200 controles (crianças com peso/idade > percentil 25) essas autoras identificaram alguns fatores sociais que influenciaram, em maior ou menor grau, o risco de a criança ser desnutrida. Entre outros achados, relatam a adversidade familiar indicada pela ausência do companheiro; o comportamento reprodutivo; a baixa escolaridade das mães e suas condições de desemprego. Goldenberg (1989) observou, em seu estudo, diferenças significativas no que se refere ao estado nutricional das crianças nas famílias nucleares (27% de desnutridos) e ampliadas (19,2%). Constatou que as famílias ampliadas auferiam maior renda per capita e uma rede de apoio social

¹ Segundo fontes do IBGE (2006), segurança alimentar e nutricional é a realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras da saúde, que respeitem a diversidade cultural e que sejam social, econômica e ambientalmente sustentáveis (Projeto de Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Profissional – PL 6047/2005 – em tramitação no Congresso Nacional).

também ampliada, em que as possibilidades de cuidado pareciam mais diversificadas. Recentemente, foi traçado pelo Ministério da Saúde um perfil sobre segurança alimentar das Grandes Regiões do país que considerou, dentre outros fatores, a composição da unidade familiar e sua renda. Nos domicílios pesquisados, observou-se maior prevalência de insegurança alimentar naqueles em que residiam crianças, principalmente de zero a quatro anos de idade; coabitavam sete ou mais moradores; e com rendimento domiciliar mensal de até um quarto de salário mínimo (R\$ 65), atingindo, de forma moderada a grave, a desnutrição em 61,2% desses domicílios. (IBGE, 2006).

Outros estudos também apontam os fatores socioeconômicos e ambientais como agravantes da desnutrição infantil. Na Pesquisa de Orçamentos Familiares (2002-2003), na qual foi feita uma análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil, a estratificação da população segundo classes de rendimentos familiares mensais per capita indicou, tanto para homens quanto para mulheres, aumento uniforme da prevalência de déficits ponderais à medida que os rendimentos diminuían, sendo os maiores déficits de peso encontrados nas famílias com renda per capita de até um quarto do salário mínimo (IBGE, 2004). Teixeira e Heller (2004), através de um estudo transversal com 659 crianças residentes em áreas de invasão em Juiz de Fora/MG, demonstraram a associação de fatores ambientais e comportamentais das famílias com a desnutrição crônica da criança como, por exemplo: o fornecimento de água; a higiene infantil precária, principalmente antes das refeições, e o lançamento das fezes das fraldas no peridomicílio.

Dessa forma, a causalidade da desnutrição infantil, também relacionada com fatores externos como a crise econômica e o escasso suporte social, acaba por afetar a organização e o cotidiano das famílias com crianças desnutridas. Vasconcelos (2001) afirma que a presença de desnutridos no ambiente familiar é um dos indicadores que a identifica como família de risco, a qual vivencia situações de crise e requer apoio sistemático ao seu funcionamento global. Assim, muitos autores reforçam a necessidade de buscar no cotidiano familiar a construção da saúde, priorizando a proteção, a promoção do cuidado e a continuidade da vida. Kleinman (1980, apud

BOEHS, 2005), reforça a relevância da família no cuidado à saúde ao afirmar que é o setor familiar ou popular que mais se envolve no contexto da doença e do cuidado. Para ele, tanto nas sociedades ocidentais, como nas orientais, 70 a 90 % das doenças são tratadas em tal setor, e é onde são tomadas as decisões sobre como, quando e qual outro setor deve ser consultado.

No Brasil, com a implementação do Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994, agora denominada como Estratégia de Saúde da Família (ESF), emergiu a necessidade de reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases. O atendimento tradicional e biologicista da equipe de saúde à criança dentro do espaço da Unidade Básica vem sendo substituído por uma visão integral da família e do contexto em que vive, estendendo, assim, o cuidado a todos os seus membros em domicílio (FONTINELLE JÚNIOR, 2003).

Além da ESF, outras políticas compensatórias vêm sendo empreendidas pela esfera governamental para amenizar o problema da desnutrição infantil. No município de Florianópolis/SC, foi instituído pela Prefeitura Municipal, em 1999, o Programa Hora de Comer (PHC), que consiste em uma cesta alimentar para crianças desnutridas compreendidas, atualmente, na faixa etária de seis meses a seis anos incompletos de idade. Além do acompanhamento mensal para avaliação médica do seu crescimento e desenvolvimento, os familiares devem comparecer mensalmente a uma reunião educativa, na qual apresentam o resultado da puericultura e mantêm atualizado o cadastro da criança no programa (BOEHS et al, 2005).

Durante minha vivência acadêmica, e agora profissional, especialmente dedicada à saúde integral da criança, acompanhei algumas famílias do PHC num bairro periférico do município através de projetos de pesquisa e extensão desenvolvidos pelo Núcleo de Extensão e Pesquisa em Educação Popular, Enfermagem e Saúde (NEPEPS/UFSC). Percebi então que, mesmo ciente dos fatores estruturais e macroeconômicos a que as famílias estão sujeitas e com o apoio de programas institucionais, os profissionais da área da saúde ainda se defrontam com situações-limite em que o saber técnico precisa ser adaptado ao saber e à motivação da família para o cuidado, considerando a diversidade das dinâmicas familiares e a

realidade socioeconômica e cultural em que vivem. Além disso, refletia continuamente sobre a necessidade de compreender como era o dia-a-dia da criança desnutrida e de sua família fora daquele espaço permeado por profissionais de saúde, e também como poderia contribuir para recuperar a saúde da criança e fortalecer o grupo com um todo. Alguns autores salientam que o profissional de saúde deve aprender com a família como acontece, em detalhes, a sua convivência cotidiana permeada por realidades diversas, para então descobrir que dimensões do conhecimento técnico podem ser úteis (VASCONCELOS, 2001; DENHAM, 2003).

Nesse contexto, o desafio maior é adequar as propostas dos programas à perspectiva das famílias, considerando a complexidade das dimensões envolvidas na vida familiar com o processo de trabalho dos profissionais de saúde. Vasconcelos (2001) reconhece um fosso existente entre a ação das instituições de saúde e o pensar/fazer cotidiano da população. Sendo assim, para enfrentar a desnutrição e outras patologias não bastam apenas ações técnicas dos serviços, é indispensável a iniciativa dos indivíduos, famílias e grupos sociais que no dia-a-dia convivem e se conformam com a instalação da doença e, mais ainda, cuidam de seus membros durante esse processo. Para tanto, torna-se imprescindível uma aproximação com tais famílias para conhecer sua estrutura e organização; seu ambiente, suas interações intra e extrafamiliares e as dinâmicas diárias de cuidado aos seus membros, em especial à criança.

Então, a partir da observação dos singulares contextos de vida das famílias e sob a perspectiva do referencial Teórico de Rotinas Familiares, constrói-se a pergunta norteadora deste estudo: **Quais são as rotinas de famílias com crianças desnutridas?**

A realização desta pesquisa se justifica pela necessidade de novas estratégias para aproximar os profissionais de saúde do viver familiar; ampliar as possibilidades de ação com as famílias, principalmente aquelas em situação de risco; e fornecer subsídios para a construção de políticas públicas de saúde pautadas na realidade dos sujeitos. Para os profissionais de enfermagem, especialmente aos inseridos na atenção comunitária, este estudo permite desbravar cenários fora das unidades de saúde,

conquistando outras dimensões que auxiliem no desvelar do mundo familiar que, de acordo com Denham (2002), é onde as ações, interações e processos dos diferentes membros buscam organizar a vida coletiva diária, ao estabelecer rotinas, distribuir tarefas e administrar os recursos de acordo com a situação em que se encontram.

1.2 O Objetivo

Conhecer, na perspectiva do referencial teórico de Rotinas Familiares, as rotinas das famílias com crianças desnutridas ou em risco nutricional participantes do programa de suplementação alimentar *Hora de Comer* de um bairro periférico do município de Florianópolis/SC.

CAPÍTULO II

AS ROTINAS E A NUTRIÇÃO NO CONTEXTO FAMILIAR

2.1 Os retratos familiares

A família é observada por diferentes áreas do conhecimento e compreendida pela diversidade de olhares à qual está sujeita, do senso comum às teorias familiares.

Baseada nos preceitos antropológicos, Silveira (2000) aborda as inúmeras perspectivas da família e apresenta alguns conceitos básicos para o trabalho em saúde. Segundo a autora, o termo família, que provém do Latim *famulus* (criado, servidor), aplicava-se originalmente ao conjunto de empregados de um senhor, passando mais tarde a ser utilizado para identificar o grupo de pessoas que vivem numa casa, unidas por laços de sangue e submetidas à autoridade de um chefe comum. Já Aristóteles a entendia como a comunidade de todos os dias e atribuía-lhe a função de atender às necessidades primárias e permanentes do lar. E é de Cícero a expressão que diz ser a família o princípio da cidade e origem ou semente do Estado. Mais recente, e também mais ampla, a definição de Lévi-Strauss diz que a família repousa sobre a união, mais ou menos durável e socialmente aprovada, de um homem e uma mulher e seus filhos.

Já na perspectiva sociológica, consiste numa das cinco maiores instituições sociais compreendidas pela autora como o conjunto de preceitos, relativamente permanentes, que orientam o comportamento e os padrões de papéis sociais convencionados que possibilitam a uma sociedade cumprir suas obrigações principais, e na qual o parentesco² pode ser considerado como um fator organizador. Biasoli-Alves (2004) compartilha dessa visão, apontando a família como o primeiro ambiente socializador da criança, atuando e devolvendo ao social sempre um produto novo, fruto das elaborações que fizeram no seu interior.

² Considera-se parentesco uma construção ideológica derivada de concepções culturais sobre a genealogia da família (SILVEIRA, 2000).

No entanto, além de transformar, a instituição familiar, também percebida por alguns estudiosos como sistema ou ainda como unidade, vem sofrendo alterações estruturais e modificando seus valores desde o século XVIII. No contexto das mudanças socioeconômicas e políticas, historiadores descrevem como, especialmente a partir da Revolução Francesa e da Revolução Industrial, o afeto começa a ser considerado como base da vida em família. Nessa época, a transição do feudalismo para o capitalismo exigia uma reorganização do modelo familiar, emergindo o “sentimento de família” e a intimidade entre os membros. Os filhos, encarados antes como mão-de-obra para a empresa familiar e meio de perpetuação da espécie, ganham um valor preferentemente afetivo (ARIES, 1981).

Na sociedade contemporânea, as mudanças na organização e na estrutura familiar também estão relacionadas à ordem econômica; ao processo de trabalho; à revolução da reprodução humana; ao crescente sentimento de afeição e escolha; às mudanças de valores e à liberação dos hábitos e costumes, bem como ao fortalecimento da lógica individualista em termos societários, e são observados tanto em termos estatísticos quanto em termos normativos (FONSECA, 2004a). Essa autora analisa os perfis familiares e critica a hegemonia dos modelos constatados ao longo da história. Reflete que, a partir da década de sessenta, nos países do hemisfério norte, as taxas de casamento e de fecundidade caíram de trinta a quarenta por cento e o número de divórcios quadruplicou no mesmo período, com cerca de um quarto dos nascimentos ilegítimos; e isso resultou, entre outras consequências, num contingente desproporcional de pessoas vivendo sozinhas e crianças sendo criadas por apenas um dos pais biológicos.

Assim, a unidade doméstica fundada na família nuclear³ não se manifesta com a mesma frequência, sendo hoje defendida pelos pesquisadores a inexistência de um padrão universal de evolução familiar. No Brasil, tanto o “modelo patriarcal” da família colonial extensa elaborado por Freyre no início dos anos trinta, como a “família moderna” caracterizada pelo arranjo nuclear e conjugal, considerada padrão

³ Família nuclear, conjugal ou elementar é composta por pai, mãe e filhos nascidos dessa união. (SILVEIRA, 2000)

por Parsons e Bale em meados do século passado, são vistas como sendo de relevância limitada, tendendo as análises para julgamentos morais (FONSECA, 2004a). Para Biasoli-Alves (2004) esse “padrão contemporâneo” ainda é o partilhado pelas camadas médias da sociedade de consumo, decorrente da urbanização, industrialização e individualização do trabalho. Para outros autores, além do enxugamento dos grupos familiares e da variedade de arranjos, deve-se considerar ainda o processo de empobrecimento acelerado e a desterritorialização das famílias pelos movimentos migratórios (MIOTO, 2004; GOMES; PEREIRA, 2005).

Desse modo, como consequência negativa das transformações familiares no ambiente macro e microsocial, alguns estudiosos relevam o desencadeamento do processo de fragilização dos vínculos, aumentando a vulnerabilidade desse grupo aos eventos da vida, como morte, enfermidades, desemprego e a própria gestão da vida cotidiana (PETRINI, 2003; MIOTO, 2004). Em contrapartida, aquilo que se chama de “sentimento de família” permanece (SILVEIRA, 2000; GOMES; PEREIRA, 2005) e a função cuidadora da família, em toda sua amplitude, mantém-se como uma das mais importantes realizadas no ambiente familiar (BOEHS et al, 2005; VASCONCELOS, 2001; ELSEN, 2002; BIASOLI-ALVES, 2004), independente de seus retratos. Com isso, vem aumentando a exigência da família de desenvolver complexas estratégias de ações e de relações entre seus membros para manutenção da saúde e continuidade da vida. Os autores também alertam para a falta de quadros descritivos das dinâmicas que essas famílias assumem ao lidar com as situações do cotidiano, suas competências e comportamentos de sobrevivência e bem-estar nas diferentes camadas populacionais (BOYCE, 1983; MIOTO, 2004; BIASOLI-ALVES, 2004; 2005;). Biasoli-Alves (2005, p. 89), que discute o desenvolvimento psicológico da família e da criança em condições adversas, afirma que:

[...] as camadas médias dispõem de um conjunto grande de recursos que permitem a elas contar com diferentes tipos de ajuda para criar e educar sua prole [...]; por outro lado, não é bem isso o que se passa com as chamadas camadas populares, em que predomina a pobreza, às vezes a miséria, em que a rede de apoio social existe, mas é de natureza diversa da observada para as famílias com melhor situação econômica.

Assim, dependendo da situação, a vida familiar pode estar comprometida,

sobretudo nas camadas populares em que as dificuldades parecem mais presentes. Segundo a autora, os fatores de risco para o desenvolvimento infantil podem, pois, ser identificados tanto em características da criança, quanto do socializador e do ambiente em que ela vive. Para Elsen (2002), a capacidade da família para cuidar de seus membros, ou do grupo como tal, pode estar comprometida, diminuída ou ausente, em determinadas situações ou fases da trajetória familiar. A autora reforça a idéia de que a organização da sociedade e os recursos de diferentes naturezas existentes e disponíveis na comunidade na qual a família está inserida estão relacionados com a qualidade e a disponibilidade do cuidado. Entretanto, uma vez que vários fatores, diferentes das condições socioeconômicas, determinam adversidades para o processo familiar de cuidado, a noção das “estratégias de sobrevivência” como uma adaptação funcional à pobreza, embora aponte aspectos importantes da realidade, não deve ser utilizada de forma simplista, reduzindo tudo o que é específico a uma questão econômica (FONSECA, 2004a; 2004b; BIASOLI-ALVES, 2005).

A necessidade, então, de se olhar a família de forma contextualizada propulsiona significativos estudos recentes sobre o ambiente familiar como os de Althoff (2002) e de Fonseca (2004b). No âmbito da enfermagem familiar, em sua tese de doutorado Althoff constrói um modelo teórico sobre o processo de conviver em família denominado “modelo de integração”. Para a autora, a formação da unidade familiar começa pela união das pessoas, seja ela realizada formalmente ou não. O ambiente é então definido a partir da sua dimensão física – a moradia, que se constitui numa condição para a família ter privacidade e adquirir uma identidade; e da dimensão social, dirigida pelas ações e interações sociais que ocorrem entre os membros da família, criando um mundo privado, mas em conexão com o mundo externo. Nesse ambiente e sob a perspectiva do interacionismo simbólico, entre outras constatações, a autora observa a presença de estratégias que permitem e fazem perdurar o relacionamento saudável entre os membros, dentre as quais se destacam algumas rotinas e rituais familiares. Contudo, organizar a vida diária com atribuições de papéis e tarefas domésticas definidas de acordo com suas necessidades é base de orientação da família para seu viver cotidiano (ALTHOFF, 2002).

2.2 A nutrição infantil no contexto familiar

Na Idade Média, a saúde estava relacionada com a salvação: o homem saudável era o homem salvo. Com a era moderna, essa unidade é quebrada, e a saúde passou a ser entendida como o contrário de doença, especialmente no sentido físico. Então, a grande prioridade tornou-se a eliminação das doenças e houve um direcionamento em busca de seu tratamento. O desenvolvimento da microbiologia e dos antibióticos ocasionou uma grande evolução no controle de doenças infecciosas, reforçando a crença de que a saúde era possível com a eliminação das doenças. Isso fundamentou uma concepção monocausal, apoiada na “teoria dos germes”, segundo a qual os problemas de saúde se explicam por uma relação agente-hospedeiro (MENDES, 1996).

Entretanto, o crescimento de doenças não infecciosas, como a diabetes e a hipertensão, colocou em crise o modelo explicativo unicausal e a crença da saúde como resultado da eliminação das doenças pelo tratamento. A entrada da sociologia e da psicologia no debate sobre a saúde ampliam o conceito, que não se restringe ao aspecto físico da pessoa, nem é somente ausência de doença. Esse processo levou à elaboração de uma concepção multicausal de saúde-doença. Dentro dessa nova lógica, a partir da década 70, foram formulados modelos mais globalizantes de compreensão da realidade sanitária. Os modelos de Blum, de Dever e de Lalonde estão entre os que tiveram maior repercussão nos anos seguintes, nos quais articularam quatro dimensões explicativas do processo saúde-doença: biologia humana, estilos de vida, meio ambiente e serviços de saúde (MENDES, 1996).

Na seqüência desse processo, outro marco foi a Conferência de Alma Ata, em 1978, onde se declarou que a conquista do mais alto grau de saúde exigia a intervenção de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde (OPAS, 2006). Inicia-se, assim, um movimento internacional (OTAWA, 1986; ADELAIDE, 1988; SUNDSVALL, 1991; JACARTA, 1997; MÉXICO, 2000) que conduziu à formulação da proposta da Promoção de Saúde como a estratégia para atingir condições saudáveis de vida. A Promoção da Saúde resultante desse processo envolve desde as ações

desenvolvidas dentro do âmbito dos cuidados, até a execução de políticas saudáveis (BRASIL, 2002).

No âmbito da nutrição, a atitude dos profissionais, desde o processo de avaliação nutricional até o planejamento de ações de cuidado, também deve contemplar o real significado de Promoção de Saúde, promovendo a autonomia das pessoas, indivíduos e profissionais para que em conjunto possam compreender a saúde como resultante das condições de vida, propiciando um desenvolvimento social mais equitativo. Então, com a incorporação do “modelo” da história natural das doenças aos estudos epidemiológicos nutricionais, proposto por Leavell e Clark, foram difundidos os conceitos de indicadores diretos e indiretos do estado nutricional de coletividades. Nessa linha de pensamento, os fatores determinantes da desnutrição podem ser de ordem biológica e/ou social. Na dimensão biológica, as carências nutricionais são vistas como manifestações produzidas pela insuficiência quantitativa e/ou qualitativa de consumo de nutrientes em relação às necessidades nutricionais e estão incluídas as morbidades, principalmente as infecções repetitivas que causam anorexia, aceleração do metabolismo e aumento das perdas de nutrientes. Já na dimensão social, pode ser entendida como o desequilíbrio das relações homens-natureza-alimento, estabelecidas num contexto econômico, histórico e sociocultural.

Por conseguinte, como muitos outros países desenvolvidos ou em desenvolvimento, o Brasil vive um quadro de transformação dos padrões nutricionais e de alerta para a tendência crescente e preocupante da obesidade ante o distúrbio alimentar da desnutrição, apesar do declínio observado nas últimas décadas. Há mais de meio século, órgãos internacionais, como a Organização Mundial de Saúde (OMS), vêm desenvolvendo esforços para padronizar e normatizar os métodos de avaliação do estado nutricional de populações. Diversas classificações, com base em critérios antropométricos, foram apresentadas para difundir padrões de normalidade e de outros critérios diagnósticos, utilizando medidas de percentis e desvios-padrão, observando a relação entre peso/idade, peso/altura e altura e idade. No Brasil, a comparação direta da medida observada com a distribuição percentil padrão vem sendo utilizada desde os anos 80 para diagnosticar déficits de crescimento e nutrição (VASCONCELOS, 1993).

O Ministério da Saúde propõe que o crescimento e desenvolvimento sejam acompanhados conferindo o peso e altura por idade, comparando-os com os valores de referência segundo o sexo e utilizando como ponto de corte inferior para risco nutricional o percentil 10. O diagnóstico de desnutrição se aplica à criança abaixo do percentil 3 (BRASIL, 2004b).

Até o ano de 2006, esse acompanhamento era realizado através de gráficos de crescimento padrão desenvolvidos pelo *National Center for Health Statistics* (NCHS), com dados transversais coletados pelo *Ohio Fels Research Institut*, no período de 1929 a 1975 (BRASIL, 2006a). Entretanto, essas curvas vinham sendo amplamente rediscutidas nos últimos dez anos, questionando-se a sua adequação como referência internacional, já que o estudo de Fels, apesar do rígido protocolo antropométrico, levanta questões como: 1) a amostra era restritiva em termos de origem genética; 2) as crianças foram predominantemente alimentadas com mamadeira; 3) peso e altura foram medidos apenas ao nascer, com um, três, seis, nove, 12, 18, e 24 meses, prejudicando o ajuste preciso das curvas; 4) o tamanho amostral oscilou em diferentes idades, variando de 298, para ambos os sexos ao nascer, até 935 aos 18 meses; 5) os procedimentos empregados para o ajuste das curvas são hoje considerados obsoletos e provavelmente eram inapropriados para descrever o padrão e a variabilidade do crescimento normal. Em face a essas discussões, no ano de 1994 foi dado início a um estudo multicêntrico para construção de novas curvas, no qual seis países participaram representando as principais regiões geográficas do mundo, sendo o Brasil (Pelotas/RS) selecionado para representar a América Latina. Então, em estudo longitudinal e transversal com critérios de elegibilidade dos sujeitos que procuraram consertar os vieses do padrão anterior, em abril de 2006 o Ministério da Saúde lançou as novas curvas de crescimento da Organização Mundial de Saúde (OMS), já implementadas em grande parte da rede do Sistema Único de Saúde (SUS). Os resultados mostraram que a nutrição, o ambiente e os cuidados de saúde são fatores mais fortes para o crescimento e o desenvolvimento do que o sexo ou as características étnicas. Esses novos padrões ajustam a marca de nível para o crescimento e o desenvolvimento de todas as crianças, do nascimento aos cinco anos incompletos de idade, permitindo

detectar desnutrição, sobrepeso, obesidade e as condições associadas ao crescimento e à nutrição na criança e encaminhá-la mais precocemente para tratamento (BRASIL, 2006a).

Conquanto, na abrangência dos déficits ponderais a desnutrição energético-protéica (DEP) assume papel de destaque por se tratar de um dos principais problemas de saúde pública em países em desenvolvimento. Alguns autores percebem-na como a expressão ou manifestação orgânica (do biológico) da situação concreta geral, particular e individual em que esse desnutrido está inserido na sociedade (VASCONCELOS, 1993). Sua forma primária resulta da pobreza, das más condições ambientais e da marginalização social em que vivem certas populações de áreas urbanas periféricas e/ou rurais, afetando principalmente as crianças com idade inferior a cinco anos (CARRAZZA et al, 2003; FERNANDES, 2003). Na América Latina, sua incidência é bastante elevada, com 50% das crianças menores de cinco anos desnutridas. No Brasil, a incidência varia de acordo com o desenvolvimento socioeconômico regional, havendo altas taxas no Norte e no Nordeste e em bolsões de pobreza na periferia das grandes cidades do Sudeste e do Sul (CARRAZZA et al, 2003). Então, a DEP, antes denominada desnutrição calórico-protéica⁴, é compreendida como diminuição da quantidade de alimentos associados a qualidade inadequada (falta proteínas de boa qualidade, vitaminas e minerais) e aumento da frequência, duração e intensidade de infecções. Esses três fatores estão associados entre si formando um ciclo vicioso perverso, em que cada um aumenta a influência negativa do outro. A insuficiência alimentar - quantidade e qualidade - prejudica o sistema imunológico, levando a menor resistência às infecções; em contrapartida, o aumento da duração, intensidade e frequência das infecções prejudica a alimentação e absorção dos alimentos. Tal ciclo vicioso é tão forte que apenas a distribuição de alimentos ou o tratamento isolado das patologias associadas, em unidades de saúde, não são efetivos para recuperar e manter a saúde (SAWAYA et al, 2003). Nessa gama de condições patológicas, Carrazza et al (2003) reforça a influência dos fatores etiológicos socioeconômicos (pobreza-privação nutricional) e seus fatores intrínsecos,

como as más condições ambientais que levam a infecções e hospitalizações; o nível educacional e cultural da família e sua organização interna.

Essa óptica releva a idéia de que os modelos explicativos atuais da causalidade da desnutrição energético-protéica são construídos a partir de uma base epidemiológica que admite a determinação multicausal para a compreensão dos fenômenos da saúde. Desse modo, a DEP não é uma realidade homogênea, nem do ponto de vista de suas causas, nem de suas conseqüências. A pobreza também não é homogênea; seus efeitos são múltiplos e diferenciados, vinculados tanto à educação, à saúde e ao trabalho, como à alimentação e a características individuais. Um exemplo disso são as diferenças encontradas na situação de saúde entre as famílias das camadas pobres da sociedade (FERNANDES, 2003).

Entretanto, embora inúmeros estudos apontem os fatores sociais como determinantes da desnutrição infantil, dentre os quais: o pré-natal inadequado; o desmame precoce; o desemprego; a baixa renda familiar; a alimentação deficiente; as condições sanitárias do domicílio; a escolaridade das mães; e a estrutura da família (CARVALHAES; BENICIO, 2002; FERNANDES, 2003; SAWAYA, 2003; MACHADO; VIEIRA, 2004; FROTA; BARROSO, 2004; TEIXEIRA, 2004), as ações de cuidado implementadas pelos profissionais de saúde ainda contemplam pouco a família e a criança desnutrida no seu contexto global de vida. Para Fernandes (2003), os profissionais de saúde, principalmente os médicos, são preparados para diagnosticar e tratar doenças. O reconhecimento da determinação social da DEP e o fato de ser um problema de saúde para o qual a solução não é terapêutica colocam em xeque todo um arcabouço teórico-prático no qual o profissional foi formado. Vasconcelos (2001) afirma que as atenções prestadas às famílias são ainda conservadoras e pouco eficientes, porque estão presas a uma cultura tutelar de relação com as classes populares. Cuida-se tomando conta e criando estratégias que cerquem os possíveis desvios do caminho considerado correto, não aceitando a autonomia da família pobre por não confiar em sua capacidade. O autor complementa dizendo que tal postura

⁴ A alteração do termo calórico-protéica pra energético-protéica explicasse devido a caloria ser apenas uma unidade de energia que está sendo substituída por joule (CARRAZZA et al, 2003, p.325).

resulta em aumento dos custos dos programas, em expansão exagerada da burocracia gestora e em perda de qualidade.

Alguns estudos enfatizam a necessidade de uma nova abordagem profissional de cuidado às famílias. Em seu estudo, Machado e Vieira (2004) apresentam as concepções e percepções de participação de mães e profissionais em Programas de Desnutrição Infantil, à luz da estrutura conceitual de Sistemas Abertos de Imogene King. Os dados apresentados indicam que uma participação crítica e transformadora por parte dos sujeitos envolvidos no processo de saúde ainda está longe de ser alcançada, apesar dos esforços empreendidos. Para as autoras, as bases do relacionamento entre mães e profissionais ainda estão enraizadas num determinante biológico e em ações verticais que contribuem para a exclusão social. Os resultados demonstram que as mães estão excluídas do planejamento das atividades da organização, ficando subordinadas aos profissionais. A instituição detém um poder consentido, no processo, e as decisões são tomadas de forma central e vertical.

Partindo de reflexões acerca da importância da interação entre família e prática profissional, Resta e Motta (2005) demonstram a necessidade de perceber, de forma ampliada, a sua complexidade e a sua diversidade, estabelecendo uma base de conhecimentos para facilitar a compreensão do contexto familiar. Para isso, as autoras colocam a importância da permanente capacitação dos profissionais no intuito de provocar uma reflexão acerca das múltiplas faces do cuidado e suas repercussões no mundo familiar. Em estudo com famílias que vivem situação de risco, Marcon et al (2002) ressalta a importância de ser reconhecido o cuidado prestado pela família, em ambas as situações, de saúde e de doença, como meio de transformar a nossa realidade de saúde. Sugerem que os profissionais se disponham a conhecer, entender e respeitar o cotidiano das famílias, sua percepção sobre seus encontros/interações com o setor profissional e suas estratégias para manter e recuperar o equilíbrio e, por conseguinte, a vida.

2.3 Os estudos sobre rotinas familiares

Na literatura internacional de saúde, as rotinas familiares cada vez mais vêm sendo abordadas nos mais diferentes contextos de vida. Na perspectiva do referencial utilizado nesta pesquisa, os estudos mais recentes apontam para o fortalecimento da relação entre as rotinas e a saúde familiar. Os achados de Denham (2003) confirmam que o tipo e a intensidade de tais comportamentos podem variar de acordo com o tipo de família, a idade das crianças, as práticas culturais, a interação social, entre outros fatores. Segundo a autora, famílias com crianças na idade pré-escolar apresentaram mais rituais para o jantar do que famílias com infantes; mães com bebês que têm padrões mais previsíveis de sono, mostraram-se mais competentes nesses cuidados; pais que acompanham as rotinas diárias de cuidado às crianças estavam mais preparados para desenvolver atividades em favor da saúde da criança, participar nas intervenções focadas na família e identificar práticas que oferecem riscos à saúde. Numa comparação das regras alimentares de famílias australianas, a autora observou os rituais como um meio de socialização entre jovens de diferentes gêneros, além de ferramenta do processo educativo, que auxilia na apreensão de lições sobre a resolução de conflitos e negociação de papéis nos relacionamentos familiares (DENHAM, 2003). Em um de seus estudos etnográficos com povos apalaches, Denham (2002) pesquisou como as famílias definem e praticam saúde observando suas rotinas. Três focos familiares foram abordados: famílias com crianças pré-escolares, famílias que perderam um dos membros e famílias economicamente prejudicadas. Através de 125 entrevistas e da observação, foi possível estabelecer categorias de rotinas de saúde das famílias e compará-las nas três abordagens. A autora percebeu que algumas rotinas também evoluíam conforme os acontecimentos da vida e, conseqüentemente, nas prioridades familiares. Quando ocorriam conflitos entre continuar com padrões significativos e atender outras demandas da família, novos padrões emergiam. Constatou ainda, que muitas vezes, os informantes respondiam sobre as rotinas de forma ideal, mas quando questionados mais profundamente, caíam em contradição, revelando padrões variados. Outros achados foram: as rotinas de nutrição eram influenciadas pelo conhecimento da mãe e sua motivação pessoal para o planejamento

e preparo dos alimentos; as de sono eram afetadas pelo ritmo biológico, eventos especiais e estágios do desenvolvimento, e guardavam estreita relação com as rotinas de higiene. Além dessa descrição, os resultados indicam modificação das rotinas nas diferentes estações do ano e na ocorrência de diferentes eventos. Para a pesquisadora, as famílias estavam mais bem preparadas para os eventos esperados, como nascimento de um filho e datas comemorativas do que para os inesperados, como perda de emprego e morte. Seu estudo é importante para compreender o impacto do contexto nas rotinas e da produção de saúde no cotidiano familiar. Sugere que manter a organização familiar e estabelecer rotinas familiares são pressupostos para o sucesso na adaptação de crianças que sofrem um divórcio parental.

Em contrapartida, há autores que enfatizam a influência negativa das rotinas e dos rituais sobre a saúde da família. O estudo de Wolin et al. (apud BOYCE et al, 1983) demonstrou a relação entre a manutenção dos rituais nas famílias de etilistas e a transmissão do alcoolismo para a geração seguinte. Como resultado, essa doença foi encontrada com maior frequência nos descendentes das famílias em que o ritual do drinque permaneceu inalterado. Em sua pesquisa, Haley (apud BOYCE et al, 1983) conclui que comportamento excessivamente rígido é um elemento comum nas famílias de esquizofrênicos. Denham (1995) complementa dizendo que as rotinas e os rituais com excessiva rigidez e disciplina podem ter efeitos tão negativos como sua própria ausência, causando hostilidade, conflitos e alienação, o que gera insatisfação e reduz a cooperação.

Em outras perspectivas teóricas, há autores que, mesmo indiretamente, fazem menção a especificidade das rotinas familiares. Baseado na Teoria de Sistemas, Wright e Leahey (2002) corroboram o pressuposto de que o pensar, o fazer e o viver das famílias devem ser considerados pelos profissionais de saúde, tanto no planejamento de ações e intervenções técnicas, quanto na abordagem educativa. Na apresentação do Modelo Calgary para o cuidado de enfermagem centrado na família, propõem uma organização para o levantamento de dados, dividindo esse processo em três etapas: abordagem sobre a estrutura familiar, sobre o desenvolvimento e o seu levantamento funcional. Na categoria funcional, o levantamento a ser feito é instrumental e

expressivo. O instrumental se refere às atividades rotineiras da vida diária como alimentar-se, dormir, atividades domésticas, entre outras. As autoras consideram este aspecto fundamental para as famílias com problemas de saúde, pois as atividades funcionais são geralmente mais numerosas e mais freqüentes na presença de um doente.

Entretanto, na literatura nacional poucos são os estudos que exploram os comportamentos rotineiros no contexto familiar de cuidado. No Brasil, o estudo pioneiro sobre rotinas familiares utilizando a mesma linha de Sharon Denham é o de Boehs et al (2007). As autoras investigaram as rotinas dos membros em relação ao atendimento das necessidades básicas do lactente, cujas mães trabalhavam para o sustento da família. Nos resultados foram identificadas as redes de suporte social, incluindo o cuidador da criança enquanto a mãe estava no trabalho e suas influências no viver das famílias. Outro achado relevante foi a quase ausência da menção masculina nos relatos das rotinas de cuidado familiar.

Porém, ainda há estudos que, a partir de outros referenciais, também valorizam o saber e o fazer cotidiano das famílias. Na década de 80, Elsen, enfermeira e pesquisadora da área da enfermagem familiar, percebe em sua tese que a família é como um sistema de saúde do qual faz parte um conjunto de valores, crenças, conhecimentos e práticas que guiam as ações das famílias na promoção da saúde de seus membros, na prevenção e no tratamento de doenças. Para ela, o sistema familiar de saúde está inserido num contexto sociocultural que inclui os sistemas profissional e popular de cuidados, com os quais fazem trocas, influenciando-os e sendo influenciados por eles (ELSEN, 2002). Já Monticelli (2002) estudou os rituais familiares no contexto do nascimento humano sob uma perspectiva simbólica e antropológica. A autora considera os rituais de cuidado como ações plenas de símbolos e significados que têm a finalidade tanto de comunicar ou expressar a percepção de saúde-doença e os papéis sociais a serem definidos ou redefinidos, quanto de auxiliar na organização simbólica para incorporar o processo do nascimento. A autora afirma que “[...] qualquer ação humana só tem conteúdo alusivo, simbólico, deixando de ser um gesto funcional; e é o contexto cultural que imprime significados aos rituais”

(MONTICELLI, 2002, p. 142). Assim, nessa óptica, rotinas familiares não se transformam em rituais, porque tais comportamentos têm significados opostos, e não são relativos nem transitórios.

Althoff (2002) constrói um modelo teórico sobre o processo de conviver em família e embora a autora utilize outras bases teóricas, o estudo se assemelha ao estudo de rotinas quando aborda o cotidiano da vida familiar. Afirma que o estabelecimento de atribuições familiares está relacionado com as atividades desempenhadas pelos membros, pois é o modo que as famílias encontram para atender suas necessidades e para o processo de crescimento e desenvolvimento de cada indivíduo ou da família como unidade. Desse modo, as ações compartilhadas e as interações estabelecidas no dia-a-dia da família podem resultar no seu bem-viver, formando ajustes entre seus membros; ou podem causar a desestruturação familiar, na qual ela perde sua integralidade.

As famílias, ao relacionar a saúde e a doença com a convivência familiar, declaram que enfrentar as questões da vida cotidiana, compartilhar as relações, as atribuições e tarefas e ter uma comunhão de valores fundamentais conduzem à saúde da família. (ALTHOFF, 2002, p. 40).

CAPÍTULO III

O REFERENCIAL TEÓRICO DE ROTINAS FAMILIARES

Este capítulo apresenta o referencial teórico que sustentou a pesquisa sobre as rotinas de famílias que vivenciam o processo de desnutrição infantil. Inicialmente, são descritas as bases teóricas do referencial; e, posteriormente, destacados alguns conceitos relevantes para o estudo do fenômeno proposto.

3.1 A origem do referencial

Este referencial teórico firma seus preceitos a partir da premissa de que algum grau de regularidade comportamental é uma característica quase universal das famílias; e que a continuidade e a estabilidade para atendimento das necessidades dos membros representam uma dimensão crítica na ligação entre a experiência social e a saúde (BOYCE et al, 1983). As discussões ao longo dos anos se dão acerca de dois eixos principais: o das rotinas e dos rituais.

Na década de 50, houve uma tendência em observar a influência de eventos estressantes da vida familiar como desencadeadores de doenças. Todavia, em termos práticos, observou-se a fragilidade dessa relação, pois muitos indivíduos que enfrentavam tais situações estressantes não desenvolviam doenças nem distúrbios psiquiátricos, enquanto outros, que não enfrentavam qualquer forma reconhecível de estresse psicológico ou social, adoeciam. Observações errôneas como essas levaram, na década de 70, à formulação de hipóteses da bidimensionalidade entre determinantes psicossociais das doenças. De acordo com essa proposta, os acontecimentos que ocorrem durante a vida poderiam promover maior vulnerabilidade para o adoecimento, por seus efeitos de suscetibilidade a uma variedade de fatores e causas. Muitos achados dessa época promoveram a evolução de um modelo conceitual implícito, no

qual se baseiam as atuais propostas dos estudos relacionados à causalidade das doenças. Alguns buscaram a relação entre o estresse e o suporte social, mas constatou-se difícil concordância nas definições de mudança de vida e apoio social, considerando a abrangência desses fenômenos.

Até os anos 80, não havia ainda nenhum entendimento claro dos domínios conceituais da mudança de vida e do apoio social, mas a partir dos estudos da epidemiologia social a relação entre esses fatores no processo saúde-doença pode ser observada, considerando-se a necessidade humana elementar de estabilidade. Nessa visão, a abrangência da experiência social, teoricamente capaz de promover o senso de continuidade e estabilidade do indivíduo, é de alguma forma diferente da compreensão convencional do apoio social. Desse modo, a saúde pode ser afetada por experiências ou condições tão variadas quanto o estabelecimento de intimidade com a família e amigos, a percepção de estabilidade de um indivíduo no trabalho ou em casa, ou o desenvolvimento de padrões comportamentais e rotinas no dia-a-dia. (BOYCE et al, 1983).

Então, alguns estudiosos da Universidade da Carolina do Norte, entre eles um pediatra, um antropólogo e um epidemiologista, realizaram uma revisão de literatura e encontraram estudos descritivos que pesquisaram a natureza e o caráter desse referencial teórico. Dentre eles, destaca-se o de Bossard e Boll (apud BOYCE et al, 1983), caracterizado como a mais completa descrição sobre relatórios verbais e escritos das regularidades dentro dos comportamentos familiares. Nessa pesquisa, observaram que cada família constrói seu próprio grupo de rotinas que fornece uma matriz estrutural, na qual suas atividades são planejadas. Identificaram a presença de interações sociais que têm suas raízes em padrões e hábitos do núcleo parental da família e que representam os esforços em estabelecer uma organização interna mutuamente aceitável pelos membros. Concluíram, ainda, que os requisitos para organizar-se internamente aumentavam proporcionalmente ao tamanho da família. Por exemplo: o nascimento de uma criança pareceu demandar mais ordem e complexidade nas atividades do dia-a-dia familiar.

Outro estudo apresentou o desenvolvimento e a validação de um instrumento para medir o grau de rotinização de famílias nucleares denominado *inventário de rotinas* (BOYCE et al, 1983). Na década de 70, foi desenvolvida uma pesquisa com o objetivo de compreender a adaptação das famílias no cuidado às crianças pequenas, utilizando, entre outros, o instrumento do inventário de rotinas para verificar o grau de rotinização dessas famílias. Esse estudo piloto realizado com 58 crianças na idade pré-escolar e escolar com doenças respiratórias demonstrou que a severidade da doença estava fortemente relacionada com o grau de rotinização da família. Para os autores, esse resultado sugere que as rotinas familiares podem constituir importante moderador na relação geral entre estresse e doença. Apóiam a hipótese que a continuidade na vida da família representa uma dimensão crítica na conexão entre experiência social e saúde (SPRUNGER; BOYCE; GAINES, 1985).

Alguns estudiosos defendem que o fenômeno das rotinas familiares pode ter uma fundamentação biológica, desenvolvida numa predisposição intrínseca em relação a atividades constantes, nos quais documentam a existência de ciclos biológicos previsíveis no desenrolar de eventos comportamentais e psicológicos dentro de um período de 24 horas (BOYCE et al, 1983).

Na perspectiva cultural, confirma-se a existência de padrões previsíveis na vida familiar, nos quais “algo” da própria família parece estar contido nos comportamentos rotineiros que ela escolhe adotar. As pesquisas apontam para uma variação nos estilos comportamentais de cada unidade familiar e se reflete em diferentes extensões e conteúdos das próprias rotinas (BOYCE et al, 1983).

No âmbito da Enfermagem, esse referencial ganhou importância a partir da década de 90, com Sharon Denham, pioneira em pesquisar esse tema. Em alguns de seus estudos, essa enfermeira norte-americana e pesquisadora da área familiar apresenta a gênese das rotinas nos requisitos de espiritualidade, etnicidade e herança cultural, características que podem ser implícitas ou explícitas na vida familiar e que são frequentemente intergeracionais (DENHAM, 1995; 2002). Dentro dessas características, algumas variáveis são observadas, como o comportamento, entendido como ações, reações e condutas que condicionam as rotinas e sua influência na saúde

dos membros familiares; tradição, ou seja, a transferência de costumes e práticas de uma geração para outra; e os valores, cuja origem ela atribui a crenças, práticas, atitudes e experiências sociais transmitidas intergeracionalmente e reconstituídas no desenvolvimento dos padrões atuais das famílias. Além disso, Denham (2002) faz referência às rotinas da família ao longo do seu ciclo vital, durante o qual em famílias com filhos na fase pré-escolar e escolar as rotinas de cuidados básicos com a criança estão mais presentes, como: horários de sono e repouso, hábitos alimentares, medidas disciplinares e atividades educativas e de lazer. Nesse sentido, aponta a necessidade de compreender e intervir nos problemas de saúde a partir do contexto da família. Afirma que o desafio das estratégias de saúde está em facilitar estilos de vida que promovam de fato a saúde, o que exige identificar comportamentos saudáveis no dia-a-dia familiar.

