

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**



**Dissertação**

**PRÁTICAS DE CUIDADO NO CONTEXTO DAS FAMÍLIAS RURAIS À PESSOA  
COM CÂNCER**

**Juliana Graciela Vestena Zillmer**

Pelotas, 2009

# **Livros Grátis**

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

Milhares de livros grátis para download.

**JULIANA GRACIELA VESTENA ZILLMER**

**PRÁTICAS DE CUIDADO NO CONTEXTO DAS FAMÍLIAS RURAIS À PESSOA  
COM CÂNCER**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. Linha de pesquisa: Práticas de Atenção em Enfermagem e Saúde) da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientador: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Eda Schwartz

Pelotas, 2009

**Catálogo na fonte:**

Carmen Lúcia Lobo Giusti – CRB-10/813

Z69p Zillmer, Juliana Graciela Vestena.  
Práticas de cuidado no contexto das famílias rurais à pessoa com  
câncer / Juliana Graciela Vestena Zillmer; Eda Schwartz,  
orientadora. – Pelotas, 2009.  
113f.  
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-  
Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem e  
Obstetrícia, Universidade Federal de Pelotas.

## Folha de Aprovação

Autor: Juliana Graciela Vestena Zillmer

Título: Práticas de cuidado no contexto das famílias rurais à pessoa com câncer

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. Linha de pesquisa: Práticas de Atenção em Enfermagem e Saúde) da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovado em:

### Banca Examinadora

---

Dra. Eda Schwartz (Presidente)  
Universidade Federal de Pelotas

---

Dra. Tatiana Engel Gerhardt (Titular)  
Universidade Federal do Rio Grande do  
Sul

---

Dra. Rosani Manfrin Muniz (Titular)  
Universidade Federal de Pelotas

---

Dra. Sonia Maria Könzgen Meincke  
(Suplente)  
Universidade Federal de Pelotas

---

Dra. Maria de Lourdes Denardin Budó  
(Suplente)  
Universidade Federal de Santa Maria

---

Dra. Rita Maria Heck (Suplente)  
Universidade Federal de Pelotas

## **AGRADECIMENTOS**

*Neste momento ofereço meus sinceros agradecimentos a todos aqueles que estiveram envolvidos, de alguma forma, na minha trajetória acadêmica e no desenvolvimento desta pesquisa, e que, com certeza foram fundamentais para a sua concretização. Deste modo, muito obrigado...*

*Agradeço em primeiro lugar a **Deus**, pelo dom da vida; por me fazer forte quando na verdade sou fraca, dando sempre sinais da sua proteção, esperança, amor e guia.*

*Ao meu filho, **Pedro**, que desde bebê aprendeu a aceitar e abrir mão do meu tempo como mãe em prol da Enfermagem. Pela paciência de entender as longas horas de ausência durante o tempo que fiquei dedicada às atividades acadêmicas; pelas perguntas ingênuas sobre o que faço, para que estudar e escrever tanto. Sem estas perguntas certamente teria refletido de outro modo meu fazer e meu ser. Por tudo o que representa em minha vida, cuja existência me educa e hoje, vibra e me transmite, através do olhar, sorriso e palavras, esperanças a cada sucesso alcançado.*

*Ao **Carlos**, meu esposo, que encubou comigo este trabalho e que por trás das câmeras, em tempo integral, cuidou para que eu conseguisse chegar até o fim. Obrigado pelo incentivo, amparo, compreendendo o meu estar, mais ausente que presente, em nosso convívio, para mais uma vitória alcançada. Obrigado pelo amor, carinho, estímulo e dedicação. Você é muito importante na minha vida.*

*Aos **meus pais** pela dedicação e apoio durante toda a minha vida, pela educação firme e amorosa, pela criação e ensino baseados na fé em Deus e no amor ao próximo. Grandes fontes de inspiração, generosidade, carinho e amor, razão para eu ter me tornado quem sou. Só peço desculpa pelas ausências decorrentes da dedicação a este trabalho;*

*À **Profª Drª Eda Schwartz**, pelo carinho e orientação dispensados ao longo destes anos de pós-graduação. Pelo seu exemplo de pesquisadora, que fez despertar em mim o interesse pela vida acadêmica e por me fazer compreender o verdadeiro sentido de ser família.*

*As professoras **Rosani** e **Sonia** pela disponibilidade em compartilhar o seu conhecimento na concretização deste desafio.*

