

JAQUELINE DIAS

**PROMOÇÃO DE SAÚDE DAS FAMÍLIAS DE DOCENTES DE
ENFERMAGEM: rede, apoio social e papéis na família**

Dissertação apresentada à Universidade de Franca, como exigência parcial para a obtenção de título de Mestre em Promoção de Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Semiramis Melani
Melo Rocha

**FRANCA
2006**

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

DEDICO este trabalho a Deus que me concedeu o presente de chegar até aqui e a todos os seres humanos que tem o comprometimento de tornar o mundo melhor para os outros.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Profa. Dra. Semiramis Melani Melo Rocha pelo apoio social para a execução e conclusão desse trabalho e por ter semeado em minha vida profissional a semente do amor pela enfermagem familiar;

às enfermeiras que generosamente me acolheram junto as suas famílias;

ao meu filho, Gabriel Dias, que pacientemente suportava minhas ausências;

aos meus pais, Xisto e Elza, por terem cuidado do meu bem mais precioso;

às minhas irmãs, Rosangela e Lizete por terem me ajudado a trilhar esta caminhada;

ao meu amigo, Flávio Brandão, que realizou a revisão gramatical do trabalho;

aos meus companheiros do programa de mestrado, Guilherme, Luciana, Claudia e Larissa, por terem-me dado a honra de compartilhar esta experiência com vocês;

aos meus amigos, Andréia, Claudete, Ricardo, Sandra e Meire pelas palavras certas nas horas certas;

a todos os profissionais que colaboraram na finalização do trabalho.

RESUMO

DIAS, Jaqueline. *Promoção de saúde das famílias de docentes de enfermagem: rede, apoio social e papéis na família*. 2006. 59 f. Dissertação (Mestrado em Promoção de Saúde) – Universidade de Franca, Franca.

O objetivo deste trabalho é identificar redes, apoio social e papéis nas famílias de docentes enfermeiros de um curso de graduação em enfermagem considerando a promoção de saúde familiar. O referencial teórico fundamenta-se na promoção de saúde de famílias, considerando-se as categorias de análise: rede de apoio, suporte social e papéis da família. O profissional enfermeiro sofre a influência de diversos fatores estressores em seu ambiente de trabalho. Estes fatores afetam direta ou indiretamente a sua saúde, causando doenças físicas ou psíquicas. A manutenção da integridade física e psíquica do indivíduo se faz através de uma rede de apoio social, sendo que, a rede social primária do indivíduo é a família. O cenário deste estudo é um curso de graduação em enfermagem de uma universidade do interior do Paraná. Constituem-se sujeitos deste estudo três famílias de enfermeiras docentes responsáveis por disciplinas do ciclo profissionalizante. Os instrumentos selecionados para a coleta de dados têm caráter qualitativo e abrangem: a entrevista em profundidade, o genograma e o ecomapa. Nas três famílias estudadas, os membros da família constituem a principal fonte de apoio. Funcionárias, sem laços de consangüinidade ou afinidade foram consideradas membros importantes para a família pelo apoio que ofertam, bem como, os membros da família ampliada. Além da família, foram consideradas como importantes às redes de apoio constituídas pela escola, trabalho, igreja e locais de lazer.

Palavras-chave: promoção de saúde; apoio social; família; enfermagem familiar.

ABSTRACT

DIAS, Jaqueline. *Promoção de saúde das famílias de docentes de enfermagem: rede, apoio social e papéis na família*. 2006. 59 f. Dissertação (Mestrado em Promoção de Saúde) – Universidade de Franca, Franca.

This study aimed to identify family social network, family social support and family roles of nurses' faculty members of a college of nursing by taking into account families' health promotion. Participants were recruited from a private college of nursing. The theoretical framework was based on Bomar's Promoting Health in Families. A qualitative longitudinal research design was used in this study. Data were collected by means of in-depth interviews, readings and the construction of a genogram and an ecomap. Three families collaborated with our study totalling twelve participants. The identification and characterization of the supports and family roles allowed the nurse and families to improve their use and to strengthen coping mechanisms. Nurses need to carry out assessment to guide their interventions with a view to improving family members' quality of life, strengthening coping mechanisms and promoting health.

Key words: Health promotion; social support; role of the family; family nursing.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	8
1 REVISÃO DE LITERATURA	10
2 JUSTIFICATIVA	14
3 OBJETIVOS	15
4 REFERENCIAL TEÓRICO E MÉTODO	16
4.1 PROMOÇÃO DE SAÚDE	16
4.2 ENFERMAGEM FAMILIAR	18
4.3 PAPÉIS NA FAMÍLIA, REDES E APOIO SOCIAL	18
4.4 ASPECTOS ÉTICOS NA PESQUISA COM SERES HUMANOS	21
4.5 CENÁRIO DE ESTUDO	22
4.6 SUJEITOS PARTICIPANTES DO ESTUDO	23
4.7 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS	23
4.8 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DOS DADOS	28
5 RESULTADOS	30
5.1 APRESENTAÇÃO DAS FAMÍLIAS	31
5.2 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS POR CATEGORIAS DE ANÁLISE	39
5.2.1 Redes e apoio social	39
5.2.2 Papeis da família	44
6 DISCUSSÃO	47
CONCLUSÃO	52
REFERÊNCIAS	54
APÊNDICES	59

INTRODUÇÃO

Os profissionais de enfermagem têm passado por períodos de transformações profissionais e sócio-culturais. As novas teorias para a assistência de enfermagem preconizam uma nova ótica do cuidado com uma ampliação quase infinita do campo de ação da assistência, baseado numa visão irrestrita do ser humano que abrange fatores biológicos, sociais, culturais, políticos e espirituais. Diante deste panorama, surgem alguns questionamentos: os profissionais estão realmente preparados para esta transformação? Como doar aquilo que não temos? Esta preocupação deve transcender a academia e deve estender-se a assistência, ao cliente e, principalmente, aos profissionais de saúde (SPAGNUOLO; GUERRINI, 2005).

A pesquisadora atua como docente e é profissional da área de saúde. Desta forma, tem um compromisso com a qualidade de ensino e com a formação dos profissionais que a prestam, especialmente em relação aos docentes do ciclo profissionalizante.

A saúde dos profissionais de enfermagem é frágil e constantemente influenciada por diversos agentes estressores relacionados ao trabalho. Considera-se um agente estressor aquele que age como fonte, situação, circunstância ou acontecimento indutor das situações de estresse. Os principais fatores que afetam a saúde dos trabalhadores de enfermagem são: horário de trabalho, remuneração, burocracia, submissão, impotência, competitividade, cobrança, plantões, incompatibilidade dos afazeres com a própria família e para o lazer (SECAF; RODRIGUES, 1998; CAMPOS, 2005; SCHMIDT; DANTAS, 2006).

O *status* atribuído à carreira docente não isenta esses profissionais de fatores estressantes comuns e/ou peculiares à docência, como problemas de relacionamento interpessoal com alunos, desmotivação dos alunos, interferência na vida familiar e privatização do ensino (ROCHA; FELLI, 2004). Esta gama de associações de agentes estressores determina problemas físicos e psíquicos (ARAUJO et al., 2003; ELIAS; NAVARRO, 2006).

Todo trabalho é gerador ou potencializador de doenças. Para os profissionais de saúde, o agravante principal é a natureza do seu trabalho, que consiste em cuidar de pessoas doentes, conviver com a morte e criar formas de superar os efeitos psicossociais conseqüentes a esta natureza de trabalho. Além de um trabalho sujeito aos diversos agentes estressores, o enfermeiro convive com os problemas comuns a qualquer ser humano: separações, conflitos familiares, dificuldades afetivas ou emocionais (CAMPOS, 2005). Para as profissionais do sexo feminino, maioria na profissão de enfermagem, há de se acrescentar o trabalho não remunerado de cuidar da casa, dos filhos, dos familiares e doentes (ELIAS; NAVARRO, 2006).

A promoção de saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo social. A saúde, desta forma, deve ser vista como um recurso para a vida que enfatiza os grupos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Ao associar o conceito de promoção de saúde aos profissionais de enfermagem, a pesquisa busca identificar as redes, apoio social e papéis junto as famílias de enfermeiros que atuam na docência e assistência de enfermagem.

1 REVISÃO DE LITERATURA

A investigação em enfermagem da família no Brasil é muito recente, apesar de constar artigos datados de 1993, nos periódicos indexados à base LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde). As publicações encontradas estão mais direcionadas a descrição das mudanças que estavam ocorrendo no modelo de atenção básica a saúde em nosso país. O papel do enfermeiro em saúde da família, implica em relacionar todos os fatores relacionados ao processo saúde-doença e não se restringe apenas em lidar com as situações de saúde e doença da família, mas também interagir com situações que apoiem a integridade família. Desta forma, reconhecemos a importância da família, no contexto atual da saúde, revelando-a como ponto de partida para a melhoria das condições a que estas estão submetidas, fundamentadas na promoção de conhecimento para o bem-estar.

A revisão de literatura foi realizada a partir dos bancos de dados informatizados MEDLINE e LILACS, que reúnem publicações científicas na área da saúde, e PsycINFO, com publicações das áreas das ciências humanas e da saúde. As palavras-chave utilizadas para a busca foram: *enfermagem, família, docente, promoção, saúde, trabalhador, apoio social*, em suas diversas combinações. Foram encontrados, na busca, 34 trabalhos e selecionados aqueles publicados nos anos de 1990 a 2006. Os critérios de inclusão dos trabalhos para esta revisão bibliográfica foram:

- Trabalhos relacionados ao profissional enfermeiro;
- Trabalhos relacionados à docência em enfermagem;
- Trabalhos que envolvessem a promoção de saúde;
- Trabalhos sobre enfermagem familiar.

O profissional de saúde é um cuidador sob constante tensão. A natureza de seu trabalho é assistir um ser humano doente. Todos são obrigados a conviver com sentimentos e conflitos intensos do paciente, da família e dos próprios profissionais. A exigência da perfeição e onipotência faz parte da rotina destes profissionais (CAMPOS, 2005).

Pesquisando-se as repercussões do sofrimento em profissionais de saúde, constatou-se a existência de um processo de transformação do sofrimento em adoecimento. Os diversos destinos dados às manifestações de sofrimento no trabalho foram: a somatização, a psiquiatrização, a medicalização, a licença médica, a hospitalização, a reinserção profissional e a aposentadoria por invalidez (BRANT; GOMEZ, 2005).

Para o profissional enfermeiro e para a equipe de enfermagem, a carga de tensão também é imensa. Por ser o profissional que permanece a maior parte do tempo prestando assistência direta ao paciente, acaba tornando-se o maior receptor das tensões do paciente, além de se tornar o elo entre os outros profissionais de saúde, a família dos pacientes e a própria instituição. Em um estudo realizado com enfermeiros que trabalham em hospital, ficou evidente que as características do cotidiano dos profissionais de enfermagem em grandes hospitais são causadoras de sofrimento físico e psíquico. Dentre estes problemas destacam-se as lesões por esforços repetitivos, depressão, angústia e estresse. As condições inadequadas de trabalho são também determinantes na qualidade do atendimento prestado pelo pessoal de enfermagem (ELIAS; NAVARRO, 2006).

Os fatores identificados por profissionais de enfermagem como estressantes foram: plantões, horário de trabalho, burocracia, competitividade, impotência e submissão. A interferência desses determinantes na vida familiar tem sido apontada com fator desgastante (11,54%) ou responsável por evasões de enfermeiros da profissão (20%) (SECAF; RODRIGUES, 1998; ROCHA, 2005; ELIAS; NAVARRO, 2006).

A pesquisa com uma equipe de enfermagem que atua em um bloco cirúrgico, evidenciou a remuneração como fonte de menor satisfação entre os trabalhadores, enquanto o domínio *status* profissional foi referido como o de maior satisfação (SCHMIDT; DANTAS, 2006).

Uma pesquisa analisou, junto a uma equipe de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva, a representação do serviço, o significado da unidade, o sentido do lazer na promoção de saúde e sua implicação no ambiente profissional. Entre os participantes da pesquisa, 90% declararam gostar do trabalho, embora 50% reconhecessem o mesmo como desgastante e estressante. Em relação à jornada de trabalho, 60% dos participantes sugeriram a redução de horas semanais. O conceito de lazer foi relacionado como diversão ou descontração para 80% e o relaxamento

para 20% (PEREIRA; BUENO, 1997).

Em uma avaliação de distúrbios psíquicos menores (DPM) entre trabalhadores de enfermagem, detectou-se a prevalência desse distúrbio em 33,3%, variando de 20,0% entre enfermeiras a 36,4% entre auxiliares de enfermagem (ARAUJO et al., 2003).