Esse referencial traz ainda, desde sua origem, uma forte tendência de “estreitamento” entre os comportamentos rotineiros e os rituais. Embora assuma a distinção conceitual entre rotina e ritual, considera também o potencial subjetivo de transformação de um comportamento em outro a partir de seu significado para os membros nele envolvidos.

Boyce et al (1983), abordam em sua reflexão sobre as origens teóricas deste referencial, diferentes visões a respeito dos comportamentos rituais, dentre elas a abordagem sociológica relacionada a um significado sagrado; e outra que confere aos rituais um caráter dialogicista, envolvendo indivíduos num cerimonial “diferente”, com gestos e significados.

Em 2003, com base em estudos de diversos autores, Denham conceituou os rituais e rotinas e os comparou levando em consideração: a carga de significado; a frequência na vida diária das famílias; os valores intergeracionais e a rigidez no acontecimento dos eventos. A autora identificou que os rituais são, na maioria, descritos em termos de celebração, tradições, valor religioso e eventos simbólicos. São ações altamente estruturadas, que apresentam um significado especial aos seus membros e permanecem relativamente imutáveis ao longo do ciclo de vida da família. Já as rotinas têm sido operacionalizadas como comportamentos estreitamente ligados

às atividades diárias e regulares, que mudam de acordo com a necessidade da unidade familiar. Entretanto, rotinas familiares podem, em alguns momentos, adquirir um estado de ritual, desde que sejam comportamentos sociais preditivos e repetitivos, capazes de invocar significado simbólico para determinada família ou indivíduo, além do que, a transição de uma para outra ocorre quando uma fronteira limite indefinida é atravessada entre as ações de função puramente instrumental e ações de densidade simbólica. As distinções entre essas funções são arbitrárias e relativas, pois um conjunto de formas e ações poderá servir para ambas, dependendo do contexto considerado (BOYCE, 1985; DENHAM, 2002; 2003). Entretanto, a linha filosófica que conduz estas diferenças e transições entre as atividades de rotina e os comportamentos rituais não aparecem claramente nesses estudos. O que se observa de fato são as similaridades funcionais, de caráter terapêutico que tais comportamentos são capazes de gerar no indivíduo ou família.

Assim, considera-se que ambos incluem ações e papéis dos vários membros da família que ocorrem com certa frequência e estão interligados ao seu contexto cultural, fornecendo informações sobre a identidade familiar capazes de renovar a ordem social. Permitem conhecer e discutir crenças e conhecimentos em saúde, além de identificar as maneiras que os membros da família utilizam as informações e incorporam comportamentos ao longo da vida. Ademais, rituais e rotinas de família servem de mote para iniciar diálogo acerca do cuidado, descobrir as práticas familiares produtoras, ou não, de saúde e identificar o impacto de vários estressores de vida, buscando a valorização do núcleo familiar (BOYCE et al, 1983; DENHAM, 1995; 2002; 2003).

Contudo, diante do desafio de dissertar a proposta investigatória à luz desta “nova” abordagem de Rotinas e Rituais Familiares no pequeno período de dois anos; e percebendo a necessidade de compreender outros paradigmas e referências que também sustentam a prática dos rituais no contexto familiar para então refleti-la sob a perspectiva teórica de Sharon Denham, optei em delimitar este estudo nas **rotinas familiares**, não entrando no mérito dos rituais das famílias com crianças desnutridas. Portanto, com esse recorte pretende-se ratificar os achados já constantes da literatura

referente ao desvelamento das rotinas no contexto familiar, refinando a reflexão para as realidades socioeconômica que permeiam a desnutrição infantil.

Logo, na lógica deste referencial e para o escopo deste estudo, considero Rotinas Familiares como comportamentos individuais ou coletivos expressados pelos membros da família com criança desnutrida ou em risco nutricional, que acontecem com certa regularidade (diária, semanal, mensal ou até sazonal) e podem estar relacionados às atividades habituais do cotidiano que visam à manutenção e à sustentabilidade da vida como alimentação, higiene, sono e repouso, locomoção e afetividade, entre outras; ou associadas às atividades de cuidado que visam a recuperação da criança quanto ao déficit nutricional.

Tais comportamentos estão imersos no convívio familiar, sendo a Família então compreendida como um sistema complexo de interações, relacionamentos e processos dos seus diferentes membros, com características que mudam de acordo com seu contexto histórico, socioeconômico e cultural e com potencial de maximizar o bem-estar individual e coletivo, favorecendo a produção de saúde familiar (DENHAM, 2002). É um grupo que reúne seres humanos de diferentes gerações, ligados por laços consangüíneos e/ou afetivos, que convivem com a condição de risco nutricional ou de desnutrição de pelo menos um de seus membros infantis e não residem necessariamente no mesmo domicílio. O cotidiano da vida familiar está repleto de ações e interações que buscam organizar a vida diária, ao estabelecer rotinas, distribuir tarefas e administrar os recursos de acordo com a situação em que se encontram.

Portanto, o Ambiente Familiar é construído pela família de acordo com as necessidades que surgem ao longo do processo de viver. Abrange o espaço onde ocorre a convivência e o funcionamento familiar, reflete a identidade da família e define seu modo de viver. Os membros dinamizam esse espaço no movimento diário dos eventos da vida familiar e nas relações que estabelecem entre si. Pode ser percebido na sua dimensão física, como o tipo, o local e as instalações; e ainda na sua dimensão social, ou seja, como se relacionam entre si e com os outros (ALTHOFF, 2002) e com a rede de suporte social disponível. A prática das rotinas nesse ambiente é capaz de fortalecer a identidade dos indivíduos que ali convivem e da família como um

todo, estimulando a coesão familiar. O ambiente tem o potencial de produzir saúde, desde que sua estrutura física e as pessoas que o compartilham desenvolvam comportamentos favorecedores da continuidade e da estabilidade da vida.

Dessa forma, a Saúde Familiar é compreendida como a redefinição contínua do potencial da família para seu funcionamento máximo a fim de atender os desafios da vida de maneira mais positiva, produtiva e estável. É um fenômeno que se constitui de experiências cotidianas que ocorrem no ambiente familiar e pode ser promovida através de comportamentos e relações entre os membros e com a rede de suporte social (DENHAM, 1995; 2002). Assim, entende-se por Rede Social um sistema composto por pessoas, funções e situações que oferecem apoio instrumental e emocional à pessoa ou grupo, em suas diferentes necessidades no ambiente que os circunda (DESSEN; BRAZ, 2000). É subjetivo a cada indivíduo ou família e varia de acordo com a realidade de cada família e com a intencionalidade da interação, pois além da ajuda material e de divisão das responsabilidades, tem também como função trazer informações a um indivíduo ou grupo pelo qual ele é cuidado e estimado, valorizado, além de pertencente a uma cadeia de comunicação amável reciprocamente (MOLASSIOTIS et al, 1997; DESSEN; BRAZ, 2000). O suporte social observado na família com crianças desnutridas é a rede significativa para o indivíduo ou grupo familiar que incluem todo o conjunto de vínculos interpessoais do sujeito, como família, amigos, vizinhança, políticas e serviços de saúde, relações de trabalho e estudo, de inserções comunitárias e de práticas sociais e religiosas – que realizam conexões de companheirismo, solidariedade e entre-ajuda, compreendidas no ambiente em que se constituem.

CAPÍTULO IV

AS BASES METODOLÓGICAS

O presente capítulo apresenta os caminhos percorridos para a identificação das rotinas familiares através da delimitação e do delineamento do desenho de pesquisa adotado. Nesta descrição estão contempladas as proposições que, em algum momento, me guiaram na investigação dos comportamentos das famílias com crianças inscritas no PHC. A seguir são explorados os critérios utilizados para seleção dos sujeitos, o modo como a amostra do estudo foi composta e de que forma os instrumentais metodológicos foram utilizados para a coleta de dados. Há ainda uma breve descrição do PHC na Vila X que permite a reconstrução do ambiente extra familiar cujos membros estão inseridos.

O conteúdo deste capítulo também possibilita a visualização das etapas seguidas para análise dos dados, além dos procedimentos adotados para garantir tanto o rigor do estudo, quanto os aspectos éticos preconizados.

4.1 As proposições

Segundo Yin (2001), a definição de proposições para uma pesquisa auxilia no direcionamento de itens que devem ser observados dentro do escopo do estudo. Desse modo, a partir da revisão de literatura levantada e da aproximação do contexto do estudo, acredita-se que:

- as rotinas familiares são afetadas na presença de um membro desnutrido;
- o PHC compõe a rede de suporte social dessas famílias.

4.2 O desenho da pesquisa

O presente estudo trata de uma pesquisa trans-seccional⁵ de abordagem qualitativa que tem como estratégia metodológica o estudo de múltiplos casos.

A abordagem qualitativa tem suas raízes nas práticas desenvolvidas pelos antropólogos e em seguida pelos sociólogos em seus estudos sobre a vida na comunidade que posteriormente irrompeu na investigação educacional. Esse tipo de pesquisa privilegia o ambiente natural como fonte de dados e o pesquisador como instrumento chave; preocupa-se com a descrição dos dados e com o processo, e não simplesmente com os resultados e o produto (TRIVINÓS, 1997).

Segundo Minayo (2000), a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares e se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. Bauer e Gaskell (2002) complementam dizendo que a finalidade real da pesquisa qualitativa é explorar o espectro de opiniões e as diferentes representações sobre o assunto em questão.

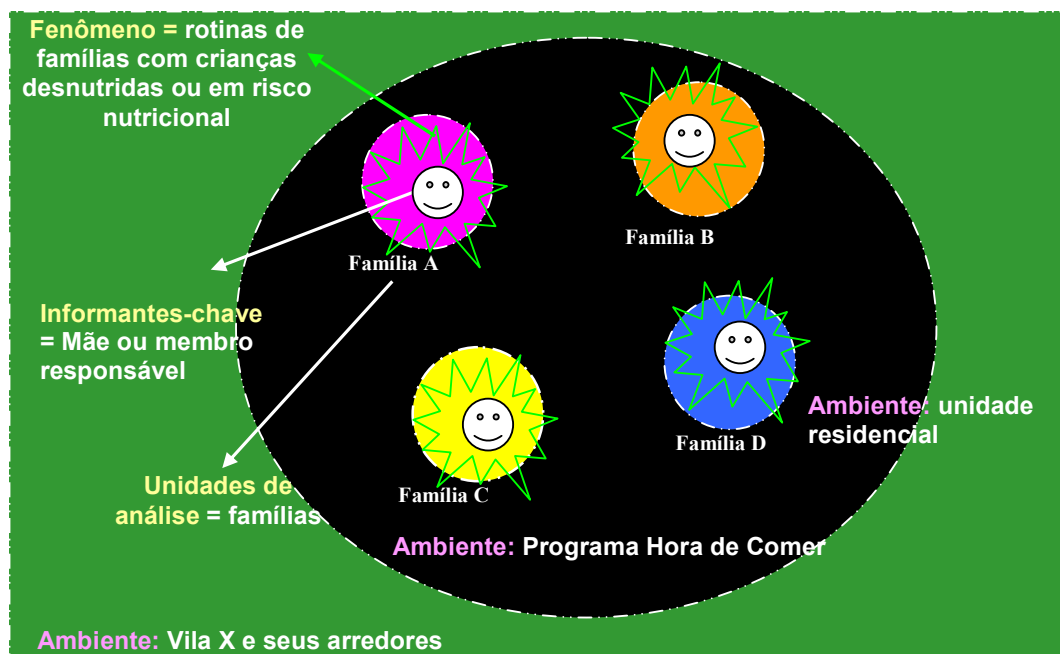
Para esta pesquisa, a escolha de estudo de caso como estratégia surge do desejo de conhecer fenômenos individuais e sociais complexos, como é o caso da pergunta norteadora deste estudo. O estudo de caso tem suas origens na condução de histórias de vida, realizado pela escola de Chicago de sociologia estudando as circunstâncias pessoais de famílias e indivíduos no trabalho social (PLATT apud YIN, 2005). De acordo com Yin (2005), o estudo de caso é uma investigação empírica que estuda um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos, e no qual o pesquisador exerce pouco ou nenhum controle sobre os eventos comportamentais estudados. Em geral esse tipo de referencial metodológico direciona efetivamente o

⁵ Refere-se ao delineamento da pesquisa e não necessariamente ao conteúdo da investigação, podendo incluir reconstruções do passado. Então, para uma pesquisa trans-seccional, o projeto de investigação se refere a um único ponto no tempo (BAUER; GASKELL, 2002).

pesquisador que pretende responder a perguntas do tipo “como” e “por quê”.

No entanto, dentro da estratégia de estudo de caso, ainda consideram-se subclassificações de acordo com os objetivos da pesquisa e sua operacionalização metodológica. Assim, com base nas afirmações do autor, esta pesquisa caracteriza-se como estudo de casos múltiplos, também denominado como estudo comparativo, pois cada caso deverá servir a um propósito específico dentro do escopo global da investigação. Portanto, embora as unidades de análise sejam as mesmas, ou seja, famílias, admite-se que cada qual apresenta vivências únicas e contextos de cuidado diversos que merecem investigação aprofundada, e que os resultados obtidos da análise de cada caso familiar somar-se-ão significativamente para a compreensão do fenômeno em questão e alcance dos objetivos propostos, sendo enriquecedoras para o estudo tanto as evidências das situações comuns como as contraditórias entre os casos. Desse modo, as evidências resultantes de casos múltiplos são mais convincentes, e o estudo global é visto, por conseguinte, como algo mais robusto.

Para complementar a compreensão da estratégia de estudo de casos múltiplos foi construído um diagrama que ilustra todos os componentes necessários ao delineamento do estudo, representado a seguir.



Fonte: COSMOS Corporation.

Figura 1 - Diagrama adaptado de Yin (2005, p. 61), sobre o desenho de pesquisa deste estudo de múltiplos casos.

4.3 Os participantes do estudo

Os sujeitos que participaram deste estudo compõem um grupo natural e formam um meio social, que segundo Bauer e Gaskell (2002) interagem conjuntamente, podendo partilhar um passado comum, ou ter um projeto futuro comum, ou ainda ter interesses e valores mais ou menos semelhantes.

Os sujeitos foram famílias de crianças desnutridas ou com risco nutricional, selecionadas a partir dos seguintes critérios:

- a) residir nas áreas de abrangência da unidade local de saúde;
- b) ter entre seus membros pelo menos uma criança inscrita no programa municipal de suplementação alimentar Hora de Comer.

Diante do caráter qualitativo adotado, assume-se que o objetivo é maximizar a oportunidade de compreender as diferentes posições tomadas pelos membros do meio social, uma vez que o tamanho da amostra não garante, necessariamente, a qualidade da pesquisa (BIASOLI-ALVES, 2002; YIN, 2005). Ainda para outros pesquisadores que trabalham com metodologias qualitativas e com estudos de casos, a indicação de alguns poucos exemplares de cada estrato ou função social têm prioridade sobre uma seleção aleatória desde que respondam da forma mais completa possível as lacunas sobre o fenômeno em estudo; e o tamanho da amostra torna-se secundário na construção do *corpus*⁶, contanto que haja certa evidência de saturação. De acordo com Stake (1994) a oportunidade de aprender sobre um dado fenômeno é o maior objetivo do estudo de caso. Portanto a seleção do caso para o estudo deve se pautar neste critério, assim ao fazer a seleção o pesquisador deve avaliar quem pode dar as melhores respostas, quem conhece mais sobre o fenômeno e outros.

Então, junto à disciplina de mestrado - Projetos Assistenciais de Enfermagem e de Saúde – houve uma inserção prévia no campo, na qual tive a oportunidade de ministrar algumas oficinas ao grupo de familiares participantes das reuniões educativas, nos meses de outubro a dezembro de 2006. Esses encontros contribuíram

⁶ A construção de *corpus* significa uma coleção, um corpo finito de qualquer material (textos, imagens, falas) com funções simbólicas, determinado arbitrariamente, e no qual se prioriza a análise compreensiva (BAUER, GASKELL, 2002, p.44-45).

para elaboração deste estudo e facilitaram a ambiência da pesquisadora na comunidade.

Portanto, fizeram parte deste estudo 04 famílias selecionadas propositalmente conforme as questões de interesse do estudo e os critérios acima pré-estabelecidos; e ainda de acordo com a disponibilidade dos sujeitos em me receberem e compartilharem sobre a realidade diária vivenciada por cada unidade. Para isso, além de minha aproximação com algumas famílias da comunidade através da prática assistencial, o auxílio das agentes comunitárias de saúde e as indicações da pediatra da Unidade de Saúde, possibilitaram uma escolha consciente de famílias que melhor respondessem aos objetivos propostos considerando o contexto das relações estabelecidas entre sujeito e fenômeno.

As famílias foram contatadas inicialmente pelo telefone para o agendamento da visita domiciliar. Nesta primeira conversa já eram abordadas, de forma sucinta, as intenções do pesquisador com o estudo proposto. Conforme o interesse da família, a primeira visita era agendada, e a partir dela, os demais encontros.

Os informantes-chave

Como informantes-chave foram eleitos aqueles indivíduos que dedicavam mais tempo à família e participavam ativamente das atividades diárias com a criança inscrita no programa e com os demais membros, constituindo-se, portanto, como o principal cuidador familiar.

Para esta escolha, também me apoiei no conhecimento adquirido sobre tal contexto durante a prática assistencial realizada no segundo semestre do ano 2006, além das indicações sugeridas pelos profissionais locais envolvidos com a estratégia de saúde dessas famílias e dos integrantes da própria comunidade.

4.4 O cenário da investigação

Os sujeitos deste estudo residem em uma das áreas de abrangência de uma Unidade Local de Saúde (ULS) localizada ao norte do município de Florianópolis/SC. Dentro da lógica da Estratégia de Saúde da Família, esta unidade de saúde comporta duas áreas, cada uma formada por seis micro-áreas, delimitadas conforme sua extensão geográfica e sua história de ocupação. Segundo a projeção do censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a população é estimada em 6.389 habitantes (IBGE, 2006) e apresenta características socioeconômicas e culturais heterogêneas, marcadas pela relação conflituosa entre a comunidade considerada nativa e novos moradores locais.

Das quatro famílias envolvidas, três residem na Vila X e uma nas proximidades. Elas estão inseridas no contexto do programa municipal de suplementação alimentar, e participam mensalmente dos compromissos mensais que acontecem no Centro Comunitário e na Unidade Local de Saúde.

Portanto, foi por acreditar na relevante influência que tais contextos exercem no desenvolvimento das rotinas de famílias com crianças desnutridas, que optei em desenvolver este estudo com as famílias do PHC desta comunidade. Para Yin (2005), quando se utiliza o método de estudo de caso para lidar com condições contextuais deve-se acreditar que elas podem ser altamente pertinentes ao fenômeno do estudo. Biasoli-Alves (2004) corrobora essa idéia ao discutir a influência do contexto/ambiente no cuidado familiar. A autora aponta algumas relações entre as condições socioeconômicas e o cuidado, incluindo as redes de apoio social referidas pelas famílias. Afirma que esse suporte existe nas camadas populares em que predominam a pobreza e a miséria, mas é de natureza diversa da observada para as famílias com melhor situação econômica. Porém, se avaliado num contexto micro, como é o caso da vida familiar, alguns fatores também exercem influência, provocando ou modificando os efeitos de determinado fenômeno. Nessa perspectiva, as práticas de cuidado e educação podem ser influenciadas de acordo com seu tipo, dependendo de quem as utiliza e das características outras do contexto mais amplo em que aquela criança vive.

O programa hora de comer (PHC)

A história do programa se dá a partir de tentativas de implantação de um sistema de vigilância nutricional (SISVAN) em âmbito nacional. Em 1994, Florianópolis assume a idéia de um programa de vigilância centrado na notificação da desnutrição. Com a criação da lei estadual que torna a desnutrição grave um agravo de notificação compulsória, intensificam-se as ações de combate à doença, tanto por parte do município, quanto federal (BRASIL, 2004c).

Em janeiro de 1999 o município de Florianópolis, através da Secretaria Municipal de Saúde e Desenvolvimento Social deflagrou uma campanha de captação de crianças com baixo peso ou com desnutrição propriamente dita. O objetivo foi de detectar crianças em situação de risco por desnutrição nas Unidades de Saúde e implementar um programa de suplementação alimentar para crianças na faixa etária de 2 a 6 anos, visando à melhoria do estado nutricional. Através da divulgação nos meios de comunicação e de visitas domiciliares realizadas pelas associações de moradores, compareceram às Unidades de saúde 2.453 crianças, das quais 1.252 apresentavam-se com baixo peso. Esta ação resultou então na inclusão de 773 crianças no recém inaugurado PHC. As demais, compreendidas na faixa etária de 0 a 2 anos, foram encaminhadas ao Programa Leite é Saúde, criado no Governo do Presidente Itamar Franco e atualmente extinto no município (FLORIANÓPOLIS, 2006).

As diretrizes do PHC estão fundamentadas no Estatuto da Criança e do Adolescente e suas atividades visam promover a saúde, a alimentação, a educação, o lazer e a convivência familiar e comunitária e garantir o direito à vida (AFLOV, 2006).

No decorrer dos últimos anos este programa passou por reformulações quanto às estratégias de ação e aos critérios de elegibilidade dos sujeitos. Uma das mais impactantes à população foi a ampliação da faixa etária das crianças do Hora de Comer devido ao término do programa nacional Leite é Saúde. Assim, o PHC passou a assistir crianças de 06 meses a 06 anos incompletos de idade com quadro de desnutrição ou em risco nutricional, definido a partir dos parâmetros adotados pelo Ministério da Saúde para avaliação ponderal, abordados anteriormente nesta pesquisa.

De acordo com o banco de dados do programa, desde sua criação, já foram assistidas cerca de 3.666 crianças em todo município. Atualmente, atende-se uma média mensal de 600 crianças com seus respectivos familiares, a maioria proveniente de comunidades empobrecidas. É coordenado por uma organização não-governamental sem fins lucrativos denominada Associação Florianopolitana de Voluntários (AFLOV) em parceria com a prefeitura municipal e abrange todo território local através das 48 unidades de saúde.

A triagem, a inclusão e o desligamento da criança do programa são realizados pelo nível primário de atenção a saúde e o acompanhamento mensal realizado pelo médico da ESF, obedecendo aos seguintes critérios:

- a) critérios de inclusão: idade entre seis meses a seis anos incompletos de idade; apresentar risco nutricional ou desnutrição.
- b) critérios de desligamento: alta da desnutrição ou do risco nutricional dada pelo médico da unidade; mudança para outro município; três faltas consecutivas nas consultas e/ou nas reuniões educativas; ter atingido a idade limite à permanência no programa; desvio do benefício recebido. Para alta, assume-se que a criança atingiu o percentil 10 para relação peso idade, sendo considerada como recuperada. Quando isso acontece, a criança ainda permanece por mais três meses no programa para confirmação de seu prognóstico; e, caso mantenha o percentil acima de 10 para peso/idade, é desligada.
- c) tempo de permanência: estima-se que a criança atinja o peso adequado para idade num prazo máximo de oito meses, caso contrário, preconiza-se uma avaliação social da família e uma avaliação da criança a fim de pontuar as razões que impedem a sua melhora como, por exemplo, as patologias associadas.

Após a inserção no Programa, a criança e sua família devem participar mensalmente de três etapas distintas:

- a) consulta médica: a cada consulta, o médico acompanha a evolução da criança e preenche o seu diagnóstico nutricional atual.
- b) reunião educativa: é a segunda etapa, após a consulta médica, e trata-se de encontros mensais com os familiares das crianças realizados com a colaboração dos profissionais da equipe ESF, da educação, da psicologia, entre outros; que promovem a discussão de temas voltados à realidade da comunidade. Nesta etapa também são realizados os novos cadastramentos e atualizados os antigos, a partir do registro da puericultura do respectivo mês.
- c) a entrega da cesta nutricional: é a última etapa das ações mensais do Programa e consiste na entrega de uma cesta com alimentos de todas as classes alimentares propostos por uma equipe nutricional, e que pesa cerca de 30 kg. Até o momento, é composta por 1 kg de açúcar; ½ kg de aveia; ½ kg de amendoim; 1 kg de arroz; 1 kg de feijão; 1 kg de farinha de trigo; 1 kg de biscoito; 1 kg de macarrão; 1 kg de sal; 2,4 kg de leite em pó integral; 4 kg de frango; 9 kg de frutas da época (3 tipos); 10 pacotes de gelatina; ½ kg de margarina; 1 litro de óleo de soja; 6 kg de verduras da época (3 tipos) e 1 dúzia de ovos.

Caso alguma dessas etapas preconizadas não seja respeitada, exclusivamente naquele mês, a cesta não é entregue à criança, o que não impede sua continuidade no programa nos meses seguintes. As atividades educativas e de entrega da cesta seguem um calendário mensal elaborado pela AFLOV e são desenvolvidas em espaços comunitários de vinte e três bairros do município. Cada família tem o direito de comparecer nas reuniões das comunidades que melhor lhe convenham, independente do endereço de sua residência.

A comunidade local

As primeiras famílias a residirem na região, segundo as informações dos moradores mais antigos, eram descendentes de colonos açorianos e tinham como

principal atividade econômica a pesca local. Com o desenvolvimento da cidade, e conseqüentemente do bairro, surgiram novos núcleos habitacionais gerando a ocupação desordenada dos morros e das partes baixas em direção à área de mangue e à rodovia SC-403. Os novos imigrantes são oriundos de outras regiões da Grande Florianópolis, do interior do Estado de Santa Catarina e de outros estados do Brasil.

Desde a década de 90, esse processo foi intensamente ampliado em função da remoção de famílias de outras áreas do município para esse bairro, mais especificamente para **Vila X**, onde atualmente situam-se três micro-áreas com maior prevalência dos indicadores de saúde que refletem uma realidade social e econômica mais vulnerável a doenças, como, por exemplo, a desnutrição infantil. Grande parte das famílias que inauguraram o conjunto habitacional Vila X residiam anteriormente em um bairro vizinho e eram retratados pela imprensa como “*Os Sem-Terra do Balneário*”. Segundo alguns documentos jornalísticos da década de oitenta, o processo conflituoso de “favelização” estava preocupando os moradores e o comércio local, além dos órgãos governamentais.

De acordo com jornais locais da época (O ESTADO, 1995; DIÁRIO CATARINENSE, 1996; ANCAPITAL, 1996) aquela área, batizada pelos moradores de “Loteamento Pinheirinho”, era ocupada por dezesseis famílias vindas principalmente do interior do Estado, residindo em casebres, inicialmente sem água e energia elétrica, e cujos membros recolhiam sucatas de metal para sustentar o núcleo familiar. Projetos de lei solicitavam a transferência desse contingente populacional para outra área, em um bairro vizinho. O projeto aprovado previa que 100 famílias advindas de algumas áreas de conflito do município iriam para um terreno organizado em 7 quadras, com lotes de 120 m² e uma área verde preservada de 8 mil m². Então, operários e moradores construíram as obras cuja conclusão ocorreu no primeiro semestre de 1996, devidamente comemorada com a “Festa da Cumieira”, comum no setor de obras residenciais. A segunda etapa da construção do conjunto habitacional foi finalizada em meados de mil novecentos e noventa e nove, com novas unidades que abrigaram as famílias vítimas da enchente do ano de 1995 e também daquelas que ocupavam irregularmente a faixa de domínio da via expressa – BR 282.

Atualmente, poucas famílias iniciais permanecem no local. As 175 casas, hoje dispostas em oito quadras, já tiveram diversos proprietários e, segundo as agentes comunitárias de saúde responsáveis, tanto a população de adultos como a de jovens e crianças é flutuante. Sua delimitação geográfica abrange três micro-áreas com uma creche e um centro educacional, hoje representada pela associação de moradores do bairro que luta por melhorias na urbanização.

4.5 Os procedimentos para coleta de dados

A coleta dos dados desta pesquisa se deu em três ambientes distintos: no domicílio dos sujeitos, através de visitas domiciliares; na Unidade Local de Saúde, antes e durante as consultas de puericultura e no Centro Comunitário da Vila X, no decorrer das reuniões educativas do programa com os familiares. Além desses encontros formalmente agendados, os informantes-chaves foram algumas vezes abordados ou observados em ocasiões inesperadas como, por exemplo, nas atividades da Campanha de Vacinação Infantil contra Poliomelite em que a criança e o familiar faziam-se presente; em algumas visitas realizadas à creche; e ainda em outros momentos informais que a família buscava a recepção da unidade para o agendar consulta, para retirar medicação ou para realizar algum procedimento de enfermagem. Como recursos metodológicos foram utilizados um formulário guia para as entrevistas; o genograma e o ecomapa para levantar informações a respeito da estrutura familiar e a observação direta do pesquisador durante os encontros, posteriormente registradas no diário de campo. Algumas informações disponíveis no banco de dados do PHC, bem como as anotações contidas na caderneta da criança também foram importantes para construção do *corpus* deste estudo.

O primeiro encontro com as quatro famílias foi conduzido mais formalmente a fim de garantir o padrão metodológico do estudo. Aconteceram na presença da Agente Comunitária de Saúde (ACS) responsável pela micro-área, além dos informantes-chaves e demais membros presentes naquele momento no ambiente domiciliar. Na chegada, após acomodar-me com o cuidador da criança, apresentava a proposta da

pesquisa e esclarecia os questionamentos levantados. Com a confirmação do aceite em colaborar com o estudo, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido era lido e assinado em duas vias, ficando a segunda sob posse do sujeito. Em seguida eram gravadas as entrevistas e por fim construídos o genograma e o ecomapa.

Da segunda visita em diante os diálogos aconteceram sem a presença do ACS a fim de promover o estreitamento dos laços com os sujeitos e garantir a privacidade em relação ao destino das informações reveladas. O encontro seguinte foi pré-agendado com cada família ao término do primeiro, com um intervalo aproximado de 15 dias. Os demais foram marcados com o auxílio da ACS, conforme as necessidades percebidas durante o processo de tratamento dos dados. Portanto, o número total de encontros realizados com cada família foi determinado a partir da lógica da saturação dos dados, considerada por alguns autores como um critério de finalização, ou seja, investigam-se diferentes representações ou aprofunda-se a mesma investigação apenas até que a inclusão de outros dados não traga mais novidade para a compreensão do fenômeno estudado pelo pesquisador (BAUER; GASKELL, 2002).

Entrevistas

Para alguns autores a entrevista é o procedimento mais utilizado no trabalho de campo. Em uma abordagem qualitativa, a entrevista semi-estruturada significa uma troca de idéias e significados entre o pesquisador e o sujeito, em que várias realidades e percepções são exploradas e o conhecimento é produzido (MINAYO, 2000; BAUER; GASKELL, 2002). Triviños (1987) complementa dizendo que a entrevista semi-estruturada é aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses que interessam à pesquisa, oferecendo amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante.

Portanto, inicialmente para realização das entrevistas foi desenvolvido um questionário semi-estruturado⁷ com base no referencial teórico escolhido, organizado em três seções principais: a primeira levantava dados sobre a identificação familiar e as características socioeconômicas; a segunda buscava informações sobre a estrutura familiar e a terceira era direcionada ao conhecimento das rotinas propriamente ditas. Contudo, após os primeiros três testes pilotos, surgiu a necessidade de reformular tal instrumento, pois as perguntas semi-estruturadas estavam resultando em respostas demasiadamente objetivas, senão induzidas. Desse modo surgiu o chamado “Guia para conhecer as rotinas das famílias com criança desnutrida”⁸, o qual se trata de um questionário aberto contendo dados de identificação e apenas uma pergunta inicial, desencadeadora do diálogo: **Como é o dia-a-dia da família com a criança desnutrida?**

Segundos Bauer e Gaskell (2002), as perguntas devem ser quase um convite para o informante-chave falar longamente, com suas próprias palavras e com tempo suficiente para refletir. Além disso, o pesquisador pode obter esclarecimentos e acréscimos em pontos importantes com sondagens apropriadas e questionamentos específicos. As conversas dos encontros seguintes também foram guiadas por perguntas abertas e flexíveis que se ajustavam a cada caso em particular, conforme as descobertas obtidas ao longo do estudo.

Quanto ao registro das entrevistas, tanto àquelas agendadas em domicílio como as outras previstas antes das consultas de puericultura ou após as reuniões educativas, foram gravadas com o auxílio de um aparelho de áudio e transcritas ainda na mesma semana para posterior análise. Porém, naquelas ocasiões em que os encontros não planejados foram aproveitados para o aprofundamento ou para a validação de dados anteriormente coletados, as informações foram primeiramente rascunhadas em tópicos-chave e em seguida redigidas para o caderno de campo da forma mais completa possível.

⁷ Ver documento no Apêndice A.

⁸ Ver documento no Apêndice B.

Genograma e ecomapa

Segundo Wright e Leahey (2002), o genograma e o ecomapa são dois instrumentos que podem ser utilizados em todos os ambientes de cuidado à saúde para aumentar a percepção da enfermeira sobre toda a família, a interação desta com os sistemas mais amplos e sua família extensa. O genograma é uma árvore familiar com gráficos convencionais genéticos e genealógicos, na qual os membros das famílias são colocados em séries horizontais que significam linhagens de geração. Propicia dados ricos sobre os relacionamentos ao longo do tempo, podendo também incluir dados sobre saúde, ocupação, religião, etnias e migração. O ecomapa representa uma visão geral da situação da família e retrata as relações importantes, demonstrando o fluxo ou a falta de recursos ou privações.

Nesta pesquisa, ambos os instrumentos foram construídos pelo informante-chave com o auxílio do pesquisador, na primeira visita domiciliar. Para o genograma, partia-se da pergunta: **Quem faz parte da família da criança inscrita no PHC?** Para o desenho do ecomapa perguntava-se aos membros **quem ajudava a família nos momentos de dificuldades**. A criação destes instrumentos não foi estanque, a partir do esboço inicial as informações eram formatadas e padronizadas de acordo com as legendas⁹ propostas, as quais também foram adaptadas conforme o surgimento de novos dados ao longo do estudo. Nos encontros seguintes, após as entrevistas, tais instrumentos eram rerepresentados e refletidos junto aos informantes-chave que alteravam ou acrescentavam dados até chegarem na sua edição final.

Observação em campo

Para guiar a observação das rotinas de famílias participantes do programa de suplementação alimentar, alguns critérios propostos por Minayo (2000) foram adotados. Essa autora orienta, para o sucesso da técnica de observação, que o observador: a) coloque-se no mundo dos entrevistados, buscando entender os

princípios gerais que os homens seguem na sua vida cotidiana para organizar sua experiência, particularmente as de seu mundo social; b) mantenha uma perspectiva dinâmica que ao mesmo tempo leve em conta as relevâncias dos atores sociais, tendo em mente o conjunto de relevâncias de sua abordagem teórica, o que lhe permite interagir ativamente no campo; c) abandone, na convivência com os sujeitos, a postura “de cientista”, entrando na cena social dos entrevistados como pessoa comum que partilha daquele cotidiano.

Desse modo, para compreensão do fenômeno, as observações deram-se no ambiente familiar, na unidade de saúde, no centro comunitário e ainda na creche e nas ruas do bairro.

No domicílio esta técnica foi aplicada tanto nos encontros preparados para realização das entrevistas como naqueles destinados somente à observação propriamente dita. Ali foi possível não apenas observar, mas vivenciar algumas rotinas relacionadas às atividades de lazer e de alimentação dos membros; e outras relacionadas ao cuidado da criança desnutrida. Alguns comportamentos que refletiam a estrutura e o funcionamento familiar também foram observados no contexto domiciliar, além das particularidades reveladas em cada ambiente físico como as condições de moradia e os bens de consumo disponíveis.

Na unidade de saúde, a utilização desse método de coleta de dados teve como propósito levantar informações que diziam respeito aos comportamentos do familiar com a criança desnutrida na rotina mensal de avaliação médica do programa. Assim, com a autorização do pediatra da equipe, os sujeitos foram acompanhados em três consultas mensais consecutivas, entre os meses de junho à agosto. Para observação, coloquei-me sentada num canto do consultório, atrás da mesa do médico e de frente para a criança e seu acompanhante. Fiz anotações sobre as interações entre os membros e entre o profissional médico: como chegavam à consulta (meio de transporte, horário, vestimentas), a maneira de despir e vestir, as reações quanto ao peso da criança, as conversas sobre condutas alimentares e cuidados de saúde, a

⁹ Ver Apêndice C.

afetividade, a participação dos sujeitos nas consultas, se levavam brinquedo ou alimentos na bolsa para a criança, entre outros tantos comportamentos relevantes.

Contudo, algumas práticas rotineiras das famílias com crianças em *déficit* nutricional e seus relacionamentos com o ambiente social também foram observados no dia-a-dia dentro da comunidade. Alguns registros surgiram dos encontros com os membros pelas ruas da Vila X, na roda de chimarrão com as vizinhas e na creche, na hora de entregar e de buscar os filhos ou parentes.

Assim, o dia-a-dia dessas famílias foi criando formas e cores e as primeiras conexões entre a teoria e a prática foram sendo construídas pelo pesquisador. De acordo com Trentini e Paim (2004), quando observamos certa situação com o objetivo de responder a uma indagação específica, tal observação se tornará um processo consciente e poderá ser sistematizada e exteriorizada de maneira que seja exposta à compreensão de outras pessoas.

4.6 O tratamento dos dados

Os dados obtidos nesta investigação foram analisados concomitantemente à fase de coleta, através do método de Análise de Conteúdo (AC) proposto por 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, 2002; p. 42).

A análise de conteúdo surgiu nos Estados Unidos na década de 20 e também é denominada por alguns autores de análise temática (MINAYO, 2000; BAUER; GASKELL, 2002). A noção de “tema” comporta um feixe de relações e pode ser graficamente representada por uma palavra, uma frase ou um resumo. Segundo Bardin (apud MINAYO, 2000, p. 208), o tema é a “(...) unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura”. Assim, fazer uma análise temática consiste em descobrir os *núcleos de*

sentido que compõem a comunicação, cuja *presença* ou *frequência* de aparição signifique alguma coisa para o objetivo analítico visado.

Assim, apoiada nas considerações de Triviños (1987) sobre o método, operacionalmente, a análise dos dados desta pesquisa desdobrou-se em três etapas principais, a saber:

a) Pré-análise: consistiu na organização de todo material coletado através das entrevistas, do genograma e ecomapa, das observações diretas e demais anotações registradas no caderno de campo, além da seleção dos textos e documentos relevantes ao escopo do estudo.

As inúmeras páginas transcritas e os demais materiais colhidos foram lidos cuidadosamente por repetidas vezes a fim de apreender as mensagens contidas nas entrelinhas dos textos e encontrar, a partir do objetivo proposto e do referencial teórico, um caminho norteador para o seguimento da pesquisa. Para Bardin (2002), essa leitura “flutuante” é fundamental para a revisão dos objetivos e hipóteses da pesquisa e determinação do *corpus*, em que o pesquisador deverá fixar sua atenção.

b) Descrição analítica: consistiu na transformação dos dados brutos em núcleos de compreensão dos textos¹⁰. Após a leitura exaustiva dos dados, partiu-se para a seleção nos textos das unidades de registros que, posteriormente transformaram-se nas unidades de significado. Inicialmente, foram selecionados de cor vermelha os trechos na íntegra que pareciam responder à pergunta de pesquisa: **Quais são as rotinas de famílias com crianças desnutridas?** Essas informações foram então repassadas para uma nova coluna organizadas em 4 grandes pré-categorias com o intuito de melhorar a visualização dos dados e facilitar a compreensão dos passos seguintes. Como as entrevistas foram guiadas por um formulário aberto, ou seja, sem a aplicação de perguntas semi-estruturadas que convergiam propositalmente para temas pré-determinados, a construção das pré-categorias deu-se em função dos comportamentos familiares rotineiros que, a princípio, pareciam permear continuamente os diálogos com as quatro famílias. Assim, tratam-se de grandes blocos temáticos sobre rotinas,

¹⁰ Ver modelo do documento no anexo A.

que orientaram a organização inicial dos dados, reunindo de forma ampla e superficial, conteúdos (falas) afins destacados na transcrição e significativos para o propósito do estudo. Para facilitar as etapas seguintes, cada bloco temático recebeu cores diversificadas.

Em seguida, já organizados em pré-categorias, os dados sofreram sucessivos recortes até a identificação das primeiras unidades de significado, também chamados de códigos iniciais, representados por palavras ou frases contendo informações relevantes em relação às rotinas familiares. Esses códigos passaram então por um tratamento de síntese de modo a favorecer a contagem da frequência das informações (quando possível) e favorecer a visualização das primeiras correlações entre os dados coletados.

A construção das subcategorias e das categorias foi então a etapa seguinte das análises. Acredito ter sido esta uma das etapas mais demoradas que exigiu profundas reflexões e inúmeras reformulações. Aqui as pré-categorias perderam a importância, pois, a partir da consideração das analogias entre as unidades de significado, novas associações e abstrações foram feitas, até a formulação das subcategorias. O conteúdo das subcategorias é mais significativo/representativo do que o enfoque inicial das pré-categorias, pois é a abstração pura das falas dos sujeitos. As categorias foram encontradas com a ajuda das releituras dos textos bruto de todas as entrevistas e dos registros das observações em campo. Desse modo, novas conexões foram estabelecidas entre as subcategorias até a conformação das categorias. Estas classificações foram codificadas por frases ou expressões, filtradas das falas dos sujeitos, que representassem a confluência de idéias das subcategorias quanto ao teor de conteúdo. São abstrações ainda maiores do texto bruto e específicas de cada família. Respeitam os critérios de exclusão mútua, homogeneidade, objetividade e fidelidade pertinência e produtividade propostos por Bardin (2002).

Nesta etapa, foram ensaiadas algumas deduções lógicas a respeito das unidades de significados ou de um agrupamento delas junto ao referencial estudado. Essas reflexões prévias do pesquisador, denominadas de inferências, foram destacadas nos registros de análise desta pesquisa.

c) Interpretação referencial: foi o momento de reflexão e interpretação dos dados com embasamento nos materiais empíricos sobre as rotinas familiares e suas relações com o contexto social amplo. Foram feitas associações entre os conceitos e os pressupostos teóricos, as hipóteses iniciais e as inferências relevantes, a fim de fundamentar teoricamente os achados da pesquisa. Então, neste último passo da análise, os resultados da interpretação sofreram a teorização que foi a construção de uma discussão à luz do referencial teórico e da literatura de base, culminando com a elaboração das conclusões e contribuições do estudo.

4.7 As considerações éticas da pesquisa

Os princípios éticos abordados na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que trata das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa em Seres Humanos (BRASIL, 1996) foram respeitados em todas as fases de execução do estudo, incorporados, sob a óptica do indivíduo e das coletividades, os princípios básicos de autonomia, não-maleficência, beneficência e justiça.

Portanto, foi assegurado o direito à livre participação no estudo, sendo os dados coletados somente após a autorização verbalizada e escrita dos informantes-chave, mediante suas assinaturas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)¹¹. Para isso, no primeiro encontro com as famílias a proposta de pesquisa foi apresentada e o TCLE foi lido aos sujeitos. A autorização para gravação e uso das falas e de eventuais registros fotográficos também estava prevista neste documento, somente para uso exclusivo deste estudo. Para garantia do sigilo das informações e anonimato das famílias, tanto o local de estudo como sujeitos envolvidos no estudo receberam nomes fictícios.

O projeto de pesquisa foi apresentado à coordenação e às equipes ESF da Unidade Local de Saúde e aos coordenadores do PHC e recebeu parecer favorável da Assessoria de Desenvolvimento Institucional da Secretaria Municipal de Saúde. Do

¹¹ Ver modelo do documento no Apêndice D.

mesmo modo, a proposta de pesquisa foi encaminhada para avaliação do Comitê de Ética da UFSC, sob Protocolo nº 328/06, também obtendo parecer favorável para o seguimento das atividades investigatórias.