*Aos **integrantes do Núcleo de Condições Crônicas e suas Interfaces (N<sup>o</sup>UCRRJN)** pelo contexto de aprendizado. Nossas rodas de estudo, discussão, compartilhamento de experiências foram prazerosos momentos que reafirmaram a paixão pela minha profissão e linha de pesquisa.*

*As acadêmicas **Andréia Burille** e **Ana Júlia Fernandes**, por terem participado da construção deste trabalho.*

*Às **famílias** que integraram esta dissertação, pela acolhida em seus lares e pela disposição em estabelecer com a pesquisadora uma relação de confiança, compartilhando suas histórias de vida, as dificuldades enfrentadas no cotidiano, os momentos de alegrias e tristezas, contribuindo não somente para a produção de conhecimentos, mas para o nosso crescimento pessoal.*

*As **amigas e colegas de Enfermagem** pela atenção às necessidades de diálogo e estímulo à continuidade do estudo, que dividiram comigo os prazeres e desafios do mestrado e com os quais, certamente, construí uma amizade duradoura.*

*Aos meus grandes amigos, "**minha família Pelotas**", Clara, Sérgio e o pequenino Henrique, pelo apoio, carinho e compreensão, dedicados nos momentos em que mais precisei.*

*Muito obrigado aos **professores** que compuseram a **Banca Examinadora**.*

*Muito obrigado a todos os meus **professores do Curso de Pós-graduação em Enfermagem**, aos demais colegas da primeira turma 2008-1 do curso de mestrado em Enfermagem e aos técnicos administrativos que trabalham no Departamento de Enfermagem e no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.*

*À **Universidade Federal de Pelotas** e o **Programa de Pós-Graduação** pelas oportunidades de crescimento profissional.*

## **DEDICATÓRIA**

*A todas as famílias rurais, que carinhosamente  
aceitaram minha convivência em seu cotidiano e assim  
contribuíram para o desenvolvimento desta pesquisa.... À minha família rural!*



## Resumo

Zillmer, Juliana Graciela Vestena. **Práticas de cuidado no contexto das famílias rurais à pessoa com câncer.** 2009. 113f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia. Universidade Federal de Pelotas.

O presente estudo teve como objetivo conhecer as práticas de cuidado no contexto das famílias rurais à pessoa com câncer. Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, que utilizou como referencial teórico o Modelo Bioecológico de Urie Bronfenbrenner e o método da Inserção Ecológica. Foi desenvolvido com três famílias da área rural que, no período da coleta, estavam com um de seus membros em tratamento quimioterápico no Serviço de Oncologia do Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas, Região Sul do Brasil. A coleta de dados ocorreu de fevereiro a julho de 2009. O contexto de investigação foi o Serviço de Oncologia e posteriormente o domicílio de famílias rurais. Utilizamos como técnicas de coleta a observação simples, a aplicação de entrevista em profundidade e a realização de genograma e ecomapa. Após o consentimento dos participantes, as entrevistas foram gravadas e para a análise dos dados, adotou-se a análise temática. Constatamos que as famílias rurais cuidam a partir dos valores, crenças e hábitos que foram construídos das interações entre as pessoas da família com outras pessoas da comunidade. O carinho, o amor, a proteção, a união familiar, a fé, o estar junto, o viver em harmonia, são palavras que descrevem o cuidar da pessoa com câncer. É interagindo e intensificando o cuidado em momentos de crise que a família procura preservar, adaptar, ter responsabilidade, ter uma alimentação saudável se constituiu como práticas de cuidado das famílias rurais à pessoa com câncer. Desse modo, é necessário considerar o contexto das práticas de cuidado, devido ao vínculo cultural e as interações que as pessoas estabelecem ao longo do tempo para realizar o cuidado, envolvendo não somente a transmissão de conhecimento, mas também características sociais do contexto rural. Este processo faz parte do cotidiano das famílias rurais, que possuem o desejo de preservar esses patrimônios culturais familiares para cuidar de seus membros.

**Palavras-Chave:** Família. População rural. Neoplasias. Cultura. Enfermagem oncológica.

## Abstract

Zillmer, Juliana Graciela Vestena. **Práticas de cuidado no contexto das famílias rurais à pessoa com câncer.** 2009. 113f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia. Universidade Federal de Pelotas.