Pesquisa entre docentes de enfermagem constatou que os mesmos são mais estressados em relação a outros grupos de trabalhadores e se afastam mais por transtornos psíquicos (GASPARINI, BARRETO; ASSUNÇÃO, 2005). Analisando-se a qualidade de vida no trabalho entre os docentes de enfermagem, foram identificados vários aspectos que prejudicam a qualidade de vida no trabalho. O regime de trabalho por hora-aula foi considerado, pela maioria, como principal fator desgastante da qualidade de vida no trabalho (30,77%). Outros fatores determinantes foram relacionados em quatro categorias: a dificuldade em relacionar teoria e prática, a interferência das atividades docentes na vida familiar, a baixa remuneração e o despreparo em relação aos aspectos didáticos e pedagógicos. Todos estes fatores apareceram com 11,54% de freqüência (ROCHA; FELLI, 2004).

Adiciona-se a este panorama profissional a ausência de um cuidado sistematizado com a própria saúde. As razões são atribuídas a dificuldades de agendamento de consultas, problemas financeiros e tempo para a sua realização. No comportamento feminino, determinado historicamente, o cuidar do outro, seja no hospital, seja na família, é sempre prioritário, mas o cuidar de si própria quase sempre está em último plano (ELIAS; NAVARRO, 2006).

Considerando-se o trabalho como um dos determinantes do processo saúde-doença e a sobrecarga a qual estes profissionais são submetidos, conclui-se que os mesmos estão vulneráveis à doença (ROCHA; FELLI, 2004). Apesar dos profissionais de saúde serem constantemente estimulados a funcionarem como apoio social dos seus pacientes, estes profissionais, tanto quanto os pacientes, têm necessidade de apoio social (CAMPOS, 2005).

No âmbito da vigilância da saúde do trabalhador, constata-se a existência de ações empíricas e defende-se uma reflexão sobre suas bases técnicas e teóricas, com enfoque na sua relação direta com a saúde (MACHADO, 1997; BRITO, 1997; MACHADO, 2005).

O indivíduo, submetido às condições adversas, usa várias alternativas de superação de agravos que atingem sua saúde e, quando se esgotam suas

competências individuais, recorre à rede de apoio social. Esta rede envolveria dois níveis distintos: o formal representado pelo ambiente profissional e o informal, que abrange os familiares, vizinhos, amigos, etc. A rede de apoio social está claramente implicada na construção cotidiana do itinerário terapêutico (ROCHA; FELLI, 2004).

A rede de apoio social tem sido apontada como uma das alternativas para combater ou diminuir os efeitos estressores. O conceito de apoio social é determinado através do estabelecimento de vínculos interpessoais, grupais ou comunitários próximos, proporcionando sentimento de proteção e apoio, associado à repercussão destes vínculos na integridade física e psicológica dos envolvidos. A rede social primária do indivíduo é a família (CAMPOS, 2005).

A família tem sido apontada como elemento chave para a proteção e socialização de seus componentes, por se tratar de um sistema de relações contínuas que estão sempre interligadas (MARCON; ELSEEN, 1999; OLIVEIRA; BASTOS, 2000; CARVALHO; ALMEIDA, 2003). Desta forma, a enfermagem familiar passou a ser objeto de investigação e instrumento de trabalho, bem como, objeto de assistência de enfermagem. O foco da avaliação e da assistência esta tanto na saúde individual como na saúde da família como um todo (MARCON; ELSEEN, 1999).

2 JUSTIFICATIVA

Evidencia-se, de uma forma geral, uma carência de estudos na área de assistência de enfermagem em família, mesmo reconhecendo a jovialidade da exploração desta temática. Ao direcionar a enfermagem familiar como instrumento de promoção de saúde voltada ao profissional enfermeiro, não encontramos nenhuma literatura.

O desenvolvimento de estudos nesta área constitui-se uma necessidade, principalmente pela mudança de paradigma no modelo de assistência à saúde, que evidencia uma tendência não mais centrada na doença, mas na saúde e na família. Os membros da unidade familiar não são mais vistos como simples meio de obtenção de dados e coadjuvantes da assistência, mas sim como agentes ativos no cuidado e manutenção da própria saúde (WEIRICH; TAVARES; SILVA, 2004).

Aos profissionais de saúde, portanto, resta o compromisso ético, inclusive, de buscarem atualizar seus conhecimentos e se capacitarem para este novo objeto de estudo da assistência (MARCON; ELSÉN, 1999).

Considerando a importância do cuidado à saúde dos profissionais que se dedicam à formação de recursos humanos para atuarem no setor saúde, a escassez de estudos sobre a promoção de saúde destes profissionais e suas famílias, nos propomos a pesquisar a interseção destes três temas: o profissional enfermeiro, a família e a promoção de saúde.

3 OBJETIVOS

Identificar redes e apoio social e papéis junto a famílias de enfermeiros que atuam na docência e sua relação com a promoção da saúde da família.

4 REFERENCIAL TEÓRICO E MÉTODO

4.1 PROMOÇÃO DE SAÚDE

A promoção da saúde representa uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam as populações humanas e seus entornos neste final de século. Partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, a promoção de saúde propõe a articulação de saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e resolução (BUSS, 2000).

O conceito moderno de promoção da saúde surgiu e se desenvolveu de forma mais vigorosa nos últimos 20 anos nos países em desenvolvimento. Nos últimos 12 anos, já foram realizadas quatro grandes Conferências Internacionais de Promoção de Saúde, que desenvolveram suas bases conceituais e políticas - em Ottawa (1986), Adelaide (1988), Sundsvall (1991) e Jacarta (1997) apud BUSS,2000.

As diversas conceituações existentes de promoção de saúde podem ser divididas em dois grandes grupos. No primeiro grupo, as atividades são dirigidas às transformações comportamentais do indivíduo com enfoque em seu estilo de vida e localizando-os no seio das famílias e, no máximo, no ambiente das culturas da comunidade em que se encontram. No segundo grupo, que caracteriza a visão moderna da promoção da saúde, constata-se a importância do papel dos determinantes gerais sobre as condições de saúde. Neste contexto, saúde é produto de inúmeros fatores relacionados à qualidade de vida, incluindo alimentação, habitação, saneamento, trabalho, educação, ambiente físico, apoio social e saúde (BUSS, 2000).

A promoção da saúde da família é o processo pelo qual se busca o bem-estar biológico, emocional, físico e espiritual dos membros e da unidade familiar (BOMAR, 2004). Historicamente, os profissionais de saúde de família direcionavam

suas ações para o cuidado às doenças. Recentemente, tem aumentado a atenção em direção à promoção da saúde, como uma intervenção mais complexa, que traz benefícios diretos às famílias. A enfermagem, como profissão da saúde, está inserida nesta questão e tem procurado fundamentar-se para uma atuação prática com famílias na promoção da saúde (CHERRY; BOMAR, 2004).

Há vários fatores que influenciam a promoção da saúde da família. A religião fornece suporte para as famílias incentivando práticas, valores, socialização e comportamentos saudáveis; a cultura influencia diretamente as pessoas, pois são constituídas por crenças, valores, normas, linguagem e comportamentos típicos dos indivíduos. As questões socioeconômicas trazem um grande impacto na promoção da saúde, pois estão ligadas diretamente à disponibilidade de recursos. As políticas são importantes para a promoção da saúde, pois os programas governamentais fornecem apoio para as famílias. As políticas globais, como da agência internacional da Organização Mundial de Saúde (OMS), somam-se a estes fatores determinantes. Os avanços científicos trazem novos conhecimentos para a promoção da saúde. Todos estes componentes influenciam a promoção da saúde das famílias (CHERRY; BOMAR, 2004).

Para conviver com o estresse e o desgaste do seu cotidiano, o indivíduo lança mão da família como principal rede de apoio social (OLIVEIRA; BASTOS, 2000; CARVALHO; ALMEIDA, 2003). O apoio social designa formas de relacionamento interpessoal, grupal ou comunitário que dão ao indivíduo um sentimento de proteção e apoio capaz de propiciar redução do estresse e bem estar psicológico (CAMPOS, 2005).

Para este estudo, família é definida como duas ou mais pessoas que são ligadas por íntimas associações, recursos e valores e é reconhecida quando os membros consideram os elementos que a constituem como uma família, cujas funções são fornecer afeto, apoio emocional, cuidado à saúde, segurança econômica, senso de identidade, criação dos filhos e orientações sobre os valores sociais (BOMAR, 2004).

Esta definição é adequada ao referencial teórico de Promoção da Saúde da Família, que é definida como o processo pelo qual se busca o bem estar biológico, emocional, físico e espiritual dos membros da família e da unidade familiar (BOMAR, 2004)

4.2 ENFERMAGEM FAMILIAR

A família é um sistema de relações humanas contínuas e interligadas. Quando ocorrem problemas com um membro, todos os outros são afetados. A família marca as atitudes e comportamento das pessoas em relação à sua saúde e, inversamente, a saúde de uma pessoa tem influência na dinâmica familiar. É nesta perspectiva que a enfermagem é chamada a considerar a família como um dos principais elementos das ações de promoção de saúde (MARCON; ELSSEN, 1999).

Uma pessoa vive no contexto de diversos sistemas que se influenciam mutuamente, sendo a família o mais importante deles. Quando esta definição é aplicada às famílias, possibilita-nos ver cada uma delas como uma unidade, tendo, conseqüentemente, como foco a interação entre seus membros e não a assistência individual de cada membro. Assim, é preciso considerar cada membro da família como um subsistema de um sistema (WRIGHT; LEAHEY, 2002).

Esta nova forma de assistência é denominada de enfermagem familiar, que é definida como ações de enfermagem direcionadas para melhorar a qualidade de vida, promover, fortalecer e manter o bem estar das famílias (BOMAR, 2004).

A literatura sugere quatro abordagens para a prática de Enfermagem Familiar: o indivíduo como cliente e a família como contexto; a família como cliente; a família como sistema e a família como um componente da sociedade (BOMAR, 2004).

A assistência de enfermagem à família está, diretamente, relacionada ao modo como a enfermeira concebe a família, bem como, ao modo em que a inclui em sua clínica. Cada abordagem tem finalidades diferentes e atendem a diferentes necessidades de cuidado. O fortalecimento da família é obtido através de uma perspectiva sistêmica, holísticas e interacional (WRIGHT; LEAHEY, 2002).

4.3 PAPÉIS NA FAMÍLIA, REDES E APOIO SOCIAL.

Papéis na família

Para planejar o cuidado, o enfermeiro precisa conhecer a estrutura da

família, sua composição, funções, papéis, como os membros se organizam e interagem entre si e com o ambiente, quais os mecanismos de enfrentamento que utilizam. Para tanto, é preciso adotar um conceito de família que permita englobar o maior número possível de variações encontradas na prática (ROCHA et al., 2002).

A avaliação dos papéis torna-se necessária para o entendimento da dinâmica da família, possibilitando a intervenção nos papéis dos seus membros. Incentivando os membros da família para o cuidado, o enfermeiro irá produzir o compartilhar de papéis dentro da família. Os papéis desempenhados podem gerar estresse. A redistribuição de tarefas entre os membros da família pode minimizar o estresse do papel desempenhado (SIMPIONATO, 2005).

Os papéis de cada elemento devem ser considerados tanto no âmbito do núcleo familiar, como no contexto cultural em que se inserem. Na sociedade atual, que evolui com diversas mudanças de valores, os membros da família podem ter dificuldades em exercer seus papéis, considerando-se que a maior parte dos membros é obrigada a trabalhar fora. Outros fatores decorrentes das mudanças sócios culturais e que são determinantes no redimensionamento de papéis familiares incluem: a desvinculação da sexualidade/maternidade, a união entre homossexuais, a atribuição gradativa da educação à escola em substituição a família e a ampliação do estabelecimento de vínculos familiares por laços de afeto e carinho, antes determinados somente por consangüinidade, casamento ou parentesco. Os profissionais de saúde devem estar atentos para lidar com estas variações e inversões de papéis dentro da família, que podem levar a própria família a ser um agente causador de doenças (SILVEIRA, 2000).

Ressaltando-se ainda a influência do contexto social sobre a dinâmica familiar, observa-se que nas classes sociais de baixa renda a solidariedade se faz mais presente do que na classe média, onde o individualismo é a prática mais comum de viver em família. A conjugalidade moderna baseia-se em laços afetivo-sexuais sem uma demarcação de papéis conjugais, caracterizada pelo individualismo e compartilhamento de autoridade, porém, preservando aspectos positivos evidenciados pela intimidade, cumplicidade e o diálogo. Porém, esse novo modo de ser família ainda conserva as influências históricas do modelo patriarcal, com a presença de um provedor e a atenção voltada para a criação dos filhos. (CENTA; ELSEIN, 1999).