4.8 O rigor

Os indicadores de confiabilidade na pesquisa qualitativa mostram que os resultados do encontro empírico com o mundo, especificado por tempo e espaço, foram organizados de forma transparente. Podem ser apontados pela construção do *corpus*; pela clareza nos procedimentos; pela triangulação e compreensão reflexiva dos dados; e pela descrição detalhada (BAUER; GASKELL, 2002).

Seguindo tais recomendações, utilizei-me de algumas estratégias visando à credibilidade ou a confiança na verdade dos dados. Desse modo, para produção de um conhecimento metodologicamente fundamentado procedi da seguinte forma: permaneci no campo até constatar a saturação dos dados; observei repetidas vezes as condições dos contextos e os comportamentos familiares em relação às rotinas com as crianças do PHC; procurei respeitar a mesma seqüência metodológica nas abordagens com as diferentes famílias no que diz respeito à apresentação da proposta, à assinatura do TCLE e à aplicação dos instrumentos de coleta.

Quanto ao levantamento dos dados, modifiquei o plano inicial de coleta adotando perguntas abertas como tópicos-guias, após perceber que isto ampliaria o olhar acerca do fenômeno observado. Para as entrevistas, adotei a conferência das transcrições pelos respondentes, considerando que a passagem dos depoimentos da forma oral para escrita poderiam produzir alterações de sentido, conteúdo e/ou intenções. Esta validação dos dados procedeu-se da mesma forma para as informações formatadas nos genogramas e ecomapas.

Na fase de análise dos dados outro cuidado adotado foi a busca da sua estabilização, submetendo-os a inúmeras leituras e exaustivas revisões das classificações.

CAPITULO V

DESCRIÇÃO DAS FAMÍLIAS E SUAS ROTINAS

Este capítulo destina-se a apresentação das quatro famílias que interagiram nesta pesquisa. Através da descrição dos encontros e com o auxílio do genograma relacional e do ecomapa, busquei recriar seus ambientes e registrar outros aspectos estruturais e socioeconômicos das famílias, relevantes para compreensão de seus comportamentos diários. Desse modo descrevo a composição familiar, as relações sociais internas e externas, as características culturais, a condição econômica e demais peculiaridades de cada unidade.

Em seguida apresento as rotinas desveladas em cada caso estudado, através da descrição das categorias e subcategorias construídas a partir da triangulação dos dados coletados nas entrevistas, na caderneta da criança e na observação em campo.

5.1 O desafio da aproximação com os sujeitos

O primeiro contato com as famílias deu-se em julho de 2006 quando, aos poucos, comecei a me inserir nas reuniões educativas do PHC. Então, nos dois primeiros meses minha participação era de coadjuvante, ou seja, estava presente como uma profissional convidada que estava sendo apresentada ao grande grupo e observava as características locais as quais descrevo sucintamente a seguir: os encontros eram organizados geralmente pelas agentes comunitárias locais e aconteciam no Centro Comunitário da Vila, local este centralizado muito próximo às oito quadras. Entretanto nem todos eram moradores dali, duas famílias residiam no bairro vizinho há aproximadamente 3,5 quilômetros. Com exceção de um pai que freqüentava as reuniões, todas as demais participantes eram mulheres - mães, avós e tias das crianças inscritas. Algumas dessas crianças junto com seus irmãos pequenos também participavam das reuniões caso não houvesse disponibilidade de permanecerem na

creche ou em casa sob o cuidado de outro membro durante esse período. A equipe técnica da AFLOV chegava dentro dos cinquenta minutos seguintes para atualizar o cadastro da criança conforme seu último registro médico de avaliação ponderal.

Assim, lentamente minha presença nas reuniões causava menos estranhamento aos familiares e passei a alimentar um sentimento de “pertença” diante do grupo. Então, após esse pequeno período “experimental” para criação de um vínculo decidi incluir-me ativamente nas atividades do programa a fim de buscar minha inserção no campo de estudo. Em setembro de 2006, conforme acordado com as equipes de saúde local, assumi a responsabilidade de coordenar os encontros mensais abordando temas de interesse dos participantes e dos profissionais frente às situações de saúde vivenciadas pela comunidade. Essa fase culminou com o desenvolvimento da disciplina de Práticas Assistenciais¹² junto ao grupo, construindo, entre os meses de outubro a dezembro, encontros reflexivos sobre a compreensão dos rituais familiares¹³ como ferramenta auxiliadora no cuidado diário às crianças desnutridas, segundo o mesmo referencial de Sharon Denham utilizado nesta pesquisa. Além do objetivo de promover o fortalecimento familiar, busquei a aproximação com as famílias percebendo seus primeiros retratos.

Esta atividade prática então foi construída com oito familiares do grande grupo e a partir dela fui selecionando para a pesquisa apenas àquelas famílias que, além de preencher os critérios pré-determinados para escolha dos sujeitos, pareciam mais dispostos a cooperar com os objetivos do estudo. Desse modo, ao término dessa vivência percebi que minha relação com algumas famílias já era de fato diferente, ou seja, mais próxima. Conversávamos despretensiosamente nas pausas para o lanche, compartilhávamos lembranças alegres e tristes e, aos poucos, rompíamos algumas barreiras, alguns pré-conceitos.

Assim, alguns retratos foram ganhando cores e aproveitei os convites para o chimarrão ou para um café-da-tarde para uma visita informal à família, realizando então o primeiro contato para recrutá-los como participantes da pesquisa. Três famílias

¹² Disciplina obrigatória para o segundo semestre do curso de mestrado da Universidade Federal de Santa Catarina.

foram inicialmente abordadas e aceitaram o convite, entretanto uma delas mudou-se para outro bairro na metade do estudo. Contudo, outros dois novos núcleos familiares que não fizeram parte da prática assistencial foram contatados e, após o aceite, completaram a amostra composta por quatro famílias de crianças inscritas no PHC: Família A, que foi indicada pela ACS principalmente pela facilidade de comunicação com a informante-chave; Família B e Família C que também participaram das reuniões reflexivas sobre os rituais familiares, porém representadas agora por outros membros; e Família D, cuja indicação surgiu da própria equipe profissional, pois era a única do grupo que se apresentava com diagnóstico de desnutrição ($P < 3$) e não cumpria mais com os compromissos preconizados pelo programa.

5.2 A apresentação dos casos

5.2.1 Família A

5.2.1.1 Os encontros com a família

Os encontros com a família A foram realizados pela manhã e à tarde em três ambientes diferentes: domicílio, centro comunitário e na Unidade de Saúde. (V), a mãe da criança, já era conhecida das reuniões do PHC e foi a informante-chave de todos os encontros.

O primeiro contato formal se deu em visita domiciliar no mês de junho, apenas na presença de (V) e da agente comunitária. O diálogo inicial aconteceu na mesa da cozinha enquanto tomávamos chimarrão. Ali gravamos entrevista, construímos o genograma e o ecomapa e vimos algumas fotografias da família. Em seguida fui convidada a conhecer os outros cômodos da casa e o quintal, onde já pude observar algumas peculiaridades da família como a organização do ambiente e a distribuição de alguns papéis no seio familiar, conforme a fala de (V): “*Não repara aqui atrás, ele vai*

¹³ Nas atividades da disciplina de prática assistencial não foi abordado o tema das Rotinas Familiares com o intuito de evitar vieses para os dados desta pesquisa.

organizar tudo esse final de semana, tirar essas madeiras aí... quando sobrar algum dinheirinho nós pretendemos aumentar a cozinha.” Alguns comportamentos e costumes, além do chimarrão, também foram revelados como o tabagismo, a prática do crochê e a escuta diária de um programa de rádio que não foi desligado nem durante as gravações. Ainda foi notável o bom relacionamento com a vizinhança, pois nesse curto período em que permanecemos na casa muitos a cumprimentavam carinhosamente da rua e uma vizinha deu uma “chegadinha” para dar um oi.

Na seqüência aconteceram outros seis encontros destinados ao aprofundamento dos dados coletados e à observação da família, sendo três deles no dia da consulta de puericultura, dois na reunião educativa do PHC e o último novamente no ambiente familiar.

Mãe (V) mostrou-se sempre receptiva e muito disposta a falar sobre sua família e me surpreendia sempre com algum tira gosto. Diferente da sua aparência em casa ia aos encontros no centro de saúde bem arrumada, vestindo saia, usando brincos, perfumada e maquiada. Quando algo diferente acontecia no seu dia-a-dia logo vinha compartilhar e, pouco a pouco, fomos estabelecendo um vínculo.

5.2.1.2 O ambiente familiar

A família desta criança desnutrida (T*) é composta por 2 membros – Mãe (V) e Pai (JM). Eles vivem na Vila X há cinco anos e residem em uma casa própria, de alvenaria, com dois pavimentos que mede 56,13 m² conforme os registros da escritura do imóvel. Chegando ao portão da casa observamos um pequeno jardim com canteiros de flores circundadas por pedras e um gramado onde, às vezes, são estendidas algumas roupas sobre sacos plásticos para “branquear” no sol. As paredes externas da residência, pintadas recentemente, são cor-de-rosa com esquadrias e portas marrons; e as laterais são unidas com as das casas vizinhas. A porta da frente é amparada por um toldo e dá acesso ao ambiente conjugado de sala/cozinha, equipado com um sofá, uma mesa, uma televisão e um rádio, um forno elétrico, uma geladeira, um fogão, um balcão com pia e armários aéreos; tudo em bom estado de conservação. Na parte térrea

há ainda um banheiro pequeno devidamente equipado com pia, vaso sanitário e chuveiro elétrico. Subindo as escadas encontramos dois cômodos. O menor é o quarto de (T*) com uma cama de solteiro e um guarda-roupa e duas prateleiras com alguns brinquedos e perfumes. Porém a criança geralmente costuma dormir no quarto dos pais, onde há uma cômoda e uma cama de casal. A família tem planos de reformar a casa e construir um terceiro piso: *“Ah, quero fazer o quarto dos meus sonhos... desde o meu primeiro casamento eu desejo isso. Já conseguimos alguns materiais à prestação na loja que o amigo dele trabalha...”*. Todos os ambientes são limpos e organizados. Algumas peças como a estante da sala eram móveis que os vizinhos pretendiam jogar fora, mas foram reformados por (V). Em cima da mesa e em alguns locais da cozinha eram enfeitados com trilhos de crochê também feitos por (V).

Atrás da casa há um pequeno espaço de chão batido com algumas madeiras depositadas no canto do varal de roupas e próximo ao tanque. As obras de reforma também estão previstas para este local.

A renda mensal familiar bruta é estimada em R\$ 1.040,00 reais que é a soma de R\$ 350,00 reais de salário de mãe (V) no restaurante mais R\$ 90,00 de faxina; com R\$600,00 reais equivalentes ao salário de pai (JM). Dessa quantia, R\$ 200,00 reais são destinados à pensão dos três filhos de (JM) com sua ex-mulher e ainda subtraído mais um valor referente aos gastos com remédio e/ou exames que não são cobertos pelo SUS. Porém, a mãe (V) esporadicamente confecciona roupas e peças de crochê para a casa que complementam a renda familiar. Além disso, recebem alguns benefícios de parentes, amigos e do PHC que serão comentados a seguir.

relação com a ex-mulher é de respeito, porém sem intimidade. Conversam apenas quando se encontram na rua ou quando (JM) vai buscar os filhos na sexta-feira.¹⁴

Já o casal aparenta ter um relacionamento de amizade, companheirismo e dependência mútua. Ambos são provedores do lar dividindo equitativamente os gastos familiares mensais. (JM) ainda ajuda no preparo das refeições e é quem mais participa da educação da filha por ter maior disponibilidade de tempo junto com a criança.

Além disso, os pais demonstraram nos pequenos gestos diários o bom vínculo com (T*). Nas consultas médicas mãe e filha chegavam de mãos dadas, abraçavam-se e proferiam palavras carinhosas um à outra. (V) a despia com paciência e depois ensinava a criança, por exemplo, a amarrar os cadarços dos tênis. Já (JM), embora não tenha estado presente nos encontros devido ao trabalho, é na visão de (V) um pai zeloso e prestativo conforme veremos a seguir na descrição das rotinas.

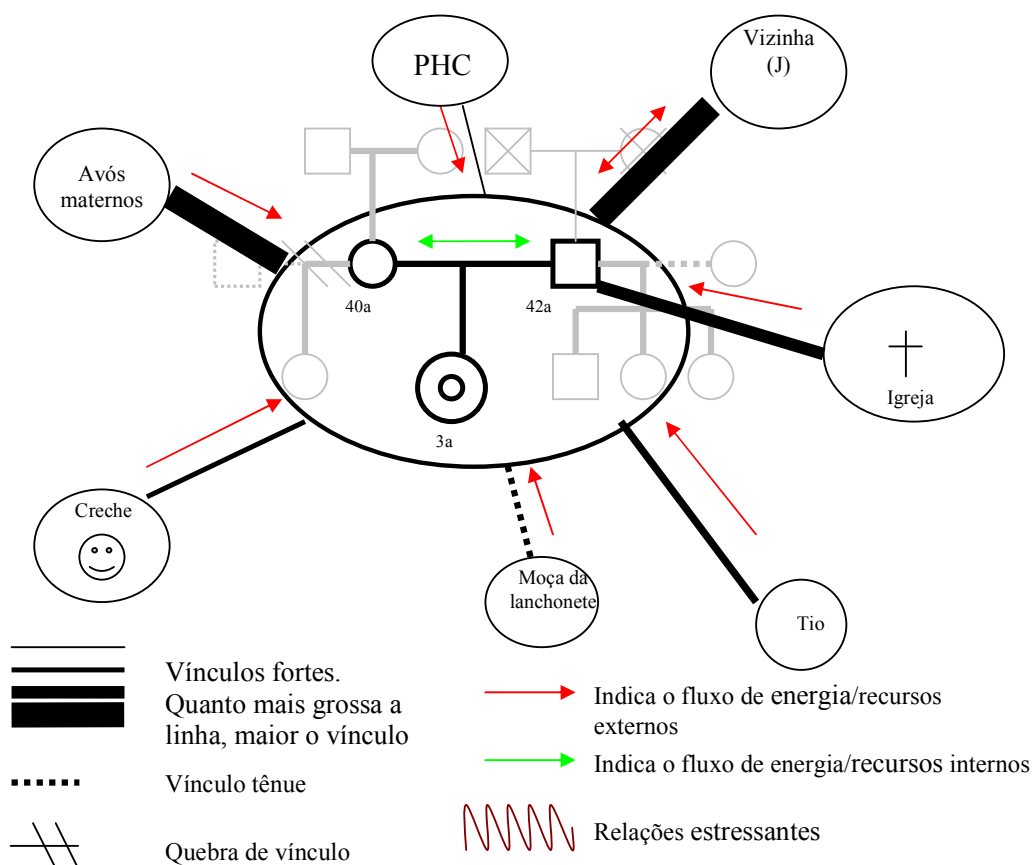


Figura 3 – Ecomapa construído pela Família A.

¹⁴ Comportamento familiar repetitivo (quinzenal) descrito a seguir na subcategoria “*Nos finais de semana a casa enche*”.

Quanto aos vínculos externos da família, o ecomapa mostra alguns indivíduos e instituições que são identificados como pertencentes à sua rede de suporte social.

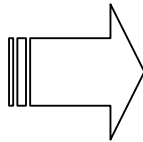
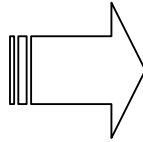
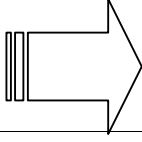
Primeiramente são citados os parentes e amigos que ajudam nas questões financeiras e no cuidado com a filha. Os avós maternos, por exemplo, prestam auxílio financeiro nos momentos de crise além de darem suporte afetivo à neta. O irmão de mãe (V) quando vai visitá-los ajuda na manutenção do jardim ou em qualquer reparo que se fizer necessário na casa. A moça da lanchonete do terminal rodoviário também é lembrada pela mãe, pois é somente com sua generosa ajuda que consegue levar semanalmente para casa a sobra dos salgados do dia a fim de satisfazer a vontade da filha e do marido.

Já o fluxo de recursos com a vizinha (J) ocorre bilateralmente, visto que ela cuida de (T*) enquanto os pais estão no trabalho em troca de dinheiro. Além disso, também empresta açúcar, feijão, arroz, leite ou outros mantimentos na casa de (V) quando precisa.

No decorrer dos encontros, (V) então identifica algumas instituições que complementam a rede social familiar. O programa Hora de Comer contribui com as orientações e acompanhamento da criança, além da cesta nutricional.

A creche serve de suporte educacional à criança e representa para os pais um lugar alternativo e de confiança para permanência da filha enquanto trabalham: *“pelo menos a gente conhece todos que trabalham ali... senão como nós faríamos pra trabalhar? Não ia dar pra pagar alguém pra ficar com ela o dia inteiro... ali elas cuidam diretinho”*. Mãe (V) ainda admite que o fato de seu marido frequentar a igreja ajuda no convívio familiar, pois lá aprende a valorizar a família e a neutralizar as tensões sofridas no dia-a-dia. *“Eu vou de vez em quando, mas ele vai sempre. Ih, ele vem de lá bem calminho (...) não tem vícios (...) não anda com mulheres por aí. A palavra traz conforto e esperança né?! A gente precisa acreditar em alguma coisa (...)”*.

5.2.1.3 As rotinas familiares

Subcategorias	Categorias
<ul style="list-style-type: none"> • Tudo se molda às rotinas de trabalho • Preciso passar mais tempo com ela • Adulando e educando • Nos finais de semana a casa enche 	 <p>OS BREVES ENCONTROS NO AMBIENTE FAMILIAR</p>
<ul style="list-style-type: none"> • A violência e a falta de dinheiro limitam algumas rotinas • A adaptação à creche foi difícil 	 <p>AS DIFICULDADES ENFRENTADAS</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Após a desnutrição novas rotinas foram incorporadas ao cuidado da criança • O significado do programa 	 <p>ELA DESNUTRIU, E AGORA?</p>

Quadro 1 - Síntese da categorização dos resultados para o primeiro caso

OS BREVES ENCONTROS NO AMBIENTE FAMILIAR

Esta categoria apresenta a reconstrução das atividades desenvolvidas diariamente pelos membros ou repetidas num período de tempo mais prolongado e que estão associadas às necessidades de sono e repouso, alimentação, higiene, trabalho e lazer. É composta pelas seguintes subcategorias: Tudo se molda às rotinas de trabalho; Preciso passar mais tempo com ela; Adulando e educando e Nos finais de semana a casa enche.

Tudo se molda às rotinas de trabalho

Durante a semana, Pai (JM) acorda às 6 horas da manhã e prepara seu chimarrão. Próximo às 7 horas desperta (T*) com uma mamadeira de mingau (leite engrossado com amido de milho): “É só tirar o bico pra ela mamar que ela abre os olhinhos”. Mãe (V) geralmente acorda no mesmo horário que a filha para prepará-la

para a creche. Toma um café preto ou compartilha de algumas “cuias”¹⁵ com o marido e volta a dormir.

Em seguida pai (JM) deixa a criança na creche e pega o ônibus rumo ao serviço. Ambos passam o dia fora e fazem suas refeições no serviço e na creche respectivamente. Mãe (V) aproveita o dia para descansar e realizar alguns afazeres domésticos: lava as roupas, limpa a casa, cozinha feijão para congelar ou tempera alguma carne para a janta. As refeições são preparadas pelo marido no período noturno:

Eu penso, se eu fazer almoço tem que dar pra noite e pro almoço do outro dia ainda, porque ele leva comida pro serviço... então eu prefiro deixar uma coisa já temperada pra ele fazer e comer a noite, aí no outro dia nós dois almoçamos o que sobra.

Mãe (V) sai de casa por volta das 17 horas para trabalhar. É cozinheira de um restaurante num bairro vizinho onde inicia sua jornada às 18 horas sem hora prevista para encerrar, pois depende do movimento de clientes no estabelecimento: “*geralmente acaba a 1 da manhã, mas em época de temporada que tem muito turista já ficamos até 4 horas trabalhando.*”

Em função das jornadas de trabalho dos pais não coincidirem com o horário de término da creche, pagam mensalmente a vizinha (J) para cuidar da criança até a chegada do pai por volta das 19 h e 30 min: no inverno busca na creche às 17 horas devido ao frio e no verão pega ela mais tarde; dá janta e banho. A vizinha (J) é amiga da família que há anos reside na casa da frente junto com seus três filhos.

Pai (JM) então chega já ao anoitecer, pega (T*) na casa da vizinha e vai para casa preparar a janta. Geralmente a criança não come porque já jantou na vizinha. Mesmo assim o pai insiste com uma fruta ou uma mamadeira. Após alimentarem-se, ele ainda lava as louças e ajuda em algum outro serviço da casa. Brinca um pouco com a filha e vão dormir, sempre com a luz apagada. Pela madrugada, no inverno, também faz parte da rotina acordar para levá-la ao banheiro: “*O banheiro fica lá embaixo, então ele tem medo que ela faça xixi na cama, porque agora é frio e ela faz mais xixi.*”

¹⁵ Vaso feito do fruto maduro da cuieira em cujo interior é acrescentado mate cevado para preparação do chimarrão (AURÉLIO, 1988. p. 112, 142).

Mãe (V) retorna sempre após a 1 hora da manhã. Geralmente come alguma coisa, toma banho e sobe para descansar. Antes de deitar, fuma um cigarro na janela do quarto: *“ah, pra mim esse cigarrinho é sagrado. Eu abro bem a janela e coloco o ventilador na outra direção pra fumaça não ir pra eles. Não consigo dormir se não fizer isso.”*

Quinzenalmente a mãe (V) também realiza faxinas para reforçar o orçamento mensal da família. Esses serviços são realizados no período diurno, enquanto sua filha está na creche. Pai (JM) também trabalha em finais de semana alternados e frequenta a igreja todos os domingos a noite.

Preciso passar mais tempo com ela

A rotina de trabalho de mãe (V) limita sua convivência com a filha. Durante a semana elas compartilham de apenas alguns minutos juntas enquanto veste e ajeita a criança para creche: *“Tadinha, quando saio ela ainda não chegou e quando chego ela já tá dormindo.”*

Nos dias de consulta na Unidade de Saúde, com a declaração de comparecimento, conseguem quebrar a rotina e (T*) ao invés de retornar para a creche, passa o dia todo em casa com a mãe.

A mãe (V) percebe que a filha desenvolve alguns comportamentos como conseqüência de sua ausência: chora para ficar na creche ou na vizinha quando é a mãe que leva, custa a se despedir pela manhã e até come menos para chamar sua atenção. *“A (J) disse que quando eu não estou por perto ela come bem melhor, claro, ela sabe que ficamos preocupados... é pra chamar a atenção”*. Então, (V) está à procura de um emprego fixo durante o dia para aproveitar mais o tempo com a filha. Porém, por questões financeiras, ainda não pode largar sua jornada de serviço noturna enquanto não conseguir outra fonte de renda.

Adulando e educando

Durante alguns encontros foi possível observar um forte laço afetivo estabelecido entre mãe (V) e (T*). A maioria das vezes que mãe (V) se dirigia a filha utilizava um tom de voz infantil e pronunciava as palavras carinhosamente: “*Ó filha, toma tua tetêta que a mãe vai pegar tua roupinha pra te arrumar...*”; “*Bota teu nenezinho pra pesar...*”. Nas consultas elas chegavam e saíam de mãos dadas e trocavam abraços e beijos a toda hora. A mãe tinha o costume de elogiar a criança quando ela ganhava peso e quando perdia, procurava incentivá-la no tratamento: “*Ah filha, tem que crescer pra ajudar a mamãe...*”. Quando chega do serviço, de madrugada, tem o costume de dar boa noite a filha: “*eu chego até no rostinho dela e aviso que cheguei. Ela abre os olhinhos, aí ela faz assim ó na minha orelha (meche no tragus) e fecha os olhos, às vezes ela faz isso dormindo, nem me vê, nem nota que é eu ou ela sente sei lá.*” As despedidas também são seladas com um beijo. Segundo mãe (V), o pai é ainda mais carinhoso com a filha: “*E ele, já visse como ele carrega ela? Por cima do cangote, deixa as pernas arregaçadas. Aí ele segura nas pernas e ela segura na cabeça dele...*”.

Entretanto, a mãe refere que nos momentos em que a criança desobedece e/ou faz algum tipo de malcriação como pronunciar palavrões aos pais, fugir para casa da vizinha, jogar algumas coisas no chão e estragar outras, os limites são logo estabelecidos. Primeiro chamam a atenção, conversando até mais de uma vez com a criança sobre o que é certo e o que é errado. Caso não tenham sucesso, são adeptos às palmadas:

Eu sou assim ó, eu falo umas 3, 4 vezes, tem dia que eu falo até 5 vezes com ela pra evitar de bater, principalmente agora que passo pouco tempo com ela. Mas quando eu vejo que não tem jeito eu dou...as vezes uma palmada bem dada. Aí não dou carinho logo em seguida porque diz que é a pior coisa que tem né... a mãe bater e na hora adular, aí fica sem vergonha, aí deu pra bola...; eu fui criada assim, já apanhei muito laço e nunca morri.

Há ainda uma preocupação quanto à educação da filha e seus relacionamentos extra-familiares: “*De braba jogou o pote da outra no chão... Como é que eu vou deixar ela crescer assim?! Quando é a gente ainda da pra deixar levar de repente,*

tentar consertar de outra maneira, mas tu fazer pros outros não dá.” Portanto, tais regras também se estendem à cuidadora, vizinha (J), a qual também está autorizada à chamar atenção de (T*) quando necessário: *“Qualquer coisa tu embraba com ela, se ela não quiser ficar lá com carinho, fala braba com ela que daí ela... se precisar pega o chinelo.”*

A mãe acredita que alguns comportamentos são apreendidos de outras crianças da creche ou dos próprios irmãos, pois os pais se policiam no dia-a-dia para não dar mau exemplo à filha e; o acesso à TV é o mais restrito possível, pois dão preferência ao uso de rádio:

Andou uma época aí que ela vinha bater em mim, agora ela perdeu o costume que eu disse que eu ia bater na boca dela, não cheguei a bater, mas um dia eu ameacei de bater, que ela ficou com medo, não sei quem foi que ensinou pra ela, deve ter aprendido no colégio com alguns dos irmãos né, que ela andava muito grudada com eles.

Nos finais de semana a casa enche

Há algum tempo surgiu uma discussão no núcleo familiar sobre a importância da boa convivência entre (T*) e seus irmãos paternos. Além disso, havia a necessidade de pai (JM) participar mais da vida dos filhos e manter o relacionamento amigável com sua ex-mulher.

Então, a solução colocada em prática desde então é a seguinte: quinzenalmente, nas sextas-feiras, pai (JM) ao retornar do trabalho e, com autorização da mãe, leva seus três filhos para passarem juntos os finais de semana. As crianças vão de mochila e só retornam no domingo, final da tarde. Faz-se necessário alguns preparativos para recebê-los como: organizar o espaço e abastecer a casa com alimentos.

Embora residam na mesma comunidade com casas bem próximas uma da outra, mãe (V) afirma que esta atitude melhorou o relacionamento entre as famílias e entre os irmãos: *“ela se empolga mais pelos irmãos, porque ela adora eles, até come mais quando eles tão aqui... e eles adoram ela também”*.

Com sua outra filha de 16 anos mãe (V) mantinha contato através de ligações telefônicas periódicas. Mas a dificuldade econômica ocasionou a inadimplência do

pagamento da conta e sua linha telefônica está cortada há alguns meses impedindo a comunicação entre os membros: *“De madrugada eu chego, aí eu olho ali pra foto dela, sinto saudade né, me dá uma angústia, uma coisa tão ruim...”*.

AS DIFICULDADES ENFRENTADAS

Algumas limitações no dia-a-dia dos membros são atribuídas aos aspectos socioeconômicos e à atual fase de desenvolvimento familiar que o núcleo se encontra. Esta categoria é então descrita pelas subcategorias: A violência e a falta de dinheiro limitam algumas rotinas e A adaptação à creche foi difícil.

A violência e a falta de dinheiro limitam algumas rotinas

Mãe (V) teme a violência local e sente-se mais exposta a ela devida sua rotina noturna de trabalho. Como o único meio de transporte familiar é o público coletivo, então retorna sozinha de ônibus de madrugada, depois de cumprida sua jornada no restaurante. Às vezes quando sai muito tarde consegue pegar carona de moto com um colega que muda seu percurso diário para ajudá-la. Afirma já ter vivenciado atos de violência dos quais não quer se lembrar: *“Meu marido está me pressionando para largar, mais a gente ainda precisa desse dinheirinho e outro serviço tá difícil. Mas todos os dias quando volto eu sinto medo... antes isso aqui não era assim”*.

Já segundo a informante, o pai (JM) frequentemente tem dificuldade com o transporte para o serviço: nem sempre seu cartão de passe está carregado e algumas vezes não há dinheiro para a passagem. Então, a estratégia é pedir carona pra uma vizinha que às vezes vai para mesma direção de seu local de trabalho.

As rotinas de lazer também são afetadas pela falta de dinheiro. A mãe (V) se queixa que não sobra recursos financeiros para atividades como um passeio ou uma viagem em família: *“Falta até pra ir trabalhar, quem dera pra passear...”*; *“...aí assim*

né, pouco a gente sai que, uma que nunca sobra dinheiro e sair sem dinheiro com criança é brincadeira.” Entretanto a família consegue planejar algumas atividades sociais criativas capazes de serem desenvolvidas segundo sua renda mensal. Por exemplo, uma ou duas sextas-feiras do mês, pai (JM) leva a filha para jantar no restaurante onde a mãe trabalha. A mãe, com a permissão da proprietária, serve gratuitamente uma porção de fritas, ou de coração, um pãozinho com salada para tais membros. Assim, o custo para a família se resume na passagem e nas bebidas. A mãe (V) afirma que o “*jantar fora*” é considerado para a família como uma atividade extra e de lazer, na qual todos se reúnem para fazer algo diferente do dia-a-dia. A criança acaba fazendo amizade com outra criança; a mãe passa mais tempo com o marido e a filha; o marido toma cerveja e conversa com outros clientes sobre futebol ou notícias locais. Então, eles permanecem lá até o término do expediente a fim de aguardar a saída de mãe (V) para retornarem juntos ao lar: “*Ah, pra ele é bom né, sai um pouco, senão fica só naquela: trabalho, trabalho e trabalho.*” “*Pra mim que é bom quando eles vêm... ele tá junto é uma segurança a mais né?!.*” “*Ela brinca tanto que volta dormindo no ônibus*”.

A adaptação à creche foi difícil

Há aproximadamente dois meses a creche começou a fazer parte da rotina diária da criança e do casal. Para inclusão desse novo compromisso na agenda da família fez-se necessário uma reorganização dos horários dos membros e uma redistribuição das tarefas diárias. Com esta mudança, também surgiram algumas alterações no comportamento da filha apontadas pela mãe como um problema atual de difícil manejo.

Nas primeiras semanas a criança chorava diariamente. Às vezes a diretora da instituição chamava a mãe para buscá-la:

Eu tava apavorada... teve um dia que eles ligaram as 10 da manhã, pra mim ir buscar ela, que não agüentavam. Da hora que eu entreguei ela, até a hora que eu fui buscar as 10 da manhã ela chorou direto, direto, direto. Quando me via abria aquele bocado.

Com o tempo os pais perceberam que quando o pai levava isso não acontecia e isso incentivou o casal a definir algumas regras na tentativa de manter a rotina da creche: o pai (JM) é quem deixa a criança na instituição pela manhã.

Entretanto, o que mais preocupou o casal não era o choro, mas sim a perda de apetite durante este período. A mãe comprava os alimentos preferidos da filha e ela negava; as frutas da cesta estragavam na geladeira ou eram doadas aos vizinhos; até a mamadeira ela rejeitava. *“As pessoas diziam que era birra, mas como ela já tinha estado na desnutrição nós ficamos preocupados. Daí a pediatra disse que tudo isso ia passar, era só uma fase dela né...”*.

Agora a família ainda sofre algumas conseqüências desta mudança, porém (T*) já está mais adaptada à nova rotina e sua dieta está se moldando ao novo fluxograma diário: *“[...] aí agora não, agora que tá na creche quando ela tá com vontade de comer ela chega a pedir pra gente tratar ela: ‘ó mãe me trata’”*. A mãe (V) também observa que o comportamento alimentar da filha fora de casa é diferente ao de casa. Ela come mais na vizinha e na creche e há alguns tipos de alimentos que lá aceita e cá rejeita, como algumas frutas, peixe e carne vermelha:

Maçã eu descascava e dava na mão dela, quando eu via ela dava uma mordidinha, eu via ela cuspiendo o pedaço da boca e ainda jogava o resto pelo chão ou por onde quisesse. Lá na creche eu já peguei ela umas três vezes logo depois da janta, dela segurar a maçã e comer e vir até em casa comendo até o ultimo pedacinho.

Segundo a reflexão da mãe, isso ocorre para chamar a atenção de sua ausência e também porque na creche ela acaba imitando os hábitos das outras crianças: *“Ah, ela vê os amiguinhos lá comendo e faz igual... e lá não tem essa de ficar insistindo. Se não comer na hora, só vai comer na próxima. E ela sabe, não é burra. Não vai ficar com fome.”*

ELA DESNUTRIU, E AGORA?

Esta categoria mostra as mudanças na vida familiar frente ao déficit nutricional da criança e revela o papel do PHC nesse contexto, conforme a visão da família

observada nas subcategorias: Após a desnutrição novas rotinas foram incorporadas ao cuidado da criança e O significado do programa.

Após a desnutrição novas rotinas foram incorporadas ao cuidado da criança

(T*) está há nove meses no Programa e desde seu ingresso a mãe (V) começou a observar melhor os sinais físicos e comportamentais da criança que podem indicar a alteração de seu estado nutricional, por exemplo, as características do cabelo, o apetite e sua disposição para brincar: “*Quando fui fazer a colinha que notei que o cabelinho tá crescendo, porque agora ela tá comendo bastante... Ah, depois que ela esteve na desnutrição a gente fica mais em cima dessas coisas...*” A mãe (V) também acompanha o desenvolvimento neuropsicomotor da filha e descreve algumas de suas descobertas:

Naquele horário que eu cheguei, que ela viu que ela já tinha dormido e não perguntou se era pra ir pra creche..., eles já tem noção, acho que é porque já vê que o dia mais claro né, mesmo porque tem a claridade da janela, deve ser isso, pois ela já fez três anos em abril...; lá na creche ela coloca a mochila certinho no seu lugar... ela já sabe que onde tem o peixinho é dela.

O casal também passou a oferecer os alimentos com mais frequência à criança e sempre que possível ter em casa àqueles de sua preferência como peixe, iogurtes e algumas frutas que não vem na cesta nutricional do programa.

A mãe (V) também tem conhecimento das variações ponderais da criança, de acordo com as medidas registradas na caderneta. A cada consulta revela sua expectativa quanto à reversão deste diagnóstico nutricional: “*Levei ela ontem e fiquei toda contente: 600 gramas redondinho ela aumentou... de 180 do mês passado foi 420 a mais né...*”.

O significado do programa

A desnutrição é uma novidade aos pais e trouxe consigo uma grande preocupação quanto à rotina alimentar da criança. O casal ainda se questiona sobre possíveis falhas no cuidado à criança a fim de encontrar uma resposta para o quadro de risco nutricional da filha. *“Não dá pra entender, ela era tão gordinha”*; *“Eu acho que, por enquanto não tem nada de errado, mas de repente a gente pensa que tá fazendo tudo certinho e tá faltando alguma coisa”*.

Então, segundo a informante-chave, o valor do programa está nas orientações e atividades educativas que acontecem tanto no consultório médico ou nas reuniões em grupo quando aprendem algo novo sobre como cuidar da criança: *“Eu pergunto mesmo... nunca passamos por isso, então tenho que aprender como lidar.”*; *“conversar é bom porque eu fico ansiosa para ver se ela engordou, mas a pediatra explica direitinho”*. Outra relevância do programa está na facilidade do acompanhamento em saúde, pois há consultas médicas mensais sem que precisem agendar e os exames periódicos da criança estão garantidos.

A cesta nutricional não parece ser um auxílio essencial à família no momento pois a criança faz suas principais refeições fora de casa e tem pouca aceitação aos alimentos da cesta, conforme observado nas falas de mãe (V): *“cheguei até a dizer pra ele que eu não tava nem ai mais pra essa cesta básica, porque... trazia as coisas pra não ir fora e dava a maioria pros filhos dele. Ainda jogava alguma coisa fora que acabava estragando.”*

5.2.2 Família B

5.2.2.1 Os encontros com a família

Foram realizados dez encontros com esta família, sendo tia (A) a informante-chave pelo papel de cuidadora que ocupa na família. Quatro deles foram em visitas

domiciliares que aconteceram tanto no turno matutino como no vespertino, três na Unidade Local de Saúde e três no centro comunitário.

A primeira visita domiciliar aconteceu no mês de maio na presença da agente comunitária, da criança (E*), de sua tia (A) com a filha (Tt) e de seus irmãos (W), (Jj), (J) e (T), pois neste dia não tinha expediente na escola e nem na creche.

Quando chegamos outras três crianças da vizinhança também entraram na casa, movidas pela curiosidade principalmente com o gravador. Ficamos todos alojados na pequena sala: eu tentando conversar com (A) e a ACS procurando distrair as crianças. Uma delas veio para o meu colo enquanto a outra mexia no meu cabelo e assim demos início ao nosso primeiro diálogo. Logo o alvoroço foi se acalmando e as crianças saíram para brincar no pátio onde, vez ou outra, a tia olhava pela janela para certificar-se que estavam bem.

Durante a conversa as crianças pediam comida e a tia (A) solicitava que (T) prepara-se a mamadeira de um e desse um prato de comida para o outro. Ao término da entrevista, desenhamos o genograma e o ecomapa e fui levada para conhecer os demais cômodos da casa, nos quais me eram apontados os vestígios do incidente ocorrido há alguns meses e que será abordado a seguir. Ao contar sobre a vida da família a informante mostrou-se bastante sensibilizada e chorosa pelas dificuldades que enfrentavam. No final, aproveitou o momento para tirar algumas dúvidas sobre a marcação de consultas na unidade e colocou-se a disposição para outras visitas.

Nos encontros seguintes a tia (A) parecia mais à vontade com as gravações e falava mais espontaneamente sobre alguns assuntos como, por exemplo, o gosto pelo terreiro de macumba. O ambiente familiar também parecia mais natural ao primeiro, com os cômodos geralmente limpos, porém desorganizados, com roupas, revistas velhas e demais objetos espalhados pelo chão; afinal ali conviviam três crianças e três adolescentes. Em casa vestiam-se com roupas velhas, algumas até rasgadas; e a tia usava boné para esconder os cabelos armados.

Nas reuniões educativas e nas consultas com o pediatra a tia (A) mostrava-se mais reservada, falando o necessário e interagindo pouco. Levava sempre consigo uma mochila contendo a caderneta da criança e alguma blusa para o frio. Chegavam com

roupas limpas e com os cabelos arrumados com faixa ou com pequenas tranças que vinham desde o couro cabeludo. Durante a avaliação médica a criança despia-se sozinha e a tia auxiliava na hora de fechar a calça e os sapatos. (A) chamava a atenção de (E*) quando necessário e prestava atenção nas orientações de saúde.

5.2.2.2 O ambiente familiar

Sete membros desta família residem junto com a criança com *déficit* nutricional na Vila X, em uma casa de alvenaria com dois pavimentos, construídos sob um terreno de aproximadamente 61 m², situado no final da quadra. Na entrada há um varal e o acesso é privado por um portão de madeira e rodeada por um muro que mede em média 1,5 metros de altura. As paredes externas são brancas e as janelas e a porta de madeira. A lateral esquerda da casa é conjugada com a casa vizinha, enquanto a direita é livre e dá passagem externa aos fundos do terreno. Nesta direção, está instalado um galinheiro e ao lado estão empilhadas algumas telhas para reforma do telhado. Na parte de trás há uma casa geminada onde são realizados alguns rituais de umbanda e onde estão guardados os instrumentos musicais e alguns trajes típicos utilizados pelo grupo. Ali também fica o tanque e um varal, instalados na parede externa da casa.

Na parte interna, a falta de acabamento nas paredes expõe os blocos de cimento que dão origem a quatro cômodos: na porção térrea – sala e cozinha conjugadas e 01 banheiro; no andar superior: 2 quartos, estando um deles “inativado” momentaneamente pela falta de vidro na janela e pelo risco de desabamento do teto ocasionados por um incêndio em dezembro de 2006. Os ambientes estão equipados com alguns móveis velhos – cama, sofá, estante, balcão de cozinha, televisão e rádio - doados pela comunidade e um fogão e uma geladeira resgatados após o incidente. Algumas dessas mobílias apresentam marcas de umidade na porção inferior devido ao contato freqüente com a água da chuva que se acumula no interior da residência. As roupas ficam em uma prateleira na sala para proteger das goteiras nos quartos. A família cria um gato como animal de estimação que tem acesso livre a todos os cômodos e dorme na sala junto com alguns membros.

No momento a unidade familiar dispõem de uma renda mensal fixa de aproximadamente R\$ 95,00 referente ao valor do benefício do Bolsa Família. Além desse valor, contam com o dinheiro das faxinas realizadas por (E) que variam de 400 a 600 reais, dependendo da demanda. Os membros ainda recebem outros auxílios para manutenção das necessidades diárias que serão comentados a seguir.

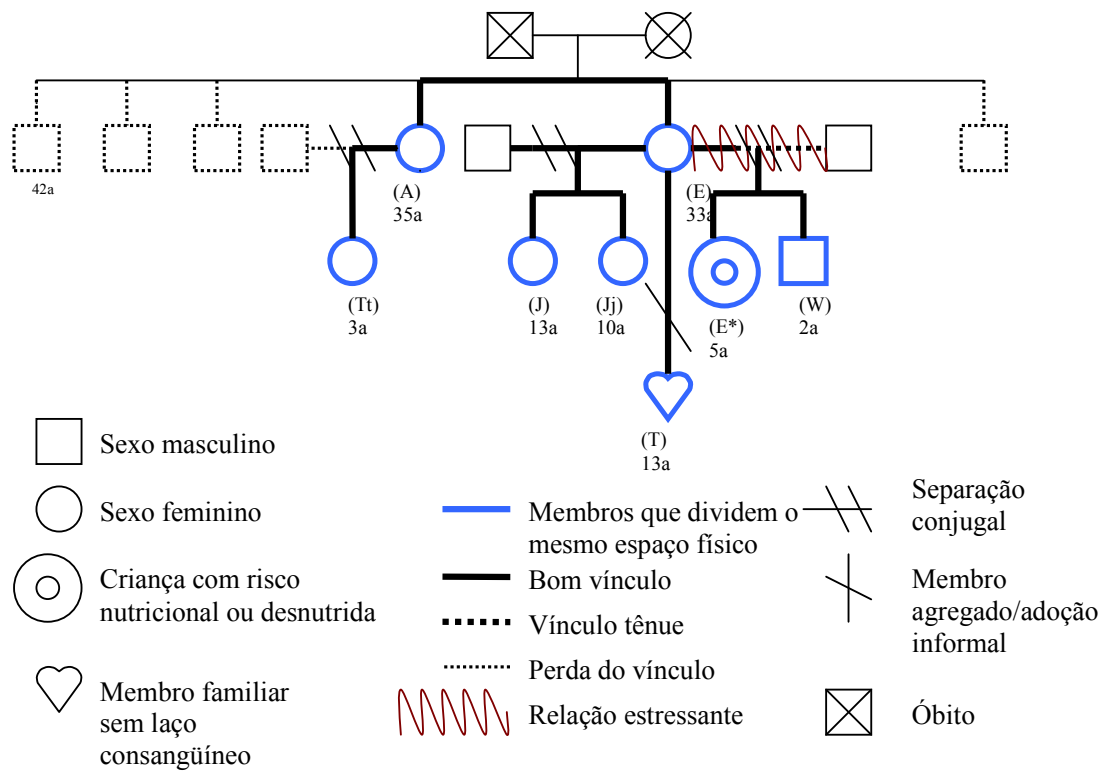


Figura 4 – Genograma da Família B.