The present study had as objective knows the care practices in the context of the rural families to the person with cancer. It is treated of a study with qualitative approach, that used as theoretical referencial Urie Bronfenbrenner's Bioecological Model and the method of the Ecological Insert. It was developed with three families of the rural area that, in the period of the collection, were with one of their members in quimiotherapeutic treatment in the Oncology Service of the School Hospital of the Federal University of Pelotas, South Area of Brazil. The collection of data happened from February to July of 2009. The investigation context was the Oncology Service and later the home rural families. We used as techniques of collection simple observation, application of in-depth interview, genogram accomplishment and ecomap. Until some the participants' consent, the interviews were recorded and for the analysis of the data, the theme analysis was adopted. We verified that the rural families take care starting from the values, faiths and habits that were built of the interactions between the people of the family and the community's other people. The affection, the love, the protection, the family union, the faith, being together, living in harmony are words that describe taking care the person with cancer. It is interacting and intensifying the care in moments of crisis that the family tries to preserve, to adapt, to have responsibility, to have a healthy and traditional feeding and to believe in a supreme being and it is constituted as care practices of the rural families to the person with cancer. Therefore, it is necessary to consider the context of the care practices, due to the cultural bond and the interactions that the people establish along the time to accomplish the care, involving not only the knowledge transmission, but also social characteristics of the rural context. This process part of the daily of the rural families, that possess the desire to preserve those family cultural patrimonies to take care of their members.

Keywords: Family. Rural population. Neoplasias. Culture. Oncology nursing.

## Lista de Figuras

Figura 1 Cronograma de desenvolvimento do projeto.....	51
Figura 2 Genograma da família alemã.....	82
Figura 3 Ecomapa da família alemã.....	82
Figura 4 Genograma da família pomerana .....	83
Figura 5 Ecomapa da família pomerana .....	83

## SUMÁRIO

Projeto de Pesquisa .....	12
1 Introdução.....	14
1.1 Objetivos .....	19
1.1.2 Objetivo Geral .....	19
1.1.3 Objetivos Específicos .....	19
1.2 Pressupostos.....	19
2 Revisando a Literatura.....	20
2.1 Representações do câncer: um inimigo obscuro e estigmatizante.....	20
2.2 Práticas de cuidado na saúde e na doença no contexto da família.....	24
2.3 A construção conceitual de família .....	29
2.4 O espaço rural brasileiro e seus atores sociais .....	32
3 Referencial Teórico .....	39
4 Caminho Metodológico.....	46
4.1 Enfoque do estudo.....	46
4.2 Contexto do estudo.....	47
4.3 Sujeitos do estudo .....	48
4.4 Critérios para seleção dos sujeitos do estudo .....	48
4.5 Cuidados éticos.....	48
4.6 Procedimentos para coleta de dados.....	49
4.8 Análise dos dados.....	51
5 Cronograma .....	52
6 Recursos envolvidos .....	53
Referências .....	54
Apêndices .....	64
Relatório do Trabalho de Campo .....	76
Artigo 1 - O olhar da enfermagem sobre as práticas de cuidado de famílias rurais à pessoa com câncer .....	86
Artigo 2 - Modelo Bioecológico de Urie Bronfenbrenner e Inserção Ecológica: uma metodologia para investigar e cuidar de famílias .....	105

## **Projeto de Pesquisa**

**JULIANA GRACIELA VESTENA ZILLMER**

**PRÁTICAS DE CUIDADO NO CONTEXTO DAS FAMÍLIAS RURAIS  
À PESSOA COM CÂNCER**

Projeto de Dissertação apresentado a Banca de Qualificação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, em nível de Mestrado, da Universidade Federal de Pelotas.

Orientador: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Eda Schwartz

Pelotas, 2008

## 1 Introdução

*“Nem tudo que se enfrenta pode ser modificado,  
mas nada pode ser modificado se não for enfrentado.”  
(Martin Luther King)*

### **Construção do objeto de estudo**

Durante a graduação em enfermagem despertei o interesse em trabalhar com famílias e condições crônicas de saúde. Tive a oportunidade de atuar em diferentes contextos e com diversas pessoas acometidos por enfermidades como o câncer e a doença renal. Foi neste contexto que me fortaleci para continuar a me aprofundar nesta temática. Eram constantes minhas inquietações frente ao paciente crônico e sua família, sobretudo o residente no espaço rural, no que diz respeito ao cuidado.