Os indivíduos se organizam socialmente formando uma rede de

relacionamentos interpessoais envolvendo a família, grupos parentais ou mesmo as comunidades locais. A rede social básica do indivíduo é a família nuclear, que se estabelece no relacionamento do indivíduo com os seus pais ou cuidadores, desde o nascimento e no decorrer da infância (CAMPOS, 2005).

Os apoios sociais estabelecidos a partir das redes de relacionamentos podem ser percebidos tanto na família, nos grupos de amigos ou de vizinhos, quanto em instituições como igrejas e grupos assistenciais. A família fornece o apoio psicossocial a seus membros, proporcionando cuidados básicos relacionados à prevenção de doença e promoção de saúde. As relações da família com a comunidade oferecem contatos com diversos apoios e estes cooperam, na prática, para o desenvolvimento de hábitos saudáveis.

O apoio social pode ser definido como uma forma de relacionamento grupal onde prevalecem as trocas afetivas, o cuidado mútuo e a comunicação franca entre as pessoas. Este conceito foi sendo construído baseado nas ciências da psicologia e da saúde comunitária. A psicologia começou a valorizar e estudar mais esse conceito, a partir da constatação dos efeitos benéficos que o apoio social propiciava às pessoas mais vulneráveis, como as portadoras de doenças transmissíveis, pessoas separadas, enlutadas, etc. No âmbito da saúde comunitária este conceito foi desenvolvido a partir da formação de grupos de apoio aos pacientes que tinham doenças em comum como a hipertensão arterial, diabetes melitus, entre outras. Além dessa modalidade, os profissionais de saúde sempre foram estimulados a oferecer apoio social por meio do relacionamento terapêutico com seus pacientes através do cuidado terapêutico e emocional perante as doenças (CAMPOS, 2005).

O apoio social fornecido pelas redes sociais reduz o isolamento e aumenta a satisfação de viver das pessoas. A rede social pode ser definida como um vasto domínio das relações do indivíduo em sua representação espaço-temporal abrangendo grupos de pessoas, membros da família e amigos. Para se obterem os efeitos benéficos do apoio social, essas redes sociais devem ser desenvolvidas e mantidas ao longo do tempo, pois uma rede social não pode ser estabelecida sem que haja um contato permanente, sendo imprescindíveis a solidariedade e o afeto entre as pessoas, o que se traduz na capacidade de se colocar no lugar do outro (MATSUKURAE, 2002; GOES, 2002; CAMPOS, 2005).

Pesquisas têm mostrado que as redes e apoio social e a rede social

influenciam na saúde da família, sendo também responsáveis pela redução da taxa de mortalidade, da prevenção de doenças e recuperação da saúde (BULLOCK, 2004).

Em uma rede social o apoio social, se estabelece entre um doador e um receptor, que deve, necessariamente, ter a percepção do acolhimento por parte dos membros da rede social. Entendendo o conceito de acolhimento no sentido de ser amado, valorizado e cuidado pelas pessoas envolvidas nessas redes. Essas relações minimizam os efeitos dos agentes estressores, contribuindo para a manutenção do bem estar físico e psicológico do indivíduo. Vale ressaltar que o fortalecimento do apoio social tem efeitos mais benéficos do que a diminuição da exposição dos indivíduos aos fatores estressantes (GOES, 2002; CAMPOS, 2005).

Dada à complexidade das demandas individuais e suas variáveis, fez-se necessário dimensionar o conceito de apoio social em quatro grandes categorias, sendo elas: a afetiva, onde prevalecem os aspectos emocionais do indivíduo; a informativa, caracterizada pelo conhecimento do indivíduo; a instrumental, relacionada a bens e materiais e a sociável, que se reflete através das atividades de lazer (GOES, 2002; CAMPOS, 2005; BULLOCK). O apoio social pode ser relacionado com diversas variantes, incluindo os determinantes sócios demográficos.

A literatura não apresenta um consenso que estabeleça com clareza a diferença entre rede de apoio e apoio social. Essa dificuldade de consenso entre os autores se relaciona com os diversos contextos em que são pesquisados. Por falta de uma definição sistematizada, optamos pelas definições de Bullok (2004): Suporte social pode ser definido por provisão ou recebimento de assistência e pela percepção individual de apoio que pode ser positiva ou negativa.

A rede de apoio se refere a um conjunto de ligações específicas entre pessoas com a propriedade adicional dos laços que são usados para interpretar o comportamento da pessoa envolvida. Desta forma, a rede se refere às redes institucionais, com expectativas de comportamento pré-estabelecidas.

4.4 ASPECTOS ÉTICOS NA PESQUISA COM SERES HUMANOS

A pesquisa foi submetida à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Franca. Aos sujeitos da pesquisa foi apresentado um documento

com os esclarecimentos, numa linguagem clara sobre os objetivos do estudo, procedimentos, riscos, desconfortos e benefícios, respeitando o desejo de participarem ou não da pesquisa (**ver** Apêndice A). Após esta etapa foi discutido e assinado o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (**ver** Apêndice B). Na ocasião, foi solicitada a autorização para que a entrevista fosse gravada. Na apresentação dos resultados, foi garantido o anonimato de cada sujeito da pesquisa, com orientação de que os registros dos dados serão mantidos em local seguro.

4.5 LOCAL DO ESTUDO

Este estudo se desenvolveu em um curso de graduação em enfermagem de uma Universidade do interior do estado do Paraná.

O objetivo geral do curso é formar um profissional que atenda as necessidades sociais da saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS), assegurando a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento, garantindo estrutura física e pedagógica coerentes com este fim, primando pela qualidade do ensino nos aspectos científicos, técnicos e éticos e pela formação integral que contemple o aprender a aprender, aprender a ser, aprender a fazer e aprender a conviver.

Trata-se de um curso de regime seriado anual, com vestibular e matrícula anual, com duração de quatro anos. O corpo docente é constituído por vinte docentes de diversas áreas, sendo três doutores, cinco mestres e doze especialistas. Os respectivos docentes se distribuem conforme as áreas de formação: a área de formação de ciências biológicas e da saúde conta com dez docentes, a área de formação de ciências humanas e sociais conta com três docentes e a área de ciências da enfermagem com sete profissionais de enfermagem.

4.6 SUJEITOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Constituíram-se sujeitos deste estudo as famílias de três docentes responsáveis por disciplinas do ciclo profissionalizante.

Critério de seleção das famílias

O docente, cuja família seria objeto de estudo, deveria ter graduação em enfermagem e fazer parte do quadro docente do curso. Dentre os sete docentes que fazem parte do quadro docente, foram selecionados três que possuíam estruturas familiares distintas: uma família nuclear ou conjugal sem histórico de relações anteriores, uma família nuclear com formação recente e com histórico de relações anteriores e uma família mononuclear resultante de divórcio.

O corpo docente profissionalizante selecionado para a pesquisa contou com três enfermeiras, sendo duas, contratadas como horistas e uma contratada com regime de tempo integral, perfazendo quarenta horas semanais. Todas as enfermeiras possuem vínculo com outras instituições e continuam ligadas a assistência direta ao paciente.

Levando-se em consideração que o critério dessa pesquisa não é numérico, a pesquisadora optou por uma amostra de sujeitos que garantisse várias dimensões de estruturas familiares com conseqüentes diversidades que influenciam na promoção da saúde das famílias.

4.7 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

O trabalho de campo foi executado junto às famílias dos sujeitos selecionados para a pesquisa. Os encontros da pesquisadora com as respectivas famílias foram previamente agendados, respeitando-se o pré-requisito de que todos os membros da família que concordaram em participar do estudo estivessem presentes. A família estendida foi entrevistada conforme a necessidade levantada pela pesquisadora, baseando-se no grau de participação dos mesmos na dinâmica familiar dos sujeitos selecionados.

A estratégia de reunir todos os membros da família para promover uma discussão em grupo foi adotada com o objetivo de se obterem informações específicas relacionada a crenças, atitudes, conceitos e comportamentos inerentes ao grupo. As discussões em grupo se mostraram valiosas pela possibilidade de comparação entre os grupos familiares, independentemente dos mesmos serem semelhantes ou distintos. A literatura sobre pesquisa qualitativa apóia esta interpretação (MINAYO, 2000).

Esta etapa teve o objetivo de levantar informações sobre todos os membros da família: como concebem sua saúde, as funções e papéis de cada um, as redes e apoio social, a comunicação entre eles e com o ambiente, a espiritualidade, crenças, o acesso e a atenção dos serviços de saúde e demais instituições, os mecanismos de enfrentamento nas situações de estresse e conflito.

Os instrumentos qualitativos abrangem maior variedade de informações, são mais flexíveis, permitindo colher informações variadas, na medida da necessidade de se esclarecer cada fato. Entre os instrumentos mais usados atualmente temos a entrevista em profundidade, o genograma e o ecomapa, que foram utilizados nesta pesquisa.

A entrevista, em uma conceituação ampla, tem o objetivo de colher informações sobre determinado tema, através da *fala* dos atores. Mediante uma entrevista podem-se obter dados de duas naturezas: aqueles que podem ser obtidos por meio de outras fontes (censos, estatísticas) e aqueles que refletem os valores subjetivos da realidade dos sujeitos entrevistados (valores, sentimentos, opiniões, condutas). Para a obtenção dos dados subjetivos pertinentes à pesquisa, utilizamos a entrevista aberta ou em profundidade, onde os entrevistados falaram livremente sobre os temas propostos (MINAYO, 2000). Todas as entrevistas foram gravadas conforme autorização obtida através da etapa de esclarecimento da pesquisa.

Durante as entrevistas, a pesquisadora, inserida no contexto dos entrevistados, realizava a observação dos mesmos, que se constitui em uma forma de complementação da percepção da realidade. Existem alguns fenômenos importantes que não podem ser registrados, e, portanto, necessitam da observação do entrevistador que devem ser incorporados as informações recebidas. Entre eles se incluem a linguagem corporal, o ambiente físico familiar, as demonstrações de vaidades e ambições pessoais, os cuidados com o próprio corpo e as demonstrações de afeto ou hostilidades entre os membros da família.

Para a entrevista foram utilizados roteiros com perguntas abertas, que nortearam o tema da pesquisa, mas que permitiram aos entrevistados elaborarem suas respostas e se estenderem em explicações, sem nenhum cerceamento por parte da pesquisadora. A entrevista em profundidade possui limitações e dificuldades importantes, como o constrangimento aos sujeitos do estudo de terem seus depoimentos gravados pelo pesquisador. Desta forma, foram tomadas precauções para evitar constrangimentos e permitir aos entrevistados manterem sua privacidade, quando manifestarem este desejo. O roteiro para coleta de dados se baseou em questões pertinentes ao sistema familiar (**ver** Apêndice C).

Os dois instrumentos utilizados – genograma e ecomapa – foram construídos juntamente com os participantes da pesquisa e se mostraram bastante úteis para a compreensão das relações nas famílias, através das interações entre seus próprios membros e deles com a comunidade.

O genograma foi construído através de um diagrama que detalha a estrutura familiar, fornecendo informações sobre os vários papéis de seus membros e das diferentes gerações e, ainda, bases para a discussão e análise das interações familiares. Os símbolos básicos utilizados na construção do genograma foram:

- Os homens são representados por quadrados dispostos a esquerda e as mulheres por círculos à direita. A família é representada por uma linha horizontal que liga ambos.
- As crianças ficam dispostas abaixo da linha familiar, obedecendo a ordem do mais velho ao mais jovem, esquematizados da esquerda para a direita.
- Cada membro é identificado pelo nome, idade e ocupação.
- Nos casos de mais de uma união, a esposa deve sempre estar mais próxima do primeiro parceiro e depois do segundo parceiro.
- São descritas, no mínimo, duas gerações.
- São registradas informações relevantes, como óbitos, ordem de nascimento dos filhos, divórcio e problemas de saúde. Se um membro foi a óbito, deve-se anotar a data acima do respectivo símbolo. Quando houver registro de aborto, o sexo da criança deve ser anotado, quando conhecido (WRIGHT; LEAHEY, 2002).

Durante as entrevistas, o pesquisador e a família construíram o

genograma juntos, com a participação de todos os membros, incluindo, as crianças e os adolescentes. As famílias foram cooperativas e demonstraram interesse na construção do genograma, o que transformou a pesquisa de campo num momento terapêutico para os membros.