O genograma mostra que a família é dirigida por duas irmãs, (A) e (E), atualmente desempregadas. A mais velha, que cursou até a 4ª série do primeiro grau, é quem desempenha o papel de cuidadora das crianças e da casa; enquanto a mais nova, que terminou o 2º grau, é tida como a provedora do lar, a “chefe da família”, por ter mais estudo e experiência. É ela quem busca trabalho fazendo faxinas quando aparece a oportunidade. Tem poder de voz entre os membros, pois é quem dita as regras e toma as principais decisões.

Ambas têm lembranças ruins do passado, pela infância difícil com perda precoce dos pais:

Perdemos a mãe cedo, eu tinha oito e a (E) seis. Então tive que aprender a me virar. A infância foi difícil, dependemos de morar na casa de outras pessoas pra sobreviver. Sei o quanto foi sofrido. [...] não ter alguém responsável pela gente é muito triste.

Então, passaram a maior parte da vida na Vila Y, até mudarem-se para esta Vila, após a aquisição da casa própria.

Além dos membros consanguíneos, ainda reside na casa uma menina de 13 anos, amiga de (J), cuja família de origem também vive na comunidade, em uma casa bem próxima. A adolescente, que há dois anos considera esta a sua verdadeira família, antes era cuidada pela avó, com quem ainda mantém um bom vínculo: “*A (T) foi ficando, foi ficando... claro, aqui ela tinha mais atenção, quem não gosta de receber carinho? Então a (E) acolheu ela com o consentimento da avó, mas não tem nada no papel sabe? A gente pensa assim: onde come 7, come 8...*”. Nas inúmeras conversas com a família, observei que (T) era mais solicitada nos afazeres domésticos e no cuidado às crianças do que os demais membros; e prontamente respondia aos chamados com expressão alegre: “*(T), torce a roupa ali no tanque pra mim e faz a dedeira do W*”; “*Vai lá que a (T) te dá comida.*”; “*De manhã ela acorda e arruma as crianças para creche e leva (...). Quando chega ela dá banho (...)*”. Parecia que a menina tinha incorporado às cláusulas de um de contrato, ou seja, para permanecer na família era necessário que retribuísse com algo. Essa idéia era reforçada em algumas falas da tia, porém seus direitos eram os mesmos das outras adolescentes da casa e estava incluída nas atividades em família: “*ah, não custa ela ajudar né, pois aqui ela tem comida, tem uma casa, ganha roupa, carinho e educação... porque a (E) conversa muito com elas*”. “*Eles dormem tudo lá com a (E), até a (T)*”. Junto com (T), (J) e (Jj) compõe o grupo das “maiores”, como eram referidas pela tia. Duas delas estão entrando na fase da adolescência e ficam a maior parte do tempo juntas. Os “menores” (E*), (Tt) e (W) são considerados os bebês da casa. Assim, todos os membros que ali convivem aparentemente apresentam bons laços afetivos entre si e constroem diariamente uma relação de respeito e cooperação: “*aqui todos se ajudam, pois eu só*

tenho a ela e ela só tem a mim”; “*aqui são tudo unido... Então, eu sou tia delas, e elas são minha vida...*”.

Já as relações entre as crianças (maiores e menores) e a figura paterna aparecem de diferentes formas, dependendo do núcleo observado: (Tt) não conhece o pai e ele nem sabe da sua existência; (E* e W) o conheceram, mas perderam o contato após sua prisão e estão na justiça para receberem a pensão alimentícia; (T) tem o contato mas não o considera como pai e não recebe nenhuma ajuda financeira; o pai de (J) e (Jj) mantém um vínculo amoroso com as filhas e ajuda no seu sustento, embora já esteja separado de (E) há muitos anos. Embora a tia tenha um relacionamento conturbado com (pai J), ele ocupa uma posição de destaque dentro da rede familiar. Representa hoje o pai da unidade, conforme observado nos relatos:

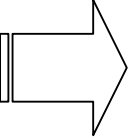
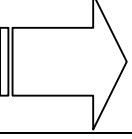
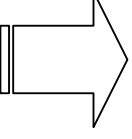
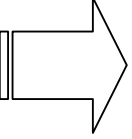
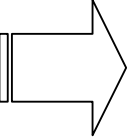
[..] trouxe dinheiro pras filhas né, então ele traz pra todos eles porque todos se sentem um pouco filhos dele né ; [..] ele que ajudou tirar os escombros e refez o telhado do jeito que deu”; “*ahh, quando o pai J está aqui todos (crianças) querem dar voltinhas com ele.*

Contudo, além do (pai Tt), é fácil observar que outros vínculos familiares também foram perdidos, como é o caso dos irmãos de (A) e (E). Há anos elas não têm mais notícias de seus paradeiros, não sabem nem mesmo se estão vivos.

Ainda quanto às relações internas e externas da família, conforme apontadas no ecomapa, elas estão alicerçadas em pessoas e instituições que ajudam, de alguma forma, no dia-a-dia da família e/ou nos períodos de crise: quando falta dinheiro, quando falta comida, quando precisam de abrigo, quando precisam de apoio espiritual, entre outros momentos. Esse fluxo é observado dentro da própria unidade, principalmente pela tia (A), pela mãe (E) e pela jovem (T); e fora dela. A rede externa, inicialmente, parecia pequena para a família que conseguia apontar apenas a madrasta e a madrinha de uma das crianças que ajuda com alimentos, gás e acolhendo a família nas noites chuvosas quando os quartos e demais ambientes ficam encharcados pelas goteiras. Entretanto, no decorrer das entrevistas foram observadas outras unidades que, direta ou indiretamente, compunham a rede de suporte social de acordo com suas vivências: a creche/escola, o terreiro de umbanda, o PHC, o Programa Bolsa Família e a própria comunidade. A creche e a escola garantem as refeições diárias; as práticas

Ainda, cabe ressaltar que o fluxo dos recursos é, na maioria das vezes, unilateral, ou seja, a família tem mais para receber do que para dar. A troca de benefícios acontece no terreiro de umbanda, quando a mão de obra das duas irmãs e o espaço cedido nos fundos da casa contribui para a execução dos rituais religiosos. Já quanto a vulnerabilidade dos vínculos entre as instituições educacionais e à família, percebe-se uma forte aproximação com a creche e com o centro educacional. No entanto, essa relação é conflituosa chegando, recentemente, ao limite e ocasionando a quebra do vínculo com a segunda instituição. Tais experiências diárias serão abordadas mais adiante, no desvelar das rotinas.

5.2.2.3 As rotinas familiares

Subcategorias	Categorias
<ul style="list-style-type: none"> • Os menores têm uma rotina, as maiores têm outra e os adultos outra • Burlando a rotina preconizada • Não há padrão alimentar: cada um come o que quer a hora que quer • Há uma rotina paralela entre as crianças dela e a minha 	 <p style="text-align: center;">ASSIM É NOSSO DIA</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Modificando a fluidez da rotina familiar para driblar a fome • Eu tô com fome e vou atrás 	 <p style="text-align: center;">TEM VEZES QUE FALTA COMIDA</p>
<ul style="list-style-type: none"> • O galpão como abrigo • O dia-a-dia mudou • Queremos nossa casa de volta: os caminhos já percorridos 	 <p style="text-align: center;">DEPOIS QUE A CASA INCENDIOU FICOU TUDO MAIS DIFICIL</p>
<ul style="list-style-type: none"> • A violência limita a vida familiar • O desemprego e a falta de dinheiro dificultam a fluidez das rotinas 	 <p style="text-align: center;">OUTRAS LIMITAÇÕES DIÁRIAS</p>
<ul style="list-style-type: none"> • A gente se organiza para ir ao posto • Tem regras que vão de encontro as necessidades da família • Corremos atrás mesmo porque a cesta faz a diferença 	 <p style="text-align: center;">AS ROTINAS E AS INSTITUIÇÕES</p>

Quadro 2 - Síntese da categorização dos resultados para o segundo caso

ASSIM É NOSSO DIA

Esta categoria exprime os movimentos diários ou semanais dos membros desta família, do despertar ao adormecer; e revela os desvios do “padrão” preconizado para os membros. As subcategorias que expressam o conteúdo desta categoria e que serão descritas a seguir são: Os menores têm uma rotina, os maiores têm outra e os adultos outra; Burlando a rotina preconizada; Não há padrão alimentar: cada um come o que quer a hora que quer e Há uma rotina paralela entre as crianças dela e a minha.

Os menores têm uma rotina, as maiores têm outra e os adultos outra

O despertador toca aproximadamente às 6 horas da manhã. (T) acorda e prepara a mamadeira dos menores (E*) e (W) e os arruma para a creche. A tia (A) acorda próximo às 7 horas e faz o “mama” da sua filha (Tt). Geralmente a tia (A) e (T) deixam as crianças na creche por volta das 8 horas, onde permanecem o dia todo.

Então, tia (A) volta para casa e se ocupa dos afazeres domésticos. Lava as roupas de todos os oito, limpa a casa e, quando tem alimentos, prepara um café ou, como é de costume, já adianta a janta. Já (T) e as outras duas maiores (J) e (Jj), pela manhã, vão ao Centro Educacional que fica a uma quadra da residência; e a tarde freqüentam a escola na Ponta do Morro. A mãe (E) geralmente acorda por volta do meio dia e, diariamente, sai em busca de trabalho.

É no final do dia que todos se reencontram em casa após completarem suas jornadas de estudo ou de trabalho. As mais velhas chegam da aula por volta das 17:30 horas. A creche fica aberta até as 19 horas, mas a tia (A) e/ou (T) buscam as crianças na instituição no máximo até as 18 horas, pois no final da tarde a temperatura baixa rapidamente no inverno podendo causar problemas respiratórios agudos como resfriados ou até pneumonias. Chegando, os menores logo vão para o banho e ficam brincando dentro de casa até a hora de dormir, que geralmente é por volta das 20 horas. Então, a janta é normalmente servida as 19 horas e 30 minutos.

Ao anoitecer, as maiores também ficam dentro de casa por ordem da mãe (E), e costumeiramente assistem televisão até de madrugada. A tia justifica esta regra estabelecida por mãe (E):

A própria (E) diz...ó, chegou do colégio não tem rua...vá pegar o caderno e vá estudar, vá lá pra cima ver televisão, porque é o melhor que vocês fazem...porque ficar na rua, incomodando né, e até a polícia tá direto aí né, e eles são pequenos...a minha mesmo eu não gosto que fique zanzando por aí mesmo.

A expectativa maior é quando, já a noite, mãe (E) chega, pois às vezes traz comida, ou dinheiro, ou uma nova proposta de serviço. Assim, o papel de (E) como mantenedora do lar ocupa grande parte do seu tempo com estratégias para angariar fundos para o sustento dos membros. Esse parece ser o principal motivo que a distancia das atividades diárias familiares.

[...] é porque é ela que vai atrás das coisas...quando a fralda do menino tá acabando ela tem que ir atrás, quando ela vê que a (E) tá decaindo ela corre atrás...agora ela tá mais tempo em casa, tá fazendo menos faxina...é que ela tava se acabando muito, tava muito magrinha, não tava agüentando...mas a noite ela tá sempre em casa....*

Desse modo, ela normalmente não participa da rotina semanal dos filhos e sua presença é cobrada pelas crianças: ”ah, tu não vai lá me buscar, tu não vai lá me buscar...”(E*). Tenta recompensar esta ausência à noite: janta com os filhos, dá carinho para os que ainda se encontram acordados; e dormem todos juntos, cada qual no horário que melhor lhes convém.

Nas segundas, quartas e sextas-feiras os adultos freqüentam um terreiro de umbanda que fica atrás de sua residência, das 20 às 22 horas. Nesses dias, é normal às crianças ficarem em casa sob os cuidados das mais velhas ou, de vez em quando, todos vão juntos.

Embora a tia assuma o papel de cuidadora do lar e das crianças, mãe (E) distribui semanalmente uma lista de tarefas para as três adolescentes conforme explica a tia: ”(...), por exemplo: (J), segunda-feira, cuida do (W), lava a louça do almoço e limpa o meu quarto”. Segundo ela, o intuito é de auxiliá-la, construindo um senso de responsabilidade e cooperação entre elas e a família.

Nos finais de semana as atividades são livres. Os membros acordam mais tarde, entre 09 e 10 horas. As crianças tomam uma mamadeira e vão brincar. As adolescentes, durante o dia, ficam pela rua com as amigas. Os adultos assistem televisão e descansam, pois a casa fica cheia e não há condições de limpá-la com o entra e sai das crianças. As refeições são preparadas sem um horário determinado e geralmente todos dormem mais tarde do que o habitual.

Burlando a rotina preconizada

Em alguns momentos, observa-se que as adolescentes deixam de cumprir algumas regras e deveres preconizados no dia-a-dia da unidade familiar.

O compromisso com o Centro educacional parece ser o mais preocupante de todos, pois a “atitude de burlar” constituiu-se no motivo gerador da quebra do vínculo da família com a instituição. Durante algumas visitas matutinas à família, encontrei (J) e (Jj) em casa tomando café, pois haviam recém acordado. Durante as conversas a tia esclareceu a cena como se fosse algo rotineiro entre as adolescentes: “*Delas a única que quase nunca falta é a (T)... porque as outras minha nossa. Não dá pra entender, a (Jj) é a que mais dorme cedo e não acorda pra ir. A (J) se deixar dorme até meio dia*”. Isso não era o que mais preocupava a chefe de família. Para a mãe (E), as saídas frequentes de (T) da instituição no período em que teoricamente deveria estar em atividade interna começou a gerar conflitos na família. A tia explica que:

[...] a (T) de cinco em cinco minutos vinha aqui pra casa, vinha pegar alguma coisa... ‘ahh, a tia deixou...’ e elas vinham...era pegar uma muda de roupa, ora pegar um cd, depois pegar alguma coisa, e diziam que a coordenadora deixava...e a (E) já tinha dito pra coordenadora ‘não quero minhas filhas saindo do CEC antes de acabar...’ Porque daí ó, a (T) é muito lisa... do CEC ela já passa na vó dela, da vó ela já corre lá na Maria Nossa Senhora... aí quando vai ver não sabe onde tá...”.

As meninas também foram avisadas pela mãe: “*se vocês estão lá dentro, vocês tem que ficar até o final... não tem essa de sair pra vir pra casa...*”. Porém, a tia diz que a instituição não tomou nenhuma posição frente às queixas da família e o entra e

sai continuou. A falta de controle dos adolescentes por parte da coordenação educacional numa comunidade violenta é extremamente preocupante do ponto de vista da família, pois a idéia antes construída era de que a escola significava uma proteção aos filhos. Era melhor estar na escola ocupando o tempo do que em casa ou na rua. Agora, estar lá é um risco, pois dentro das instituições há drogas, violência e muita flexibilidade. A tia compara com seus tempos de escola com pesar: “*Nossa, ai de quem chegasse atrasado e não tivesse feito os deveres... e o olha que nós também estudava em escola pública do morro...*”. Então, a decisão em tirá-las de lá partiu da mãe (E) como uma espécie de castigo por não obedecerem às regras: “*Não, esse ano vocês não vão mais... tava virando muita baderna ali... já não tavam mais tendo controle...ai elas ficam em casa dormindo, mas pelo menos não incomodam ninguém e nós ficamos mais tranqüilas sabendo onde estão*”. Contudo, recentemente, ir ao CEC no período matutino deixou de fazer parte da rotina das maiores. (T) continua acordando cedo para dar comida aos pequenos e leva-los a creche. No período vespertino vai à escola junto com as outras irmãs.

Quanto aos afazeres domésticos, raramente e somente nos finais de semana àquela lista de tarefas é respeitada pelas adolescentes com exceção de (T), que enquanto permanece em casa ajuda a tia (A) em tudo que for preciso. (J) e (Jj) tem algumas regalias: acordam tarde, tomam café e vão para o colégio. Nem suas roupas arrumam. A tia acaba fazendo por todos e não há punição pelo não cumprimento das regras.

Ainda há momentos especiais na família em que as atividades diárias fluem de forma alternativa à prevista, quando, por exemplo, o pai (J) visita a unidade. Sua estadia é curta (2 à 3 dias), mas periódica. Durante esse período as refeições são mais fartas, pois ele traz alimentos e dinheiro. As adultas, a mãe (E) e a tia (A), vão às lojas do centro da cidade para fazer compras, geralmente de roupas e materiais escolares. As crianças brincam na rua até anoitecer sob cuidado do pai, e as adolescentes saem em sua companhia para darem alguns passeios pelo bairro. Ele que leva e traz da creche e das consultas médicas, quando coincidem as datas. A família permite essas mudanças

com segurança, pois ele é um “ex”-membro antigo da comunidade, respeitado por muitos.

Não há padrão alimentar: cada um come o que quer a hora que quer

Os hábitos alimentares são diversificados entre os membros e a família não têm o costume de reunir-se nas principais refeições diárias.

A tia (A) junto com (T), (Jj), (Tt) e (W) são do grupo das que comem bem e aceitam vários tipos de alimentos, exceto legumes; enquanto mãe (E), (J) comem pouco e preferem pão à comida de sal: “[...] *ela prefere mais pão, é que nem a mãe dela... a (E) passa semana e semana sem comer comida que gostam mais de pão, acham que o pão sustenta*”. Já (E*) desde pequena é a que dá mais trabalho para se alimentar principalmente quando a mãe está por perto. Segundo a tia só quer saber de mamadeira:

A (E) é um problema pra comer, desde pequena. De manhã dou uma mamadeira, aí quando ela chega quer outra mamadeira, mas não dou, porque senão ela não come comida. Se deixar ela toma dedê direto. Eu que insisto... mas na frente da mãe dela ela faz mais barda.*

Quanto aos horários das refeições, durante a semana, as crianças tomam mamadeira ao acordar e no decorrer do dia fazem as refeições de acordo com a rotina alimentar da creche: lanche as 9 horas, almoço as 11:30 horas, lanche da tarde às 15 horas e janta às 17 horas. (W) e (E*) quando chegam em casa geralmente ganham mamadeira de mingau e, por volta das 19:30 horas jantam ou ganham mamadeira novamente antes de dormirem. As maiores, com exceção de (T) que na medida do possível respeita o horário das principais refeições, acordam na hora do almoço para tomar café-da-manhã e lancham na escola: “*lá no colégio é só porcaria, só nescau e essas coisas, não é coisa que alimenta...*”. Então as três chegam famintas da escola e comem o que tiver disponível e costumam jantar mais tarde, aproximadamente as 21 horas junto com mãe (E). Essa, ao exemplo das filhas, também costuma não almoçar. Acorda e come pão.

“elas acordam ao meio-dia aí eu falo “ô, tu vai almoçar?” aí ela diz: “não, primeiro eu vou tomar meu café”, aí primeiro toma aquele café, aí enche, aí

não come... Então comida elas não se preocupam, não sei como agüentam, ainda mais as que estudam o dia todo...”.

Já a tia (A) come o que tem, quando tem. Diz que janta mais cedo com as crianças sendo essa sua principal refeição de sal. Entretanto, nos três dias da semana que têm compromisso religioso, os adultos acabam jantando quando retornam do encontro por volta das 22 horas e os demais membros que ainda não se alimentaram, compartilham desse momento.

Nos finais de semana os horários são ainda mais flexíveis e a ausência da rotina alimentar na família torna-se mais perceptível, conforme a descrição de (A): *“todos acordam mais tarde. Então, a gente não serve almoço assim, com todos comendo juntos. Quando eles tão com fome a gente faz alguma coisa pra eles comer, e assim por diante. (...) também a gente não vai forçar eles a comer”.*

Há uma rotina paralela entre a criança dela e a minha

Todos dividem o mesmo teto e as crianças, na maior parte do tempo, ficam sob os cuidados da tia. Entretanto, observa-se na família dois núcleos maternos que determinam regras e deveres na educação dos respectivos filhos. A tia (A), enquanto cuida, respeita as regras (ou a falta delas) estabelecidas pela mãe (E) ao seu núcleo ainda que não compartilhe da mesma opinião como, por exemplo, dos hábitos alimentares: *“(...) não sei como podem, só comem pão”*; *“(...) se deixar só tomam mamadeira”*; *“(...) vão tomar café na hora de almoçar”*. Em contrapartida a tia (A) mantém algumas peculiaridades na criação de sua única filha (Tt), construindo então uma rotina diferenciada à das outras crianças: *“A minha não participa dessa rotina, a minha daí é eu que faço...”*. Assim, a criança geralmente acorda mais tarde que as outras, toma mamadeira e vai para a creche. Quando chega, no final da tarde, a mãe procura evitar a mamadeira, ofertando mais comida de sal. Quando mama, o conteúdo da mamada é de café com leite, diferente dos primos que tomam mingau. Dorme cedo e durante a noite acorda uma ou duas vezes para mamar. A informante ainda relata algumas justificativas que a levaram a definir algumas dessas rotinas:

Eu acordo a minha menina quase pertinho de ir porque é muito frio e ela é preguiçosa também de se acordar; Quando chega da creche eu já dou a janta porque a minha não é assim ó, mamadeira, mamadeira, mamadeira...eu controlo...antigamente ela se acordava pra mamar duas ou três vezes, hoje ela já acorda uma ou às vezes nem acorda entendeu, porque ela tem três anos, e eu acho feio ficar com aquele bico de mamadeira na boca...

Essa independência na movimentação das rotinas da filha parece, de alguma forma, como uma tentativa de suprir sua dependência financeira no núcleo familiar, o que se constitui em uma das frustrações na vida de (A): “*Queria o meu espaço, minhas coisinhas... e também sobrava mais espaço pra eles... daí podia educar ela do meu jeito*”. Tal atitude ainda se constitui numa tentativa de criar na criança uma referência de quem obedecer dentro do grande núcleo, ou seja, uma reafirmação do vínculo mãe e filha:

Ela é minha irmã, tá certo, ela nunca vai me jogar pra rua. Mas eu quero ter meu canto, eu quero ter a minha casa. Eu quero poder educar ela do meu jeito, sabe? E isso pra fazer tem que ser só eu e ela, pra saber que eu sou a mãe dela e ela tem que ter respeito por mim, certo? Porque é muita criança, então tu faz uma barda, ela acha bonito então ela vai fazer a barda também, tá entendendo.

TEM VEZES QUE FALTA COMIDA

Essa categoria apresenta uma das principais dificuldades enfrentadas pela família no dia-a-dia qual seja - a falta de alimentos. Os membros buscam estratégias internas e recursos externos para superar este percalço socioeconômico, descritos nas subcategorias: Modificando a fluidez da rotina familiar para driblar a fome e Eu tô com fome e vou atrás.

Modificando a fluidez da rotina familiar para driblar a fome

A escassez de alimentos faz parte deste cenário familiar que, em alguns momentos, diante da instabilidade financeira torna-se ainda mais crítico levando seus membros a atravessarem períodos de fome:

Já teve dias que não tinha nada pra comer e eu não tinha nenhum pila, nem

pra comprar pão. É horrível passar por isso, porque as crianças não têm culpa... eles não entendem... sentem fome e pedem... Um dia um deles me pediu pão e eu não tinha nem uma farinha de trigo pra fazer uma água barrenta pra botar no estômago... isso corta o meu coração.; (...) me desesperarei quando falei com minha irmã... Ela disse que teve uma semana toda que eles ficaram sem botar nada no estômago. Daí não deu, isso me enlouqueceu e voltei pra ajudar.

Diante dessa realidade a família constrói algumas estratégias internas para garantir sua sobrevivência, alterando algumas rotinas na tentativa de sobrar mais alimentos e desviar a atenção das crianças da fome. Assim, os alimentos são calculados para suprirem as necessidades em primeiro lugar das crianças e depois dos adultos. As crianças então jantam antes, por volta das 19h30min, e são colocadas para dormir em seguida, pois nem sempre há alimentos disponíveis para uma segunda refeição caso fossem dormir mais tarde; e a sobra tem que alimentar os demais membros: *“Pra não dormirem de barriga vazia eles dormem cedo.”*

Outro recurso nos momentos em que falta dinheiro para a compra de alimentos é realizar apenas uma grande refeição, quando todos estão reunidos. Desse modo, como as crianças fazem as principais refeições do dia na creche, os adultos evitam almoçar para garantir os alimentos a serem servidos no jantar, conforme o relato a seguir:

Às vezes a coisa tá preta, daí tem né, mas eles vão vir de noite... então a gente toma um cafezinho básico e como a (E) não almoça mesmo então daí a noite a gente come quando estão todos em casa, quando as crianças estão em casa. Aí eu faço a janta normal ou comemos o que sobra da noite anterior.

Há ainda momentos em que tem comida, mas falta combustível. Então, quando não conseguem ajuda externa a solução é juntar algumas lenhas e cozinhar atrás da casa para seis crianças, num fogo de chão: *“É que nem o gás né, acaba o gás, meu Deus, o gás tá uma careza né? Aí tem um monte de criança, tem vez que eu cozinho até na rua embaixo de chuva pra fazer alguma coisinha pra eles.”*

Eu tô com fome e vou atrás

Quando falta comida no domicílio, além de reorganizar algumas rotinas relacionadas à alimentação os membros também buscam ajuda externa. Às vezes vendem alguns objetos da casa na própria comunidade como rádio e celular. Outras vezes ganham alimentos, gás e até dinheiro de uma conhecida do bairro chamada carinhosamente por tia (A) de “madrasta” que por sua vez ganha os recursos do afilhado que mora no centro: *“A gente tá comendo aí é por causa disso, porque a semana passada ela viu que a gente tava sem gás, e viu que a gente tava aqui apavorada, tava eu e ela sentada aqui pensando o que a gente ia fazer né...”*.

Mas o que muitas vezes acontece e gera conflito na família, pois não é um comportamento aprovado por mãe (E), é o “pede-pede” na vizinhança. Quem sai para pedir é a filha adotiva (T) ou a (J), que são as mais velhas. Vão à casa de conhecidos, nunca na de estranhos. Geralmente pedem comida à madrinha de uma delas ou à agente comunitária que conhece toda a história familiar. Empréstam pão, leite, bolacha, arroz ou feijão e procuram dividir entre os irmãos; e quando estão com muita fome, comem ali mesmo quando são convidadas. Quando essa ação cai nos ouvidos de mãe (E) levam broncas, mas não deixam de lutar contra a fome: *“(...) pô, ela briga com nós pra caramba, mas as meninas dizem que com fome não vão ficar, vão dar um jeito. Mas a (E) não gosta de tá incomodando os outros, prefere passar fome do que ir ali na vizinha, não se sente bem”*. Já tia (A) não se pune por pedir. Para ela seria errado se pedissem para comprar cigarro, bebida ou outras besteiras; mas se tratando de comida pensa que todos que tem deviam ajudar: *“Aqui todo mundo precisa de todo mundo nessa terra. E eu acho que não custa nada ir ali, se tu tens né? Depois que eu tive ela, ah, eu tenho que pensar na minha filha... não posso pensar em orgulho, senão...”*.

DEPOIS QUE A CASA INCENDIOU FICOU TUDO MAIS DIFICIL

Esta categoria trata de um evento inesperado na vida familiar que exigiu uma reorganização das rotinas para atender as novas necessidades do núcleo devido às modificações do ambiente físico após o incêndio. As subcategorias que compõe a descrição dessa trajetória são: O galpão como abrigo; O dia-a-dia mudou e Queremos nossa casa de volta: os caminhos já percorridos.

O galpão como abrigo

Segundo a tia (A), ainda sem causa definida o domicílio da família pegou fogo no dia 22 de dezembro de 2006, um dia antes do aniversário de (Tt). As chamas começaram na parte superior da casa e se alastraram rapidamente, queimando os documentos, os colchões, alguns móveis e todas as roupas pessoais e de cama que lá estavam. O forro do telhado foi destruído e os vidros das janelas quebrados. Os bombeiros chegaram a tempo de salvar alguns móveis e eletrodomésticos da cozinha. Ninguém se feriu, mas a perda material foi significativa. Conforme o laudo do incêndio, estava inviabilizada a permanência dos membros na casa, pois toda a parte elétrica havia sido danificada e as paredes ofereciam risco de desabamento.

Então sem alternativa para o momento, como medida emergencial e provisória, os adultos instalaram-se com as crianças num galpão abandonado situado atrás do Centro Comunitário e lá permaneceram por um mês e alguns dias. A vizinhança ajudou com colchões, cobertores, roupas e comidas, mas as condições locais eram insalubres. As crianças ficaram doentes e o quadro nutricional de (E*) se agravou, baixando do percentil 3 conforme os registros deste período encontrados na caderneta de saúde da criança. Não havia água encanada, nem para lavar as mãos, nem para dar descarga no banheiro. Tinham frestas nas paredes e no telhado. A grande quantidade de insetos como moscas e baratas no local, obrigava os adultos a ficarem acordados enquanto as crianças dormiam: *“não tinha segurança... a gente não dormia de*

madrugada pra ficar matando os bichos por causa deles (crianças)”.

Logo, a vida no galpão estava insustentável e a família resolveu retornar ao domicílio queimado enquanto aguardavam algum suporte social dos órgãos governamentais. O pai (J) então reconstruiu o telhado, tirou os entulhos. A vizinhança ajudou a lavar e limpar a casa e doou mais móveis e roupas. A energia elétrica foi desviada da rua para a casa caracterizando o conhecido “rabicho”, recurso alternativo muito utilizado na comunidade. A tia (A) desabafa: *“A gente veio com a cara e a coragem... e estamos aqui até hoje, mas tá difícil. Mas no galpão era muito pior”.*

O dia-a-dia mudou

A família revela no dia-a-dia a dificuldade em conviver com as limitações causadas pelo incêndio. Um novo arranjo para distribuição dos membros na hora de dormir fez-se necessário com a inutilização de um cômodo pelo risco oferecido. Antes, cada núcleo tinha o seu quarto: em um deles dormia a mãe (E) e três filhos numa cama de casal e a mais velha em uma cama de solteiro; no outro quarto dormia a tia (A) e sua filha numa cama, e na outra dormia (T). Agora, sem vidro na janela e com goteiras no teto de um dos antigos quartos, além dos quatro filhos que dormem com a mãe (E) na cama de casal, (T) também compartilha do mesmo espaço num colchão ao lado. Já a tia (A) e (Tt) decansam no sofá da sala. As roupas também ficam na sala pois não há mais espaço no único quarto disponível.

Quando chove, pela deficiência das instalações, entra água pelo forro e escorre pelas paredes. Dependendo da intensidade da chuva, a água desce pela escada de acesso ao piso superior como um pequeno córrego. Tudo o que for possível precisa ser levantado e coberto com plástico. Então, a rotina prevista para manter a saúde das crianças e preservar os bens materiais é: mãe (E) leva as crianças para dormirem na casa da madrinha de (W) enquanto a tia (A) fica arredando móveis e tirando a água com o balde. Os adultos então se instalam onde podem, geralmente num vizinho. Isso ocorre de acordo com a frequência das chuvas e as conseqüências são muito negativas

para a família que está tentando se reestruturar após as perdas do incêndio: *“Quando chove entra muita água e estraga as poucas coisas que ganhamos. Eu tenho que ficar aqui tirando a água e enxugando as coisas. As crianças têm que dormir na vizinha porque os quartos inundam.”* Ainda nesses períodos, os riscos de desabamentos aumentam e a fiação elétrica com emendas caseiras compromete a vida dos membros.

Queremos nossa casa de volta: os caminhos já percorridos

A família parece já ter buscado recursos através de diferentes redes de apoio desde o ocorrido há quase um ano. A informante-chave afirma que na esfera governamental municipal já recorreram ao setor de obras da prefeitura e ao Centro de Referência da Assistência Social - CRAS e até hoje aguardam um retorno: *“(...) disse que não tinham verba, só depois de março. Depois de tanto insistir vieram ver e disseram que na “sexta-feira” iam começar a obra... mas até agora nada. As telhas que ganhamos já estão apodrecendo”*.

Quanto ao serviço de saúde, recebem visitas da equipe de ESF e consideram esse vínculo bem vindo, porém limitado: *“até conseguiram uma cesta alimentar com uma ONG, mas o que precisamos mesmo é arrumar nossa casa. Como iremos ter saúde nessas condições que moramos?”*. Desse modo a família admite os riscos dos quais as crianças estão sendo expostas diariamente, mas teme que as medidas tomadas pelos órgãos responsáveis em garantir os direitos e deveres da criança e do adolescente não sejam resolutivas, mas punitivas: *“Também temos medo que o Conselho Tutelar venha aqui e abrigue as crianças ao invés de nos ajudar a dar condições de cuidá-los melhor.”*

Quanto a articulação política da comunidade, não há até o momento a formação de Conselho Local de Saúde e a família, quando questionada sobre a Associação de Moradores, desconhece tais lideranças: *“nem sei quem faz parte disso... mas a comunidade ajudou como podia”*.

A tia (A) então procurou por alguns programas televisivos locais para contar a

história de sua família e obter qualquer tipo de recurso. Porém, essa tentativa apenas gerou indignação aos membros, pois seu drama foi apenas manipulado para trazer audiência à emissora, sem receberem absolutamente nada em troca: *“Vieram aqui, os repórter tiraram um monte de foto da casa e de nós... mas nada. Vieram mais de uma vez e só tiraram foto e filmaram não sei pra que... até parece que acharam nós bonita... mas não deu em nada. E assim nós continuamos batalhando.”*

OUTRAS LIMITAÇÕES DIÁRIAS

Além do pano de fundo descrito anteriormente, há outras limitações decorrentes do ambiente extra-familiar e da atual situação socioeconômica dos membros adultos que também permeiam a vida familiar e influenciam na definição de suas rotinas. Esta categoria é pormenorizada pelas seguintes subcategorias: A violência limita a vida familiar e O desemprego e a falta de dinheiro dificultam a fluidez das rotinas.

A violência limita a vida familiar

Na compreensão desta família, a violência existente na Vila está associada ao uso indiscriminado de drogas e à sua comercialização. A mídia vende esta idéia marginalizada da comunidade, cujos moradores acabam carregando um estigma por serem oriundos deste local. Então, a sociedade os recebe com preconceito e as oportunidades são reduzidas. A tia (A) exemplifica sua afirmação quando, na busca por um emprego, vivenciou essa discriminação:

[..] tem que ter uma carta de referência e olhe lá ainda... porque tu indo de casa em casa pra se oferecer, eles fecham o portão na tua cara. Que eles pensam que tu vai roubar... porque o mundo aí tá violento, ainda mais essa vila aqui que tá famosa, só dá ela nas página policial... então quer dizer, já tem medo de pegar as pessoas daqui pra trabalhar, tais entendendo?.

A violência local também é revelada através do entra e sai de viaturas policiais tanto de dia, quanto à noite. Não há hora para as perseguições e para as trocas de tiros.

Para a família, de um lado está a polícia que desconsidera o fato de ter crianças brincando nas ruas ou saindo da creche – *“a polícia também não quer nem saber...volta e meia vem pra pegar fulaninho e não sei quem e não querem saber...vai que um dia tomam uma bala perdida por aí... Minha nossa, não dá pra bobear”*; do outro os bandidos que não medem esforços para a fuga e acabam invadindo a privacidade dos moradores, pulando muros ou saltando sobre os telhados. Isso causa insegurança à unidade familiar e acaba exigindo a permanência contínua do cuidador no domicílio: *“Só saio quando eles estão na creche, e saio preocupada... quando chegam tenho que estar em casa porque a gente não confia de deixar por aí... então fica difícil as duas trabalharem”*.

Portanto as regras para o lazer também são mais rígidas e as atividades limitadas. As crianças devem brincar apenas na frente de casa, ou seja, dentro do campo de visão da tia. É proibido as brincadeiras que as façam correr para longe, como o esconde-esconde e o pega-pega. As mais velhas só passeiam na presença do pai (J) e devem evitar as atividades na rua. Tem horário para chegar da aula, por volta das 17h30min e após o escurecer, ninguém mais deve sair exceto na presença de um adulto. *“O quanto posso tento manter dentro de casa ou num lugar que consiga enxergar. Eles reclamam, dizem: ‘a madrinha, a gente já fica a semana toda aqui’, mas não tem como sair.”*

O desemprego e a falta de dinheiro dificultam a fluidez das rotinas

Além da forte influência que exerce nos hábitos alimentares dos membros¹⁶, a instabilidade financeira da família também dificulta a realização de outras rotinas relacionadas ao cuidado das crianças e aos afazeres domésticos.

A família “sonha” em adquirir alguns bens que trariam conforto e agilizariam o dia-a-dia familiar como máquina de lavar/secar roupa e um automóvel. A entrevistada justifica: *“São roupas de oito para lavar... quando chove é uma desgraça, já temos*

¹⁶ Ver categoria *“Tem vezes que falta comida”*, a seguir.

poucas... uma máquina ajudaria, mas nem casa temos". Quando necessitam ir ao centro da cidade para procurar a prefeitura ou mesmo para reaver os documentos perdidos no incêndio, nem sempre há dinheiro para o transporte. Nem passagem para as consultas conseguem: *"imagina quando vou com cinco crianças no dentista... é uma luta."*

Os cursos profissionalizantes também demandam gastos para o transporte e/ou para a matrícula. Há algum tempo foi oferecido um curso de supletivo gratuito na própria comunidade, mas na época as crianças eram menores e ainda não freqüentavam a creche, então a tia (A) iniciou, mas não conseguiu completar. Agora nada mais acontece ali: *"nós tamo cada vez mais pobre, pois não dão emprego, nem oportunidade de estudar..."* Para a família, a parte social retrocedeu, o que tinha de bom acabou: *"lembro que tinha uma assistente social que ajudava bastante nós... ela conseguia que o cartório viesse aqui fazer casamento, registrar as pessoas, até curso de manicure davam aqui... mas com a mudança de governo foi embora."*

Também expressam as limitações das rotinas de lazer. Além das brincadeiras na rua serem restritas pela violência local, é difícil programar um passeio em família pela falta de recursos: *"pra levar todos não dá, e pra deixar apenas dois ou três é injusto e perigoso"*.

AS ROTINAS E AS INSTITUIÇÕES

Esta categoria apresenta as rotinas familiares frente às rotinas institucionais. A família expõe os pontos de aproximação e os distanciamentos existentes entre a família, a creche e a unidade de saúde, e declara o significado do programa Hora de Comer para os membros da família. É descrita através das subcategorias: A gente se organiza para ir ao posto; Tem regras que vão de encontro às necessidades da família e Corremos atrás mesmo porque a cesta faz a diferença.

A gente se organiza para ir ao Posto

Embora seis dos oito membros sejam crianças, a única que faz acompanhamento periódico na Unidade Local de Saúde do bairro é (E*) pelo seu estado de risco nutricional. Há mais de dois anos realiza consultas mensais, na maioria das vezes acompanhada pela tia (A). A cuidadora revela que a cada véspera de consulta é necessário que a família se reorganize para garantir o comparecimento da criança ao médico sem prejudicar as atividades rotineiras previstas aos demais membros. A creche deve ser avisada com no mínimo um dia de antecedência e sua falta deve ser justificada com a declaração médica que comprove o comparecimento da criança na consulta.

Portanto, na véspera da data agendada tia (A) realiza uma faxina mais completa na casa a fim de sobrar poucos afazeres para o dia seguinte: *“já lavo a roupa toda no dia anterior pra de manhã só ficar as coisinhas... porque de manhã as horas passam rápido né, e com esse frio, até a gente pegar o pique pra fazer as coisas né, dá o bixo...”*. (T) prepara os materiais escolares e deixa separada as roupas que as crianças deverão vestir pela manhã. Então, acordam no horário de costume (7 h) e tomam café. Enquanto tia (A) arruma (E*), (T) ajuda a vestir os irmãos e os leva à creche. Geralmente não há dinheiro para o transporte, então é preciso sair de casa cedo, pois o percurso da Vila à ULS é de aproximadamente 4 quilômetros. Quando mais de uma criança necessita ir ao dentista, por exemplo, faz-se necessário a ajuda das adolescentes no percurso. Não há hora para o retorno, depende do fluxo de usuários na unidade e das condições climáticas do dia: *“No verão quando tava muito quente, tinha vezes que conseguia uma carona pra voltar, porque tinha dó da criança, naquele sol...e é um morro pra subir né?!”* Quando chegam, normalmente a criança retorna as atividades da creche e a tia aos seus afazeres domésticos.

O agendamento do próximo retorno é realizado pela própria unidade no momento da consulta, ora para o turno matutino, ora para o turno vespertino. A preferência da família é para o período da tarde, pois assim a criança pode almoçar na creche, além da temperatura ser mais amena no verão (para o retorno) e mais agradável no inverno.

Tem regras que vão de encontro às necessidades da família

A creche pertence à rede de suporte social da família e esse reconhecimento parece estar estreitamente relacionado ao fato de que neste local as principais refeições diárias são garantidas às crianças, o que normalmente não acontece no domicílio pela falta de comida:

[...] na creche eles ensinam a comer verdura essas coisas que é o principal pra eles né, ferro... aí eles saem da mamadeira um pouco. ; quando a gente volta do posto geralmente eu devolvo ela pra creche porque se ela vem pra casa ela só quer tomar dedeira. A pediatra disse que precisa insistir mais na comida... e lá tem bastante fruta, carne, tem até sobremesa...

Além disso, ensina outros hábitos saudáveis que são elogiados pela família como o parar de usar chupeta, o alimentar-se em horários pré-estabelecidos e a higiene das mãos e dos dentes. Porém, algumas regras determinadas pela instituição provocam divergências com a família:

a) Quando as consultas são realizadas pela manhã, a criança só pode retornar à creche até às 10 horas. Caso se atrase, será recebida apenas no período da tarde. Isso significa a perda de uma refeição e sua consequência é negativa para a família, pois nem sempre há alimentos para improvisar um almoço. *“Eles não entendem, mas ficar na hora do almoço em casa é brabo quando não tem comida.”*

b) Quando a criança faz uso de fraldas, essas devem ser fornecidas pelos pais. Caso contrário ela não é recebida na creche. Entretanto, neste caso a falta de fraldas não sugere uma irresponsabilidade familiar, mas a impossibilidade financeira para adquiri-la. Então, permanecer com a criança em casa demanda ainda mais recursos, causando um *feedback* ainda mais negativo ao quadro socioeconômico do núcleo.

A creche não dá a fralda. Quando não tem ele tem que ficar em casa, porque eles não aceitam ele sem fralda... e quando falta na metade da tarde, elas vem bater aqui e pedir...já teve dias que o(W) teve que ficar dois ou três dias em casa porque não tinha fralda...aí assim, já era um dia que não tinha nada, nada pra comer, aí fica difícil pra nós...