Reconhecer que pertencem a um grupo, identificar pessoas que são apoios, relembrar fatos pitorescos de parentes traz benefícios durante o próprio levantamento, além de contribuir para identificar possíveis apoios, que ajudarão o enfermeiro no planejamento do cuidado. O genograma não precisa nem deve ser completado em uma única entrevista.

O genograma pode ser utilizado ao mesmo tempo para desencadear informações úteis, tanto para o enfermeiro, como para a própria família, sobre o desenvolvimento e funcionamento da família (WRIGHT; LEAHEY, 2002).

O histórico de saúde dos membros da família, como morbidade e mortalidade, traz informações importantes para o enfermeiro que poderão ser visualizadas rapidamente.

O ecomapa é um diagrama das relações entre a família e a comunidade que ajuda a avaliar os as redes e apoio social disponíveis e sua utilização pela família. Uma família que tem poucas conexões com a comunidade, e também entre seus membros, necessita de maior investimento da enfermagem para melhorar seu bem-estar. No ecomapa, os membros da família e suas idades aparecem no centro de círculo. Já os contatos da família com a comunidade são representados nos círculos externos. As linhas indicam o tipo de conexão: linhas contínuas representam ligações fortes; as pontilhadas, ligações frágeis; linhas com barras, aspectos estressantes, enquanto as setas significam energia e fluxo de recursos. Ausência de linhas significa ausência de conexão. Pode-se usar de forma combinada o genograma com o ecomapa e a construção conjunta destes instrumentos com a família – opção por nós adotada neste estudo - representa a possibilidade de os familiares repensarem suas próprias relações, de aquisição de confiança entre pesquisador e familiares a e busca de apoio para a família, dentro e fora da própria família (TARKO; REED, 2004).

Assim como o genograma, o ecomapa deve ser construído juntamente com a família, em vários encontros. Na medida em que ele vai sendo construído, vai revelando redes de apoio e suporte social, que podem ser fontes de fortalecimento para a saúde da família. Por outro lado, pode ajudar a identificar fontes de pressão,

relações estressantes ou ausência de suportes. Oferece, também, oportunidades de integrar o planejamento do cuidado com os recursos disponíveis (TARKO; REED, 2004).

O genograma e o ecomapa são componentes essenciais do levantamento de dados sobre a família (WRIGHT; LEAHEY, 2002). O genograma provê uma visão instantânea dos membros da família, com uma perspectiva de três gerações e alguns indicadores de saúde. O ecomapa provê informações sobre as relações externas da família que podem ser fontes de apoio ou de estresse. Estes dois instrumentos podem ser usados, concomitantemente, com outras formas de levantamento de dados, com a vantagem de serem de fácil visualização.

Dentre as diversas vantagens da utilização do genograma e do ecomapa, destacam-se: a possibilidade de observar e analisar barreiras e padrões de comunicação entre as pessoas; explorar aspectos emocionais e comportamentais em um contexto de várias gerações; auxiliar os membros da família a identificar aspectos comuns e únicos de cada um deles; discutir e evidenciar opções de mudanças na família e prevenir o isolamento de um membro da família, independentemente da estrutura familiar. Como instrumentos de coleta de dados, têm vantagens e limitações. Eles são úteis, principalmente, em pesquisas qualitativas, quando se utilizam entrevistas semi-estruturadas, narrativas, história oral e história de vida para coleta de dados. Como elementos gráficos, têm a vantagem de apresentar uma visualização mais objetiva de relações entre grupos, pessoas, instituições e a desvantagem de, muitas vezes, simplificar dados complexos. Tanto na investigação como no processo terapêutico, facilitam as relações entre o profissional e os entrevistados, pois tornam a comunicação mais informal e, ainda, permitem a utilização de vários recursos da linguagem não-verbal. Contudo, há que se ter cuidado, pois como essas relações são dinâmicas e instáveis, eles não são dados finais. Devem, sempre, ser analisadas como dados dinâmicos, flexíveis e que se transformam ao longo do tempo. Como instrumentos, são manipuláveis pelos participantes e pelo entrevistador, portanto, o profissional deve estar muito bem preparado para utilizá-los. Para tanto, precisa lançar mão da literatura e de um preparo técnico para seu manuseio (NASCIMENTO; ROCHA; HAYES, 2005).

A coleta de dados, através destes instrumentos, contém informações pessoais, de caráter confidencial, que revelam a vida da família e sua história em

profundidade. Proteger a privacidade e a confidência foi uma das preocupações mais importante desta pesquisadora.

Os dados coletados foram concomitantemente analisados e interpretados, fornecendo, assim, subsídios para que a pesquisadora conhecesse a estrutura entre os membros da família, e a relação dos mesmos com a comunidade.

4.8 PROCEDIMENTOS PARA A ANÁLISE DOS DADOS

Os dados deste estudo são: o conteúdo das entrevistas, as observações realizadas e anotadas, o genograma e o ecomapa das famílias.

Os dados coletados foram submetidos ao método de análise de conteúdo, para melhor compreensão das entrevistas e dos instrumentos utilizados, buscando os aspectos mais relevantes de acordo com o referencial teórico adotado na pesquisa: promoção de saúde, enfermagem familiar, apoio social.

A realização da análise de conteúdo seguiu os seguintes passos:

- *A pré-análise dos dados:* nesta etapa foram realizadas a leitura e interpretação das entrevistas transcritas, observações registradas, genograma e ecomapa. A leitura das entrevistas foi realizada através da disposição e construção de três colunas distintas: entrevista bruta, conteúdos significativos e reflexão;
- *Exploração do material:* os dados foram organizados para a realização da descrição das características pertinentes ao conteúdo da pesquisa. A categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e por reagrupamento com critérios previamente definidos (BARDIN, 1994).

Para categorização das entrevistas transcritas, foram utilizadas como unidades de registro três categorias distintas: apoio social, rede de apoio e papéis na família. As categorias podem ser estabelecidas antes do trabalho de campo, isso requer fundamentação teórica e estas categorias devem ser gerais (MINAYO, 2000).

Interpretação dos dados: a família foi utilizada como o centro de investigação para a obtenção do diagnóstico de promoção de saúde do profissional de enfermagem. A abordagem da enfermagem da família não desvincula a sistematização do cuidado já construída para a implementação do cuidado no processo de enfermagem.

A prática de enfermagem junto às famílias possibilita a realização da avaliação e a intervenção de enfermagem. O modelo da enfermagem familiar facilita o processo de transição das enfermeiras do “pensar tradicional”, mais individualista, para o “pensar família”, através de uma clara estrutura para avaliação das famílias e de intervenções necessárias para seu tratamento (WRIGHT; LEAHEY, 2002).

5 RESULTADOS

Colaboraram com o nosso estudo três famílias, totalizando doze participantes membros das famílias em questão.

Ao falarmos da constituição de cada família, consideraremos como membros todos àqueles que participaram da pesquisa e que foram, de alguma forma, tidos como seus integrantes pelos próprios familiares (BOMAR, 2004).

As famílias foram identificadas por números ordinais em Família1, Família2 e Família3 e seus membros identificados através do parentesco em relação ao profissional enfermeiro, com o número de sua família, como, Pai1, Mãe1, Marido1, Filho1, Irmã1.

Quando a família apresentou mais que uma pessoa com o mesmo parentesco em relação ao profissional enfermeiro, foi identificada com número e letra, iniciando com a letra a, o parente mais velho e assim sucessivamente, como exemplo, Irmã1a e Irmã1b, sendo a Irmã1a a irmã mais velha.

Os depoimentos dos familiares que participaram deste estudo serão apresentados com recuo de 4 centímetros, espaçamento simples e identificados os autores das falas entre parênteses e em negrito.

O Quadro 1 permite visualizar algumas características das famílias acompanhadas neste estudo.

Quadro 1– Caracterização do profissional enfermeiro, das famílias participantes da pesquisa, em relação a procedência e participantes, número de contatos realizados e duração total dos encontros, em horas.

Identificação da Família	Identificação do Profissional de Enfermagem	Participantes da pesquisa	Duração total dos encontros, em horas
1	Enfermeira 1 Idade: 38 anos	Enfermeira1, Marido1, Filha1 e Filho1.	5h
2	Enfermeira 2 Idade: 33 anos	Enfermeira2, Filha2, Avó2.	3h
3	Enfermeira 3 Idade: 35 anos	Enfermeira3, Marido3, Filha3a, Filha3b, Filho3.	4h

5.1 APRESENTAÇÃO DAS FAMÍLIAS

Família 1

A família número um (Família1) é constituída pela enfermeira um (Enfermeira1), marido um (Marido1), filha um (Filha1) e filho um (Filho1). A Enfermeira1 tem trinta e oito anos, e trabalha em um hospital público com carga horária de 40 horas semanais e atua como docente na universidade que se constituiu como campo de estudo. Apesar da flexibilidade de horário, devido ao sistema de compensação de horas, passa a maior parte de seu tempo no hospital, envolvida com a administração de nove setores pelos quais é responsável. Reuniões no período noturno com os funcionários que lhe são subordinados são corriqueiras, bem como, escala de plantões à distância nos finais de semana. Para exercer a atividade docente no período noturno, viaja oitenta quilômetros em média três vezes por semana. Ministra aulas quinzenais alternadas no período matutino, na quarta-feira e no sábado. Assim, dorme uma vez por semana em outra cidade, fora do lar, ou viaja aos sábados. Frequentemente não consegue passar em casa antes de viajar para dar aula, o que restringe seu contato com a família ao horário de almoço. O Marido1 tem quarenta e dois anos e é docente em uma universidade pública. No momento, encontra-se afastado de suas atividades, em fase de conclusão da tese do seu doutorado, e, portanto, passa a maior parte do tempo trabalhando em casa. Rotineiramente, é o responsável pelo transporte dos filhos à escola, acompanhando-os em atividades esportivas ou em passeios.

O casal está ligado por uma união consensual que gerou dois filhos. A Filha1 tem nove anos e estuda na terceira série do ensino fundamental em uma escola particular, adora estudar e tem um ótimo rendimento escolar. Além das atividades escolares, estuda inglês e pratica natação. O Filho1 tem seis anos, cursa o pré-fundamental três em uma escola particular, afirma que adora as atividades escolares e pratica natação e futebol.

A Família1 conta com uma funcionária (Funcionária1) responsável pelos cuidados das crianças e atividades da casa. Existe um grande vínculo de afeto entre a mesma e todos os integrantes da família, conseqüente a um convívio de nove anos de trabalho na casa. A relação de cumplicidade e afeto é comprovada

pelo fato da família disponibilizar um apartamento próprio, próximo à residência da família como moradia para a Funcionária¹ sem nenhum custo. A Funcionária¹ tem vinte e sete anos, é separada judicialmente e atualmente tem um casamento consensual com outra pessoa. Não tem filhos até o momento e estuda matemática em uma universidade pública no período noturno.

A Família¹ reside em casa própria, de alvenaria, composta de três quartos, duas salas, um escritório, dois banheiros, cozinha e área de serviço, apresentando condições socioeconômicas satisfatória, conquistada e mantida com muito trabalho.

As atividades de lazer da família incluem reuniões em casa de amigos, freqüentarem o clube, jantar fora esporadicamente ou simplesmente ficar com a família reunida em casa.

Os vínculos afetivos com a família ampliada são mantidos através de ligações telefônicas e viagens anuais para outros estados, onde reside a família ampliada.

Família 2

A família número dois (Família2) é constituída pela Enfermeira2 e Filha2. A Enfermeira2 tem trinta e três anos, trabalha em um hospital municipal com carga horária de quarenta horas semanais e é docente na universidade que se constitui campo de estudo, lecionando duas vezes por semana no período noturno e quinzenalmente aos sábados. Foi casada durante um ano e dois meses, é divorciada há sete anos, devido a histórico de uso de drogas pelo ex-marido (Marido2) e tem uma filha (Filha2). O Marido2 mora em uma cidade há cento e sessenta quilômetros de distância, é empresário, tem situação financeira estável e se casou novamente há quatro meses.

A Filha2 tem oito anos, cursa a segunda série do ensino fundamental em uma escola particular, e, além das atividades escolares, faz curso de teclado. A Enfermeira2 conta com a ajuda da mãe (Mãe2) para cuidar da Filha2 em seus horários de trabalho. A Filha2 tem contato semanal com os avós paternos e passa uma semana com o pai uma vez ao ano. De acordo com a Enfermeira2 e a Avó2 materna, a criança tem um gênio difícil e só obedece à mãe.