Outros membros já freqüentaram instituições que não aceitavam crianças dependentes de fraldas, então a solução foi incentivar o quanto antes a mudança dos hábitos relacionado às eliminações intestinais e vesicais para não perderem a vaga e reduzirem os gastos mensais.

c) A creche não dá mais banho nas crianças, pois está buscando assumir o caráter educativo ao assistencialista. Atualmente a creche pratica os princípios da equidade, sendo o banho oferecido àquelas crianças cuja situação de higiene apresentasse precária. No entanto, na percepção da família todas as crianças deveriam ser entregues no mesmo estado em que chegaram, ou seja, de banho tomado e com roupas limpas. Condena a atitude da creche, pois a julga como um incentivo aos pais negligentes em detrimento aos responsáveis e cuidadores.

Das rotinas da Unidade de Saúde, queixam-se que os profissionais não toleram atraso superior a dez minutos da hora marcada no cartão. Porém, mesmo já se estruturando na noite anterior, quando a consulta é agendada pela manhã a criança geralmente chega com até uma hora de atraso: *“São seis para arrumar e dar de comer pela manhã”*. Além disso, o percurso é realizado à pé: *“as vezes tá chovendo, as vezes a criança é pequena, e eu não tenho nem um carrinho pra levar eles”*. Mas tais justificativas, segundo a informante, nem sempre são plausíveis à recepção e o atendimento fica encaixado para o próximo turno ou para outra data. Já quando o agendamento fica para o período da tarde não há problemas: a criança almoça na creche por volta das 11 horas e, antes do horário de repouso, a tia vai buscá-la para caminharem até a Unidade.

Quanto ao Programa Hora de Comer, a tia (A) critica a exigência de comparecer três dias para cumprimento das atividades previstas: um dia leva a criança à consulta, outro dia participa da reunião educativa para apresentar o resultado da puericultura e outro dia somente para a retirada da cesta. Na opinião da família essa rotina é negativa aos pais que trabalham:

Ainda que aqui eu posso fazer isso pela minha sobrinha, mas e as famílias que todos trabalham como fazem? Poxa, não é todo patrão que libera três dias no mês para fazer isso...e emprego ta cada vez mais difícil de conseguir, não dá pra bobear...

Sugere que essa regra seja revista: *“Por que não fazem a reunião e já trazem a cesta no mesmo dia? Queria ver se fosse com o filho deles se eles não davam um jeito”*.

Corremos atrás mesmo porque a cesta faz a diferença

A informante da família declara que o auxílio da cesta alimentar recebida pelo PHC é vital para os membros. Além deste recurso, (J) também recebe o auxílio do programa Bolsa Família e os reconhece como as fontes de sustento familiar. Tanto o dinheiro, quanto os alimentos são divididos entre todos membros:

[...] a mais velha quando recebe o dinheiro da bolsa ela mesmo diz: 'Eu não quero ficar com o dinheiro, esse dinheiro é pra todos..'. Ela vê o que passamos...; as crianças também sentem... quando a mãe dela tá lá calada, pensando, ela diz 'ô mãe o que a mãe tá pensando? A minha cesta já veio?'. Quando é dia da cesta dela, ela fica feliz pra caramba porque ela sabe que vai ajudar os irmãos. Porque não é só pra ela no caso né...

Por conseguinte, a família comparece a todos os compromissos vinculados ao programa de suplementação alimentar e quando perdem a reunião educativa no bairro, buscam assistí-la em outro local. Os registros no prontuário corroboram este dado, pois nenhuma falta foi verificada desde sua inclusão no programa em março de 2004.

5.2.3 Família C

5.2.3.1 Os encontros com a família

Os encontros com esta família iniciaram a partir da metade do ano. No primeiro deles estavam presentes (K*) com algumas crianças da vizinhança, mãe (C) com o filho mais novo, uma das tias e a agente comunitária. Iniciamos a conversa enquanto (C), a informante-chave, amamentava (M) no sofá. A televisão foi desligada e as crianças foram brincar na rua.

(C) aparentava cansaço com olhos fundos, ombros caídos e leve irritabilidade, pois não dormia bem em função do bebê. Lá, permaneci por quase duas horas e percebi que sua irmã ajudava com os afazeres da casa e com o cuidado de (M) como trocar as fraldas e colocá-lo para dormir. No final, estávamos construindo o genograma quando a avó da criança chegou para inteirar-se da conversa. Após explicar novamente

os objetivos da pesquisa os membros colocaram-se a disposição para participar. Então, um novo encontro foi agendado com (C) no intervalo de 15 dias.

Na segunda visita domiciliar, em que estavam apenas a informante e seu filho mais novo, fui levada para conhecer os demais ambientes. Todos estavam limpos e organizados e (C) apontava as regalias de (K*) na casa: *“Esse canto aqui é dela, onde ela deixa os brinquedinhos e as coisinhas dela. Já falei pro meu marido que não quero nada dele jogado por aí”*; *“ó, aqui estão os xampus dela, a escova dela e o sabonete dela...”*. Em seguida fui convidada para um café e enquanto conversávamos logo a casa começou a encher de pessoas.

Então, no decorrer da terceira visita percebi que a residência desta família servia como ponto de encontro da parentela e da vizinhança. A irmã de (C) que morava em outro bairro se encontrava com os demais membros familiares ali; sua mãe passava todos os dias durante ou após o trabalho que ficava a uma quadra do local; algumas amigas também apareciam no meio da tarde; sem contar as crianças que enchiam a casa quando (K*) não estava na creche. (C) dizia não se incomodar com isso desde que houvesse um limite de horários, pois também havia sido criada num ambiente parecido: *“quando era pequena lembro que a casa da minha mãe também era cheia de gente (...), só tem uma coisa que já deixei bem clara: esse oba-oba é só até meu marido chegar. Senão imagina, ele me larga assim (risos)”*.

Outros três encontros foram realizados na unidade de saúde e dois deles no centro comunitário. Alguns dados ainda foram validados em encontros informais na creche, quando a mãe buscava a criança.

5.2.3.2 O ambiente familiar

A avó (D) é moradora antiga da Vila e muito respeitada na comunidade. Ela e seus filhos mudaram-se para lá há oito anos. Há mais de um ano (C) decidiu iniciar sua terceira relação estável, e junto com (K*) e seu novo companheiro alugaram uma casa dentro da Vila a alguns metros da casa de (D).

A construção de alvenaria com dois pavimentos mede aproximadamente 56 m² e é acoplada nas laterais às casas vizinhas. Do portão até a porta de acesso ao interior da casa, há um espaço coberto com telhas improvisadas que é alugado como garagem para o vizinho. A pintura externa da casa é bege com as portas e as janelas marrom, de madeira.

Na parte interna as paredes são brancas; a sala e a cozinha são conjugadas e mobiliadas com um sofá já velho de dois lugares, uma televisão sobre uma mesa com três cadeiras, uma geladeira e um fogão e um balcão com pia. Na parte térrea ainda há um banheiro. Em cima ficam os dois quartos, sendo um de casal e o outro de (K*), enfeitado com alguns brinquedos e uma cortina rosa. Por enquanto (M) dorme no quarto da mãe.

Assim, três membros dividem o espaço com a criança do programa Hora de Comer: mãe (C), nascida em Lages/SC, cursou até o segundo ano do segundo grau e encontra-se em licença maternidade do emprego de merendeira no centro educacional da comunidade; o padrasto de (K*) que veio jovem de São Jose dos Campos/SP, tem o segundo grau completo e trabalha como vendedor autônomo; e (M), o mais novo membro da família.

O núcleo familiar tenta adaptar-se a este recente arranjo observado no genograma abaixo, e é a figura materna quem dita as regras e distribui as tarefas na casa: *“Assim que nos juntamos já deixei bem claro como as coisas tinham que ser”*. Ela procura organizar os horários dos banhos e as refeições; faz a lista de compras e determina quando seu marido deve ir ao mercado; mantém alguns costumes, como a reunião em família, e ele se sujeita à tais determinações. O casal parece ter um bom relacionamento amoroso e constantemente tenta fortalecer os laços com as crianças.

Quanto aos vínculos paternos, embora a criança demonstre uma grande carga afetiva em relação ao pai no seu jeito de falar e na vontade freqüente de vê-lo, ele somente a procura quando a mãe (C) liga fazendo a cobrança: *“Olha, vou te dizer bem sinceramente, ele vem quando chove (...). Eu vou dizer assim é raro, é raro. Se eu não ligar e dizer assim ‘ó, a tua filha tá precisando de ti’ ele não vem buscar porque ele não se preocupa, ele só se preocupa quando a menina tá com ele que ele tá vendo*

(...)”. Já quanto ao pai de (M), a mãe (C) afirma já ter cortado o vínculo ainda durante a gravidez e não pretende apresentá-lo ao filho: “*Ix, essa gravidez foi um acidente. Não gosto dele, não posso nem ver ele na minha frente. Ele queria casar e tudo, então resolvi cortar o mal pela raiz*”. (C) também revela não ter conhecido seu pai e não demonstra interesse em saber de seu paradeiro.

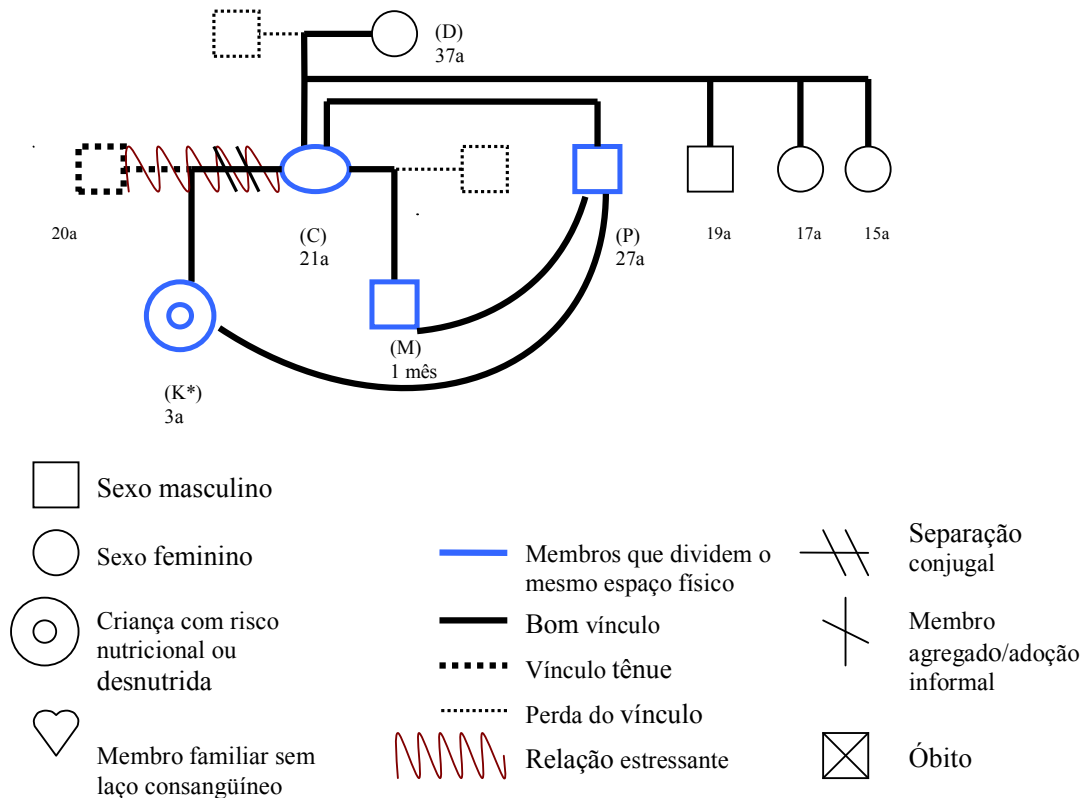


Figura 6 – Genograma da Família C.

O ecomapa a seguir facilita a compreensão do bom relacionamento do núcleo com a rede materna de parentesco. (D), a avó das crianças, é apontada pela filha como o “porto seguro da família”, pois ajuda com suas experiências de mulher e de mãe, dá presente e cuida dos netos quando preciso, auxilia na mobília da casa e frequentemente prepara comidas e/ou compra os alimentos preferidos da neta. Ela também divide com (C) a responsabilidade de acompanhar (K*) no PHC, participando mensalmente das reuniões educativas no centro comunitário.

Apesar da dificuldade em visualizar outras fontes de recursos materiais e/ou afetivos relevantes na vida da família com a criança em risco nutricional, no terceiro encontro a informante ainda complementou sua rede de suporte social: as irmãs que também foram consideradas como fonte de apoio nos momentos difíceis, cujos cuidados prestados às crianças e à casa são indispensáveis nesta fase do desenvolvimento familiar; e o programa Hora de Comer que contribui principalmente com orientações importantes para organização das atividades diárias de (K*). Por fim, embora o vínculo ténue com a família, as vizinhas também foram incluídas no ecomapa por possibilitarem a troca entre os alimentos da cesta. Este fluxo bilateral de recursos será pormenorizado a seguir, na descrição das rotinas.

A renda mensal média é de R\$850,00 que equivale à soma de um salário mínimo recebido por (C) com o lucro de seu marido; mais R\$50 reais ganhos com o aluguel da garagem. Esse valor às vezes aumenta dependendo das comissões recebidas com as vendas no mês.

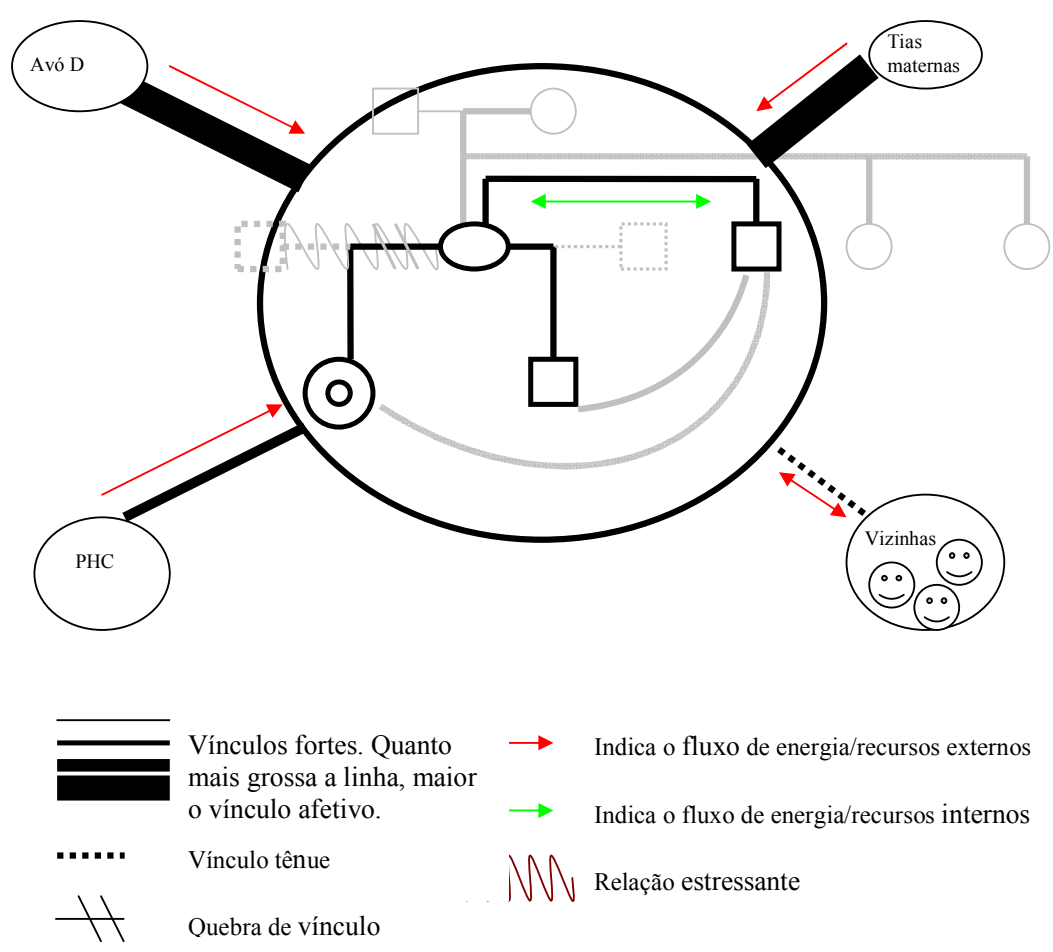
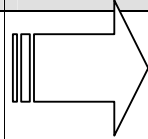
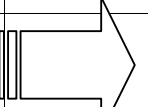
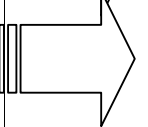


Figura 7 – Ecomapa construído pela Família C.

5.2.3.2 As rotinas familiares

Subcategorias	Categorias
<ul style="list-style-type: none"> • Ela piorou quando veio morar comigo • Estou aprendendo a ser mãe • Ele nasceu, mas a prioridade é ela 	 <p>ANTES EU ERA A TINA, AGORA SOU A MÃE</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Precisava por ordem nas coisas • Repetindo a rotina da creche 	 <p>INSTITUINDO UMA ROTINA ALIMENTAR</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Faço questão de ir às consultas • Às vezes eu troco uma coisa por outra 	 <p>O PROGRAMA NORTEIA O CUIDADO DA CRIANÇA</p>

Quadro 3 – Síntese da categorização dos resultados para o terceiro caso

ANTES EU ERA A TINA, AGORA SOU A MÃE

Esta categoria permite-nos vislumbrar o processo de adaptação da criança ao novo núcleo familiar. Demonstra ainda as dificuldades enfrentadas pelos membros para reorganização dos papéis e as estratégias construídas ao longo do tempo para o fortalecimento da família. Compõe-se de três subcategorias, quais sejam: Ela piorou quando veio morar comigo; Estou aprendendo a ser mãe e Ele nasceu, mas a prioridade é ela.

Ela piorou quando veio morar comigo

Desde que nasceu, (K*) morava com sua mãe na casa da avó (D), a qual controlava as rotinas de sono e repouso, de alimentação, de higiene e de lazer da criança. A mãe trabalhava durante o dia e estudava à noite estudava; e quando chegava em casa todos já estavam dormindo. Nos finais de semana pouco se viam, pois (K*) geralmente passava esse período na casa da avó paterna: “*Não sabia o que ela comia, o que deixava de comer; vim saber depois que eu parei de estudar de noite e dei mais*

atenção pra ela”. Então, após um ano e alguns meses nessa rotina, mãe (C) engravidou e decidiu parar os estudos e trabalhar na cozinha de uma instituição que se localiza ao lado da creche onde a criança havia começado a freqüentar. Aos poucos começou a se inteirar das atividades diárias da filha e a conhecer algumas de suas preferências: *“Minha mãe acostumou ela assim: tinha horário pra comer, pra andar na rua, pra tomar banho e pra dormir. Ela que levava nas consultas e tudo...”*.

Logo em seguida, mãe (C) conheceu seu atual marido e decidiram formar uma família junto com (K*) e (M) que estava para nascer. Alugaram uma casa na mesma comunidade, perto da casa de (D), onde vivem há quatro meses. Essa mudança exigiu a reconstrução dos vínculos familiares e uma adaptação aos novos papéis.

Pra ser sincera eu não tava preparada para assumir as responsabilidades de ser mãe ainda. Minha mãe que segurou essa barra por um bom tempo. E agora que eu to caindo em si que eu sou mãe, que eu sou obrigada, querendo ou não querendo... A mãe dela era a minha..., ela nem sabia se eu era mãe, se eu era tia, se eu era prima, se era amiga... Ela me chama até de Tina às vezes, todo mundo estranha.

Mãe (C) recorda das dificuldades que enfrentaram durante esse processo de adaptação. A criança chorava diariamente porque queria dormir com a avó e começou a negar os alimentos. Isso resultou numa piora do seu estado nutricional, conforme observamos nas falas:

Ela desnutriu mais porque daí ela ficou doente e não queria comer, só queria ficar com a mãe. Ela achava que eu era a bruxa malvada, então ela não queria ficar aqui... ela deu uma diminuída e chegou quase aos 8 quilos... ficou assim bem mal, aí voltou pra casa da mãe.

Lá permaneceu por uma semana até que os membros tiveram um diálogo determinante quanto o futuro da menina: *“Minha mãe me disse: ‘Não, agora a gente vai colocar ordem... Nem que ela fique doente, nem que ela se desmaie tudo, mas tu é mãe e tu vai ter que cuidar. Ou é agora, ou nunca’”*.

Então, (K*) voltou para casa de (C). A avó (D) continua visitando-a diariamente porém com menos autoridade sobre a vida da neta, ou seja, agora quem decide é a mãe: *“Visitar não tem problema porque as duas se adoram... mas dormir lá não... senão ela não acostuma nunca.”* Desse modo, novos comportamentos continuam

sendo incorporados ao núcleo familiar recente visando seu fortalecimento e sua adaptação às novas mudanças diárias, conforme veremos na seqüência.

Estou aprendendo a ser mãe

Mãe (C) vem conquistando o papel de mãe a cada dia. Para isso criou uma estratégia para aproximação: a barganha. Ela relata que no início essa troca foi necessária para que tivesse a atenção da filha e sua concordância em permanecer na nova família. *“Bem na real eu tive que começar a fazer assim: a subornar. Coisas do tipo ‘ah, vamos com a mamãe que depois eu vou na venda contigo’, ‘eu te dou um real, dorme aqui com a mamãe que depois tu vai lá pra vó ‘...e comecei conversar com ela”*. A criança foi cedendo aos poucos até se acostumar com a “nova” mãe. Agora, (C) já conseguiu estabelecer algumas regras familiares, como o horário da criança dormir, sua dieta alimentar, a rotina de higiene familiar e a divisão de tarefas com o marido.

Seu companheiro participa ativamente deste processo: *“Eu falei pra ele, eu tenho que seguir uma regra que eu nem sabia o que era ser mãe, então, ou tu me ajuda, ou essa barca vai furar pelo meio do caminho.”* Assim, ele procura não infringir as regras, divide algumas tarefas e viabiliza a realização de algumas rotinas. Por exemplo, conforme a decisão da mãe, a alimentação de (K*) deve ser diferenciada contendo alimentos mais naturais e regrada de frutas e iogurtes. Então é o padrasto quem faz as compras e mantém o abastecimento do lar. As demais despesas como aluguel, luz e telefone são divididas entre o casal. Quanto ao cuidado da criança é ele quem a leva pra creche e quando necessário vai buscá-la. Procura ser carinhoso e atencioso e auxilia na sua educação: *“Às vezes ela me desrespeita e ele chama a atenção dela... Ensina o que é certo e o que é errado”*.

Nos finais de semana, o casal também construiu uma rotina de lazer a fim de reafirmar a unidade familiar: o passeio em família. Assim, seja no sábado ou no

domingo, sempre há a programação de uma atividade necessariamente atrativa ao mundo infantil.

[...] tirei pra ela tempo que eu nunca tive... fomos todos ao parque Tupã, levamos ela no zoológico... essas coisas assim que criança gosta. Teve essa coisa ali no CIC de teatro infantil, levei ela pra ela ver, então foi assim aonde ela foi se aproximando de mim; Então nossos fim de semana são bem divertido por causa dela... eu tô aprendendo a ser mãe e ele me ajuda muito nisso.

Ele nasceu, mas a prioridade é ela

O nascimento de (M) parece ter despertado ciúmes à (K*), que há quase dois meses apresenta-se mais chorosa, disputando com o irmão a atenção do casal. Percebendo tais alterações, mãe (C) decidiu dispensar mais tempo do seu dia para a filha e procura realizar todas as suas vontades, mesmo temendo o efeito negativo que tal zelo possa gerar no futuro: “*Ela tá bem sentida por causa do irmão, então estamos tentando fazer de tudo, e ao máximo, se virando nos trinta pra deixar ela bem confortável... tudo o que ela pede a gente sai correndo comprar...eu quero ver depois de grande...*”.

Assim, o dia-a-dia da família está organizado da seguinte maneira: Mãe (C) está de licença maternidade e passa boa parte da madrugada acordada em função do bebê. Troca, dá mamadeira e amamenta, coloca para dormir. Então pela manhã quem acorda para dar café da manhã e arrumar (K*) para a creche é o padrasto por volta das 7 horas e 30 minutos. Os dois permanecem todo o dia fora de casa, ela na instituição e ele no trabalho, onde fazem suas refeições diárias.

Já (C) dorme o quanto pode até a hora da próxima mamada. Em função do puerpério afirma que não tem mais horários definidos para nada. Durante o dia come quando dá, dorme quando dá e arruma um pouco a casa quando dá. Nos afazeres da casa e no cuidado com o bebê conta com o auxílio de uma das irmãs.

Por volta das 17 horas, antes do retorno da filha, (C) dá banho em (M) e aguarda a chegada de (K*). Dona (D), que também trabalha ao lado da creche, é quem

geralmente busca a neta e a leva para a mãe. Assim, aproveita e já bajula um pouco o novo neto.

Então, (K*) chega em casa e vai para o banho. Segundo a mãe, cada membro tem sua toalha, suas escovas dentárias e também de cabelo. As crianças têm sabonetes e xampus exclusivos: *“É tudo separado do nosso, porque, por exemplo, eu já sou mulher, meu marido é homem formado né... eu não vou poder tá enxugando ela com a mesma toalha.”* Geralmente esse é o terceiro banho dela, pois o primeiro é pela manhã antes de ir à creche; às vezes as professoras dão outro na creche após o almoço para deixarem as crianças mais calmas; e o terceiro acontece antes da janta. Os dentes são escovados após cada refeição: *“Esse hábito todos aqui tem, e lá na creche eles ensinam também”*.

Em seguida o padrasto chega e, conforme combinado entre o casal, ele cuida do bebê para mãe (C) dar mais atenção à filha:

Aqui tá sendo assim: prioridade é ela porque ela tá ficando assim muito chorona agora depois que o irmão nasceu... Então ele tem esse lado assim de cuidar do (M) e eu vou ficar com ela, pra ver se ela se acalma... até to evitando pegar muito ele e pegar mais ela...

Então após a janta da menina, mãe e filha brincam um pouco e por volta das 21 horas a coloca para dormir. *“Eu deito junto com ela até ela dormir... aí ela fica mexendo na minha orelha... nessas horas ela é muito carinhosa e diz ‘eu te amo mamãe’. Aí aproveito pra reforçar que eu sou a mãe, a vó é a vó”*. Com a chegada do irmão, (K*) que já dormia sozinha na sua cama, agora procura a cama do casal para deitar junto com a mãe.

Terminado as atividades com (K*) então é a vez dos adultos tomarem banho, jantarem e namorarem: *“Costumávamos ficar assistindo televisão até tarde, mas agora com o (M) não dá... tô muito cansada. Uma hora cuidado dele, uma hora cuidado dela... tá tudo meio confuso”*. Quando se deitam, a noite está apenas começando para mãe (C) que acorda no mínimo duas vezes para prestar cuidados ao lactente e então tudo se repete, como no dia anterior.

INSTITUINDO UMA ROTINA ALIMENTAR

Tal descrição demonstra uma estreita relação entre o estado nutricional da criança e os comportamentos alimentares dentro da unidade familiar. A partir das subcategorias Precisava por ordem nas coisas e Repetindo a rotina da creche, podemos observar as conseqüências geradas no núcleo a partir da construção de uma nova rotina.

Precisava por ordem nas coisas

Há alguns meses, quando (K*) veio morar com a mãe e o padrasto neste novo domicílio, ainda não havia uma rotina alimentar bem definida. Não havia horários previstos para as refeições e, raramente, havia janta: *“Eu não gosto de fazer janta de noite porque eu não gosto de estar jantando à noite... então eu acostumei ela a não jantar... foi onde eu me perdi...”*.

Era a primeira vez que mãe (C) incorporava a responsabilidade de ser mãe e ainda não conhecia as necessidades alimentares de uma criança com déficit nutricional e suas preferências. Então, a criança comia conforme os adultos comiam. Os alimentos ficavam disponíveis na geladeira, nos armários ou em cima da mesa da cozinha, mas não tinham o costume de ofertá-los à ela:

Ah, ela comia a hora que ela queria. Sério, só quando ela queria, quando ela decidia estar com fome e (...) quando saía da rua e vinha pra casa, daí que ela comia, senão... às vezes ela ficava quase o dia inteiro sem colocar quase nada na boca... isso que eu deixava as coisas tudo ali em cima da mesa já pra ela... era bem raro ela comer.

Segundo os relatos da mãe, (K*) tomava uma mamadeira por volta das 07h e 30min; almoçava depois das 13 horas, pois em casa não havia horário definido para o almoço; a tarde lanchava e à noite geralmente tomava uma mamadeira. Isso significa que sua última refeição de sal era no almoço.

Logo os professores da creche perceberam que a criança era resistente à rotina alimentar lá instituída e chamaram mãe (C) para um diálogo: *“Falaram para mim: ‘ó,*

ela não quer comer, ela só quer mamadeira, mamadeira...’ Daí eu falei pra ele que era o jeito que eu tinha acostumado ela, dar mamadeira. Eu dava no intervalo da mamadeira que eu dava uma fruta, uma pão, alguma coisa assim...eu me perdi um pouquinho...’. Neste momento, a mãe refere que começou a refletir sobre as perdas ponderais da filha. Ela percebeu que seu estado nutricional estava piorando não apenas pela mudança do ambiente familiar e pela ausência da avó, mas também pela necessidade de organizar a dieta alimentar da criança: *“A mãe tinha mais esse controle da alimentação dela... já eu não, tocava direto com mamadeira, às vezes dava um pouquinho de comida... e quando ela quisesse. (...) então tava tudo muito largado, precisava por ordem nas coisas”.*

Para (C), outro limite necessário estava associado às atividades de brincar da filha que aconteciam sem restrições de lugar e horário, sem precisar retornar para as refeições, conforme observamos na seguinte fala: *“Não sabia como dizer assim ó ‘não, hoje tu não vai sair pra rua’. Eu era totalmente liberal, não sabia como segurar, então quando ela dizia ‘mãe, to saindo pra rua’, já nem dava bola mais.”*

Repetindo a rotina da creche

Percebida a necessidade de uma mudança quanto às rotinas da criança, mãe (C) decidiu participar das consultas médicas da filha em busca de uma solução. Então expôs a problemática à pediatra e foi orientada a seguir em casa os mesmos horários das refeições da creche. A mãe compreendeu que era necessário darem continuidade às regras estabelecidas na instituição a fim de promover a incorporação de tais comportamentos na vida da criança da forma mais natural possível. *“Ela disse que se em casa fosse de um jeito e na creche de outro, ficava muito confuso pra criança... ela precisava se acostumar com uma rotina... como os horários da creche estavam certinhos, podia copiar...”.*

Desse modo definiu-se a seguinte dieta para (K*): Quando acorda toma mamadeira; na metade da manhã come uma fruta ou um iogurte; almoça às 11h30min;

às 14 horas come uma fruta e 16h30min janta. Aproximadamente às 19h30min toma uma mamadeira antes de dormir. Nos intervalos entre as refeições, às vezes come bolacha ou pede alguma outra guloseima.

A mãe ainda enfrenta dificuldades para seguir rigorosamente essa rotina, pois tanto o tipo de alimentos como o horário das refeições da criança são diferentes dos demais membros.

Eu e meu marido não temos muito essa coisa de hora pra comer; Tem coisas que eu como que eu já não gosto de dar pra ela, que eu acho que é muito forte, que é perigoso dar alguma coisa... Então fica meio desregulado pra mim, que eu faço bem dizer dois almoço por dia, duas janta por dia....

Contudo, a melhora de (K*) após a instituição dessas novas regras alimentares dentro do núcleo familiar é reconhecida tanto pelos membros, quanto pelos profissionais de saúde que acompanham a criança no PHC. Conforme o registro na caderneta há um mês atingiu o percentil 10 e; caso permaneça por três meses com o peso equivalente a um percentil igual ou maior que 10, a criança é considerada recuperada e retirada do programa.

A mãe está satisfeita uma vez que, além do ganho de peso, outras transformações positivas aconteceram no dia-a-dia da filha após a criação dessa rotina, como por exemplo, a aceitação de outras regras e limites:

Agora ela tá comendo com vontade, ela tá se esforçando mais. Até pra brincar porque antes ela só queria ficar na rua, agora não, agora ela sabe o horário de almoçar, o horário de jantar, o horário de descansar, tudo certinho; Agora ela tá deixando eu colocar as normas...antes eu não podia gritar, não podia bater, não podia fazer nada...agora não...tá bem mais resolvido.

Além disso, (C) acredita que o recente nascimento de (M) também contribuiu para o atual quadro nutricional de (K*). Ela está mais ávida pelos alimentos e toda vez que vê o irmão mamando também solicita comida.

O PROGRAMA NORTEIA O CUIDADO À CRIANÇA

Esta categoria descreve, com o auxílio das subcategorias Faço questão de ir às consultas e Os alimentos da cesta servem de termômetro, as rotinas da família com um dos componentes da rede de suporte social: o PHC.

Faço questão de ir às consultas

Para (C), levar a criança nas consultas é uma responsabilidade materna que reafirma o papel de ser mãe e fortalece o vínculo com (K*): “(...) *decidi que eu sou mãe, que eu tenho um compromisso, que eu tenho que dar valor, então, é eu que tenho que ir... isso ajuda no elo de ser mãe*”. Foi também uma estratégia para se aproximar da criança e participar mais de suas rotinas: “*Aos poucos fui fazendo coisas que antes era minha mãe que fazia. Ela foi se acostumando...*”.

Esta informante enfatiza que começou a aprender a cuidar da filha e interessar-se por seu estado nutricional quando começou a frequentar as consultas: “*Antes achava que era normal dela ser mirradinha assim mesmo...*”; “*No momento que ela entrou nesse programa ela deu mais valor pro que ela come, eu prestei mais atenção no crescimento dela*”. Agora, aproveita esse espaço para solucionar dúvidas sobre a alimentação, sobre como tirar as fraldas, se os pais devem bater ou não, entre outras tantas.

Assim, mensalmente mãe e filha se preparam para esse dia. Geralmente as consultas são agendadas para o período da manhã. Então, os três membros acordam por volta das 07h30min e tomam café. Em seguida, enquanto (C) amamenta (M), seu marido dá banho e veste a criança. Antes, geralmente mãe e filha pegavam um ônibus para chegar à unidade de saúde. Agora, com o bebê em casa, seu companheiro pediu o carro emprestado para um amigo para o transporte: “*Nesse mês ele tirou folga de manhã para levar nós... o mês que vem não sei como vai ser... se bem que ela já ta quase boa da desnutrição*”. Apesar do esforço para agilizar o retorno, nem sempre conseguem ser atendidas no horário agendado, conforme se queixa mãe (C): “*poxa,*

chegamos lá e fomos atendidos depois de quarenta minutos que tava marcado... a recepção disse que se enganou e passou outra criança na frente. Isso me deixa nervosa porque sempre chego no horário mas sempre atrasa”. Enquanto isso, (M) aguardava em casa com a tia. Na volta, se chegam na vila antes das 10 horas, a criança volta pra creche; caso contrário fica em casa com a mãe e com a tia.

Em contrapartida nas reuniões educativas e no dia da entrega da cesta quem geralmente participa é a avó. Como trabalha ao lado, consegue escapar por um curto período de tempo para cumprir com tais compromissos. Segundo mãe (C), a entrega da cesta é rápida, mas a reunião às vezes se estende demais levando dona (D) a burlar o encontro e a chegar apenas na hora da atualização do cadastro da criança.

Os alimentos da cesta servem de termômetro

A cesta proporciona para a criança a oportunidade de degustar alguns alimentos não habituais na dispensa da família, como por exemplo, amendoim e goiaba: *“Ela tá comendo até coisa que eu achava que não comia como o amendoim, ela adora amendoim, são coisas que vem na cesta... e eu tô aprendendo aos pouquinhos.”* Mãe (C) reflete que ainda não havia despertado para importância de estar continuamente introduzindo novos nutrientes na dieta da criança e faz uma auto crítica afirmando que muitas vezes os pais limitam tal variedade conforme suas próprias preferências ou pela facilidade das receitas: *“Quando que ia comprar um amendoim? Nem sabia que tipo de comida podia fazer com amendoim... Mas quando vi que ela gostou fui atrás e aprendi”*.

Contudo, segundo a mãe, já ocorreu de desperdiçarem dinheiro na compra de uma ou outra coisa que acabou estragando porque a criança não gostou. Então, a cesta acaba sendo um termômetro para os membros conhecerem as preferências alimentares da criança e quando percebem que há boa aceitação diante de um novo produto procuram adquiri-lo na próxima compra a fim de estimular seu apetite e incentivar a reversão do quadro de risco nutricional.

Quanto aos mantimentos da cesta que não agradam a (K*), mãe (C) procura trocá-los com algumas vizinhas por outros de melhor aceitação como é o caso do leite em pó pelo leite de saquinho: *“Nós trocamos porque às vezes as crianças delas gostam dos que a (K*) não gosta e vice e versa... Nas frutas principalmente. Ela gosta de banana, o filho da outra não gosta, então dou os mamão em troca das bananas e assim vai”*.

5.2.4 Família D

5.2.4.1 Os encontros com a família

A estratégia utilizada para o encontro com este núcleo familiar restringiu-se apenas em visitas domiciliares, pois a criança não comparecia mais as consultas médicas, nem seus familiares no grupo educativo PHC. Algumas conversas informais foram realizadas na unidade de saúde quando a avó da criança desnutrida comparecia para pegar seu contraceptivo hormonal mensal.

Apesar da avó (V) ter aceitado participar do estudo como informante-chave, a aproximação com esta família foi mais difícil. Na primeira visita estavam presentes a agente comunitária e todos os membros, exceto a mãe de (G*). A avó inicialmente apresentou resistência em falar sobre o dia-a-dia com o neto e aproveitou aquele momento para um desabafo quanto ao seu papel de cuidadora: *“Ah, mas isso é coisa com a mãe dele. Ela não quer mais se responsabilizar de cuidar, de pegar a cesta (...), daí sobra pra mim sabe”*. (V) ainda demorou a se acostumar com o gravador e parecia interagir mais quando o aparelho estava desligado. No mesmo dia apresentou-me a casa toda e fez questão de mostrar o quarto onde a filha acabara de levantar: *“olha só as coisas jogadas, ela não é capaz nem de arrumar o que é dela”*.

Outros quatro encontros foram agendados no período da tarde, agora sem a presença da ACS. Dois deles foram destinados apenas para observação da estrutura e da dinâmica familiar e com o tempo os diálogos que antes eram demasiadamente curtos e superficiais, tornaram-se mais enriquecidos. No terceiro presenciei o momento

da “investigação do piolho”, quando (D) chamava cada membro para avaliação da presença ou não de lêndeas no couro cabeludo; no seguinte a filha estava presente, mas logo fumou alguns cigarros e fechou-se no quarto sem interagir. Para o último preparei uma cesta de frutas e levei-a para compartilhar intencionalmente com os membros o momento de uma refeição. Os membros desfrutaram avidamente dos alimentos, sendo os dois mais novos servidos na mesa por (V). Logo, os assuntos começaram a se repetir e nada de novo era acrescentado aos dados.

Sempre houvera louças sujas na pia e outras atividades domésticas por fazer, como a arrumação das camas por exemplo. As crianças vinham da rua de vez em quando com as roupas sujas de terra, pois brincavam em um terreno baldio situado na servidão seguinte. (D) mantinha-se com as mesmas roupas que viera do trabalho, com marcas e odor de suor: *“Não ligue (...). Sempre acabo me sujando lavando roupa ou mexendo lá fora (...), não tem roupa que chegue. Então só troco mais tarde, depois que dou banho neles”*.

5.2.4.2 O ambiente familiar

Dona (V) veio com seus filhos da Tapera para este bairro há quase dez anos. O motivo da mudança foi a necessidade de auxiliar sua falecida mãe, na época doente, em suas atividades diárias. Viviam num casebre de madeira de chão batido, com o teto condenado por risco de desabamento. Então há dois anos, com o auxílio de alguns líderes comunitários locais, a comunidade se uniu em prol da reforma da casa. Com a doação de alguns materiais de construção e o dinheiro arrecadado de algumas empresas, além dos materiais reaproveitados de alguns desmanches, a vizinhança reergueu a atual residência.

Hoje, seis membros da família habitam com a criança desnutrida numa estrutura de madeira medindo aproximadamente 45 m², com paredes brancas e janelas e portas azuis e que comporta quatro cômodos em seu interior: 01 sala e cozinha conjugadas e equipadas com uma mesa e três cadeiras, um balcão com pia, dois armários aéreos, um fogão antigo e uma geladeira com a base enferrujada; 01 quarto de casal com uma

cama e três prateleiras contendo algumas roupas e uma televisão; 01 quarto com um beliche e uma cama de solteiro com um colchão extra embaixo e 01 banheiro com um chuveiro elétrico, uma pia, um vaso sanitário e um rodo para drenar o acúmulo de água do chão devido a falta de box. O limite da porta da frente é a rua e as paredes laterais são grudadas com as casas vizinhas. A casa é cercada apenas na parte de trás, onde há uma pequena horta com temperos, batatinhas, cenouras, um pé de chuchu, alguns pés de milho e uma ameixeira. Ali também está instalado um tanque com um varal e casa do cachorro, onde o animal de estimação fica preso. A energia elétrica vem de um rabicho puxado da casa ao lado, com o consentimento do vizinho.

A avó (V) é a principal provedora da família e seu papel como cuidadora estende-se também ao neto (G*). Natural de laguna/SC, ela cursou até a 4ª série do primeiro grau e trabalha como roceira de um campo de futebol próximo a sua residência. (P), (H), (C) são os tios de (G*), todos com apenas o primeiro grau completo. (P) é o único membro jovem que trabalha roçando o campo junto com sua mãe. (C) esporadicamente também os ajuda voluntariamente neste serviço. (L) estuda na 2ª série do primeiro grau e também participou por seis anos do programa Hora de Comer, saindo apenas devido ao limite de idade. (G), desempregada até o momento, é a mãe biológica de (G*) e utiliza a casa apenas para comer, dormir e tomar banho.

A seguir, com o auxílio do genograma, observa-se a relação conflituosa estabelecida entre (G) e os demais membros da casa devido à falta de compromisso com seu papel dentro do núcleo. Ela isola-se das atividades diárias da família e dificulta o fortalecimento do vínculo mãe e filho¹⁷. Embora esteja separada do pai da criança, o ex-casal se encontra periodicamente para irem ao bar juntos, conforme as falas de (V): *“quando é pra beber por aí, eles se dão bem”*. O pai de (G*) que é etilista e tem problemas com a polícia, nunca demonstrou interesse pelo filho. Não o visita, nem contribui financeiramente para seu sustento.

¹⁷ Ver descrição das rotinas, a seguir.

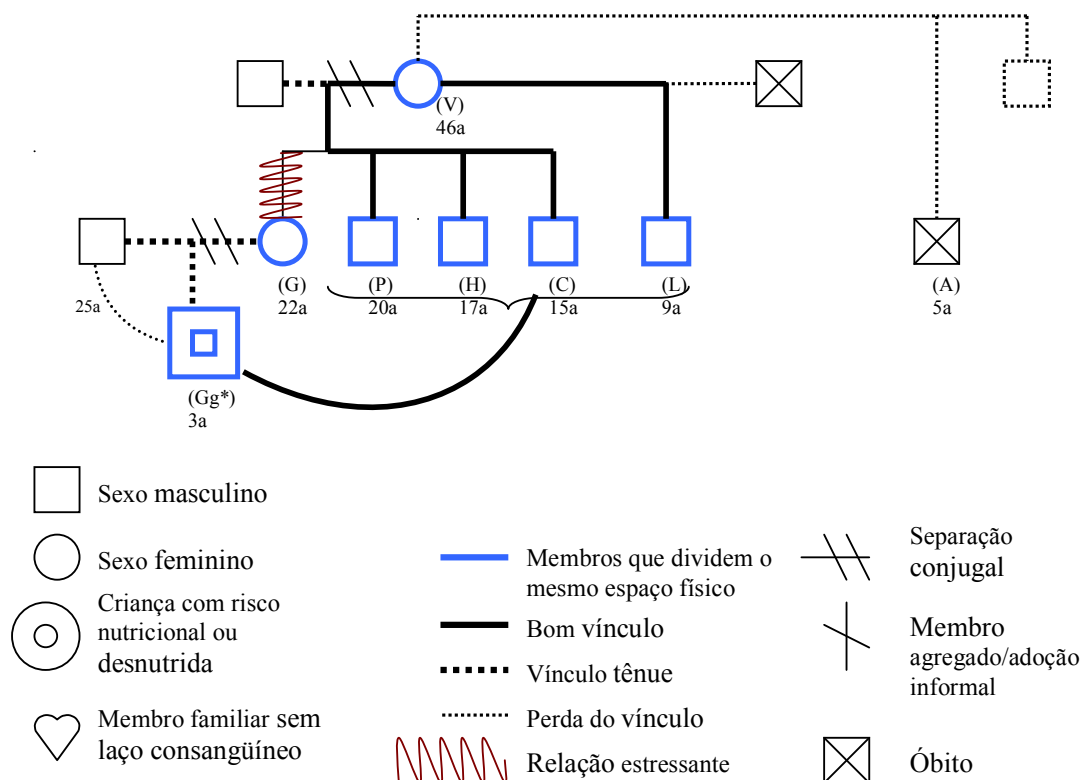


Figura 8 – Genograma da Família D.

Então, a referência materna para (Gg*) é a sua avó, a qual chama de mãe. (V) também dirige-se a ele carinhosamente como filho e mantém com os demais homens da casa laços fortes de amizade e cooperação. Dos três relacionamentos conjugais anteriores, tem vínculo apenas com o pai dos mais velhos para o recebimento da pensão de (H) e (C). Seu segundo marido foi a óbito devido a um choque elétrico sofrido no trabalho enquanto arrumava os fios de alta tensão. Quanto ao pai de seu falecido filho (A), há anos não tem notícias sobre seu paradeiro.

Ainda quanto aos recursos internos, com exceção de (G), (V) considera que cada membro é igualmente importante para a sobrevivência da família: “*Eu e o mais velho que trazemos dinheiro para casa, mas (H) e (C) ajudam muito a cuidar dos menores*”; “*As crianças são mais carinhosas e com tantas dificuldades a gente precisa disso para querer continuar na luta*”. O dinheiro que sustenta os sete

membros provém mensalmente da soma do solário de (V) e de (P) que equivale a R\$700,00; e dos 300 reais recebidos da pensão que (H) e (C) recebem do pai.

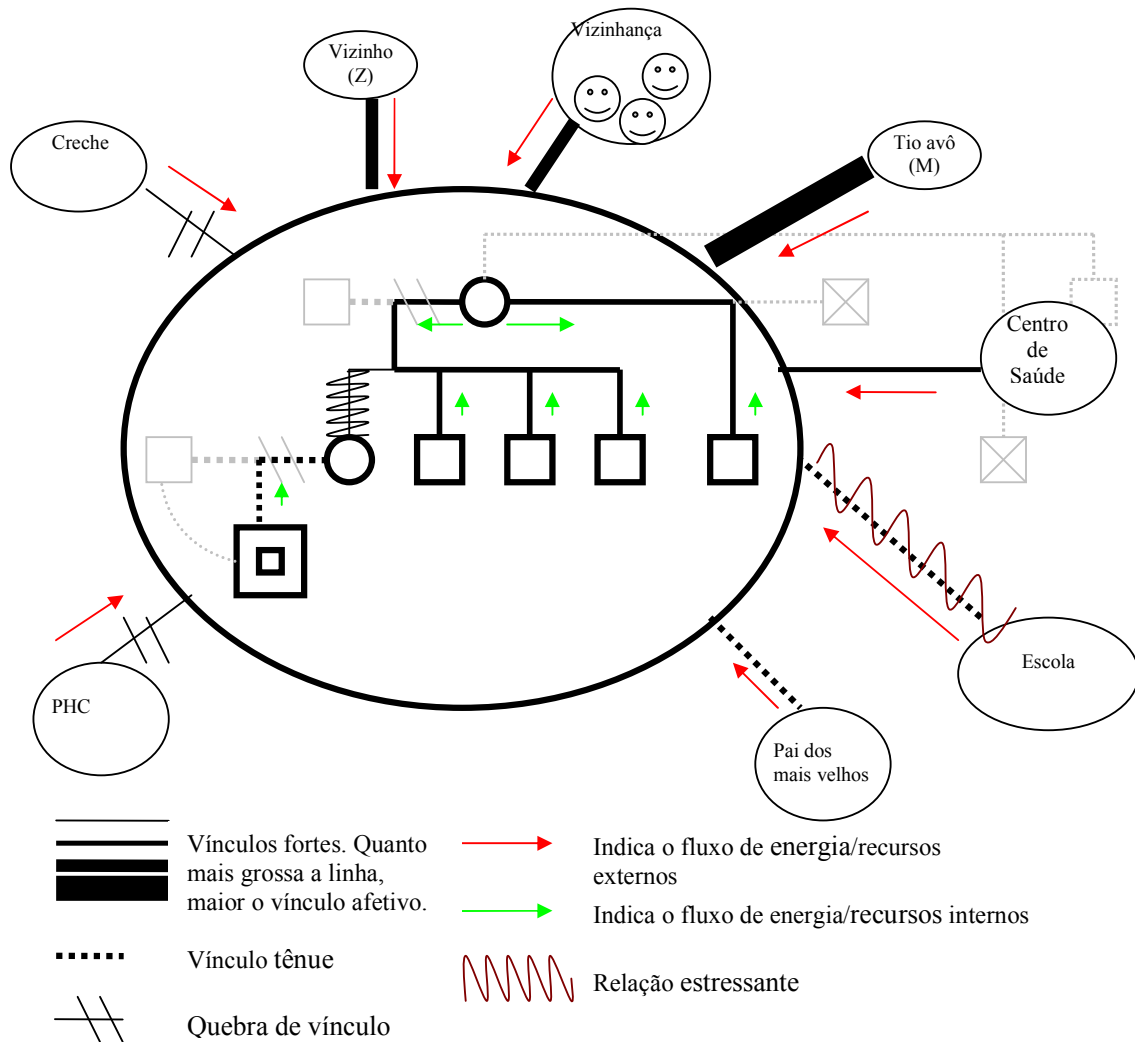


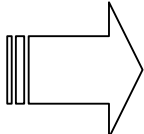
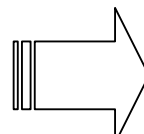
Figura 9 – Ecomapa construído pela Família D.

A família ainda apóia-se em outras fontes de recursos oferecidas pela rede externa de suporte social. Segundo (V), nos momentos de crise além da ajuda recebida de seu irmão (M), contam ainda com as doações de comida e de roupas dos vizinhos, além das ações de caridade como o mutirão para a reforma da casa. Dentre eles, o vizinho (Z) ocupa uma posição de destaque na rede, pois permite que sua fonte de energia seja dividida e paga conforme as condições da família: “*Nossa luz era sempre*

cortada porque nunca conseguia pagar em dia. Agora pago pra ele pingadinho, mais ou menos o valor que gastava antes. É a única forma de ter geladeira, televisão e chuveiro quente, porque com criança pequena fica difícil”.

Algumas instituições também são reconhecidas pela família como pertencentes a esta rede social. O serviço de saúde do bairro é o único recurso acessível quando precisam de remédio, de preservativo, de anticoncepcional e de atendimento profissional. A família não costuma procurar os serviços de emergência da atenção terciária, somente quando as crianças precisam de atendimento médico nos finais de semana: *“Sempre fui bem atendida ali e com jeitinho consigo o que preciso. Quando o menino se acidentou eles vinham fazer o curativo dele aqui, todos os dias”.* A avó também reconhece a importância da escola na vida do filho, apesar do vínculo tênue e estressante construído com tal instituição. Ali a criança recebe estudo e realiza atividades físicas imprescindíveis para seu desenvolvimento físico e intelectual, além de representar um ambiente seguro para (V): *“Enquanto tá na escola tá longe da rua e das drogas”.* Outros vínculos institucionais com a creche e com o programa de suplementação alimentar, embora temporariamente cortados, também beneficiavam a família com o auxílio da cesta alimentar e com o suporte educacional e de saúde das crianças. Durante os encontros, (V) reflete sobre a possibilidade de reconstituir tais relações a fim de garantir uma vida melhor aos membros.

5.2.4.3 As rotinas familiares

Subcategorias	Categorias
<ul style="list-style-type: none"> • Eu trabalho, eu limpo e eu cuido • Tem dias que a mãe nem sabe se volta pra casa • Às vezes o que ganhamos não chega 	 <p>SIMPLESMENTE EU TÔ SOZINHA NISSO AÍ</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Todos eles pararam de estudar com 15 anos • Perdemos o leite da cesta 	 <p>A ROTINA DA FAMÍLIA E AS INSTITUIÇÕES: A CULPA É UM POUCO NOSSA E UM POUCO DELES</p>

Quadro 4 - Síntese da categorização dos resultados para o quarto caso.

SIMPLESMENTE EU TÔ SOZINHA NISSO AÍ

Esta categoria aborda o dia-a-dia familiar e revela a determinação conflituosa de papéis e tarefas relacionadas às atividades de cuidado da criança com déficit nutricional. É descrita pelas subcategorias: Eu trabalho, eu limpo e eu cuido; Tem dias que a mãe nem sabe se volta pra casa e Às vezes o que ganhamos não chega.

Eu trabalho, eu limpo e eu cuido

A criança desnutrida é cuidada diariamente pela avó (V) e por seus quatro tios; recaindo sobre (H), o segundo homem da casa por ordem decrescente de idade, a responsabilidade de assisti-lo quando a avó e seu filho mais velho estão trabalhando.

Então, durante a semana, a avó (V) acorda às 5 horas da manhã, toma café e se prepara para trabalhar. Antes de sair para o trabalho prepara uma mamadeira de leite para (Gg*), às vezes com café, às vezes engrossada com amido de milho: *“Acordo ele as 5 da manhã pra dar mamadeira que é pra deixar de barriga cheia pra mim poder ir trabalhar”*. Por volta das 6 horas, (P) acorda e sai junto com sua mãe para seu primeiro emprego.

Em seguida acordam os demais membros, exceto a mãe de (Gg*) que tem uma rotina paralela na família. Então, como seu serviço localiza-se próximo a residência, é costume de (V) retornar alguns minutos para servir o café dos filhos e do neto e encaminhar o almoço que será preparado por um dos meninos, ora por (H), ora por (C). Grande parte dos alimentos consumidos na família é feita em casa como o pão, o queijo, o iogurte e a coalhada; e algumas verduras plantadas no quintal. A avó então volta ao ofício e continua roçando abaixo de chuva ou de sol, até aproximadamente às 13 horas, quando então retorna com (P) ao ambiente familiar para almoçar.

Após a refeição, (L) vai à escola e (V) dá início aos afazeres domésticos: lava roupa, lava louças, limpa vidros, arruma as camas, varre, entre outros. As crianças passam a tarde brincando na rua, sendo essa rotina de lazer aprovada pela avó: *“Eles*

correm pra lá e pra cá a tarde inteira. (...) e não me preocupo com isso, pois a rua é tão estreita que nem passa carro e todos os vizinhos conhecem eles". Ao entardecer, durante o inverno, devem retornar no máximo até as 18 horas em função do frio e da violência noturna nos arredores.

Então a avó dá banho nos menores e pelo menos uma vez na semana examina, passa remédio com pente fino e, se necessário, raspa a cabeça dos meninos para tratar as infestações freqüentes de pediculose.

A janta geralmente está pronta às 20 horas, mas não há lugar na mesa para todos. Assim, a preferência é das crianças enquanto os outros membros buscam nos demais cômodos da casa um lugar para sentar-se. Duas horas após a refeição dividem-se em dois quartos para dormirem sendo o menor ocupado pela avó (V) com seu filho (L) numa cama de casal; e no maior instalam-se (P) e (H) num beliche, (C) numa cama de solteiro e (G) com (Gg*) num colchão no chão.

Quanto aos finais de semana, tais atividades repetem-se na mesma seqüência também aos sábados. No domingo aproveitam para descansar, sem horário para acordar. Porém, avó (V) afirma que dificilmente desperta depois das 7 horas devido à incorporação da rotina diária: *"Todo dia acordo as 5, chega no domingo mesmo que queira não passo das 7"*. Então ela mesma prepara o almoço e serve-o mais cedo. À tarde, geralmente (P) e (H) saem para jogar bola com os amigos do bairro para jogar bola, próximo a residência; e os demais membros ficam em casa assistindo televisão ou brincando. Lancham, tomam banho, jantam e vão dormir para recomeçar tudo novamente na segunda-feira.

Tem dias que a mãe nem sabe se volta pra casa

A mãe de (Gg*) reside no mesmo ambiente familiar, mas não compartilha da rotina geral da família. Seus horários são diferentes, suas atividades são independentes e pouco participa dos momentos em que os demais membros estão reunidos, como por exemplo, no almoço e no jantar. Esses e outros comportamentos diários de (G)

desencadeiam uma relação conflituosa principalmente entre ela e a mãe, conforme observado nas falas de (V): “(...) *acho um desaforo. Não trabalha, não faz nada. Eu que cuido do filho dela e nem lavar uma louça ela ajuda. Ó, o quarto que ela deitou lá no chão tá lá ó, vai ver, tudo jogado lá no chão. Então é assim né...*”.

Segundo (V), sua filha sai todos os dias por volta das 20 horas e fica toda a noite fora. Às vezes chega pela manhã, deita e geralmente dorme o dia todo; outras vezes, retorna pra casa apenas depois de alguns dias: “*Esses dias eu telefonei pra ela e ela disse que não sabia onde tava, porque ela bebe além da conta...*”. As tarefas maternas ela não cumpre e parece rejeitar a criança: “*ela nem quer saber se o (Gg*) tá com fome, ou se tá precisando de alguma coisa... não sabe nada da vida dele. Nunca vi ela dar aquele abraço de mãe nele...*”.

A avó relembra, com lágrima nos olhos, as dificuldades que passou com o neto no seu primeiro ano de vida devido a duas longas internações de três meses cada, a primeira por problemas renais, e a segunda por meningite. Então, desde o início assumiu o cuidado de (Gg*), embora não concorde com sua própria atitude:

[...] é difícil pra mim, eu criei todos os meus cinco sozinha e não foi fácil e nem tenho muita condição de criar ele. Eu penso que ela é a mãe e tinha que assumir isso porque parece que quanto mais ajudo, mais ela apronta. Mas tenho pena da criança... como é que vou largar uma coisa dessas na mão da mãe, que a mãe nem cabeça têm?

No intuito de conseguir algum tipo de apoio familiar, durante as conversas a avó menciona ainda a vontade de solicitar a intervenção do Conselho Tutelar nas condutas negligentes da filha (G) em relação à criança desnutrida, mas teme a reação imprevisível da filha e as medidas institucionais a serem aplicadas.

Às vezes o que ganhamos não chega

Há períodos de crise financeira na vida da família e uma das rotinas afetadas é a alimentar: “*Às vezes não consigo garantir uma refeição adequada pra eles, então me viro com o que dá*”. Diante dessa situação, avó (V) percorre alguns caminhos para buscar auxílio: pede pros vizinhos, liga pro irmão pedindo alguma ajuda ou utiliza o

dinheiro que estava destinado ao pagamento de alguma conta para comprar comida. Nem sempre tem um retorno positivo e compreende os limites da rede de suporte social, como no caso de seu irmão que no momento está tendo mais gastos com a chegada de seu novo filho: *“Também não posso ficar pedindo coisa, a mulher dele ganhou neném e ele tem que comprar as coisas do neném dele.”*

A última tentativa de (V) é procurar o pai da criança mesmo não havendo vínculo entre as partes, mas afirma sempre retornar revoltada e arrependida diante do descaso em seu comportamento. *“Ele sempre diz que não tem. Nem fica com peso na consciência de ver o menino passando necessidade. Fico revoltada porque se ele compra cachaça fiado, ele pode comprar um pacote de fralda pro menino também, mas não faz”*.

Então, a solução é preparar as refeições com os alimentos disponíveis no momento como um mingau de maisena e água; um cozido com os produtos da horta; às vezes só feijão com farinha; às vezes só café preto com pão caseiro. A carne geralmente é o primeiro alimento a ser excluído do cardápio devido ao custo da porção necessária para suprir a vontade dos sete membros. Como uma boa filha de pescador, (V) mantém esta prática nos finais de semana tanto como lazer quanto para o sustento da família, sendo o peixe muitas vezes o único alimento protéico da casa. Já as guloseimas como bolacha, achocolatado, bolos, entre outras, dificilmente fazem parte do consumo alimentar da família.

A ROTINA DA FAMÍLIA E AS INSTITUIÇÕES: A CULPA É UM POUCO NOSSA E UM POUCO DELES

Esta categoria revela através das subcategorias Todos eles pararam de estudar com 15 anos e Perdemos o leite da cesta, duas situações preocupantes vivenciadas na família que são identificadas pelo núcleo como uma consequência de vários determinantes, dentre eles pela rigidez das regras institucionais.

Todos eles pararam de estudar com 15 anos

A preocupação com o futuro dos filhos é uma carga que (V) carrega diariamente. Ela expõe a realidade dos adolescentes fora da escola e do neto sem creche. Dos seus cinco filhos, apenas o mais novo estuda de nove anos estuda. (G) e (H) abandonaram os estudos antes mesmo de completarem o primeiro grau. A mãe reconhece o erro do passado: *“Não teve jeito... eles decidiram por conta própria, mas eu devia ter ficado mais em cima, segurado mais”*. Já (P), após freqüentes repetências, parou de cursar a sétima série para trabalhar: *“Ele disse que não agüentava mais ver as nossas dificuldades, que ia pegar qualquer serviço para ajudar, depois, se desse, terminava os estudos”*.

Com os mais novos (V) tentou ser mais rigorosa neste aspecto educacional, porém alguns conflitos impossibilitaram a permanência de (C) e (Gg*) na instituição de ensino e na creche respectivamente. O primeiro sofreu um atropelamento na rua principal do bairro enquanto ia de bicicleta comprar cachorro quente para os irmãos e necessitou de afastamento escolar para recuperar-se da cirurgia ortopédica. Quando estava apto a retornar à classe, no início do primeiro semestre letivo deste ano, a mãe foi surpreendida pela insuficiência de vaga na instituição: *“Não teve conversa... a diretora disse que as turmas já estavam cheias e que era pra eu ver se conseguia em outros colégios”*. (V) comenta que procurou outra escola num bairro vizinho, mas foi barrada por critérios internos da instituição: só eram admitidos alunos que comprovassem residência fixa na comunidade em questão e mesmo explicando o problema com as vagas, (V) foi orientada a procurar novamente a escola pública de referência para seu bairro: *“Um me jogava para um lado, outro me empurrava pro outro. Sei que muitos que estudam lá não moram lá, mas tudo bem... vou fazer o que, me diga?”*

Segundo ela, havia ainda a opção de tentar na escola do outro bairro vizinho, porém não deu seguimento a esta possibilidade para proteger o filho da violência do local: *“Eles têm rixa com os jovens daqui (...) esses dias a filha de uma vizinha que estudava lá foi espancada por uma turminha de lá, apanhou até de paulada (...). Deus*

me livre, nunca quero ver meu filho passar por isso". Agora, (C) que está há mais de 6 meses longe dos estudos está pensando em desistir. Prefere passar as horas cuidando do irmão e do sobrinho e ajudando a mãe com o roçado à retornar ao colégio.

Quanto ao neto, (V) também teve problemas na hora de matriculá-lo na creche, pois a instituição não aceitava crianças em uso de fraldas. Na época pediu que deixassem-na freqüentar o local que ela se responsabilizava de retirar gradualmente as fraldas, mas tal proposta não foi aceita pela direção: *"(...) fiquei chateada porque eles podiam me ajudar a ensinar isso pra ele ou me dar um prazo não acha? Eu disse que levava quantas fraldas fosse preciso, mas eles dizem que regra é regra."* Ela refere que tais conflitos já são de longa data, desde quando foi matricular seu caçula na mesma instituição. Na época lhe foi negada a inclusão de (L) por três vezes devido à falta de vagas. Entretanto, o Conselho Tutelar foi acionado e a instituição foi obrigada a receber a criança:

Eu me lembro que eles transferiram uma criança que tava ali, mas morava lá no Rio Vermelho, e isso não pode acontecer pelas próprias regras deles. Então ficou determinado que meu menino deveria começar a ir pra creche no dia seguinte e sem precisar usar uniforme porque nós não tinha como comprar. E assim foi feito.

Perdemos o leite da cesta

Levar (Gg*) nas consultas médicas do PHC era o único compromisso que (G) mantinha com a criança. Isso era resultado de um acordo entre (V) e a filha há alguns meses: *"Ah, depois de uma discussão ela concordou em assumir isso porque eu não tava mais dando conta. As consultas dele são quase sempre de manhã e eu trabalho... ela não faz nada, só dorme"*. Então, (G) acompanhava a criança mensalmente na unidade de saúde e (V) continuava indo na reunião educativa e na entrega da cesta.

Entretanto, há três meses (G) parou de levar o filho nas consultas sem justificar nada à (V). A avó foi abordada pelos profissionais de saúde, mas decidiu não tomar nenhuma atitude na esperança que (G) se conscientizasse da situação de saúde do próprio filho e reassumisse tal tarefa: *"Dessa vez falei pra eles chamarem a atenção da mãe porque senão eu sempre fico tapando os buracos dela, mas não adiantou,*

perdemos a cesta.” Segundo as normas do programa, três faltas consecutivas injustificadas levam ao desligamento da criança e, conseqüentemente, ao cancelamento da cesta. Assim, há um mês a criança vive sem o benefício alimentar e o reflexo negativo disso estende-se a toda a família: “Querendo ou não todos comiam as coisa da cesta. O leite dele faz muita falta, mas sei que dessa vez a culpa é nossa”.

Por outro lado, a avó também releva a importância do acompanhamento médico periódico ao neto, principalmente por seu histórico de saúde e pelo presente déficit nutricional. Então durante uma conversa, (V) que já acompanhou seu caçula durante seis anos no mesmo programa, declara junto à ACS que retomará os compromissos familiares com o Hora de Comer e com a Unidade Local de Saúde: *“Olha, todos aqui devem lembrar. Levei meu filho durante 6 anos nesse programa e nunca faltei. Ia buscar a cesta na Vila a pé com um carrinho de madeira que eu mesma tinha feito, não é mesmo? (...) vou faltar meu trabalho mas não vou ver o menino piorando aí sem fazer nada”.* Mesmo assim, (V) reforça a sugestão de que o programa incluía uma visita para conhecer a realidade social e estrutural de suas famílias e tenha uma comunicação mais próxima com os serviços e programas sociais e com o Conselho Tutelar a fim de disponibilizar um suporte específico a cada núcleo: *“Gostaria que eles viessem aqui pra ver de que jeito vivemos. Eles nunca perguntaram o quanto a gente ganha, quem que cuida, essas coisas... Só querem saber do papel da consulta. E se não tem quem cuide, se não tem o que comer, como eles vão melhorar?”*

CAPITULO VI

ANÁLISE DOS RESULTADOS

O levantamento das rotinas em diferentes cenários de vida de quatro famílias com crianças em déficit nutricional, inscritas no programa Hora de Comer da comunidade da Vila X, traz à tona inúmeras questões relacionadas à saúde familiar.

Neste capítulo, com base no referencial teórico adotado e com auxílio de bibliografia complementar, discuto as rotinas que emergiram dos sujeitos e que influenciam, positiva ou negativamente, o estado de saúde da criança e da família. Esta análise é comparativa dos casos, apontando as divergências e convergências relevantes nos achados. Parte de dois eixos principais - Os ambientes familiares e As rotinas das famílias com crianças desnutridas ou em risco nutricional – que permeiam questões relacionadas ao ambiente, à estrutura familiar e às rotinas propriamente ditas, conforme a lógica seguida anteriormente na descrição dos resultados.

6.1 Os ambientes familiares

Neste primeiro eixo da análise buscou-se refletir sobre a saúde da criança em déficit nutricional e da família como um todo em diferentes ambientes físicos (unidades domiciliares), dos aspectos socioeconômicos, das estruturas familiares e ainda do ambiente social das famílias, incluindo as relações com a rede de suporte social. Os casos foram comparados com o auxílio da sobreposição dos genogramas e ecomapas, além dos dados das entrevistas e da observação em campo, relatados no capítulo anterior.

As três primeiras famílias são vizinhas de quadra no conjunto de casas populares da Vila X e compartilham do mesmo contexto social comunitário. A família (D) reside nas proximidades, mas não costuma frequentar a vila, exceto nos dias de

reunião e entrega da cesta nutricional do programa. Habitam casas pequenas justapostas às vizinhas, com pouca privacidade onde quase tudo é visto, ouvido e sabido, dando origem a falatórios e inúmeras interferências nos conflitos familiares. As construções de até 60 metros quadrados abrigam uma média de 5,5 pessoas convivendo em quatro cômodos. Com exceção da casa (D), as residências seguem o mesmo padrão arquitetônico.

Entretanto, mesmo que essas semelhanças aparentemente sugiram uma idéia de homogeneidade entre os núcleos, havia peculiaridades na mobília, na divisão dos cômodos, nas cores das paredes e em outras dimensões da casa que tornavam cada ambiente físico único, revelando particularidades dos membros e refletindo a identidade familiar. A residência (A) era impecavelmente limpa e organizada; os móveis já desgastados pelo uso eram cuidadosamente adornados revelando o capricho da mãe e suas habilidades manuais. Também no jardim em frente à casa, a grama estava sempre aparada e os canteiros eram mantidos pelo pai (JM). As fotos da filha mais velha de (V) na parede e outros retratos espalhados pela casa demonstravam a intensidade dos vínculos familiares. Além disso, os planos previstos para reformar a cozinha e o quarto indicavam a preocupação do casal com o conforto dos membros, inclusive dos filhos de (JM) em suas visitas quinzenais. Na família B, o ambiente físico denunciava as conseqüências negativas de um incêndio ocorrido há alguns meses, um evento inesperado na vida da família. As paredes ainda apresentavam as manchas escuras causadas pelas chamas e expunham o emaranhado de fios de energia elétrica precariamente instalados. Nas janelas ainda havia vidros quebrados e infiltrações que vinham do telhado improvisado, que acabavam causando um amontoado de mobílias e a aglomeração dos membros em um cômodo, enquanto o outro permanecia inabitável. Os objetos espalhados pelo chão da casa também compunham o ambiente dessa família com quatro crianças e três adolescentes. A criação do gato de estimação dentro de casa demandava medidas de higiene mais rigorosas entre os membros, pois foi algumas vezes flagrado em cima da pia da cozinha e seus pêlos eram vistos no sofá e em cima das camas. Já a casa geminada e o galinheiro faziam parte do cenário religioso da família.

A disposição dos móveis e objetos na casa C demonstrava a posição de destaque que (K*) ocupava no ambiente familiar. Seu quarto era o único planejado, com enfeites e brinquedos que delimitavam o espaço. Na cozinha havia uma porta de armário que armazenava exclusivamente os alimentos de (K*) restritos apenas ao consumo da menina, assim como os sabonetes e xampus dispostos no banheiro. A observação de outros objetos na casa, como berço, carrinho de bebê, chupeta e fraldas confirmava a chegada do novo filho. Os demais ambientes ainda estavam sendo organizados para comportar a família recente e eram melhorados conforme o lucro de (P) com as vendas mensais. Já o ambiente físico habitado pela família D revelava uma importante estratégia adotada para sobreviver: o cultivo doméstico de hortaliças e a pesca de subsistência. No quintal da casa havia algumas ferramentas velhas utilizadas na jardinagem e na pesca. O cuidado com a horta era quase diário e a terra era adubada com restos e cascas de frutas. A casa recentemente reformada já apresentava sinais de alerta na estrutura, como a flexibilidade das tábuas no chão de um dos quartos. A área interna não comportava muitos móveis, e a falta de espaço na mesa durante as refeições dificultava a reunião do grupo familiar. Nas prateleiras do quarto, as pouquíssimas mudas de roupas expostas também confirmavam as dificuldades econômicas do núcleo.

Em relação às características econômicas, essas famílias pertencem a uma classe menos favorecida da população, ganhando até 2,6 salários mínimos e com uma renda per capita que oscila entre 62 e 280 reais, dependendo do tamanho da família. Nessa população de baixa renda, a família B parece sofrer mais as conseqüências da exclusão social, com oito membros vivendo com uma média de 1,5 salário mínimo ao mês, apresentando menos recursos de emprego, de moradia e de alimentação. Tal desigualdade entre as famílias também pode ser exemplificada quando consideramos, nas famílias menores, os brinquedos visíveis nos quartos e um cômodo devidamente mobiliado destinado à(s) criança(s), enquanto naquelas onde conviviam mais pessoas em condições econômicas mais precárias, as crianças brincavam com objetos da casa, como revistas, pedras, bola, entre outros, e seu espaço era partilhado com os demais membros. Desse modo, a observação dos diferentes ambientes físicos também

complementa as reflexões acerca das condições socioeconômicas das famílias. As características dos móveis, os tipos dos eletrodomésticos, as condições da pintura interna e externa das paredes e a presença de alimentos nos armários, nas mesas e nas fruteiras revelam as prioridades de cada família de acordo com a disponibilidade de recursos financeiros e do auxílio recebido pela rede de suporte social. Tal quadro se assemelha ao que Fonseca (2004b) encontrou em seus estudos, na década de 90, com populações de baixa renda de uma vila (São João) de Porto Alegre composta por famílias removidas das favelas do centro. Em suas reflexões sobre a hierarquia social vivenciada pelos moradores daquele bairro, afirma que a observação das rotinas cotidianas e do ambiente revelavam a heterogeneidade socioeconômica vivenciada pelos moradores. Ela considera a idéia de identidade familiar como algo contextual e cambiante que se adapta às situações e redefine-se constantemente dando origem a uma comunidade de natureza heterogênea. Lá, a melhoria das casas, por exemplo, também envolvia os moradores de forma bastante diversificada.

Todos esses cenários vão ao encontro do conceito de Althoff (2002) adotado aqui: *o ambiente familiar é construído pela família de acordo com as necessidades que surgem ao longo do processo de viver. Abrange o espaço onde ocorre a convivência e o funcionamento familiar, que define o modo de viver dos membros. É visto, além da dimensão física, na sua dimensão social.* A dimensão social dessas famílias abrange desde a forma de organização dos membros até suas relações internas e com a rede de suporte social. Assim, longe de realizar uma análise simplista e estática da unidade residencial, busco, a seguir, resgatar uma visão geral dos arranjos familiares encontrados no momento da pesquisa e discuti-los com base nas estruturas das famílias com crianças inscritas no programa municipal de suplementação alimentar da Vila X. Convém registrar que o termo família aqui representado engloba as dimensões físicas e sociais vistas na perspectiva de cada informante. Então, o “fazer parte” da família ora limitava-se aos membros (consangüíneos ou afetivos) que compartilhavam a mesma moradia, ora se estendia aos demais membros que possuíam relações de parentesco com a criança desnutrida.

Dito isso, de acordo com as recentes discussões a respeito das estruturas familiares (SILVEIRA, 2000; FONSECA, 2004; GAÍVA, 2006), enquanto unidade doméstica, os arranjos encontrados conformam-se diferentemente em cada unidade estudada sem um padrão ou um modelo simplificado seguido pelos membros: (A) e (C) são famílias recompostas, cujos membros uniram-se após outras tentativas conjugais mal-sucedidas e convivem, no ambiente familiar, com os frutos desses relacionamentos anteriores. Silveira (2004) sugere, com o apoio de outros autores, que as dinâmicas familiares se tornam mais abertas a negociações à medida que as convenções morais vão cedendo lugar a valores modernos centrados na auto-realização e na satisfação emocional, daí tal ênfase na livre escolha e na afeição legítima além das separações conjugais, a reunião de novas formas familiares até recentemente não aceitas pela sociedade civil. Nas falas da jovem mãe (C – Família C), revela-se o valor afetivo e a esperança do matrimônio ideal depositada nesta nova tentativa de estruturação familiar: *“É uma relação muito boa (...) ele é carinhoso com ela e muito bom pra mim, sou bem franca em dizer (...) pelo menos dessa vez eu acertei no marido.”* Sob esse ponto de vista, as famílias podem ser vistas como funcionais cujos membros se reorganizam constantemente na busca de condições para seu desenvolvimento individual e satisfação pessoal (SEGALEN, 1995; SINGLY, 2000 apud FONSECA, 2004a).

Já na família (B) observa-se a união de dois núcleos monoparentais¹⁸ compostos por duas irmãs, seus filhos e um membro agregado; e (D) trata-se de uma família monoparental extensa na qual convivem a criança desnutrida, sua mãe, os tios e a avó. Ambas as famílias são monoparentais femininas e apresentam, apesar dos auxílios recebidos pelas pensões dos filhos e dos recursos oferecidos por figuras masculinas (família D - irmão e filho; família B - ex-marido), mulheres encarregadas pelo cuidado dos membros, pela administração dos ambientes domiciliares e por obterem os recursos financeiros para sobrevivência do núcleo. Vitale (2002) afirma que uma a cada quatro famílias brasileiras são chefiadas por mulheres, universo em que

¹⁸ Expressão importada dos países anglo-saxões pelas sociólogas feministas na metade dos anos setenta para designar as unidades domésticas em que as pessoas vivem sem cônjuge, com um ou vários filhos com menos de 25 anos e solteiros (LEFAUCHEUR, 1997 apud VITALE, 2002).

predomina a situação monoparental. Apresentam no seu interior um contingente de filhos, enteados, netos e outros agregados que vivem sob seus cuidados e sua responsabilidade, levando as mulheres chefes-de-família a acumular a dupla incumbência de cuidar da casa e das crianças, além de prover o sustento material de seus dependentes, o que geralmente vem acompanhada de uma culpa pela insuficiência na manutenção econômica e de cuidado do lar. Aproximando para a nossa realidade, isso pode ser constatado principalmente na família (D) durante os desabafos da avó (V), cujas falas revelam a sobrecarga em assumir, além do cuidado do lar e dos filhos, a responsabilidade pelo neto desnutrido. Esse peso parece estar associado à demanda de recursos financeiros e à disponibilidade de tempo para o cuidado: *“é difícil pra mim, eu criei todos os meus cinco sozinha e não foi fácil e nem tenho muita condição de criar ele”* (Avó V – família D). Apoiada em outros pesquisadores, Vitale (2002) chama a atenção aos efeitos econômicos perversos que as famílias pobres, monoparentais, chefiadas por mulheres estão expostas devido às diferenças nas formas de inserção da mulher no mercado de trabalho, ganhando menos que os homens e muitas vezes não exercendo funções compatíveis com sua formação, como é o caso de mãe (E – família B) que cursou o segundo grau completo mas só consegue serviços esporádicos de faxineira. Dessa forma, se considerarmos que mais de 50% das crianças brasileiras de 0 a 6 anos estão crescendo em domicílios chefiados por mulheres que ganham até dois salários mínimos (IBGE, 2003), a preocupação com o desenvolvimento de programas governamentais que contribuam para a autonomia das famílias extrapola o recorte deste estudo para um contexto macrossocial.

Quanto à definição de papéis e a distribuição de tarefas nas famílias constituídas por casais (Família A e C), percebeu-se que havia uma participação masculina efetiva nas rotinas da criança em risco nutricional. Na família (A), o pai é o responsável pelas atividades diárias da filha com a creche, com a higiene, alimentação e repouso, além de assumir alguns afazeres domésticos, para manter o vínculo empregatício da esposa. Já na família (C), o padrasto participa das atividades de cuidado das crianças e de algumas atividades relacionadas com a manutenção do lar. Os achados deste pequeno recorte da realidade vão de encontro aos resultados encontrados por Boehs et al (2007)

em sua pesquisa das rotinas com famílias de lactentes em outro bairro do município; e contrariam, em parte, as afirmações generalistas de que as tarefas domésticas e o cuidado dos filhos estão sob a responsabilidade feminina. Segundo alguns autores, o cotidiano doméstico vem apresentando modificações, com a maior aproximação afetiva pais e filhos, havendo alguma participação destes em atividades que envolvem o cuidado e a assistência às crianças, que estão muito mais ligadas ao campo da ajuda do que propriamente da partilha de responsabilidades (COELHO, 2002; BIASOLI-ALVES, 2004). No estudo realizado por Dessen e Braz (2000) sobre as transformações das redes sociais decorrentes do nascimento dos filhos nas famílias pobres, as autoras percebem uma satisfação das mães quanto ao desempenho de seus maridos/companheiros no trabalho doméstico e no cuidado da prole.

Quanto ao papel de provedor do lar, tanto os homens da família (A) e da (C) como suas esposas trabalham fora e contribuem com as despesas da casa e das crianças, embora a renda masculina seja superior. Coelho (2002) também assinala sobre as mudanças na estrutura familiar relacionadas ao ingresso feminino no mercado de trabalho, que a despeito das desigualdades e da discriminação, vem aumentando a cada ano:

O ingresso e a manutenção no mercado de trabalho é valorizado pelas mulheres não apenas pelas possibilidades que oferecem de ascensão e prestígio, ou como decorrência da necessidade de complementar ou suprir a renda familiar. Representa para muitas mulheres também uma realização pessoal, por ser um espaço construído individualmente, no qual se sentem valorizadas como pessoas. (COELHO, 2002, p. 70).

O aumento expressivo das mulheres esposas no mercado de trabalho e na participação da renda sugere que as responsabilidades familiares não estariam mais constituindo um fator impeditivo ao trabalho feminino. Apesar da premência econômica que ainda impulsiona as mulheres a tal participação, esse aumento também é fruto de intenso processo de modernização e de mudança cultural observados no país a partir dos anos setenta, do qual faz parte a expansão da escolaridade, mais acessível ao sexo feminino nos últimos tempos. Contudo, a insuficiência de equipamentos coletivos, como creches e escolas em tempo integral, leva as famílias a buscarem o auxílio nas redes de parentesco, sobretudo nos filhos maiores, ou nas redes de

vizinhança que são acionadas enquanto a mãe vai trabalhar (BRUSCHINI, 1998; FONSECA, 2004b). O apoio da rede de suporte social para o cuidado das crianças é relevante neste estudo de rotinas. De acordo com as necessidades do dia-a-dia familiar, na família (A) o casal conta com o apoio da vizinha (J) e da creche para dar seqüência às rotinas de trabalho; na família (B) o suporte é intra e extrafamiliar, pois as crianças permanecem na creche durante dois períodos diários e ficam a maior parte do tempo sob a responsabilidade da tia (A). Na família (C), a mãe também conta com o apoio institucional para o cuidado da criança, porém também recorre à avó quando precisa. No sistema de trocas intergeracionais, Vitale (2002) destaca as avós como personagens-chave diante das fragilidades conjugais, da recomposição familiar e monoparentalidade. A família (D) é a única em que a criança não participa das atividades institucionais, mas a avó apóia-se no auxílio do segundo filho para o cuidado do caçula e do neto nos momentos em que se encontra no trabalho com o campo.

Assim, ao resgatar os momentos de construção do ecomapa com as famílias, pode-se afirmar que os membros identificam de forma mais objetiva e clara os recursos recebidos pela rede de parentesco, principalmente pelo vínculo afetivo construído entre as partes. Fonseca (2004b) reforça essa discussão quando assinala que no Brasil há indicações de que a rede consangüínea nunca deixou de ser relevante. A importância da parentela extensa aparece com nitidez em grupos populares, onde, diante das difíceis condições de vida e freqüente separação conjugal a rede de ajuda mútua se torna indispensável. Além da figura da avó já mencionada, foi constatada uma freqüência de contatos entre irmãos. Uma hipótese para explicar essa relação de ajuda seria o fato de que ao envelhecer os indivíduos transferem o apego primário dos pais para os irmãos (FONSECA, 2004b). Então, no cenário deste estudo, instituições como escolas, creches, igreja ou terreiro de umbanda são percebidas como necessárias para o amparo das rotinas diárias, porém menos valorizadas ante as demais fontes. Nesse aspecto a família (B) constitui-se uma exceção quando reconhece na creche uma estratégia fundamental para a continuidade da vida das crianças através da garantia

alimentar. Ainda vale a pena destacar que apenas uma família apontou a unidade de saúde como componente da sua rede de apoio.

Quanto ao tamanho dessa malha de relações externas, pode-se dizer que as famílias maiores e que apresentam renda *per capita* menor, como é o caso das unidades (B) e (D), conseguem diferenciar mais fontes de recursos nas quais se apóiam para desenvolver suas atividades diárias e arquitetar o funcionamento familiar. Tal fato pode estar relacionado ao tamanho ampliado da unidade doméstica, no qual a convivência de mais membros amplia também as possibilidades de recursos; e/ou à situação econômica mais precária que as demais, levando os membros a procurarem mais pela rede.

Os tipos de auxílio angariados pelos membros são diversos, conforme previsto no conceito de suporte social adotado inicialmente nesta pesquisa: *além da ajuda material e da divisão das responsabilidades, tem também como função trazer informações a um indivíduo ou grupo pelo qual ele é cuidado e estimado, valorizado, além de pertencente a uma cadeia de comunicação amável reciprocamente* (MOLASSIOTIS et al, 1997; DESSEN; BRAZ, 2000). As famílias buscam pessoas/instituições (filho, avó, vizinho, creche, escola) que possam cuidar de seus filhos enquanto estão no serviço; buscam orientação para recuperar a saúde da criança com déficit nutricional e para sua educação (PHC, creche, Centro de Saúde); recorrem ao apoio afetivo e moral dos amigos e dos parentes; buscam por recursos financeiros ou materiais para complementar o sustento familiar e melhorar o ambiente domiciliar (programas sociais, parentes próximos, vizinhos, comunidade); e ainda buscam por recursos religiosos que fortaleçam os laços entre os indivíduos para atravessarem os momentos de crise. A análise dos ecomapas também mostra predominância dos fluxos unilaterais que indicam que essas famílias têm mais recursos a receber do que a oferecer. As poucas trocas se referiam a dinheiro, alimentos e concessão de espaço para realização dos cultos religiosos.

Outra constatação relevante na relação das dinâmicas familiares com sua malha social foi o entra-e-sai de crianças, vizinhos, parentes e amigos nos domicílios de A, B e C. Essas casas pareciam ter menos privacidade e com acesso ilimitado aos mais

chegados. Um exemplo claro é o da família (C), que tinha a unidade doméstica como um local de encontros diários com a família extensa, os amigos e as crianças vizinhas. Fonseca (1995) afirma que, embora as estatísticas demográficas baseadas em unidades residenciais estáticas possam oferecer um outro quadro, estudos antropológicos sobre famílias de baixa renda já demonstraram, repetidas vezes, a natureza aberta da unidade conjugal. Para a autora, essa característica torna-se perfeitamente evidente quando algumas famílias são acompanhadas nas rotinas diárias.