A Mãe2 e o pai (Pai2) são portadores de hipertensão arterial, sendo que o Pai2 teve um ataque isquêmico transitório há mais ou menos um ano. A Enfermeira2 reside em uma casa que está no nome da Filha2. Devido a este fato, está construindo uma nova casa e, conseqüentemente, possui limitações financeiras no momento, que a levaram a dispensar os trabalhos de uma funcionária doméstica, e, conseqüentemente, passou a dividir a tarefa de cuidar da Filha2 com a Mãe2.

O genograma foi estruturado com três gerações, devido a participação ativa dos avós maternos na rotina dos membros da família. Os avós paternos convivem com a Filha2, porém em menor grau. A família ampliada conta também com o convívio dos irmãos da Enfermeira2 (Irmão2 e Irmã2) que residem em uma cidade próxima e visitam a Família2 com freqüência. A Filha2 possui um vínculo afetivo significativo com a Irmã2. A Família2 reside em casa, de alvenaria, composta de três quartos, duas salas, dois banheiros, cozinha e área de serviço, apresentando condições socioeconômicas satisfatória, graças ao trabalho da Enfermeira2 complementado pela pensão do Marido2.

Atualmente, as atividades de lazer da Família2, são raras devido às restrições econômicas impostas pela construção da nova casa, e incluem reuniões em casa de amigos, celebrações de aniversários e descanso em casa.

Família 3

A família número três (Família3) é constituída pela Enfermeira3, o marido (Marido3b), e os três filhos (Filha3a, Filha3b e Filho3). A Enfermeira3 tem trinta e cinco anos, trabalha em regime de tempo integral na universidade campo de estudo, com carga horária de quarenta horas e leciona em uma universidade estadual na mesma cidade. Além das atividades como docente, freqüenta um programa de mestrado como aluna especial em uma cidade a oitenta quilômetros de distância, com aulas semanais e freqüenta um curso de pós-graduação, em uma cidade a cento e sessenta quilômetros de distância, nos finais de semana. Devido a todas essas atividades, trabalha a maior parte do tempo em três períodos, sendo que, efetivamente, fica em casa com a família no sábado, durante o período vespertino e no domingo.

O primeiro casamento da Enfermeira3 foi marcado por uma tragédia, quando o primeiro marido (Marido3a) se suicidou há cinco anos, deixando a mesma com três filhos e um montante em dívidas. Após muito trabalho conseguiu um equilíbrio sócio-econômico e se casou novamente. O Marido3b tem trinta e dois anos, trabalhava como funcionário público e, há três meses, exerce atividades como profissional liberal. A mudança de atividade profissional do Marido3b provocou uma redução salarial, que desestabilizou a renda familiar, sendo motivo de muito estresse e ansiedade para a Enfermeira3. O Marido3b é responsável pela administração da casa e pelos cuidados com as crianças nos períodos em que a Enfermeira3 está ausente.

A Filha3a, mais velha, tem treze anos e estuda na oitava série do ensino fundamental em uma escola particular, gosta da escola, mas não tem um bom rendimento escolar, o que a leva a freqüentar aulas de reforço quatro vezes por semana. A Filha3b tem onze anos e cursa a quinta série do ensino fundamental, na mesma escola que a irmã mais velha, gosta das amigas da escola, mas não gosta de assistir aula, conseqüentemente, seu rendimento escolar também deixa a desejar. Além das atividades escolares, ela freqüenta a catequese. O Filho3 tem nove anos, cursa a terceira série na mesma escola que as irmãs, faz catequese e é “lobinho” em um clube de escoteiros. É portador de um distúrbio de comportamento, caracterizado por períodos de agressividade, dificuldade de respeitar limites e depressão. Após vários conflitos familiares e diversos tipos de tratamento, tem apresentado melhoras com o tratamento médico atual. É acompanhado

periodicamente, por um psiquiatra e por uma psicóloga, que, há pouco tempo, mudou-se para uma cidade há cento e sessenta quilômetros de distância, levando a Enfermeira³ a ter que viajar quinzenalmente para garantir a continuidade do tratamento.

A Família³ conta com uma funcionária (Funcionária³) responsável pelos cuidados das crianças e atividades da casa, no período matutino e vespertino. A Funcionária³ trabalha na casa há seis anos, o que levou a estabelecer um vínculo de afeto importante entre a mesma e todos os membros da família. A Funcionária³ tem vinte e nove anos, é casada e tem dois filhos.

A Família³ reside em casa própria, de alvenaria, composta de três quartos, duas salas, dois banheiros, cozinha e área de serviço, apresentando condições socioeconômicas satisfatória.

As atividades de lazer da família incluem reuniões com a família materna, com os pais do Marido^{3b} e, mensalmente, as crianças têm contato os avós paternos que residem em outro estado. A Enfermeira³ e o Marido^{3b} freqüentam bares e boates noturnas eventualmente. Contudo, estes programas têm se tornado escassos devido às restrições financeiras atuais.

5.2 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS POR CATEGORIAS DE ANÁLISE

Em seguida, apresentaremos os resultados conforme as categorias pré-estabelecidas, redes, apoio social e papéis na família:

5.2.1 Redes e apoio social

As redes de apoio são instituições que podem ou não fornecer apoio social aos membros da família e são representadas pela própria família, unidades básicas de saúde, hospitais, igrejas, clube, escola, etc.

As redes de apoio foram identificadas nos depoimentos descritos abaixo:

A Família1 demonstra em seus depoimentos que possui várias redes de apoio, sendo a principal, a própria família que preserva, de várias formas, sua unidade. Em seguida podemos observar que consideram o emprego público como fonte de segurança. O clube que freqüentam proporciona atividades de lazer, uma fonte de relaxamento e descontração. As crianças, em seus depoimentos referem a escola e as atividades esportivas como fonte de apoio e prazer.

Eu adoro a escola [...] gosto porque conheço novas pessoas, aprendo novas coisas [...] e porque eu conheço amigos (FILHA1).

Vamos dizer aí [...] seria a escola né e o trabalho o suporte econômico, não de estrutura familiar (ENFERMEIRA1).

[...] Elas (Filha1 e Filho1) fazem natação duas vezes por semana [...] e ele (Filho2) faz futebol em outro clube [...] Na verdade este universo do clube é um universo importante [...] o fato de termos acesso ao clube de lazer ajudava, por exemplo, eu levar as crianças [...] isso tende a ser mais acionado, é uma forma de desestress, é mais, é que eu acho que a gente sempre buscou uma forma de compensação, então a gente aproveita melhor o tempo que estávamos todos juntos [...] (MARIDO1).

[...] é uma coisa que eu não chamaria de infra-estrutura, mas que faz parte da estrutura material, é o meu vínculo com uma instituição pública que permite ter essa flexibilidade de horário. É uma pressão menor ou diferente

da pressão na esfera do âmbito privado [...] nossa família foi construída com a esfera pública [...] isso foi um peso decisivo, certamente isso em algum momento contribuiu para a estabilidade material, embora isso não signifique necessariamente um conforto material [...] (MARIDO1).

[...] o serviço público te dá uma tranquilidade maior, que se tu tiver um familiar, um ente próximo doente, você pode pegar um atestado médico, para acompanhar o seu familiar e isso não tem ônus financeiro e nem de que você seja visada, que corra risco no seu emprego [...] você tem um período de férias maior, então você tem uma estrutura de trabalho melhor, então a pressão diminuí [...] se as questões de trabalho melhoram, você tem uma condição social melhor [...] hoje eu fico final de semana com a família [...] (ENFERMEIRA1).

[...] apesar de eu estar afastado por causa da tese, eu não consigo distanciar do meu trabalho [...] a tese é uma extensão, um desdobramento do meu trabalho [...] a docência me é prazerosa, assim como a pesquisa (MARIDO1).

a escola que a gente optou também dá esse diferencial para as crianças, para que eles tenham uma formação (ENFERMEIRA1).

[...] a casa nos permitiu morar num espaço maior, para que as crianças tivessem um pouco mais de autonomia, então não precisamos sair tanto com eles, criamos um ótimo espaço de diversão, então eles estão se contentando com a casa [...] (ENFERMEIRA1).

A Família2 cita como redes de apoio o trabalho, os seguros de saúde privados, a escola e o emprego. A família estendida também aparece como importante rede de apoio, sendo que os avós paternos e maternos, tios e primos são citados como importantes suportes.

eu gosto muito da minha escola (FILHA2).

graças ao meu trabalho eu consegui construir esta nova casa [...] como a casa está no nome dela (Filha 2) ela se sente dona e às vezes não me obedece (ENFERMEIRA2).

[...] descobri que tenho reumatismo há pouco tempo, porque começou a afetar minha visão [...] ainda bem que tenho plano de saúde [...] faço acompanhamento médico com o reumatologista e oftalmologista [...] (ENFERMEIRA2).

eu e meu marido temos hipertensão [...] temos convênio com o SAS, e sempre vamos ao médico (MÃE2).

Eu e ela (Filha2) vamos há igreja toda semana (ENFERMEIRA2).

neste ano por causa da construção eu e ela (Filha2) deixamos de fazer muita coisa [...] antes saíamos para almoçar ou jantar (ENFERMEIRA2).

Na Família3, as principais redes de apoio se constituem na escola, igreja e consultórios médicos. A preocupação com os problemas de comportamento

do Filho3 faz com que os serviços médicos sejam a principal rede de apoio, já que a estabilidade familiar está intimamente relacionada com o sucesso do tratamento. A família ampliada também se constitui em rede de apoio importante, principalmente a dos avós maternos, que foi apontada como principal recurso, quando se trata da educação das crianças.

eu gosto da escola, só não gosto quando tem que ir à sala da orientadora (FILHO3).

eu gosto da escola, gosto das minhas amigas, só não gosto de assistir aula, é muito chato (FILHA3B).

as crianças vão mais a igreja, o (Marido3b) também vai todo fim de semana (ENFERMEIRA3).

tem o doutor (Médico) e o doutor (Medico) que é do (Filho3) e aí tem a doutora (Medica) que é da (Filha3b) (ENFERMEIRA3).

o clube a gente não tava indo, agora no verão que a gente vai começar a ir de novo (ENFERMEIRA3).

[...] eu gasto bastante com o (Filho3) pois os médicos dele não atendem pelo convênio, tive que reduzir o número de terapias com a psicóloga, ainda mais agora que ela mudou de cidade e gasto para viajar também [...] (ENFERMEIRA3).

a (Filha 3a e Filha 3b) estudam a tarde e o (Filho3) estuda de manhã, mas a (Filha3a) frequenta os plantões da escola, todos os dias a tarde (ENFERMEIRA3).

[...] quando se trata das crianças eu procuro o meu pai e minha mãe, quando se trata de uma coisa minha ou da casa eu procuro o (Marido3b). O motivo é que meu pai e minha mãe me ajudam assim, na educação, na parte das crianças né..o (Marido3b) ele tá o tempo todo junto, mas nos dois nunca temos a mesma opinião sobre as crianças, o (Marido3b) exige que elas sejam mais maduras e eu entendo que não, que tem um tempo pra elas amadurecerem então eu procuro um meio termo (ENFERMEIRA3).

A principal fonte de apoio social da Família1 são os próprios membros da família. São nítidas as manifestações de carinho, afeto e compreensão entre os membros da família que justifica esta afirmação. Além dos membros da família nuclear, pai, mãe e filhos, consideram a Funcionária1 que cuida da casa como membro afetivo da família e fonte de tranquilidade, na medida em que confiam em seu trabalho, bem como, sentem-se retribuídos em seu afeto.

eu não sei se seria de considerar a (Funcionaria1) como a pessoa que mais nos ajuda, eu acho que sim, ela faz parte, é uma extensão da família (MARIDO1).

È a própria família, entre nós, e a (Funcionária1) é uma instituição (ENFERMEIRA1).

Papai, mamãe e a (Funcionaria1), não a (Funcionária1) não pode (FILHO2).

Na Família1 aparece a família estendida como fonte de suporte social. A comemoração das festas tradicionais, como Natal, acontece junto aos familiares maternos ou paternos, o que proporciona conforto e prazer a todos. Os vizinhos também foram citados como fonte de apoio.

o (Marido1) sempre me deu apoio, levava a (Filha1) para amamentar no hospital ou para eu vê-la (ENFERMEIRA1).

[...] a (Funcionaria1) pras coisas da casa, por exemplo precisa de uma viagem, alguma coisa assim, ficar com as crianças, uma dada situação, então a gente recorre a (Funcionaria1) e vizinhos para agilizar a vida né, é com a (Funcionaria1) que a gente conta (ENFERMEIRA1).