Por fim, resta ainda tecer duas considerações a respeito das redes de suporte social dessas famílias de baixa renda. A primeira refere-se ao sentimento de solidariedade desenvolvido entre os contatos. Embora algumas vezes se pense que nas famílias pobres os vínculos solidários são bem desenvolvidos e enraizados na experiência de que “todo mundo pode precisar um dia”, em alguns casos essa solidariedade pode ser mais superficial ou espontânea (VITALE, 2002), como no caso de um dos ex-maridos de (V- família D) que deposita o dinheiro da pensão aos filhos simplesmente por receio das penas da lei; ou das doações espontâneas, senão instintivas, de algumas casas da comunidade à família (B). A segunda questão relevante trata-se das relações conflituosas observadas nas diferentes conexões das famílias com o grupo de apoio social. Para essa compreensão, partimos do pressuposto de que tais redes são dinâmicas e cambiantes, e suas relações se estabelecem de acordo com as necessidades que surgem ao longo da vida familiar. Assim, observando-se os conflitos gerados entre as famílias e as instituições deste estudo, os vínculos estabelecidos entre as partes variam de intensidade e podem, em algum momento, reorganizar-se e até romper-se de acordo com o contexto familiar onde se desenvolvem as rotinas e as relações internas e externas dos membros. Essa temática será abordada junto à análise das rotinas familiares, no subitem a seguir.

6.2 As rotinas das famílias com crianças desnutridas ou em risco nutricional

Neste segundo momento, o foco da análise volta-se para questões relacionadas às rotinas propriamente ditas, encontradas nos conteúdos das categorias e subcategorias resultantes dos sujeitos. Assim, com base nos fundamentos conceituais adotados nesta pesquisa, foram construídas algumas associações entre as diferentes rotinas familiares e os múltiplos fatores de risco relacionados ao cenário da desnutrição infantil, obedecendo à seguinte ordem: a) as rotinas biológicas; b) a estrutura e a fase de desenvolvimento familiar e sua influências nas rotinas diárias; c) o ambiente físico/social, incluindo os aspectos econômicos e a disponibilidade das mães para o cuidado da criança e sua influência nas rotinas diárias e na saúde da unidade familiar; d) as rotinas com o programa e com a rede de suporte social e sua influência na saúde da criança e da família. Para eleger os tópicos a seguir, deu-se prioridade aos achados de maior frequência na comparação entre os casos; e/ou àqueles que apresentaram uma influência evidente no estado de saúde da criança e de sua família.

A primeira constatação que brota da observação imediata das rotinas é que todas as famílias apresentam uma organização diária seqüencial, quase espontânea, do seio familiar para atender as necessidades humanas básicas dos seus membros, como alimentação, sono, eliminações, higiene e lazer. Essas seqüências comportamentais estão diretamente ligadas à idade dos membros que ali convivem. A existência desses ciclos biológicos previsíveis no desenrolar das rotinas familiares é defendida por alguns estudiosos do referencial como uma predisposição intrínseca em relação às atividades realizadas dentro de um período de 24 horas (BOYCE et al, 1983). Entretanto, há momentos em que os comportamentos preditivos das famílias com crianças desnutridas ou em risco nutricional aparecem alterados em função de fatores de ordem econômica, ambiental e estrutural que permeiam o viver familiar e interferem, direta ou indiretamente, na saúde dos membros.

Ao analisar as estruturas das famílias, constata-se que todas possuem filhos pré-escolares e estão, de alguma forma, em fase de aquisição e de expansão. Denham

(1995; 2002) enfatiza que as rotinas têm uma forte relação com a fase de desenvolvimento familiar e sofrem modificações e adaptações ao longo do ciclo vital de cada família. Na unidade (A) a organização diária está voltada para as necessidades de trabalho do casal e os cuidados com a filha de três anos que recentemente entrou para a creche. Com vistas a adaptar a criança à rotina institucional e minimizar os efeitos negativos transitórios que tal mudança havia gerado em sua rotina alimentar, os membros realizaram pequenos ajustes no dia-a-dia familiar e redefiniram as tarefas de cuidado, como o levar e buscar da creche, o banho, a alimentação e as medidas disciplinares, entre outras. A relação do núcleo com alguns membros da rede de parentesco também parece fortalecida através da implantação de uma rotina quinzenal. Segundo a mãe da criança (V – família A), os encontros com os filhos de (JM) auxiliam na coesão da estrutura familiar pela manutenção dos vínculos e afeta positivamente a saúde da criança com déficit nutricional ao proporcionar atividades de socialização e lazer entre os irmãos e, indiretamente, levando-a a aceitar melhor a dieta nutricional pela imitação dos hábitos alimentares daqueles que estão a sua volta. Isso reforça o pressuposto teórico de que *as rotinas são comportamentos sociais compartilhados pelos membros de um grupo, capazes de promover a aproximação familiar e adaptação dos membros frente aos estressores de vida, em busca de uma estabilidade* (BOYCE, 1983). Na família (C) a necessidade de reorganização das atividades diárias em função da estrutura familiar apareceu estreitamente relacionada à adaptação da criança e da família a dois momentos principais na vida dos seus membros: o primeiro durante o momento de separação da criança da avó para formação do núcleo familiar, onde tudo era novidade, ou seja, “novos” pais, novo ambiente, novas regras, novas tarefas e papéis; e o segundo com a recente chegada do bebê. Em um de seus estudos etnográficos com povos apalaches, Denham (2002) concluiu que o sucesso na adaptação de crianças que sofrem um processo de separação depende da manutenção da organização do lar e do estabelecimento de rotinas familiares. Assim, os momentos transitórios de formação e expansão nuclear sofridos pela unidade (C) demandaram principalmente uma redefinição dos comportamentos alimentares da família para atender as necessidades de saúde da criança e manter os

hábitos já apreendidos, além da criar estratégias capazes de fortalecer os laços familiares, como os passeios no zoológico, no parque e no teatro em finais de semana. A instituição dessas rotinas refletiu positivamente na saúde da família e da criança em risco nutricional, como atestam as respostas crescentes de aumento ponderal da filha e das conquistas da mãe na definições de papéis e limites e nas habilidades com os afazeres domésticos.

Compreendida como *um fenômeno que se constitui de experiências cotidianas promovidas através do comportamento dos membros e de suas relações com o ambiente interno e com o contexto social amplo* (DENHAM, 1995; 2002), a saúde é afetada principalmente pelos riscos ambientais e pelas privações econômicas a que essas quatro famílias com crianças desnutridas estão expostas. Tais dificuldades não aparecem isoladas no dia-a-dia familiar, elas são interdependentes uma das outras e trazem consigo estratégias que buscam a continuidade da vida. Assim, a fome, a baixa renda, o desemprego, a violência comunitária, a negligência intra e extrafamiliar como a falta de vaga na creche e a rigidez nas regras institucionais, também influenciam, em maior ou menor grau, o estado nutricional dos filhos e a saúde da unidade. É um cenário que aparece não apenas como consequência das desigualdades socioeconômicas percebidas no contexto macropolítico, mas também como uma resposta ao desconhecimento dos dirigentes e demais sujeitos que participam desse cotidiano, às dinâmicas reais dessas famílias por vezes banalizadas ou reduzidas a julgamentos preconceituosos.

A imprevisibilidade de alimentos na mesa da família (B) desencadeia alguns comportamentos que levam ao racionamento alimentar e à dependência de recursos disponíveis na rede de suporte social, conforme descrito na categoria “*Tem vezes que falta comida*”. A situação de desemprego de um membro e os serviços informais realizados por mãe (E) não garantem uma renda mensal fixa suficiente para manter as necessidades familiares e, apesar dos recursos que ganham dos programas, dos alimentos doados pelos vizinhos e amigos, e do dinheiro que ganham com a venda dos bens para a compra de mantimentos, a família ainda passa por períodos de crise que levam os membros adultos a lançar mão de estratégias extremas, como a renúncia a

uma ou mais refeições diárias em favor das crianças. A necessidade de um padrão alimentar emerge quando olhamos para o comportamento individual de cada membro, descrito na subcategoria “*Cada um come o que quer a hora que quer*”. Inicialmente, qualquer profissional de saúde constataria que a reorganização desse comportamento e das regras alimentares auxiliaria na recuperação do déficit nutricional da criança. Porém, o olhar sobre as rotinas alimentares dessa família passa a ser menos ingênuo e superficial quando refletimos e indagamos: como é possível manter uma rotina alimentar sem a garantia contínua de alimentos? Pensando na relação entre promoção de saúde através da modificação do estilo de vida dos sujeitos e na dependência dessa relação com as condições sociais, Verdi e Caponi (2005) reconhecem que, de fato, é difícil intervir na forma de viver dos sujeitos, numa sociedade onde faltam sistemas educativos completos e acessíveis a todos; a higiene pessoal, certamente, é utopia em casas que carecem de água encanada, e é impossível explicar uma dieta saudável a pessoas que passam fome.

A condição econômica dessa unidade também dificulta e às vezes até impede a fluidez de outras rotinas relacionadas aos compromissos com o programa, às obrigações domésticas e às rotinas de lazer. Dessa forma, a família entende que seu potencial para cuidar dos filhos poderia crescer, se houvesse recursos materiais. Por exemplo: se houvesse um carro ou dinheiro para o transporte coletivo, os trajetos a pé até a unidade de saúde, sacrificando as crianças à inclemência do sol ou da chuva poderiam ser evitados; os conflitos gerados com a instituição pelo atraso nas consultas poderiam ser minimizados. Além disso, algumas rotinas de lazer poderiam ser realizadas fora da comunidade e sem a exclusão de nenhum membro; e o conforto das crianças e da família no domicílio poderia ser melhorado se houvesse acesso a outros bens como cama, máquina de lavar, guarda-roupa e outros, sem esquecer os reparos na casa. Na família (D) a dificuldade com a falta de alimentos também aparece, mas em menor grau do que no primeiro caso. Aqui, além da rede social, a avó (V) lança mão de uma rotina de subsistência que inclui a pesca, a horta domiciliar e a produção de alimentos caseiros como o pão e os derivados do leite para minimizar os efeitos da

escassez de dinheiro e mantimentos. (V) aprendeu a “*jogar a tarrafa*”¹⁹ com alguns membros da sua família durante a sua infância no litoral catarinense. Nessa atividade repetitiva de sustento e de lazer está embutido o caráter cultural das rotinas herdado através das gerações (DENHAM, 1995; 2002).

No ambiente familiar, a disponibilidade da mãe para o cuidado, dentre outros fatores, é vista por alguns autores (CARVALHAES; BENICIO, 2002; MACHADO; VIEIRA, 2004; FROTA; BARROSO, 2004; TEIXEIRA, 2004) como uma vertente influenciadora do estado nutricional dos filhos. Neste estudo, percebe-se que a dificuldade apresentada pela mãe (V – família A) de participar das rotinas de cuidado da filha está muito mais relacionada a um fator econômico do que a sua escolaridade ou interesse em cuidar, devido à necessidade de sua inserção no mercado de trabalho para aumento do rendimento familiar. Entretanto, seu papel de cuidadora é assumido pelo marido, e os esforços extras para manter o vínculo empregatício são válidos na medida em que esse ganho suplementar é essencial, na visão da informante-chave, para a manutenção do funcionamento do núcleo. Na família (D), apesar do desinteresse da mãe no cuidado do filho desnutrido, as atividades de assistência a criança continuam sendo desenvolvidas pela avó, inclusive as trocas afetivas. Dessa forma podemos arriscar uma hipótese de que neste recorte, as condições de saúde das crianças inscritas no programa alimentar parecem sofrer muito mais a influência de outros determinantes, como a insegurança alimentar, as condições sanitárias do domicílio e da comunidade, o desemprego e baixa renda, do que da capacidade e disponibilidade das mães para o cuidado. Assim, concluímos em Elsen (2002) que a qualidade e a disponibilidade do cuidado da família aos membros ou ao grupo como tal, dependem da organização da sociedade e dos recursos de diferentes naturezas existentes e disponíveis na comunidade na qual ela está inserida.

Ainda quanto à salubridade do ambiente, de modo geral as famílias utilizam medidas preventivas e modificam algumas rotinas para que a situação real de violência do bairro não afete a saúde e a segurança da prole. Brincadeiras e passeios e outras

¹⁹ “Jogar tarrafa” é uma expressão nativa que significa lançar ao mar uma rede de pesca circular, com chumbo nas bordas, e ao centro uma corda que permite retirá-la fechada da água, com o produto da pesca em seu interior (AURÉLIO, 1988, p. 490).

atividades de lazer são limitados e dependentes de regras que facilitem a observação e o recolhimento das crianças antes do anoitecer. O rompimento dos vínculos da família (B) com uma das instituições de ensino freqüentadas pelas adolescentes também foi uma medida preventiva tomada pela mãe (E) em represália à falta de controle disciplinar dos jovens dentro da instituição, em uma comunidade onde o consumo e a venda de drogas ilícitas acontece de forma indiscriminada. A violência local também limita as possibilidades de emprego e a inserção social e põe em cheque a saúde familiar. A repercussão das notícias policiais veiculadas na mídia estigmatiza e marca os moradores da Vila X, deixando-os ainda mais à margem das conquistas de emprego e de cidadania. Igualmente, a mãe (V- família A) sente-se pressionada a largar sua rotina de trabalho noturno devido aos riscos a que se expõe ao chegar do serviço.

As instalações precárias da família (B) após o incêndio também demandam uma reorganização familiar e o auxílio da rede de suporte social para atenuar os riscos do ambiente à saúde dos membros e permitir-lhes continuar sua vida. As rotinas de sono e repouso foram as mais alteradas devido à falta de vidro na janela de um quarto e ao risco de desabamento do telhado. Nos dias chuvosos o funcionamento da família modifica-se por completo e as crianças mudam-se temporariamente para a casa da madrinha devido à quantidade de água que escorre pelas paredes, tornando difícil a permanência na residência pelo risco de acidente, principalmente elétrico. Em seu estudo comparativo entre famílias apalaches, Denham (2002) constata que os membros estavam menos preparados para enfrentar os eventos inesperados no curso de vida familiar, e diante de um acontecimento como enfermidade, perda de emprego, acidente ou morte surgiam novos padrões comportamentais que ofereciam suporte conforme as prioridades eleitas no núcleo. Além disso, a falta de recursos para reformar a casa leva à exposição freqüente dos móveis e dos colchões à umidade, que acaba por danificá-los rapidamente. Isso se torna um ciclo vicioso, até a perda dos bens adquiridos por doação, agravando ainda mais a situação da família, que se vê compelida a recorrer novamente ao grupo de ajuda, e cria novas rotinas na tentativa de reestruturar-se para atender as demandas diárias dos membros e adaptar-se ao convívio domiciliar.

Contudo, seguindo o pressuposto do referencial teórico que aponta as rotinas como importante moderador na relação geral entre estresse e doença, e na hipótese de que a continuidade na vida da família representa uma dimensão crítica na conexão entre experiência social e saúde (BOYCE, 1983), percebe-se nessas famílias a construção de vínculos e o engajamento em rotinas voltadas, principalmente, para a restauração do estado nutricional das crianças. Nesse sentido, todos os familiares entrevistados fizeram referência às forças positivas advindas do PHC como o auxílio da cesta nutricional, a garantia das avaliações médicas pré-agendadas e as orientações da equipe de saúde durante as reuniões educativas. No entanto, ao voltar o olhar para os comportamentos repetitivos e específicos de cuidado ao membro desnutrido somos levados a refletir sobre três pontos principais: o significado do programa para a saúde das crianças; o significado do programa para a saúde das famílias; e ainda sobre os vínculos institucionais. Nas famílias (B) e (D), onde co-habitava um maior número de pessoas e a renda *per capita* era inferior a 200 reais, as rotinas de cuidado ao membro desnutrido apareciam diluídas nas rotinas gerais da unidade. O fato de a criança estar em risco nutricional ou desnutrida era relevante para o núcleo, mas a premência era com a comida de todos, e os benefícios do programa eram então estendidos aos demais membros, inclusive os produtos da cesta alimentar. Em contrapartida, nas demais famílias os cuidados com a criança de risco e as rotinas alimentares pareciam mais bem definidas e, embora as orientações profissionais auxiliassem no dia-a-dia da família como um todo, os alimentos eram oferecidos principalmente à criança e não eram indispensáveis à sua sobrevivência.

Por fim, cabe ressaltar que a rigidez nas regras institucionais apresentou-se como um fator negativo à saúde da criança desnutrida e de sua família. Em meio às inúmeras dificuldades já presentes no dia-a-dia desses sujeitos, o acesso aos serviços de saúde e à educação poderia ser aperfeiçoado se as rotinas da creche, dos programas governamentais e da unidade de saúde fossem construídas com a participação das famílias. Assim, as relações aparentes de subordinação entre instituições e unidade familiar passariam a atingir um vínculo de parceria, em que as responsabilidades fossem compartilhadas. Em sua análise sobre a relação das mães e dos profissionais de

saúde em programas de desnutrição infantil de um município do nordeste brasileiro, Machado e Vieira (2004) assinalam que as decisões são tomadas de forma verticalizada, e as interações se estabelecem num modelo “clientelista-assistencialista”. As autoras dizem que a forma como se relacionam as categorias de poder e autoridade de um grupo se refletirá nos processos de participação e na decisão de seus membros. Para Denham (1995), as rotinas que apresentam excessiva rigidez e disciplina podem ter efeitos tão negativos como sua própria ausência, causando hostilidade, conflitos e alienação, o que gera insatisfação e reduz a cooperação. Alguns autores que refletem sobre a estratégia de políticas públicas no contexto da promoção de saúde alertam ainda para os riscos que os programas e as instituições estão sujeitos no sentido de serem construídos de modo reducionista, transformando problemas sanitários complexos em desvios de conduta individuais, deslocando tanto o foco do corpo social para o corpo físico ou biológico, quanto a responsabilidade da produção de respostas efetivas do nível do Estado para o próprio indivíduo ou para sua família (VERDI; CAPONI, 2005; HEIDMANN et al, 2006). Dessa forma, torna-se necessário desvendar o que há por trás do atraso ou da falta na consulta de puericultura, da longa permanência da criança no programa, da quebra de vínculo com as instituições, entre outros tantos acontecimentos que permeiam o funcionamento familiar no contexto da desnutrição, a fim de identificar, além do impacto de vários estressores de vida, o desenvolvimento de rotinas produtoras de saúde ns família, buscando valorizá-las.

CAPITULO VII

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao término deste estudo de quatro casos, debruço-me sobre o objetivo de *“conhecer, na perspectiva do referencial teórico de Rotinas Familiares, as rotinas das famílias com crianças desnutridas ou em risco nutricional participantes do programa de suplementação alimentar Hora de Comer de um bairro periférico do município de Florianópolis/SC”* e avalio minhas expectativas ante a problemática do tema inicialmente proposto. Esse período investigatório permitiu de fato uma aproximação com as famílias nos diferentes ambientes familiares; e a descrição detalhada de algumas rotinas, entre as quais encontramos: rotinas associadas às necessidades biológicas como a higiene, o dormir, o lazer e principalmente àquelas ligadas à alimentação das crianças; rotinas relacionadas ao trabalho e à creche; e rotinas relacionadas com a rede de suporte social e com o programa de suplementação alimentar.

Considerando a proposição do estudo de que *“as rotinas familiares são afetadas na presença de um membro desnutrido”* e os resultados obtidos, percebe-se que, embora a vida familiar esteja repleta de surpresas na qual a descoberta do déficit nutricional da criança possa alterar algumas rotinas e proporcionar o surgimento de outras, sua condição de saúde não parece ser o fator mais importante para a organização diária dos membros. As dificuldades econômicas e a exclusão social são obstáculos muito prementes a serem ultrapassados para garantir, em primeira instância, a manutenção e a continuidade da vida. Mesmo assim as famílias não param de buscar a previsibilidade e a estabilidade para dentro do núcleo, sejam essas de ordem afetiva ou financeira. Isso pode ser constatado nas diferentes estruturas assumidas pelos membros e também no surgimento de novos padrões comportamentais de acordo com as tradições, os valores e as prioridades ao longo do ciclo familiar.

Por outro lado, a expectativa anteriormente declarada de que o Programa Hora de Comer *servia como fonte de suporte social a essas famílias* se confirmou após a análise dos resultados. Entretanto, há necessidade de transcender o fluxo unilateral de recursos estabelecido entre instituições e sujeitos para uma relação de troca, com atividades planejadas mediante o reconhecimento do pensar/fazer cotidiano da população. Com base nesta investigação limitada a quatro casos, as rotinas definidas e desenvolvidas pelo programa e pelo serviço de saúde na maioria das vezes ignoram as necessidades reais das famílias e revelam o fosso apontado por Vasconcelos (2001)²⁰, sobretudo no que diz respeito à flexibilidade das regras institucionais. O engessamento dos critérios adotados para o agendamento das consultas na unidade de saúde, para distribuição de vagas escolares e para a permanência ou não da criança na creche são exemplos de conflitos que afetam negativamente a saúde das famílias com crianças desnutridas, pois a organização das atividades dos membros familiares aparece dependente das rotinas das instituições, porém numa relação aparentemente vertical, sem diálogo e pouco participativa.

Em contrapartida, algumas medidas que poderiam promover, mesmo que indiretamente, o estreitamento dos laços entre os programas/serviços de saúde e o ambiente familiar, embora já previstas nas normativas do PHC, são ainda pouco desenvolvidas na prática, como, por exemplo, aquela que trata da permanência do beneficiário: “(...) até que atinja o peso adequado para idade num prazo máximo de oito meses, caso contrário, preconiza-se uma avaliação social da família e uma avaliação da criança a fim de pontuar as razões que impedem a sua melhora (...)”. O que se tem é um percentual de crianças desnutridas ou em risco nutricional dependentes do programa por um período maior do que três anos, e que, provavelmente, serão desligadas por atingirem a idade máxima permitida, como é o caso de (E* - família B), e do filho de (V – família D) desligado há três anos nessas condições.

Dessa forma, os apontamentos que surgem do estudo das rotinas de famílias com crianças participantes de um programa de suplementação alimentar são relevantes

²⁰ Ver capítulo 1, que trata da problematização do estudo.

no cenário da atenção básica de saúde, pois permitem aos profissionais e líderes institucionais e governamentais o desenvolvimento de um olhar sensível e pormenorizado do dia-a-dia das famílias, a fim de compreender criticamente o distanciamento entre as políticas públicas e as perspectivas reais do núcleo familiar e desafiar a consolidação de estratégias que contemplem os interesses das partes envolvidas. Esta análise, enquanto alerta para as dificuldades que os membros enfrentam na busca pela saúde e para a ausência e/ou a fragilidade de alguns padrões comportamentais relevantes à saúde da criança desnutrida, também revela outros comportamentos que, desenvolvidos individual ou coletivamente no ambiente familiar, podem produzir saúde e devem ser valorizados e até adaptados para o sucesso da recuperação ponderal da criança. Destarte, após a conclusão da pesquisa é recomendável retornar ao contexto para compartilhar o conhecimento apreendido e suscitar reflexões/discussões que aproximem os achados teóricos ao fazer profissional e familiar.

Quanto ao contexto da investigação, a violência presenciada na comunidade, que por vezes me deixou insegura ao entrar na Vila X, tornou-se mola propulsora para o desenvolvimento de novas estratégias para a coleta de dados, além da visita domiciliar. Assim, de modo a contornar as adversidades e prosseguir a investigação, as técnicas de observação e de conversa com os familiares foram estendidas também à unidade de saúde e ao centro comunitário por ocasião dos compromissos com o programa, evitando assim visitas constantes ao local. Esse desafio ampliou minhas possibilidades de olhar as rotinas familiares em três ambientes distintos, levando-me à triangulação segura dos dados da observação, com os dados da entrevista e a interpretação do genograma e do ecomapa, somados ainda aos registros da caderneta infantil. As correlações que emergiram dessa combinação de diferentes fontes de coleta promoveram o aprofundamento das proposições do estudo, cujo produto permitiu uma percepção mais clara do fenômeno para obter os resultados, o que facilitou na construção da trama da análise, além do ganho na confiabilidade dos dados.

Diante do exposto, opto por reforçar a premência de pesquisas brasileiras sobre rotinas que contemplem tendências já exploradas no cenário internacional, como por exemplo: a investigação de rotinas em diferentes fases do desenvolvimento familiar nas transações esperadas e não esperadas; a influência das rotinas familiares e/ou institucionais e do grau de rotinização no processo de saúde e doença dos membros; e outros que apontem o impacto de vários tipos de doenças (agudas ou crônicas) nas rotinas de famílias que compartilham a mesma realidade social e econômica. Cabe também desenvolver estudos que proponham interseção entre teoria e assistência. Assim, a aplicação e a validação deste referencial teórico na conduta dos profissionais da equipe de saúde, como, por exemplo, durante a consulta de enfermagem, tanto na anamnese quanto na prescrição de cuidados, pode constituir-se como uma “nova” possibilidade de abordagem familiar dentro das diretrizes da Estratégia de Saúde da Família, tanto em ações preventivas quanto em ações curativas.

REFERÊNCIAS

ALTHOFF, Coleta R. Delineando uma abordagem teórica sobre o processo de conviver em família. In: ELSEN, Ingrid; MARCON, Sonia Silvia; SILVA, Mara Regina Santos da. (Org.). **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: Eduem, 2002. p. 25-43.

AFLOV. Associação Florianopolitana de Voluntários. **Programa Hora de Comer**. Florianópolis: AFLOV, 2006.

ANCAPITAL. Florianópolis: 12 de setembro de 1996.

ARIES, L. **História social da criança e da família**. São Paulo: Zahar, 1981.

AURÉLIO, B. H. F. **Minidicionário da língua portuguesa**. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1988.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 2002.

BAUER, Martin W.; GASKELL, George. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

BIASOLI-ALVES, Zélia Maria Mendes. Discutindo o desenvolvimento psicológico em situações adversas. In: SOUZA, Maria Conceição B. Melo; COSTA, Maria Cristina Silva. **Saúde mental numa sociedade em mudança**. Ribeirão Preto: Leggis Suma/FIERP, 2002. p. 75-94.

_____. **Pesquisando e intervindo com famílias de camadas sociais diversificadas**. In: ALTHOFF, C. R. et al (Orgs.). **Pesquisando a família: olhares contemporâneos**. Florianópolis: Papa-Livro, 2004. p. 91-106.

BOEHS, A. E. et al. Famílias com crianças desnutridas: os desafios para trabalhar em grupos. Métodos, modelos e modos de cuidar de enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**. v. 14, n. 2, p. 287-92, abr./jun. 2005.

BOEHS, A. E. et al. Routines in families with infants. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 15, p. 902 – 08, 2007.

BOYCE, W. T. et al. The Family Routines Inventory: theoretical origins. **Soc. Sci. Med.** v. 17. n. 4, p. 193-200, 1983.

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196**, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

_____. Ministério da Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília, 2002, pp. 5-56.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2004: uma análise da situação de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. 364p.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Dep. de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de compromisso para a saúde integral de criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. 80 p.

_____, Ministério da Saúde. **Vigilância alimentar e nutricional - SISVAN**: orientações básicas para a coleta, o processamento, a análise de dados e a informação em serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

_____, Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica (DAB). **Novas Curvas de Crescimento da Organização Mundial da Saúde (OMS)**. 2006a. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/nutricao/curvas.php>>. Acessado em: junho de 2006.

BRUSCHINI, Cristina. **Trabalho feminino no Brasil: novas conquistas ou persistência das discriminações?** Prepared for delivery at the 1998 meeting of the Latin American Studies Association – ECO 19. Chicago: Illinois – USA. 1998. Disponível em: <<http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/lasa98/Bruschini.pdf>>. Acessado em: 12 set. 2007.

CARRAZZA, Francisco R. et al. Patologia da Nutrição e do Metabolismo. In: MARCONDES, Eduardo; et al. **Pediatria Básica**: pediatria clínica geral, tomo II. 9. ed. São Paulo: SARVIER, 2003.

CARVALHAES, Maria Antonieta de B. L.; BENÍCIO, Maria Helena D'Aquino. Capacidade materna de cuidar e desnutrição infantil. **Rev. Saúde Pública**. v. 36, n. 2, p. 188-97. 2002.

CIAMPONE, Maria Helena; et al. Representações sociais da equipe de enfermagem sobre a criança desnutrida e sua família. **Rev. latino-am.enfermagem**. v. 7, n. 3, p. 17-24.jul. 1999.

COELHO, Virginia Paes. O trabalho da mulher, relações familiares e qualidade de vida. **Serviço Social & Sociedade**. n. 71, ano XXIII, especial p. 63-79, 2002.

DENHAM, S.A. Family Routines: A construct to considering family health. **Holist Nurs Pract**. v. 9. n.4. p.11-23, 1995.

_____, Family Routines. A structural perspective for viewing family health. **Adv. Nurs. Sci**. v. 24. n. 4. p.60-74, 2002.

_____, Relationships between family rituals, family routines, and health. **Journal of Family Nursing**. v. 9. n. 3, p305-30, 2003.

DESSEN, Maria A.; BRAZ, Marcela P. Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. **Psicologia: teoria e pesquisa**. v. 16. n.3. p.221-31, 2000.

DIÁRIO CATARINENSE. Revista DC. Florianópolis: 28 de agosto de 1994; 22 julho de 1995; 12 de setembro de 1996.

ELSEN, I. **Cuidado Familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual**. In: ELSSEN, I; et al. O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. Maringá: Eduem, 2002. p. 9-24.

FERNANDES, Benedito Scaranci. Nova abordagem para o grave problema da desnutrição infantil. **Estudos Avançados**.v. 17, n. 48, 2003.

FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. **Unidades de Saúde**. 2006. Disponível em: <www.pmf.sc.gov.br>. Acessado em: 15 nov. 2006.

FONSECA, C. Olhares antropológicos sobre a família contemporânea. In: ALTHOFF, C. R. et al (Orgs). **Pesquisando a família**: olhares contemporâneos. Florianópolis: Papa-Livro, 2004a. p. 55-68.

_____. **Família, fofoca e honra**: etnografia de relações de gênero e violência em grupos familiares. 2. ed. Porto Alegre: UFRGS, 2004b.

_____. **Caminhos da adoção**. São Paulo: Cortez, 1995. p. 152.

FONTINELE JÚNIOR, Klinger. **Programa Saúde da Família (PSF)**. Goiânia: AB, 2003. 144p.

FROTA, Mirna Albuquerque; BARROSO, Maria Graziela Teixeira. Desnutrição Infantil no Contexto Familiar de mães adolescentes. **Acta Scientiarum Health Science**. v. 26, n. 1, p. 167-173, 2004.

GAÍVA, Maria Aparecida Munhoz. A família como unidade de cuidado de enfermagem na atenção à saúde da criança. In: GAÍVA, Maria Aparecida Munhoz (Org). **Saúde da criança e do adolescente**: contribuições para o trabalho de Enfermeiros(as). Cuiabá: EdUFMT, 2006. p. 61-80.

GOLDENBERG, Paulete. **Repensando a desnutrição como questão social**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1989.

GOMES, Mônica Araújo; PEREIRA, Maria Lúcia Duarte. Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 10, n. 2., p. 357-63, abril/junho 2005.

HEIDMANN, I. T. S. B. et al. Promoção á saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto Contexto Enferm**. v.15, n. 2, p. 352-8, Abr-Jun. 2006.

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNDA**: síntese de indicadores 2002. IBGE: Rio de Janeiro, 2003.

_____. **Pesquisa de orçamentos familiares 2002-2003**: análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil. IBGE: Rio de Janeiro, 2004.

_____. **Segurança alimentar**: pesquisa nacional por amostra de domicílios. Documento virtual de 17 de maio de 2006. Disponível em:

<www.ibge.gov.br/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2004/suplalimentar2004/supl_alimentar2004.pdf>. Acessado em: 20 maio 2006.

JORNAL O ESTADO. Florianópolis: 1º de agosto de 1993; 18 de setembro de 1995.

MACHADO, M. F. A. S; VIEIRA, N. F. C. Participação na perspectiva de mães de crianças desnutridas. **Rev Latino-am Enfermagem**. v. 12, n. 1, p. 76-82, jan.-fev. 2004.

MARCON, S. S. et al. Compartilhando a situação de doença: o cotidiano de famílias de pacientes crônicos. In: ELSEN, I.; MARCON, S.; SILVA, M. R. S. da (orgs.). **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: Eduem, 2002. p. 311-335.

MENDES, E. V. Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde. In: _____. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo, Hucitec, 1996, p. 233-95.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 4. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 2000.

MIOTO, R.C.T. Do conhecimento que temos à intervenção que fazemos: uma reflexão sobre a atenção as famílias no âmbito das políticas sociais. In: ATHOFF, C. R. et al (Orgs). **Pesquisando a família: olhares contemporâneos**. Florianópolis: Papa-Livro, 2004. p.107-114.

MOLASSIOTIS, A. et al. Symptom distress, coping style and biological variables as predictor of survival after bone marrow transplantation. **Journal of Psychosomatic Research**, Oxford, v. 42, n. 3, p. 275-85, 1997.

MONTICELLI, M. Rituais de vida e de cuidado com o nascimento humano. In: In: ELSEN, I. et al. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: Eduem, 2002. p.140-154.

OPS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Declaração de Alma-Ata: Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**. 2006. Disponível em <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acessado em: abril de 2006.

PETRINI, João Carlos. **Pós-modernidade e família**: um itinerário de compreensão. Bauru: Edusc, 2003. 230p.

RESTA, Darielli Grindi; MOTTA, Maria da Graça Corso. Família em situação de risco e sua inserção no Programa de Saúde da Família: uma reflexão necessária a prática profissional. **Texto & Contexto Enfermagem**. v. 14, n. especial: Famílias em situação de risco, 2005. p.109-115.

SAWAYA, Ana Lydia et al. Os dois Brasis: Quem são, onde estão e como vivem os pobres brasileiros. **Estudos Avançados**. v. 17, n. 48, 2003.

SILVEIRA, Maria Lúcia. Família: conceitos sócio-antropológicos básicos para o trabalho em saúde. **Fam. Saúde Desenv**. v. 2, n. 2, p.58-64, jul/dez, 2000.

STAKE, R. E. Case Studies. In: DENZIN, N. K.; LINCOLIN Y. S. (Eds), **Handbook of Qualitative Research**. Newbury Park: Sage. 1994. p. 236-47.

SPRUNGER, L. W.; BOYCE, W. T.; GAINES, J. A. Family-infant congruence: Routines and rhythmicity in family adaptations to a young infant. **Child Development**, n. 56, p. 564-72, 1985.

TEIXEIRA, Júlio César; HELLER, Léo. Fatores ambientais associados à desnutrição infantil em áreas de invasão, Juiz de Fora, MG. **Rev. Bras. Epidemiol**. v. 7, n. 3, p. 270-8, 2004.

TRENTINI, Mercedes; PAIM, Lygia. **Pesquisa convergente-assistencial**: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem. 2. ed. Florianópolis: Insular, 2004. p. 80-85.

TRIVINÕS, Augusto N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sócias**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987. p.160-63.

VASCONCELOS, F.A.G. **Avaliação nutricional de coletividades**. Florianópolis: Editora da UFSC, 1993. 154p.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. Inserir, observar, intervir e refletir: assim surge um programa de acompanhamento a famílias em situação de risco. In: VASCONCELOS, Eymard Mourão. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 79-175.

VERDI, Marta.; CAPONI, Sandra. Reflexões sobre promoção à saúde numa perspectiva bioética. **Texto Contexto Enferm.** v. 14, n. 1, p. 82-8, Jan-Mar. 2005.

VICTORA, Cesar G.; ARAÚJO, Cora L.; ONIS, Mercedes. **Uma nova curva de crescimento para o século XXI.** 2004. 29p. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/nutricao/documentos/nova_curva_cresc_sec_xxi.pdf>. Acessado em: 26 mar. 2007.

VITALE, Maria Amalia Faller. **Famílias monoparentais:** indagações. Serviço Social & Sociedade. n.71, ano XXIII, especial, p.45-62, 2002.

WRIGHT, Lorraine M.; LEAHEY, Maureen. Modelo Calgary de Avaliação da Família. In: _____. **Enfermeiras e Famílias:** um guia para avaliação e intervenção na família. 3. ed. São Paulo: Rocca, 2002. p.63-148.

YIN, Roberto K. **Estudo de Caso:** planejamento e métodos. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

APÊNDICE A: Questionário semi-estruturado



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – PEN/MESTRADO
Pesquisa: Conhecendo as famílias de crianças desnutridas através do referencial de Rotinas e Rituais Familiares

Esta entrevista serve para descobrir como as famílias com crianças desnutridas participantes do programa Hora de Comer e acompanhadas pelo serviço local de saúde, desenvolvem o cuidado aos membros em domicílio, com foco nas estratégias de promoção à saúde da criança.

A entrevista consiste em responder algumas perguntas que serão gravadas mediante sua aprovação (TCLE em anexo). Não há resposta certa ou errada, portanto fique a vontade para contar suas experiências frente ao cuidado à criança desnutrida. Seu nome não constará nos registros e as respostas serão guardadas com os pesquisadores e serão utilizadas somente nesta pesquisa.

Você irá gastar em torno de uma hora para responder as perguntas.

Você poderá desistir da pesquisa a qualquer momento, neste caso entre em contato com a pesquisadora de campo – Camila Stefanés Goulart Jorge – pelo telefone: 91620304.

Assinatura entrevistado

Assinatura entrevistador

1. Da entrevista:

(1.a) Data: _____

(1.b) Nome do entrevistado: _____

(1.c) Local de moradia/telefone: _____

(1.d) Área e microárea que pertence: _____

2. Dados de identificação do entrevistado:

(2.a) Idade: _____ anos.

(2.b) Sexo: ()F ()M

(2.c) Parentesco:

() mãe () cuidador responsável Parentesco com a criança: _____

3. Dados sócio-econômicos do entrevistado/família:

(3.a) Escolaridade:

() 1º grau incompleto () 1º grau completo () 2º grau incompleto

() 2º grau completo () curso superior andamento ou concluído

(3.b) Atualmente está:

() com emprego fixo Qual é seu trabalho: _____ Quanto tempo: _____

() desempregado Quanto tempo: _____

() aposentado () do lar () autônomo

(3.c) Quantas pessoas contribuem com a renda da casa? _____

(3.d) Renda familiar mensal: _____

(3.e) Quanto a família gasta com o tratamento mensal (cuidados reparativos) da criança desnutrida? _____

4. A criança (auxílio da caderneta de saúde):

(4.a) Sexo: M F

(4.b) Idade: _____ anos _____ meses

(4.c) Peso: _____ gr (4.d) Altura: _____ cm (4.e) Percentil: _____

(4.d) Frequenta escola ou creche? _____

(4.e) Alguma doença (comorbidade), além do déficit nutricional (DEP): _____

(4.f) Tempo de permanência no programa: _____ anos _____ meses

5. Família da criança:

(5.a) Genograma: (3 gerações a partir da criança desnutrida)

(5.b) Quem você considera que faz parte da família da criança? _____

(5.c) Quem mora junto com a criança? _____

(5.d) Há outras pessoas que não residem junto com a criança ou que não são parentes, mas que você considera como parte dessa família? _____

(5.d.1) Por quê? _____

6. Ambiente social

(6.a) Ecomapa a partir do genograma circundado (membros que convivem no domicílio com a criança):

(6.b) Com quem vocês podem contar para ajuda-los no cuidado das crianças? Que tipo de ajuda que a família mais precisa para realizar os cuidados da criança desnutrida no dia-a-dia? _____

(6.c) Quem oferece essa ajuda? (detalhar nas respostas)

vizinhos familiares órgãos e/ou instituições
 programas de saúde Outros

Observação direta:

Descrever a relação entre os membros presentes, observadas durante a entrevista (gestos de carinho, comunicação, brigas, ações de cuidado, entre outras): _____

7. Ambiente físico:

(7.a) Moradia:

própria alugada outros _____

(7.b) Número de cômodos: _____

(7.c) Como os indivíduos se distribuem na casa? _____

(7.d) Há um lugar comum para encontros familiares? _____

(7.d.1) Qual? _____

(7.e) Há espaços reservados para a criança? _____

(7.e.1) Quais? _____

(7.f) Energia elétrica:

própria rabicho não possui

(7.g) Saneamento básico:

rede de esgoto fossa séptica outros não possui

(7.h) A água que a família bebe é:

direto da rede filtrada clorada fervida outros _____

(7.i) Você acha que essa casa oferece saúde à criança e a família? _____

(7.i.a) Por que? _____

Observação direta:

Qual o conforto/segurança que o ambiente físico disponibiliza à família? Descrever o que tem dentro da residência que responde as necessidades diárias da família como aparelhos eletrodomésticos, banheiro interno, objetos de recreação e espaço para lazer, entre outros: _____

8. Rotinas e rituais de cuidados da criança desnutrida e de sua família:

(8.a) Como é o dia da criança, da hora que acorda até a hora de dormir?(estar atento para comportamentos diários, comportamentos semanais, comportamentos anuais, comportamentos sazonais).

(8.b) Como a família se organiza na hora das refeições? _____

todos almoçam juntos Onde? Como? _____

há lugares específicos na mesa há hora já determinada

fazem algum tipo de oração, mensagem

Outros _____

(8.c) No contexto familiar, que outras atividades de cuidado é feita à criança?(estar atento o banho, a hora de dormir no inverno no verão) _____

(8.c.1) Quem realiza? _____

(8.c.2) Com que frequência:

diária semanal mensal anual sazonal Qual? _____

(8.d) Há alguma(s) atividade(s), que a família organiza frequentemente, que consideram importante para a união e saúde dos membros? (estar atento aos aniversários, carnaval, páscoa, natal, outros): _____

APÊNDICE B: Guia para conhecer as rotinas das famílias com criança desnutrida



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – PEN/MESTRADO**

Data: ____ / ____ / ____.

a) Dados sobre o informante-chave:

Nome: _____ Idade: _____

Profissão: _____ Escolaridade: _____

Naturalidade: _____

Grau de parentesco com a criança desnutrida: _____

b) Dados sobre a família:

Quantos membros moram aqui? _____ Há quanto tempo? _____

Renda familiar? _____

Obs: (construir genograma e ecomapa por último com nome, idade, profissão, escolaridade e naturalidade dos membros a partir da criança desnutrida*)

c) Dados da criança:

Nome _____ Idade: _____

Quanto tempo no programa? _____

Observações da caderneta: _____

d) Características do ambiente (tipo de moradia, condições sanitárias, instalações elétricas, móveis/eletrodomésticos, etc). _____

e) Rotinas familiares:

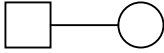
Como é o dia-a-dia da família com criança desnutrida?


APÊNDICE C: Legendas genograma e ecomapa

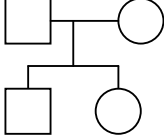
Genograma

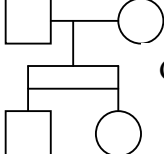
 Sexo masculino  Sexo feminino

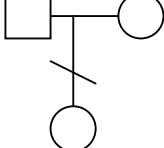
 ou  Criança desnutrida

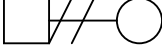
 Casamento ou união consensual com marido à esquerda e esposa à direita.


 Membro familiar sem laço consanguíneo

 Filhos por ordem de nascimento, iniciando com o mais velho.