[...] sempre buscando o valor de formação de construção da personalidade das crianças e nossa [...] as crianças não foram planejadas né, mas no momento em que nós fizemos isto, a gente pensou o que era melhor para eles [...] nós sempre soubemos que não tínhamos outras pessoas [...] (ENFERMEIRA1).

as crianças sempre foram criadas neste ambiente, a gente fica lendo com eles próximos, eles também foram estimulados a criarem suas próprias brincadeiras (ENFERMEIRA1).

[...] não é o fato da gente se bastar [...]tanto que a gente tem vários amigos...mas é que o ambiente de casa é um ambiente tranquilo, não é um ambiente de estresse, então eles (Filha1; Filho2) têm prazer de ficar com a gente em casa. Então dá para trabalhar em casa, e eles também ficam bem [...] (ENFERMEIRA1).

A Família2 apresenta como forte fonte de apoio os avós maternos. Como estímulo negativo, aparece à relação com o Marido2, apesar do fato do mesmo aparecer como fonte de suporte econômico, contribuindo com o orçamento familiar. O trabalho da Enfermeira2 e a construção da casa são citados como fontes de estresse na medida que consomem o tempo disponível para a Mãe2 ficar com a Filha2 e dar-lhe mais carinho e atenção. A Mãe2 procura suprir algumas ausências da Enfermeira2 no cuidado com a filha. A Filha2 cita com carinho a participação dos avós como membros da família. Os avós, na Família2, aparecem como fonte de preocupação por apresentarem problemas de saúde. Os vizinhos da Família2 são fonte importante de suporte, ajudando em tarefas de transporte, bem como, com

ligações afetivas de amizade.

bem que podia ter duas mães, enquanto uma trabalha [...] a outra ficava comigo (FILHA2).

No começo da separação eu ajudava bastante (MÃE2).

durante este ano... na hora do almoço, que eu poderia ficar com ela (Filha2), eu ficava na construção (ENFERMEIRA2)

pelo fato de que eu fico muito ausente...tenho pouco tempo para corrigir. Todo tempo que eu posso eu fico com ela (ENFERMEIRA2).

minha mãe é quem cuida de mim (FILHA2).

minha família somos mamãe, eu, vovô (Pai2) e a Vovó (Mãe2) (FILHA2)

quando ela (Filha2) está lá em casa, eu sinto que ela tem necessidade de estar aqui...na casa dela e junto com a mãe (MÃE2).

a vizinha tem um filho que estuda com ela há muito tempo, ela leva os dois para a escola e eu fico encarregada de buscar (ENFERMEIRA2).

[...] após a separação, assinei um documento autorizando que só ele (Marido2) poderia pegar ela (Filha2), como ele não vinha e ela estava se distanciando muito, comecei a relaxar [...] deixei que os avós paternos pegassem ela [...] (ENFERMEIRA2).

o pai (Marido2) nem liga para ela, nunca vem buscá-la (ENFERMEIRA2).

mesmo quando eu estava com empregada, passava todos os dias na casa da minha mãe (Mãe2) [...] quando vou comprar algo peço a sua opinião, se ela não concorda compro do mesmo jeito (ENFERMEIRA2).

meu pai (Pai2) é quem precisa de mais cuidado, .ele tem um gênio difícil, é muito teimoso (ENFERMEIRA2)

Na Família3 a principal fonte de apoio é o Marido3b, que se responsabiliza pela casa e pelos filhos na maior parte do tempo. A relação entre o Marido3b e as crianças é tranqüila, baseada em carinho e respeito. Porém não se percebe um vínculo forte o suficiente para que o mesmo seja reconhecido como pai, mas como cuidador. A principal fonte de estresse para todos os membros da família é o Filho3, que, frequentemente, tem comportamentos que desestabilizam a harmonia da família. A Funcionária3 é citada pelas crianças como principal fonte de apoio devido à sua presença constante. Apesar de não contar com apoio constante de seus pais, percebe-se que, para a Enfermeira3, os mesmos são a maior fonte de apoio social quando se trata de problemas com os filhos.

minha outra vó mora em [...], quando ela vem a gente sempre fica com ela [...] ela tem vinda uma vez por mês (FILHA3B).

a gente vai mais à casa da minha vô (Mãe3) que na mãe do tio (Marido3b) (FILHA3A).

com frequência nos vamos à casa das famílias, quando não é na casa dele é na casa da minha mãe (ENFERMEIRA3).

minha avó (Mãe3) nunca pode cuidar da gente quando a gente precisa (FILHA3A).

quando tenho problemas eu recorro aos meus pais e ao (Marido3b) eles me cobram muito quanto a educação das crianças, por isso recorro mais a eles...acho que pela experiência que eles tem também (ENFERMEIRA3).

[...] sem o (Marido3b) eu não poderia estar fazendo nada do que eu faço, nada absolutamente nada! Eu não ia conseguir trabalhar tanto, eu não ia conseguir fazer pós, mestrado, eu não ia conseguir fazer nada, absolutamente nada.. Por que daí toda parte da casa que ele faz, eu que teria que fazer, entendeu? (ENFERMEIRA3).

apoio moral o pai dela (Enfermeira3) até dá...mas prático efetivo esporadicamente, o qual você não pode contar, talvez assim esporadicamente. Se você falar assim, obrigatoriamente, não [...] (MARIDO3B).

[...] se eu falar pra minha mãe: mãe eu tenho que terminar o mestrado, a pós e o (Marido3b) não vai poder ficar com as crianças, você fica? Não. [...] Mãe eu não posso ir buscar, você vai? Ela meio brigando vai, porque a minha mãe é assim, sempre as coisas a dela primeiro. O meu irmão sempre vai! Quando eu preciso dele todas as vezes ele vai...agora quando não tem ninguém é a (Funcionária3) (ENFERMEIRA3).

depois do (Marido3b) quem mais me dá apoio é a (Funcionária3) (ENFERMEIRA3).

quando eu preciso de alguma coisa eu procuro a tia (Funcionária3), quando eu ligo pra minha mãe ela nunca ta na sala dela (Filha2b).

o (Filho3) me procura e quando ele não me encontra ele procura a (Funcionária3) (ENFERMEIRA3).

5.2.3 Papéis da família

A Família1 está organizada de uma forma que poderíamos classificar de tradicional, com os papéis definidos de pai, mãe, filhos e uma funcionária que atende aos trabalhos domésticos. Contudo, como a mãe exerce atividades profissionais de grande responsabilidade, em duas cidades, e o pai, no momento, está trabalhando no domicílio, parte das atividades, que poderiam ser consideradas maternas estão sendo desempenhadas pelo Marido1. A Funcionária1, por estar há longo período na família, extrapolou seu papel de funcionária e, eventualmente, tem

desempenhado o papel de cuidadora das crianças, como substituta da mãe.

A mamãe e o papai [...] não, eu acho o papai porque ele fica mais tempo...os dois (FILHA1).

[...] Eu faço aquele papel de mãe, que né, quando sou acionada a gente vem ver, né e é lógico, estando em casa a gente faz os papéricos das crianças, acompanha o banho, acompanho e vejo se está ok, como papel que é meu mesmo né! Agora de cuidador o (Marido1) tem feito mais [...] (ENFERMEIRA1).

[...] quem tem que ser mais cuidado é o (Filho1), como a gente sempre fala, tem que ser mais cuidado pela idade dele, mas muitas vezes eu me coloco totalmente na dependência, na necessidade de ser cuidada que as pessoas façam tudo pra que eu possa chegar a casa e descansar, poder ficar cuidando das crianças sem pressão, de poder fazer a comida [...] quando eu faço uma refeição, a elaboro é mais como uma terapia do que algo como obrigatoriedade [...] (ENFERMEIRA1).

[...] Vamos dizer, vamos pegar um filme...há vamos sair, e eu não quero sair é respeitada a minha vontade, porque eu ando cansada né, então hoje eu tenho sido mais poupada e cuidada [...] pela estrutura que a gente tem vivido, pelo cansaço [...] (ENFERMEIRA1).

pela jornada de trabalho dela, a gente cria condições mais favoráveis para ela (MARIDO1).

[...] o (Marido1) não tem uma postura machista,só eu vou crescer, você não...a gente busca que os dois estejam indo, e é a mesma coisa com as crianças, temos prioridade pela formação da educação, então acho que é uma somatória [...] mas é algo que vai sendo elaborado no decorrer do tempo, com diálogo [...] (ENFERMEIRA1).

[...] Eu vejo assim, o (Marido1) cuida mais do que eu [...] contando em horas [...] porque, vamos dizer ...de prover alimento, é ele que vê, da questão de levar ao médico, de ver as crianças...os esportes e tudo...e na escola, eu estou mais na retaguarda dele [...] mas é um período, agora que a gente tem que viver, de eu não poder estar participando, deles poderem contar comigo [...] Ele (Marido1) pode adequar muito mais os seus horários [...] e pelo momento que eu estou passando, pelos dois vínculos, estar ocupando um cargo que tem demandado demais a minha presença, então é por isso e aí ele (Marido1) tem cuidado mais da família, até de mim [...] A (Funcionaria1) cuida da casa, está presente na casa...mas quem cuida das crianças, de ver se está tudo bem é mais o (Marido1) (ENFERMEIRA1).

[...] Eu acho que a questão é a forma de vínculo com o trabalho, os meus horários são bem mais flexíveis [...] então isto me permite cuidar, fazer compras no supermercado, é de pagar contas, de ir ao banco, enfim levar e buscar as crianças na escola [...] o tempo é organizado dado a disponibilidade e a flexibilidade que o trabalho impõe a mim e a (ENFERMEIRA1).

acho que eu sou mais cuidador e a (Enfermeira1) precisa de mais cuidados (MARIDO1).

[...] quando tenho problema, eu falo para a mamãe ou eu peço para a (Funcionaria1) quando eu estou em casa, ou se ela falar para eu contar para o meu pai, ou depois que minha mãe chega do almoço [...] (FILHA1).

Na Família2, os papéis dos seus membros se apresentam mais complicados. O Marido2 é citado como fonte de influências negativas sobre a Filha2, por colocá-la em confronto com a autoridade da mãe. A Mãe2 queixa-se de ser desautorizada pela neta, o que lhe dificulta exercer o papel de cuidadora. Desta forma, o pai não representa o papel de educador da Filha2 e, ainda, dificulta a Enfermeira2 e a Mãe2 a educarem a Filha2.

A Enfermeira2 tem acúmulo de papéis, pois não recebe atenção do ex-marido e está sobrecarregada com os cuidados de sua família e de seus pais.

a (Filha2) não obedece nada quando está comigo, ela diz: quem manda em mim é a minha mãe! (MÃE2).

o pai tem uma influência muito negativa sobre a (Filha2), uma vez ela voltou da casa dele e disse: olha mãe esta casa é minha, e eu mando aqui! (ENFERMEIRA2).

tem que ficar preocupada com a escola, instruir adequadamente para o futuro (ENFERMEIRA2).

quem precisa de mais cuidado é o vô (Pai2) (FILHA2).

Na Família3, o papel de cuidador é dividido entre a Funcionária3 e o Marido3b, este assume a maior parte das responsabilidades, mas é pouco reconhecido, pelos membros. Todos os membros têm uma preocupação maior com o Filho3, que é, oficialmente, o foco de cuidado do núcleo familiar. Os avós maternos são citados como importantes na divisão da educação dos filhos, principalmente o Pai3 por ter uma postura mais acolhedora do que a Mãe3. A Enfermeira3 é a provedora de recursos materiais para a subsistência da família, principalmente neste momento de transição profissional do Marido3b, que passou de um emprego com renda fixa, para uma atividade autônoma.

quem mais cuida da gente é o tio (Marido3b), porque minha mãe quase não fica em casa (FILHA3A).

minha mãe cuida (FILHO3).

quem fica mais atento com as coisas da casa e das crianças é o (Marido3b) ele é até mais rígido do que eu, mais detalhista (ENFERMEIRA3).

as crianças precisam de cuidado, você tem que ficar atento, de uma forma ou de outra tem que ficar atento, a (Filha3a) é de tudo, a (Filha3b) é o comportamento e o (Filho3) também é o comportamento (ENFERMEIRA3).

o (Filho3) é o mais menorzinho, por isso precisa de mais cuidado (FILHA3B).

6 DISCUSSÃO

Apesar da dificuldade em encontrar na literatura uma definição universal de rede de apoio e suporte social, encontramos formas de identificar nas famílias o apoio que recebem, com base no referencial promoção de saúde da família, na revisão bibliográfica e no contexto deste levantamento entre as três famílias estudadas. Desta forma, foram consideradas como rede de apoio e apoio social as informações levantadas nos depoimentos dos familiares e consideradas por eles como tais. Os conceitos desenvolvidos, academicamente, quanto mais trabalhados, mais universais, generalizados e complexos se tornam. Sua aplicação na pesquisa e na prática se torna limitada se não for considerada a realidade em que as experiências adquirem significado (WILLIAMS, BARCLAY, SCHIMMEL, 2004).

Nas três famílias estudadas, os membros da família constituem a principal fonte de apoio. Entre si, oferecem apoio emocional e instrumental. São fontes de apoio emocional porque disponibilizam tempo, compartilham as vivências cotidianas, preocupações e emoções, oferecem carinho e afeto. São fontes de apoio instrumental porque oferecem provisão de bens, dinheiro e trabalho. Os familiares ajudam nas tarefas domésticas, educação de filhos e contribuem com bens materiais no sustento da família.

A análise dos papéis da família baseada em um modelo psicossocial caracteriza o sistema familiar com a típica definição de papéis, no qual cada membro ocupa o seu espaço que não é permutável, porém, a expectativa de cada papel pode sofrer alteração, permitindo a transição entre “o proteger” e “ser protegido”. É essa possibilidade de troca de papéis que garante a dinâmica e a saúde familiar frente às diversas mudanças de origem interna ou externa. As relações entre os membros da família se apóiam em uma complexa rede de interação constante, que se mantém através de círculos de afeto e que objetivam a sustentação em relação ao conjunto. Sob esta ótica justifica-se a necessidade de se considerar o indivíduo como um ser multidimensional, com uma história singular, que foi construída em um contexto familiar que também é único (PUSCHEL et al., 2006).

Neste estudo, a família nuclear, formada por pai, mãe e filhos depende menos da família estendida do que a família recente com histórico de relações anteriores e a família mononuclear resultante de divórcio. Os membros das famílias que podem arcar com os custos de uma funcionária estável e dedicada manifestaram maior conforto e segurança. Delegar o trabalho doméstico a uma pessoa confiável proporcionou bem estar não somente às enfermeiras, mas a todos os membros da família. É preciso destacar que o envolvimento da Funcionária1 com a família foi além de um suporte instrumental, considerado como a oferta de trabalho e mão de obra. Estendeu-se a oferta de carinho, responsabilidade e confiança. Este fato nos leva a considerar que para o caso do profissional enfermeiro, com longa jornada de trabalho e dupla responsabilidade, considerando o ensino e assistência, o suporte deve abranger também a divisão de papéis na família.

A confirmação da importância da família como principal rede de apoio social também foi evidenciada ao se analisar os papéis dos parceiros sexuais de mulheres mastectomizadas. O apoio oferecido pelos parceiros baseou-se em atitudes que refletiam afeto, compreensão, estímulo para o auto-cuidado e colaboração nas atividades domésticas. As dificuldades encontradas pelos parceiros para fornecer o apoio às suas parceiras sexuais incluíam os sentimentos de impotência falta de diálogo e dificuldade de enfrentamento da situação (BIFFI; MAMEDE, 2004)

Na Família1, o marido se constituiu na maior fonte de apoio social no que se refere aos cuidados com os filhos, auxiliado pela Funcionária1, que também gerencia as tarefas relacionadas à casa. Além do suporte fornecido em relação à criação dos filhos, a Enfermeira1 conta com o apoio e incentivo profissional do Marido1, que é constantemente consultado sobre situações que são vivenciadas no trabalho. Na Família3, o apoio em relação ao cuidado com os filhos está mais centralizada na Funcionária3 e as tarefas de gerenciamento da casa são, predominantemente, executadas pelo marido (Marido3b). Nos casos das Famílias1 e 3, as Funcionárias aparecem como fonte importante de suporte.

Como a Enfermeira2 não pode contar com o trabalho de uma funcionária e não possui marido, compartilha com seus pais o papel de mãe e educadora, mas com mais dificuldades, pois a filha resiste a obedecer aos avós maternos. Os avós paternos fornecem suporte instrumental ao prover as necessidades materiais da Filha2.

Historicamente, a mulher tem um papel central nas relações familiares às quais cabem todas as atividades ligadas à manutenção do lar e da família, aliadas a outras atividades remuneradas, paralelas àquelas do lar, que contribuem para o sustento da família. No desempenho destes papéis, a mulher interpreta várias personagens, passando por esposa, mãe, dona de casa e membro ativo da família ampliada. Neste cotidiano familiar, os cuidados a família são vistos como tarefas naturais e o prazer obtido com o trabalho condição essencial ao “ser saudável”. A doença se relaciona com a incapacidade em realizar suas tarefas cotidianas, bem como, com sentimentos de desânimo, tristeza e depressão (MADUREIRA et al., 2002).

Nas enfermeiras participantes deste estudo, evidencia-se o compromisso e responsabilidade com a família, a participação efetiva no orçamento familiar, a rotina de inúmeras horas de trabalho e as relações de afeto nas relações familiares. A grande carga de trabalho é amenizada pelo prazer das atividades profissionais e as redes de apoio social como amortecedores de suas conseqüentes ausências no âmbito familiar.

As redes de apoio identificadas nas três famílias não se enquadram em resultados obtidos pelos estudos de Matsukura, Marturano e Oishi, (2002). Este autor comparou a rede social entre mães que trabalham fora e as que não trabalham, concluindo que mães que não trabalham fora possuem maior índice de apoio social. Tal conclusão baseou-se no fato de que a inserção no mercado de trabalho limita as condições de desenvolvimento e manutenção das redes de apoio. Mulheres que trabalham fora executam, além das tarefas relacionadas ao trabalho, as atividades ligadas à organização da casa e aos cuidados prestados aos membros da família. Os problemas financeiros decorrentes da baixa renda também foram apontados como fator limitante da constituição de uma rede de apoio social.

Existe uma relação direta entre o apoio social e a qualidade de vida dos indivíduos. Homens e mulheres com pouco contato social têm probabilidade de morrer mais cedo em relação aos que tem uma boa rede de apoio social (GOES, 2002).

As fontes de lazer, a escola das crianças e a igreja se apresentam como importantes redes sociais, sendo referida pelos membros como momentos de alegria, descontração e aproximação entre os membros da família.

Nas Famílias 2 e 3, a espiritualidade e a igreja aparecem como fontes

de apoio muito importantes. A Família1 não frequenta a igreja, mas cultiva os valores espirituais, éticos e morais entre seus membros.

As Família2 e 3 passam por um período da falta de oportunidades de lazer, determinados por limitações econômicas atuais e por excesso de atividades relacionadas ao trabalho, que exigem o desenvolvimento de atividades nos finais de semana e que aparece refletido nos depoimentos como fonte de tensões. Uma possível intervenção de enfermagem para promoção da saúde da família seria sugerir a estas famílias que procurassem se organizar para ter mais momentos de lazer e buscassem formas alternativas e econômicas para viabilizar os mesmos.

Paradoxalmente, os membros da família também constituem fonte de estresse. Ao apresentarem problemas de saúde, preocupam os familiares causando tensões. A Família3 passa por períodos de desestabilização emocional e financeira determinados pelos problemas comportamentais do Filho3. Nestes períodos, a Enfermeira3 é constantemente convocada para reuniões na escola, ocorrem brigas entre os irmãos, a família expandida é acionada, tem-se aumento de despesas com tratamento médico, bem como, sentimentos de angústia e tristeza da Enfermeira3, que se questiona sobre o desempenho de seu papel como mãe. Na Família2, a filha também se constitui em fonte de estresse para os avós maternos, devido ao fato de só obedecer à Enfermeira2. No entanto, os vínculos afetivos entre os membros da família não são afetados por estas tensões, pelo contrário, na Família3 todos apontam o Filho3 como membro da família que necessita de mais cuidados, evidenciando fortes vínculos afetivos em relação ao mesmo.

A relação entre o apoio social e a depressão em adolescentes pré-universitários evidenciou que os adolescentes de menor idade (16 a 18 anos) têm maior dependência e ligação com a família, e, portanto, necessitam de um apoio social maior do que os adolescentes de maior idade (19 a 21 anos). Da mesma forma, quanto menor era a intimidade e o grau de satisfação com a família, maior era o índice de depressão sentida pelos mesmos (CLAUDINO; CORDEIRO; ARRIAGA, 2006).

Os resultados evidenciam como fontes de apoio os membros da família nuclear e estendida e identificam as principais redes como sendo a própria família, o trabalho, a igreja, a escola e centros de lazer.

A enfermeira que trabalha em Promoção de Saúde tem um importante papel de mediação dentro da família e entre a família e as redes de apoio social,

motivando, trazendo reforços, validando comportamentos positivos e reconhecendo as fontes de estresse. A própria coleta de dados através dos instrumentos utilizados neste caso oferece a oportunidade, aos membros, de identificarem seus pontos fortes de proteção à saúde e suas vulnerabilidades.

É importante que a família, em conjunto, reconheça seus riscos potenciais e trabalhe criando mecanismos de proteção. O apoio é sempre uma ação recíproca: quem dá também deve receber, e em alguns casos, a retribuição é apenas a satisfação de constatar resultados positivos. Mas, mesmo neste caso, é importante que o receptor se alegre ao proporcionar ao doador a satisfação do resultado. Um dos trabalhos do enfermeiro em Promoção de Saúde é fazer o membro mais vulnerável reconhecer que ele é também fonte doadora de apoio e não um receptor passivo. A recepção passiva leva ao esgotamento de ambas as partes.

As famílias, em geral, sabem pouco sobre suas fontes de apoio e de estresse. Raramente os membros param, por iniciativa própria para fazer um balanço de seus riscos em saúde e de seus potenciais para criar mecanismos de proteção.

Com este estudo demonstramos que o profissional que trabalha em saúde, no caso enfermeiras, também precisa de auxílio para reconhecer a aplicação prática de duas categorias importantes do referencial teórico de Promoção da Saúde em Enfermagem, apoio e redes sociais e papéis na família.

Mesmo em famílias de poder aquisitivo considerado de bom padrão, há inúmeras barreiras que impedem o acesso a serviços e redes de apoio.

Identificadas as redes sociais, as fontes de apoio e os papéis desempenhados em cada família, será possível traçar um plano de intervenções para promoção de saúde. Deve-se considerar que o plano de intervenções só será efetivado se for construído da mesma forma que o diagnóstico, isto é, em conjunto com todos os membros da família. O plano deve ser flexível e dinâmico, acompanhando as mudanças e necessidades de cada momento. Em Promoção da Saúde não há intervenções padronizadas ou pré-determinadas.

Assim, exige-se do profissional enfermeiro que trabalha em Promoção de Saúde um preparo rigoroso no referencial teórico e nas estratégias a serem utilizadas para reconhecer as ações que deve desempenhar e os encaminhamentos necessários para equipes multi-profissionais, quando necessário.

CONCLUSÃO

Foram estudadas três famílias de Enfermeiras, profissionais que atuam no ensino e na assistência de enfermagem, com o objetivo de identificar as redes e os apoios que atuam junto às famílias, os papéis dos membros da família e sua relação com a promoção da saúde da família.

Nas três famílias estudadas, apesar de apresentarem diferenças em sua forma e organização, os membros da família constituem a principal fonte de apoio. Entre si, oferecem apoio emocional e instrumental. Funcionárias, sem laços de consangüinidade ou afinidade foram consideradas membros importantes para a família pelo apoio que ofertam e também pelo papel de cuidadoras que desempenham na família. Além da família nuclear, aparecem membros da família estendida como fontes de apoio.

Além da família, foram consideradas como importantes às redes de apoio constituídas pela escola, trabalho, igreja e locais de lazer. Problemas de saúde entre os membros e restrições econômicas foram considerados como fontes de estresse.

O apoio é uma relação de troca, portanto é preciso reconhecer que doadores e receptores atuam com expectativas de resultados que gerem satisfação para ambos. Os papéis desempenhados pelos membros da família têm íntima relação com o que consideram como apoio ou fonte de estresse. O papel de cuidador ou de educador pode ser fonte de apoio ou estresse quando manifestação de excesso de zelo ou quando entra em conflito com outro membro da família que exerce o mesmo papel com estratégias diferentes.