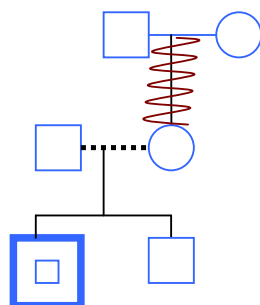
 Gemelaridade


 Adoção

 Separações conjugais

 Aborto ou abortamento

 Óbito



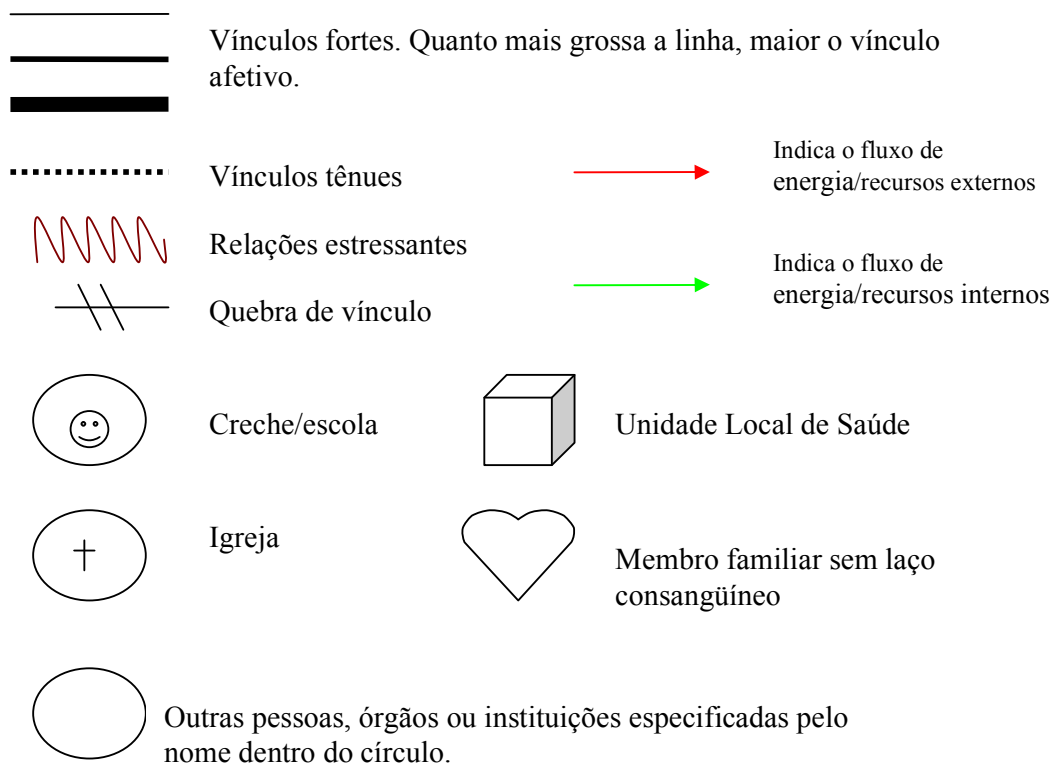
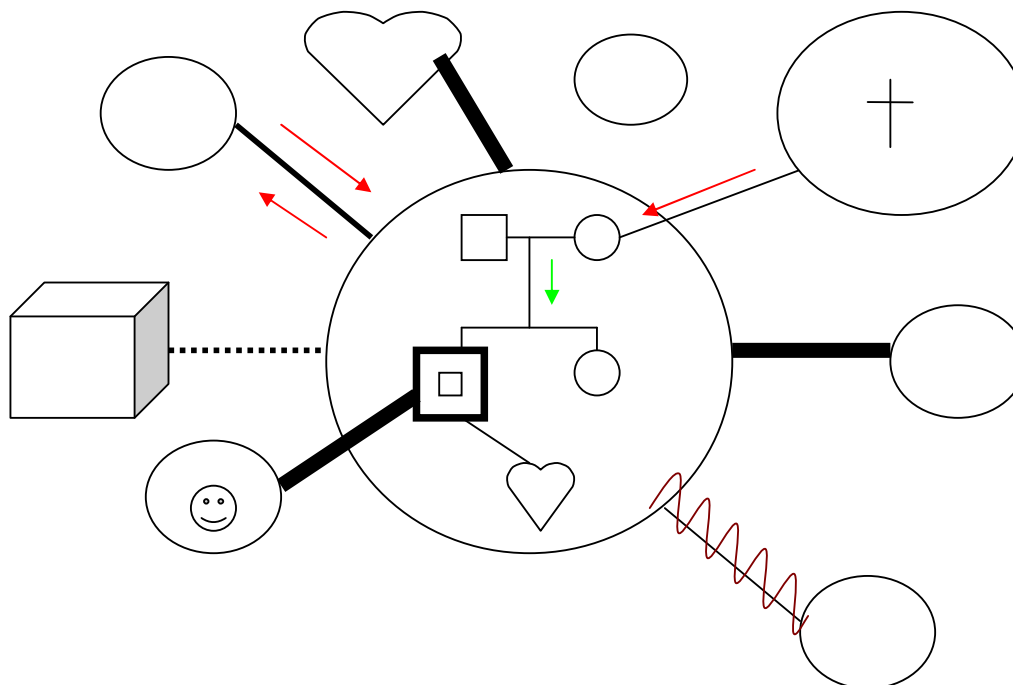
 Membros que dividem o mesmo espaço físico

 Bom vínculo

 Vínculo tênue

 Perda do vínculo

 Relação estressante

Ecomapa:

APÊNDICE D: Termo de consentimento livre e esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Meu nome é *Camila Stefanos* e estou desenvolvendo a pesquisa *Conhecendo as famílias de crianças desnutridas através do referencial de Rotinas Familiares*, com as famílias de crianças desnutridas deste bairro que participam do Programa Hora de Comer-Florianópolis/SC.

Tenho o objetivo de conhecer como vocês se organizam no dia-a-dia, com foco nas atividades de promoção da saúde da criança. Com essa pesquisa pretendo contribuir com o planejamento das ações de cuidado dos profissionais de saúde e com os serviços e programas, junto às necessidades das famílias com crianças desnutridas.

Sua participação será a de responder as perguntas da entrevista, com duração aproximada de 1 hora e não trará riscos ou desconfortos. Seu nome será preservado e os dados serão gravados e guardados e somente serão usados para esse estudo.

Você tem o direito de não participar da pesquisa ou desistir a qualquer momento ligando para os telefones abaixo*.

Também ligue em caso de dúvidas.

Se estiver de acordo em participar, assine o documento e guarde uma cópia.

*Contatos:

Pesquisadora responsável: Dra. Astrid Eggert Boehs – Telefone: 33319543

Pesquisadora de campo: Msc. Camila Stefanos – Telefones: 91620304

e-mail: milamix@hotmail.com

Assinatura da pesquisadora de campo: _____

Consentimento Pós-Informação

Eu, (nome completo do familiar participante) _____, fui esclarecido (a) sobre a pesquisa acima e concordo em colaborar e autorizo que meus dados e/ou imagens sejam utilizados estritamente na realização deste estudo.

Florianópolis, ____ de _____ de 200__.

Assinatura: _____ ou impressão digital _____.

NOTA: Este consentimento terá 2 vias: uma ficará de posse da pesquisadora e outra com o entrevistado.

ANEXO A: MODELO DE CATEGORIZAÇÃO DADOS

ENTREVISTA – FAMÍLIA B – dia 28/05/2007 – 14:00. Duração 1h10min.

1ª ETAPA: O QUE É ROTINA?

Na coluna da esquerda, copiei a transcrição na íntegra da entrevista e fui grifando de vermelho tudo o que estava relacionado com minha pergunta de pesquisa: quais as rotinas de famílias com crianças desnutridas?

No lado D copiei as falas em vermelho (lado E) e organizei em 4 grandes pré-categorias com o intuito de visualizar melhor os dados coletados. Como optei em iniciar as entrevistas por uma pergunta ampla e aberta (**Como é o dia-a-dia da família com a criança desnutrida?**), ou seja, sem a aplicação de perguntas guias semi-estruturadas, as pré-categorias foram então construídas após as releituras das entrevistas. Tratam-se de 4 grandes blocos temáticos sobre rotinas, que orientaram a organização inicial dos dados para uma posterior análise. Reúnem, de forma ampla e “superficial”, conteúdos (falas) afins destacados na transcrição e significativos para o propósito do estudo.

2ª ETAPA: ENCONTRANDO AS UNIDADES DE SIGNIFICADO

Na coluna da esquerda, a partir do produto da etapa anterior, filtrei as falas realmente significativas para o escopo do estudo, mantendo-as nos grupos pré-categóricos, os quais diferenciei por cores: rotina geral – vermelho, rotina alimentar – azul, rotina de educação/lazer – amarelo e rotina com o programa hora de comer – lilás.

Na coluna da direita realizei a primeira abstração dos dados brutos na tentativa de representar resumidamente as falas significativas, formando assim as unidades de significado.

Pré-categoria: ROTINA GERAL –	Unidades de significado
<p>unidades de significado</p> <p>...durante a semana todos vão pra creche ou CEC (centro educacional – ensino fundamental).</p> <p>todos acordam cedo, pra umas oito horas ta todo mundo saindo...as três maior vão pro CEC e os três menor pra creche.</p> <p>Lá eles ficam o dia todo.</p> <p>Então eu fico cuidando da casa e deles, porque não é fácil, são seis...e a gente não confia de deixar por aí. Vão ficar com quem? Esse lugar é violento...não respeitam as crianças...a polícia também não quer nem saber...volta e meia vem pra pegar fulaninho</p>	<p>- Durante a semana, as crianças acordam cedo (8 horas). As três maiores vão para o CEC e as três menores para a creche, onde ficam o dia todo.</p> <p>- mãe sai em busca de trabalho porque tem mais condições intelectuais e só volta no final do dia.</p> <p>- mãe, mesmo sendo formada (tem diploma) e com experiência na área pedagógica (já foi professora) só consegue serviço de faxineira, sem estabilidade. (nada fixo)</p> <p>- tem dificuldade de conseguir emprego por serem da Vila X.</p> <p>- as pessoas têm medo de empregar os</p>

<p>e não sei quem e não querem saber...vai que um dia tomam uma bala perdida por aí...Minha nossa, não dá pra bobear.</p> <p>Então eu que cuido.</p> <p>ta muito difícil...quando chove então, enche de água...molha tudo. Então aquelas coisas que ganhamos acabam estragando de novo. Olha, tu precisa ver como fica isso aqui quando chove...lá em cima é o pior..e é bem onde as crianças dormem. Daí quando chove mando eles lá pra N, sabe né? A N que é comadre da E...madrinha do W...e eu fico aqui tirando a água e enxugando as coisas. Não tem condições.</p> <p>Passamos um mês nesse galpão ali sem a menor condição...a minha até ficou doente... lá não tinha encanamento, água, não tinha telhado, não tinha segurança, não tinha a descarga do banheiro, então quer dizer, ficava difícil, e era bicho...a gente não dormia de madrugada pra ficar matando os bichos por causa deles (crianças), ficava uma coisa muito... A vizinhança que ajudou com o que podia. Aí decidimos voltar pra casa...e tamo aqui até hoje, mas tá difícil...Perdemos todas as roupas, documentos, cobertores...a geladeira e o fogão deu pra salvar.</p> <p>alguém tem que estar em casa quando eles voltam da creche, não tem jeito.</p> <p>Mas é que ela, é assim ó, é 4 crianças pra ficar, pra...e deixar a mais velha sozinha...ela também é criança. Imagina se o conselho bate aqui e acha ela sozinha, e daí? Levam tudo pro conselho tutelar. Aí é mais um problema pra nós. Então uma tem sempre que ficar em casa...é onde eu sempre fico em casa. Pra mim sair é só enquanto eles estão na creche e elas tão na aula. E eu já saio apressada, pô, daqui a pouco eles já chegam...</p> <p>Pra cuidar da casa, a E até faz uma lista toda semana com os afazeres de cada uma. pega uma lista e bota..por exemplo: Jj,</p>	<p>moradores da Vila X, pensam que vão roubar...</p> <ul style="list-style-type: none"> - tem muito lugar violento, mas a vila já tem fama. - Não dão oportunidade pra quem é daqui, tem pré-conceito pelas pessoas daqui. - se tivessem empregadas poderiam adquirir bens que facilitariam o dia-a-dia com as 6 crianças (poupariam tempo) por exemplo: máquina de lavar, carro para levar as consultas. - tia tem o papel de cuidadora: cuida da casa e das crianças. - depois que a casa incendiou ficou tudo mais difícil. Quando chove entra muita água e estraga as poucas coisas que ganhamos. Eu tenho que ficar aqui tirando a água e enxugando as coisas. As crianças tem que dormir na vizinha (madrinha de uma das crianças) porque os quartos inundam. - devido ao incêndio tiveram que se abrigar num galpão. As condições eram precárias e as crianças acabaram adoecendo. A tia e mãe não dormiam para garantir a segurança das crianças (matavam os bichos). - perderam muita coisa com o incêndio. A vizinhança ajudou como podia. - pediram ajuda à prefeitura e ao HC sem sucesso. Só bateram foto. - a tia pensou em procurar o CS e escrever pro G para tentar arrumar a casa. - há uma preocupação grande com a segurança das crianças, pois o lugar é violento e não as respeitam. - a polícia também não respeita as crianças, há risco de tomarem uma bala perdida. - a tia sempre está em casa para cuidar e
---	---

segunda-feira, cuida do Q, lava a louça do almoço e limpa o meu quarto. Mas isso aí é difícil elas fazer, elas não fazem. Então quer dizer...elas tão na aula...elas fazem raramente é nos finais de semana. E aí é eu que faço tudo.

Se uma de nós tivesse trabalhando, nós podia comprar uma máquina de lavar, facilitava, facilitava a nossa...porque perde muito tempo, né, mas como que a gente vai fazer isso, se a gente nem serviço não tem, né?!

Minha irmã como tem mais condições, ela luta atrás de um emprego. Ela é estudada, tem diploma...já foi professora...e mesmo assim o único serviço que consegue é de doméstica...umas faxina aqui e ali...mas nada fixo.

se você vai no “ciece” e tem a carta de referência, e olhe lá ainda também, porque tu indo na casa, como eu já fiz, ir de casa em casa tá, pra bater, eles fecham o portão na tua cara. Que eles pensam que tu vai roubar, eles pensam que tu vai...porque o mundo tá aí violento, ainda mais ó, Vila X, essa vila aqui tá famosa...tá quem... então quer dizer, já tem medo de pegar as pessoas daqui pra trabalhar, tais entendendo? Faxina é a mesma coisa, é o que eu posso fazer no momento, né?!

dois anos atrás eu tava estudando, aí ela era muito pequenininha, chorava muito...aí tinha o W também, ele era pequenininho, aí não deu...tive que sair, tive que sair pra poder pelo menos deixar ela maiorzinha. Esse ano eu queria tentar né, mas...me marquei até aqui no coiso tudo, não consegui ainda ir, não consegui ainda ir...

Tem que alguém cuidar daqui enquanto a outra vai em busca de serviço. Então a E sai de manhã pra fazer as volta dela e volta no fim do dia.

essa vila é famosa...quando fala que mora aqui o pessoal não quer dar oportunidade..tem

garantir a segurança das crianças.

- devido a violência a tia só sai quando as crianças não estão em casa, e isso a limita para buscar emprego. (sai e logo tem que voltar)

- tia optou por largar os estudos para cuidar das crianças.

- deixar a mais velha cuidando não é uma solução, mas pode ser um problema porque também é criança. Se o conselho tutelar vê, levam todas elas.

- chegando da creche a tia dá banho nas três crianças menores. Depois ficam dentro de casa até a hora de dormirem.

- as três menores dormem cedo.

- as três maiores deveriam ajudar nos afazeres da casa conforme preconizado semanalmente pela mãe através de uma rotina por escrito, porém burlam essa tarefa. Quem acaba fazendo é a tia.

- não fazem porque vão pra aula e nos finais de semana fazem raramente.

- as três maiores ficam até tarde assistindo TV.

- dividem-se em dois quartos para dormirem: a mãe com seus 4 filhos em um quarto na mesma cama de casal. No outro a tia com sua filha numa cama de solteiro e na outra cama a T (agregada).

Unidades de significado

- as mais velhas acordam tarde e tomam café no lugar do almoço.

- uns comem bem e uns comem mal

- uma prefere pão com nescau à comida salgada, só come isso.

<p>medo que roube, não querem empregar ninguém daqui....e isso diminui mais a chance de conseguir alguma coisa.</p> <p>eles chegam no final da tarde, e já dou banho nos três (menores)...</p> <p>Depois de tomar banho, ficam dentro de casa já...</p> <p>As crianças dormem cedo. As mais velha as vezes ficam até tarde assistindo filme, televisão. A gente dorme tudo lá em cima. Tem dois quarto. Um é da E que tem uma cama de casal. Ali dorme ela e todos filhos: o W, a E, a J e a Jj. No outro quarto dorme eu com a minha numa cama e na outra dorme a T.</p> <p>Pré-categoria: ROTINA ALIMENTAÇÃO</p> <p>Quando acorda o almoço ta pronto, mas aí que elas tomam café. Come um pão com nescau...nunca vi...não sei como o corpo agüenta....comida salgada pra ela nem precisava existir....gosta só de pão. O W e a minha comem bem. A T é a que mais come, come um monte no cec, ta toda hora comendo e depois não quer ta gorda. A E que é um problema pra comer...desde pequena. De manhã dou uma mamadeira, aí quando ela chega quer outra mamadeira, mas não dou, porque senão ela não come comida. Verdura, essas coisas, os pequenos não gostam, mas também eles imitam as grandes...elas não comem, dizem que é ruim, e aí...como que os pequenos vão gostar? Escutam elas falando isso e eles também acham.</p> <p>Eu e a E se viramos com o que dá... o que sustenta a família é a cesta da E, que não é só pra ela, é pra todas, e também o bolsa escola (atual bolsa família) da mais velha...é o que salva...</p> <p>Graças a Deus que as principais refeições eles fazem na creche.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - a criança desnutrida prefere mamadeira à comida de sal. - é difícil faze-la (çç desnutrida) comer - uma come bastante na escola - não gostam de verduras - tem dias que falta comida, falta gás. - é triste porque as crianças têm fome e pedem. - teve dias que não tinha nem farinha pra fazer uma água barrenta pra dar a eles. - tem vez que eu cozinho até na rua embaixo de chuva pra fazer alguma coisinha pra eles. - teve uma semana toda que eles ficaram sem botar nada no estomago. - graças a Deus que as principais refeições eles fazem na creche. - chegam do colégio morta de fome. - a janta é as 7:30. - dormem cedo para driblar a fome/ falta de comida - o que sustenta a família é a cesta do PHC e o bolsa família. - tudo o que ganham é para todos - quando as coisas apertam vendem alguns objetos da casa para comprar comida - a mãe não gosta que peçam, mas quando sentem fome pedem para as vizinhas algo para comer - O que mais preocupa é a alimentação, porque eles estudam, ocupam a mente e daí não podem estar de barriga vazia.
---	--

<p>procuro deixar a janta pronta aí pelas sete e meia, oito horas...pra não dormirem de barriga vazia eles dormem cedo.</p> <p>a mais velha quando recebe o dinheiro da bolsa ela mesmo diz: Eu não quero ficar com o dinheiro, esse dinheiro é pra todos...ela vê o que passamos...</p> <p>queria ajudar mais, queria ter condição pra criar a minha filha...não que ela se importe porque onde come um, come 5...mas queria ajudar.</p> <p>Agora, as poucas coisas que a E consegue comprar, quando se apertamos, ela tem que vender pra dar de comer pras crianças.</p> <p>Teve até um tempo que fui pra Curitiba com a Tt em busca da minha casa... também sobrava mais espaço pra eles...daí podia educar ela do meu jeito Até tava ganhando um dinheirinho e conseguia mandar um pouco pra cá...fiquei lá uns 4 meses. Mas me desesperei quando falei com minha irmã pelo telefone. Ela disse que teve uma semana toda que eles ficaram sem botar nada no estomago. Daí não deu, isso me enlouqueceu e voltei pra ajudar, porque só temos uma a outra.</p> <p>Tudo o que traz pra casa é dividido entre todos.</p> <p>A E não gosta que fique pedindo por aí, as vezes a mais velha vai na vizinha e pede alguma coisa pra comer, ela não gosta. Mas fazer o que se estão com fome? A mais velha mesmo diz: eu to com fome e vou lá na madrinha comer. A Tati as vezes vai ali na (ACS) e empresta alguma coisa.</p> <p>O afilhado dela vem de vez em quando e ajuda. A semana passada ele veio...essa comida que temos aí é das coisas que trouxe pra ela e deu um pouco pra gente.</p> <p>O que mais me preocupa é com a alimentação, porque eles estudam, ocupam a</p>	<p>- são seis e fase de crescimento, não pode faltar comida.</p> <p>- quando falta comida vão ali na madrinha e ela salva. Ela ganha alimentos do outro afilhado e reparte. Estão comendo aí por causa disso</p> <p>- A T as vezes vai ali na (ACS) e empresta alguma coisa.</p> <p>- as vezes fazem milagre com o dinheiro</p> <p>- a mãe prefere passar fome do que ir na vizinha pedir. Não quer incomodar e briga quando as outras pedem</p> <p>- a tia não pensa em orgulho, primeiro pensa na filha</p> <p>- uma das adolescentes tem vergonha de pedir e pede pra outra ir.</p> <p>Unidades de significado</p> <p>- as mais velhas faltam bastante o CEC e acordam tarde.</p> <p>- A E é uma mãe aberta, conversa bastante com as meninas, até com as filhas dos outros. Explica sobre as coisas que estão por aí, droga, sexo e essas coisas.</p> <p>- o lugar é violento para criar os filhos. Sonham em morar longe dali.</p> <p>- não passeiam final de semana pela falta de dinheiro</p> <p>- brincam dentro de casa ou em frente a casa onde possam vigiar, pois o lugar é violento</p> <p>- não dá pra sair fazer alguma coisa e ficar tranqüila com as crianças lá, pois o lugar é violento</p> <p>- final de semana não dá pra arrumar nada com as crianças dentro de casa por causa da</p>
---	--

mente e daí não podem estar de barriga vazia.

É que nem o gás né, acaba o gás, meu Deus, o gás tá uma careza né? Aí tem um monte de criança, tem vez que eu cozinho até na rua embaixo de chuva pra fazer alguma coisinha pra eles.

Então, quando falta aqui, a gente vai ali, mas também as vezes falta ali, e a gente não tem pra quem pedir socorro, aonde que a gente vai né? Ela que sempre salva a gente. as vezes quando o afilhado dela vem aqui, que assim, é raro né ele vim aqui, ele faz compra que ele adora ela. Ele fala: “quando a madrinha apertar me liga que eu ajudo a madrinha, o que eu puder eu faço.” E a gente tá comendo aí é por causa disso, porque a passada ele veio aqui e viu...que a gente tava sem gás, e viu que a gente tava aqui apavorada, tava eu e ela sentada aqui pensando o que a gente ia fazer, né...

As vezes até arroz a gente vai ali, porque a minha irmã ela não gosta de tá incomodando, tá pedindo...pô, ela briga com nós pra caramba, comigo e com a mais velha, mas a mais velha diz: “Ah madrinha, eu to com fome e vou atrás, vou ver se a se a N não tem”, né? Aí ela pede pra T ir ali na R, que ela tem vergonha, né? “Aí eu tô com fome madrinha, e não vou ficar, eu vou dar um jeito”, mas a E não gosta de tá incomodando os outros, prefere passar fome do que ir ali na vizinha, não se sente bem. Eu já não, depois que eu tive ela, ah, eu tenho que pensar na minha filha...não posso pensar em orgulho, senão...

...eles tem que ter alguma coisa pra botar na boca, porque elas chegam do colégio morta de fome. Então eu sei que...as vezes a gente faz até milagre com o dinheiro pra poder...e não é só duas ou três crianças né, são seis, e tudo em fase de crescimento,...aí é difícil né, aí fica bem difícil.

Pré-categoria: ROTINA

violência

- a policia bate a qualquer hora

- é um dilema porque as crianças reclamam que querem correr, brincar, mas não dá por causa da violência.

Unidades de significado

- nunca faltam as consultas,

- quando perdem as reuniões vão assisti-las em outro local porque precisam da cesta

- mesmo quando a criança tava melhor continuaram recebendo a cesta por causa da situação

- nunca deixam de acompanhar, a saúde é sagrado

- a tia leva as consultas a pé, na chuva ou no frio, mas não faltam

- No verão quando tava muito quente tinha dó da criança, naquele sol..., as vezes conseguia uma carona pra voltar

- até arrumar todos pra ir pra aula e sair pra consulta demora

- as crianças também tem um horário certo pra entrarem na aula

- até dar café pra todos pra não saírem em jejum demora

- as vezes chegamos atrasadas mas o pessoal da recepção não entende as dificuldades que passamos, reclamam.

- Quer ver quando tenho que levar os cinco pro dentista...coitados...e vamos a pé.

- se tivesse um carrinho pra levar ajudava.

LAZER/EDUCAÇÃO

Delas (se referindo as mais velhas) a única que quase nunca falta é a T...porque as outras minha nossa. Não dá pra entender, a Jj é a que mais dorme cedo e não acorda pra ir. A J se deixar dorme até meio dia.

Então, nem brincar na rua deixo muito, porque se ainda eles ficassem só aqui na frente, mas saem correndo por aí e tenho medo...é muito violento. O quanto posso tento manter dentro de casa ou num lugar que consiga enxergar. Eles reclama, dizem: a madrinha, a gente já fica a semana toda aqui, mas não tem como sair, passear. Com que dinheiro? Não posso levar uns e deixar os outros...mesmo que deixe com a mais velha cuidando, mas ela também é uma criança...não tem como.

A E é uma mãe aberta, conversa bastante com as meninas, até com as filhas dos outros. Explica sobre as coisas que estão por aí, droga, sexo e essas coisas.

...Mas esse lugar é muito violento pra criar os filhos, não dá pra gente sair, ir pro centro fazer alguma coisa e ficar tranqüila. Logo volto, porque meu coração fica apertado. Nosso sonho é ainda achar um lugar longe daqui.

final de semana não dá de tu arrumar nada. As crianças ficam por aqui, porque a gente não sabe que horas que a polícia vai bater pra pegar essas “coisa” aí, e é o que mais a gente vê aí ó, pessoa que levou um tiro de bobeira e tá no hospital quase morrendo ou morreu, porque tava na hora que a polícia deu o tiro no marginal, não viu quem tava...né, então tem que muito que ficar ligada nisso. Então ó, “ahh po, dia de semana a gente já tem aula, já tem CEC, aí final de semana nem brincar na rua a gente pode...”elas reclamam, mas assim ó, é melhor vocês brincarem dentro de casa, ou aqui perto, do que andar por aí...e elas não

ficam só num lugar, querem brincar, querem correr, querem... né?! E eu to aqui dentro e não vou poder ficar olhando elas, pelo menos aqui na frente eu to olhando e sabendo que elas tão ali, né?! E é um dilema.

**Pré-categoria: ROTINA PROGRAMA
HORA DE COMER**

...é a bolsa e cesta do programa que ajuda, por isso que nós nunca faltamos nas reuniões...as vezes perdemos a reunião daqui e vamos proutro lugar...corremos atrás mesmo, porque faz diferença.

quando ela tava melhor, até não tirou a cesta dela por causa da nossa situação. Por isso que eu tento sempre todo mês ela tá legal, pra ela poder sair, porque tem outras crianças que precisam mais que ela, tá entendendo? Mas fica difícil, fica muito difícil pra nós.

Mesmo assim, nunca deixamos de acompanhar...a saúde das crianças é sagrado. Sou eu que levo nas consultas do posto...de a pé. Seja a baixo de chuva, de frio...mas não faltamos. No verão quando tava muito quente, tinha vezes que conseguia uma carona pra voltar, porque tinha dó da criança, naquele sol...você vê como ela é inteligente...as vezes passava o ônibus e ela dizia pra mim: “ô tia Di, porque o moço não dá uma caroninha pra nós duas que tá cansada?”...e é um morro pra subir né?! Por isso que as vezes chegamos atrasadas..e o pessoal da recepção reclama...mas eu falo né: poxa, viemos de a pé, mas as vezes não querem atender...sei que tenho que chegar na hora porque a médica também tem outros pra atender...mas pensa só...até eu arrumar os outros pra ir pra creche demora e tem um horário certo também pra eles entrarem. Então fica difícil. Quer ver quando tenho que levar os cinco pro dentista...coitados...e vamos a pé.

E assim ó, as vezes a consulta é marcada, vamo dar um exemplo às 8. eu vou a pé, com criança pequena, não vou chegar na hora

mesmo, tenho certeza...e eu vou ter que sair, vou ter que dar um café pra eles, pra eles não sair em jejum, vou ter que...e as vezes chego lá, não consulto mais. Não consulto mais, mas eu vim a pé eu falo né...pô, vim a pé com as criança tudo. As vezes marca pras oito chegamos nove horas, nove e quinze...tá certo que eles não tem que ficar à nossa boa vontade, mas eles tem que dar um desconto, porque a gente vai a pé...e as vezes tá chovendo, as vezes a criança é pequena, e eu não tenho nem um carrinho pra levar eles...se eu tivesse um carrinho era mais fácil.

3ª ETAPA: ENCONTRANDO AS SUBCATEGORIAS

Na coluna da esquerda repito o produto da etapa anterior. Aqui as pré-categorias perdem a importância, pois, a partir das unidades de significado, novas associações e abstrações são feitas, até a formulação das subcategorias. O conteúdo das subcategorias é mais significativo/representativo do que o enfoque inicial das pré-categorias, pois é a abstração pura das falas dos sujeitos.

Então, na coluna da direita ensaio as primeiras subcategorias. Foram formadas a partir de releituras do texto bruto e das unidades de significado, gerando assim novas associações e formando então um novo arranjo de idéias que confluíam quanto ao teor de conteúdo. Representam abstrações ainda maiores do texto bruto. Contudo, mantive após cada subcategoria, as unidades de significado que deram origem a ela, para ilustrar as associações feitas e a quebra das pré-categorias.

Unidades de significado	Subcategorias
<p>- Durante a semana, as crianças acordam cedo (8 horas). As três maiores vão para a escola e as três menores para a creche, onde ficam o dia todo.</p> <p>- mãe sai em busca de trabalho porque tem mais condições intelectuais e só volta no final do dia.</p> <p>- mãe, mesmo sendo formada (tem diploma) e com experiência na área pedagógica (já foi professora) só consegue serviço de faxineira, sem estabilidade. (nada fixo)</p> <p>- tem dificuldade de conseguir emprego por serem da Vila X.</p>	<p><u>As crianças menores tem uma rotina, as crianças maiores tem outra e os adultos outras</u></p> <p><u>Nem todos cumprem a rotina preconizada</u></p> <p>- Durante a semana, as crianças acordam cedo (8 horas). As três maiores vão para o CEC e as três menores para a creche, onde ficam o dia todo.</p> <p>- mãe sai em busca de trabalho porque tem mais condições intelectuais e só volta no final do dia.</p> <p>- as três menores dormem cedo.</p> <p>- as três maiores deveriam ajudar nos afazeres da casa, porém burlam essa tarefa. Quem acaba fazendo é a tia.</p>

- as pessoas têm medo de empregar os moradores da Vila X, pensam que vão roubar...

- tem muito lugar violento, mas a vila já tem fama.

- Não dão oportunidade pra quem é daqui, tem pré-conceito pelas pessoas daqui.

- se tivessem empregadas poderiam adquirir bens que facilitariam o dia-a-dia com as 6 crianças (poupariam tempo) por exemplo: máquina de lavar, carro para levar as consultas.

- tia tem o papel de cuidadora: cuida da casa e das crianças.

- depois que a casa incendiou ficou tudo mais difícil. Quando chove entra muita água e estraga as poucas coisas que ganhamos. Eu tenho que ficar aqui tirando a água e enxugando as coisas. As crianças tem que dormir na vizinha (madrinha de uma das crianças) porque os quartos inundam.

- devido ao incêndio tiveram que se abrigar num galpão. As condições eram precárias e as crianças acabaram adoecendo. A tia e mãe não dormiam para garantir a segurança das crianças (matavam os bichos).

- perderam muita coisa com o incêndio. A vizinhança ajudou como podia.

- pediram ajuda à prefeitura e ao HC sem sucesso. Só bateram foto.

- a tia pensou em procurar o CS e escrever pro G para tentar arrumar a casa.

- há uma preocupação grande com a segurança das crianças, pois o lugar é violento e não as respeitam.

- a polícia também não respeita as crianças, há risco de tomarem uma bala perdida.

- não fazem porque vão pra aula e nos finais de semana fazem raramente.

- as três maiores ficam até tarde assistindo TV.

- dividem-se em dois quartos para dormirem: a mãe com seus 4 filhos em um quarto na mesma cama de casal. No outro a tia com sua filha numa cama de solteiro e na outra cama a T.

- as mais velhas faltam bastante o CEC, acordam tarde e tomam café no lugar do almoço.

- chegam do colégio morta de fome.

- a janta é as 7:30.

- as mais velhas faltam bastante o CEC e acordam tarde.

- a mãe preconiza as tarefas de cada membro

A rotina alimentar não é uniforme, cada um é cada um.

- uns comem bem e uns comem mal

- uma prefere pão com nescau à comida salgada, só come isso.

- a criança desnutrida prefere mamadeira à comida de sal.

- é difícil faze-la (çç desnutrida) comer

- uma come bastante na escola

- não gostam de verduras

A violência local gera preconceito na hora de conseguirem emprego

- mãe, mesmo sendo formada (tem diploma) e com experiência na área pedagógica (já foi professora) só consegue serviço de faxineira, sem estabilidade. (nada fixo)

- tem dificuldade de conseguir emprego por serem da Vila X.

- as pessoas têm medo de empregar os moradores da Vila X, pensam que vão roubar...

- tem muito lugar violento, mas a vila já tem fama.

- Não dão oportunidade pra quem é daqui, tem pré-conceito pelas pessoas daqui.

A violência local influencia na definição de papéis/funções: uma fica e outra sai.

- há uma preocupação grande com a segurança das crianças, pois o lugar é

- a tia sempre está em casa para cuidar e garantir a segurança das crianças.
- devido a violência a tia só sai quando as crianças não estão em casa, e isso a limita para buscar emprego. (sai e logo tem que voltar)
- tia optou por largar os estudos para cuidar das crianças.
- deixar a mais velha cuidando não é uma solução, mas pode ser um problema porque também é criança. Se o conselho tutelar vê, levam todas elas.
- chegando da creche a tia dá banho nas três crianças menores. Depois ficam dentro de casa até a hora de dormirem.
- as três menores dormem cedo.
- as três maiores deveriam ajudar nos afazeres da casa conforme preconizado semanalmente pela mãe através de uma rotina por escrito, porém burlam essa tarefa. Quem acaba fazendo é a tia.
- não fazem porque vão pra aula e nos finais de semana fazem raramente.
- as três maiores ficam até tarde assistindo TV.
- dividem-se em dois quartos para dormirem: a mãe com seus 4 filhos em um quarto na mesma cama de casal. No outro a tia com sua filha numa cama de solteiro e na outra cama a T (agregada).

Unidades de significado

- as mais velhas acordam tarde e tomam café no lugar do almoço.
- uns comem bem e uns comem mal

- violento e não as respeitam.
- a polícia também não respeita as crianças, há risco de tomarem uma bala perdida.
- a tia sempre está em casa para cuidar e garantir a segurança das crianças.
- devido a violência a tia só sai quando as crianças não estão em casa, e isso a limita para buscar emprego. (sai e logo tem que voltar)
- tia optou por largar os estudos para cuidar das crianças.
- deixar a mais velha cuidando não é uma solução, mas pode ser um problema porque também é criança. Se o conselho tutelar vê, levam todas elas.
- A E é uma mãe aberta, conversa bastante com as meninas, até com as filhas dos outros. Explica sobre as coisas que estão por aí, droga, sexo e essas coisas.

O desemprego e a falta de dinheiro dificultam a fluidez das rotinas

- se tivessem empregadas poderiam adquirir bens que facilitariam o dia-a-dia com as 6 crianças (poupariam tempo) por exemplo: máquina de lavar, carro para levar as consultas.

A casa incendiou e agora?

- depois que a casa incendiou ficou tudo mais difícil. Quando chove entra muita água e estraga as poucas coisas que ganhamos. Eu tenho que ficar aqui tirando a água e enxugando as coisas. As crianças tem que dormir na vizinha (madrinha de uma das crianças) porque os quartos inundam.
- devido ao incêndio tiveram que se abrigar num galpão. As condições eram precárias e as crianças acabaram adoecendo. A tia e mãe não dormiam para garantir a segurança das crianças (matavam os bichos).
- perderam muita coisa com o incêndio. A vizinhança ajudou como podia.
- pediram ajuda à prefeitura e ao HC sem

<ul style="list-style-type: none"> - uma prefere pão com nescau à comida salgada, só come isso. - a criança desnutrida prefere mamadeira à comida de sal. - é difícil fazê-la (cç desnutrida) comer - uma come bastante na escola - não gostam de verduras - tem dias que falta comida, falta gás. - é triste porque as crianças têm fome e pedem. - teve dias que não tinha nem farinha pra fazer uma água barrenta pra dar a eles. - tem vez que eu cozinho até na rua embaixo de chuva pra fazer alguma coisinha pra eles. - teve uma semana toda que eles ficaram sem botar nada no estomago. - graças a Deus que as principais refeições eles fazem na creche. - chegam do colégio morta de fome. - a janta é as 7:30. - dormem cedo para driblar a fome/ falta de comida - o que sustenta a família é a cesta do PHC e o bolsa família. - tudo o que ganham é para todos - quando as coisas apertam vendem alguns objetos da casa para comprar comida - a mãe não gosta que peçam, mas quando sentem fome pedem para as vizinhas algo para comer - O que mais preocupa é a alimentação, porque eles estudam, ocupam a mente e daí 	<p>sucesso. Só bateram foto.</p> <ul style="list-style-type: none"> - a tia pensou em procurar o CS e escrever pro G para tentar arrumar a casa. <p><u>A violência limita as atividades de lazer</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - chegando da creche a tia dá banho nas três crianças menores. Depois ficam dentro de casa até a hora de dormirem. - brincam dentro de casa ou em frente a casa onde possam vigiar, pois o lugar é violento - não dá pra sair fazer alguma coisa e ficar tranqüila com as crianças lá, pois o lugar é violento - a polícia bate a qualquer hora - é um dilema porque as crianças reclamam que querem correr, brincar, mas não dá por causa da violência. <p><u>A falta de dinheiro limita as atividades de lazer</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - não passeiam final de semana pela falta de dinheiro <p><u>A violência dificulta a fluidez das rotinas</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - final de semana não dá pra arrumar nada com as crianças dentro de casa por causa da violência - o lugar é violento para criar os filhos. Sonham em morar longe dali. <p><u>a falta de comida dificulta a fluidez das rotinas</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - tem dias que falta comida, falta gás. - é triste porque as crianças têm fome e pedem. - teve dias que não tinha nem farinha pra fazer uma água barrenta pra dar a eles. - tem vez que eu cozinho até na rua embaixo de chuva pra fazer alguma coisinha pra eles. - teve uma semana toda que eles ficaram sem botar nada no estomago. - O que mais preocupa é a alimentação, porque eles estudam, ocupam a mente e daí não podem estar de barriga vazia. - são seis e fase de crescimento, não pode faltar comida.
--	--

não podem estar de barriga vazia.

- são seis e fase de crescimento, não pode faltar comida.
- quando falta comida vão ali na madrinha e ela salva. Ela ganha alimentos do outro afilhado e reparte. Estão comendo aí por causa disso
- A T as vezes vai ali na (ACS) e empresta alguma coisa.
- as vezes fazem milagre com o dinheiro
- a mãe prefere passar fome do que ir na vizinha pedir. Não quer incomodar e briga quando as outras pedem
- a tia não pensa em orgulho, primeiro pensa na filha
- uma das adolescentes tem vergonha de pedir e pede pra outra ir.

Unidades de significado

- as mais velhas faltam bastante o CEC
- A E é uma mãe aberta, conversa bastante com as meninas, até com as filhas dos outros. Explica sobre as coisas que estão por aí, droga, sexo e essas coisas.
- o lugar é violento para criar os filhos. Sonham em morar longe dali.
- não passeiam final de semana pela falta de dinheiro
- brincam dentro de casa ou em frente a casa onde possam vigiar, pois o lugar é violento
- não dá pra sair fazer alguma coisa e ficar tranqüila com as crianças lá, pois o lugar é violento
- final de semana não dá pra arrumar nada com as crianças dentro de casa por causa da violência
- a policia bate a qualquer hora
- é um dilema porque as crianças reclamam que querem correr, brincar, mas não dá por causa da violência.

Os membros buscam diferentes alternativas para driblar a fome

- graças a Deus que as principais refeições eles fazem na creche.
- dormem cedo para driblar a fome/ falta de comida
- quando as coisas apertam vendem alguns objetos da casa para comprar comida
- a mãe não gosta que peçam, mas quando sentem fome pedem para as vizinhas algo para comer
- quando falta comida vão ali na madrinha e ela salva. Ela ganha alimentos do outro afilhado e reparte. Estão comendo aí por causa disso
- A T as vezes vai ali na (ACS) e empresta alguma coisa.
- a mãe prefere passar fome do que ir na vizinha pedir. Não quer incomodar e briga quando as outras pedem
- a tia não pensa em orgulho, primeiro pensa na filha
- uma das adolescentes tem vergonha de pedir e pede pra outra ir.
- tudo o que ganham é para todos

A cesta alimentar faz parte do sustento da família

- nunca faltam as consultas. Corremos atrás mesmo, porque faz diferença.
- quando perdem as reuniões vão assisti-las em outro local porque precisam da cesta
- mesmo quando a criança tava melhor continuaram recebendo a cesta por causa da situação
- nunca deixam de acompanhar, a saúde é sagrado
- o que sustenta a família é a cesta do PHC e o bolsa família.

A família enfrenta dificuldades para cumprir com os compromissos do PHC

- a tia leva as consultas a pé, na chuva ou no frio, mas não faltam
- No verão quando tava muito quente tinha dó da criança, naquele sol..., as vezes conseguia uma carona pra voltar
- até arrumar todos pra ir pra aula e sair pra

<p>Unidades de significado</p> <ul style="list-style-type: none"> - nunca faltam as consultas, - quando perdem as reuniões vão assisti-las em outro local porque precisam da cesta - mesmo quando a criança tava melhor continuaram recebendo a cesta por causa da situação - nunca deixam de acompanhar, a saúde é sagrado - a tia leva as consultas a pé, na chuva ou no frio, mas não faltam - No verão quando tava muito quente tinha dó da criança, naquele sol..., as vezes conseguia uma carona pra voltar - até arrumar todos pra ir pra aula e sair pra consulta demora - as crianças também tem um horário certo pra entrarem na aula - até dar café pra todos pra não saírem em jejum demora - as vezes chegamos atrasadas mas o pessoal da recepção não entende as dificuldades que passam, reclamam. - Quer ver quando tenho que levar os cinco pro dentista...coitados...e vamos a pé. - se tivesse um carrinho pra levar ajudava. 	<p>consulta demora</p> <ul style="list-style-type: none"> - as crianças também tem um horário certo pra entrarem na aula - até dar café pra todos pra não saírem em jejum demora - as vezes chegamos atrasadas mas o pessoal da recepção não entende as dificuldades que passam, reclamam. - Quer ver quando tenho que levar os cinco pro dentista...coitados...e vamos a pé. - se tivesse um carrinho pra levar ajudava.
---	--

4ª ETAPA: ENCONTRANDO AS CATEGORIAS

Esta última etapa dava-se após a junção, na coluna da esquerda, das subcategorias resultantes das análises de todas as entrevistas realizadas com a referida unidade familiar. Na tabela da direita então surgiam as categorias, a partir das associações e convergências das subcategorias afins.

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](#)