A enfermeira que atua em Promoção da Saúde exerce uma intermediação dentro da família e entre a família e redes de apoio. Através do levantamento de dados, utilizando a estratégia de envolver toda a família e levar os membros a identificarem suas relações e papéis, proporciona aos membros a oportunidade de identificar suas fontes de apoio e suas vulnerabilidades. A identificação leva ao reconhecimento da necessidade de fortalecimento de

mecanismos de enfrentamento, reforço a comportamentos saudáveis, redirecionamento de atitudes de risco. O diagnóstico pode ser utilizado para um plano de intervenções a ser efetuado em conjunto com os membros da família, pela própria família ou através de encaminhamentos, quando necessário. A enfermeira que atua deve estar bem preparada teoricamente dentro do referencial de Promoção de Saúde e com experiência prática para atuar.

Os profissionais que trabalham em saúde, no caso, enfermeiras docentes precisam de estratégias de acompanhamento para Promoção de Saúde de suas famílias, uma vez que também são vulneráveis aos fatores estressantes.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, T. M. et al. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 424-433, 2003.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1994.

BIFFI, R. G.; MAMEDE, M. V. Suporte social na reabilitação da mulher mastectomizada: o papel do parceiro sexual. *Rev. Esc. Enferm. USP*, v. 38, n. 3, p. 262-269, 2004.

BOMAR, P. J. Introduction to family health nursing and promoting family health. Foundations of nursing care of families en family health promotion. In: _____. *Promoting health in families. Applying family research and theory to nursing practice*. 3. ed. Philadelphia: Saunders, 2004. p. 3-37.

BRANT, L. C.; GOMEZ, C. M. O sofrimento e seus destinos na gestão do trabalho. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n. 4, p. 939-52, 2005.

BRITO, J. Uma proposta de vigilância em saúde do trabalhador com a ótica de gênero. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, p. 141-144, 1997.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

CAMPOS, E. P. *Quem cuida do cuidador: uma proposta para os profissionais de saúde*. Petrópolis-RJ: Vozes, 2005.

CARVALHO, I. M. M.; ALMEIDA, P. H. Família e proteção social. *São Paulo Perper*, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 109-122, 2003.

CENTA, M. L.; ELSEN, I. Reflexões sobre a evolução histórica da família. *Fam. Saúde. Desenv*, v. 1, n. 1/2, p. 15-20, jan./dez.1999.

CHERRY C. J.; BOMAR, P. J. Family health promotion and health protection. In:_____. *Promoting health in families*. 3. ed. Philadelphia, Pennsylvania: Saunders, 2004. p. 61-89.

CLAUDINO, J.; CORDEIRO, R.; ARRIAGA, M. Depressão e suporte social em adolescentes e jovens adultos: um estudo realizado junto a adolescentes pré-universitários. *Educação, ciência e tecnologia*, p 185-196. Disponível em: <<http://www.ipv.pt/millenium/Millenium32/14.pdf>>. Acesso em 19 dez. 2006.

ELIAS, M. A.; NAVARRO, V. L. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, p. 517-25, 2006.

GASPARINI, S. M.; BARRETO, S. M.; ASSUNÇÃO, A. Á. O professor, as condições de trabalho e os efeitos sobre sua saúde. *Educação e Pesquisa*, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 189-199, maio/ago. 2005.

GOES, A. et al. Projeto de promoção da saúde mental e prevenção das toxicodependências na gravidez e primeira infância: diagnóstico de situação. *Lisboa, Universidade Nova de Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública: 7º Curso de Mestrado em Saúde Pública*, p.1-12, 2002 [Texto Poli copiado].

MACHADO, J. M. H. A propósito da vigilância em saúde do trabalhador. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 987-992, 2005.

MACHADO, J. M. H. Processo de vigilância em saúde do trabalhador. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, p. 33-45, 1997.

MADUREIRA, V. S. F. et al. Relações familiares e cotidiano: a análise de quatro estudos a luz de Michel Mafeesoli. *Fam. Saúde Desenv.*, Curitiba, v. 4, n. 1, p. 68-81, jan./jun. 2002.

MARCON, S. S.; ELSEN, I. A enfermagem familiar com um novo olhar... A necessidade de enxergar a família. *Fam. Saúde Desenv.* Curitiba, v. 1, n. 1/2, p. 21-26, jan./dez. 1991.

MARTINS, E. R. C.; CORREA, A. K. Lidar com substâncias psicoativas: o significado para o trabalhador de enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 12, p. 398-405, 2004. (Edição Especial).

MATSUKURA, T. S.; MARTURANO, E. M.; OISHI, J. O questionário de suporte social (SSQ): Estudo da adaptação para o português. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 10, n. 5, p. 675-681, 2002.

MINAYO, M. C. de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 7 ed. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec; Abrasco, 2000.

MINAYO, M. C. S. et al. Fio cruz Saudável: uma experiência institucional. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 151-161, 1998.

NASCIMENTO, L. C. *Crianças com câncer: a vida das famílias em constante reconstrução*. 2003. 246 f. Tese (Doutorado pelo Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP, Ribeirão Preto.

NASCIMENTO, L. C.; ROCHA, S. M. M.; HAYES, V. E. Contribuições do genograma e do ecomapa para estudo de famílias em enfermagem pediátrica. *Texto & Contexto Enfermagem*, v. 14, n. 2, p. 280-86, abr. 2005.

NASCIMENTO, L. C. ; MENDES, I. J. M. Perfil de saúde dos trabalhadores de um Centro de Saúde-Escola. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 10, n. 4, p. 502-508, 2002.

OLIVEIRA, M. L. S.; BASTOS, A. C. S. Práticas de atenção à saúde no contexto familiar: um estudo comparativo de casos. *Psicol. Reflex. Crit*, Porto Alegre, v. 13, n. 1, p. 97-107, 2000.

PEREIRA, M. E. R.; BUENO, S. M. V. Lazer - um caminho para aliviar as tensões no ambiente de trabalho em UTI: uma concepção da equipe de enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 5, n. 4, p. 75-83, 1997.

PUSCHEL, V. A. A. et. al. Modelos clínicos e psicossocial de atenção ao indivíduo e à família na assistência domiciliar – bases conceituais. *Rev. Esc. Enferm. USP*, v. 40, n. 2, p. 261-268, 2006.

RAFFONE, A. M.; HENNINGTON, E. A. Avaliação da capacidade funcional dos trabalhadores de enfermagem. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 669-676, 2005.

ROCHA, S. M. M. et al. Enfermagem pediátrica e abordagem da família: subsídios para o ensino de graduação. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v. 10, n. 4, p. 502-508, jul./ago. 2002.

ROCHA, S. S. L.; FELLI, V. E. A. Qualidade de vida no trabalho do docente de enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, p. 28-35, 2004.

SATO, L.; BERNARDO, M. H. Saúde mental e trabalho: os problemas que persistem. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 869-878, 2005.

SCHMIDT, D. R. C.; DANTAS, R. A. S. Qualidade de vida no trabalho de profissionais de enfermagem, atuantes em unidades do bloco cirúrgico, sob a ótica da satisfação. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 14, n. 1, p. 54-60, 2006.

SECAF, V.; RODRIGUES, A. R. F. Enfermeiros que deixaram de exercer a profissão: Por quê? *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 6, n. 2, p. 5-11, 1998.

SILVA, Z. P.; BARRETO JUNIOR, I. F.; SANT'ANA, M. do C. Saúde do trabalhador no âmbito municipal. *São Paulo Perspec*, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 47-54, 2003.

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

SIMPIONATO, E. *A enfermagem familiar na promoção da saúde de famílias de crianças com insuficiência renal crônica*. 2005. 137 f. Dissertação (Mestrado em Promoção de Saúde) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP, Ribeirão Preto.

SPAGNUOLO, R. S.; GUERRINI, I. A. A construção de um modelo de saúde complexo e transdisciplinar. *Interface Comunic, Saúde, Educ*, v. 9, n. 16, p. 191-194, set. 2004/fev. 2005.

TARKO, M. A.; REED, K. Family assessment and intervention. In: BOMAR, P. J. *Promoting health in families*. 3. ed. Philadelphia, Pennsylvania: Saunders, 2004. p. 275-303.

WEIRICH, C. F.; TAVARES, J. B. ; SILVA, K. S. O cuidado de enfermagem a família: um estudo bibliográfico. *Revista eletrônica de Enfermagem*, v. 6, n. 2, p. 172-180, 2004.

WILLIANMS, P.; BARCLAY, L.; SCHIMIED, V. Defining social support in context: a necessary step in improving research, intervention, and practice *Qualitative Health Research*, v. 14, n. 7, p. 942-960, Sept. 2004.

WRIGHT, L. M.; LEAHEY, M. *Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família*. 3. ed. São Paulo: Roca, 2002.

APÊNDICES

APÊNDICE A — Esclarecimentos aos sujeitos da pesquisa

NOME DA PESQUISA: “Promoção de saúde da família de docentes do curso de graduação em enfermagem”

PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Jaqueline Dias – Mestranda do curso de pós-graduação *strictu sensu* de “Promoção de Saúde “da Universidade de Franca – Franca –SP.

Prof^ª. Dr^ª. Semíramis Melani Melo Rocha – Orientadora da Pesquisa

ESCLARECIMENTOS

Prezado (a) _____

Desenvolvemos um trabalho sobre “Promoção de saúde da família de docentes do curso de graduação em enfermagem”. Este trabalho tem por objetivo identificar as medidas de promoção de saúde da família de docentes do curso de graduação “da Universidade Paranaense *campus* Paranavaí. Levando-se em consideração as novas teorias para a assistência de enfermagem, os fatores estressantes que fazem parte da rotina do profissional enfermeiro, os novos conceitos de promoção de saúde e área em expansão da enfermagem familiar, gostaríamos de realizar esta pesquisa no seu ambiente familiar. Conhecer as fontes de ajuda das famílias e a importância de cada um dos familiares nos cuidados de saúde que a família tem diariamente pode ajudar a prevenir doenças além de proporcionar uma vida mais alegre e saudável para muitas famílias de profissionais de saúde. Gostaríamos de contar com a sua participação, bem como, dos membros de sua família em entrevistas que serão gravadas. Essas conversas serão realizadas na sua casa, conforme sua disponibilidade. Será mantido em sigilo a sua identidade, e quando não mais desejar participar do trabalho, você terá a liberdade de desistir. Se tiver qualquer dúvida poderá perguntar e se você ou qualquer membro de sua família desejar omitir alguma informação não haverá contraposição.

Riscos e Desconfortos: Falar sobre a vida da nossa família pode ser desconfortável em algum momento, por isso, ao sentir-se desconfortável, você tem a liberdade de não querer falar mais sobre o assunto.

Benefícios: Não há benefícios diretos para você e sua família. Mas as informações obtidas poderão colaborar para o futuro desta área de promoção de saúde ao enfermeiro no contexto familiar..

Despesas e Indenização: Não haverá qualquer custo para você ou qualquer membro de sua família por estar participando deste trabalho, bem como, não haverá nenhuma indenização pela sua participação.

Agradecemos sua atenção e colaboração.

Franca, ____ de _____ de 2006.

Participante da pesquisa

Jaqueline Dias – Mestranda
Unifran - Franca

APÊNDICE B — Termo de consentimento livre e esclarecido

EU, _____ abaixo assinado, tendo sido devidamente esclarecido sobre as condições que constam do documento “Esclarecimentos aos sujeitos da pesquisa”, de que trata o projeto de pesquisa intitulado: “Promoção de saúde da família de docentes do curso de graduação em enfermagem”, que tem como pesquisadora a Sr^a. Jaqueline Dias, especialmente no que diz respeito ao objetivo da pesquisa, aos procedimentos que serei submetido, aos riscos e aos benefícios, bem como indenização por danos, declaro que tenho pleno conhecimento dos direitos e das condições que me foram assegurados, a seguir relacionados, e concordo em participar da pesquisa.

1. A garantia de receber a resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados com a pesquisa ;
2. A liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar no estudo sem que isso traga prejuízo ao meu trabalho e emprego;
3. A segurança de que não serei identificado e que será mantido o caráter confidencial das informações relacionadas com a minha privacidade;
4. O compromisso de me proporcionar informação atualizada durante o estudo, ainda que esta possa afetar minha vontade de continuar participando;

Franca, _____ de _____ de 2006.

Participante da pesquisa

APÊNDICE C — Roteiro para coleta de dados

Nome:

Data:

Local:

1- Questões norteadoras:

O que você gostaria de contar sobre sua família?

Quais são as instituições ou locais que vocês consideram como apoio?

Quais são as pessoas que são mais cuidadoras?

Quais são as pessoas que necessitam mais de cuidado?

2- Tópicos a serem abordados:

- Redes e apoio social;

- Papéis na Família

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](#)