Deparei-me com situações nas quais percebia um “abismo” entre as ações de cuidado propostas e as executadas por profissionais de saúde, enfocando um saber e fazer mecanicista, fragmentado, com enfoque no indivíduo. Nos contextos em que participei a família era pouco contemplada e incluída no cuidado. Além disto, os conhecimentos e os valores trazidos por elas não recebiam o devido reconhecimento e respeito pelos profissionais da saúde. Enfatiza-se com isto que ainda parece haver dificuldade dos profissionais de saúde incluir a família nas ações de cuidado. Apoio-me Manfrini (2005), descreve que apesar do destaque que as políticas públicas têm dado à família no Brasil o foco, geralmente dirige-se ainda para as necessidades individuais de seus membros, não havendo um olhar para a unidade familiar.

Entende-se que a pessoa não poderá ser compreendida fora do seu contexto, uma vez que, o desenvolvimento desta se dá através das interações com o ambiente familiar e outros, no qual todos influenciam e são influenciados pelas trocas entre um e o outro membro, como uma via de mão dupla. Conceber

a pessoa como um subsistema de um sistema mais amplo, no caso a família e a sociedade, que vão se constituindo e formando uma rede de relações.

Ao buscar estratégias, de cuidar e de relacionar-me com as famílias, defrontei-me com limitações, uma vez que precisava conhecê-las integralmente para assim desenvolver uma assistência integrada ao contexto social e cultural, onde estão inseridas, propondo ações em saúde de acordo com as suas necessidades. Percebi vários contextos familiares, que necessitavam serem conhecidos, mas há um o qual me propus a investigar, o contexto da família rural.

Segundo Manfrini (2005), o cuidado familiar é aquele realizado pela família e na família, este se aproxima do cuidado profissional uma vez que ambos trocam conhecimentos e valores culturais no cuidar. A autora salienta que é necessário conhecer e compreender o cuidado familiar para contribuir na construção do conhecimento em Enfermagem e das práticas de cuidado em diferentes contextos, como por exemplo, o rural.

Desse modo, o contexto rural sempre foi *locus* de principal interesse em meus estudos para ser explorado e compreendido na dimensão da família rural. Isto se deve as experiências de minha vida pessoal como integrante de uma família que reside no meio rural e conseqüentemente refletindo sobre as dificuldades dessas pessoas no que diz respeito ao cuidado praticado por elas na saúde e na doença. Por outro lado senti necessidade de olhar para este universo, como profissional enfermeira, uma vez que observei que suas práticas de cuidado da família no cuidar da pessoa com o câncer são pouco conhecidas e são distintas daquelas praticadas pelas famílias da área urbana, fato este que me motivou para a realização deste estudo.

Para cuidar de família rural é relevante que conheçamos o seu contexto, a sua estrutura, a sua dinâmica, o seu processo de cuidar, ou seja, as suas particularidades como valores culturais e hábitos de saúde vivenciados na família. Assim é imprescindível compreender este processo, pois esse se difere de um grupo social para outro permanecendo no inconsciente de cada célula familiar, que passa a interagir naturalmente no cotidiano rural de geração para geração.

Assis (2006) afirma que cada família é única, pois as pessoas que a compõem possuem hábitos e crenças próprias. Convém salientar que nas famílias os idosos são pessoas importantes no processo de transmissão de valores culturais. Além disto, a família pode ser considerada como um sistema



dinâmico, pois qualquer acontecimento com um dos seus membros afetará todo o sistema familiar.

Conforme Budó et. al (2008, p. 95), “as pessoas agem e reagem influenciadas pela herança cultural, com base na interpretação que faz do vivido”. Nessa perspectiva, para compreender uma família rural se faz necessário considerar a influência dos valores culturais, das crenças, dos fatores econômicos e sociais que permeia as práticas de cuidado à saúde. Desse modo, para entendermos as escolhas das práticas de cuidado de cada pessoa é importante também conhecer as formas de cuidados adotadas a partir da rede de relações da pessoa com a família, com a comunidade, com os serviços de saúde, ou seja, todos os sistemas que os envolvem (SCHOLZE e SILVA, 2005).

Nesse sentido, a Enfermagem, ao cuidar da pessoa doente e da família tem um desafio especial tendo em vista a necessidade de oferecer apoio no decorrer de uma diversidade de crises sociais, culturais e espirituais, que geralmente a doença impõe. As necessidades vão desde as adaptações, redefinições de papéis, formas de lidar com a doença, transformações na dinâmica familiar e na identidade social da pessoa doente e família.

A proposta de conhecer as práticas de cuidado das famílias rurais parece ser um caminho para entender o seu processo de lidar com a doença. Uma vez, identificado às práticas que norteiam esse processo, estas possibilitarão oferecer um cuidado mais eficaz e holístico, próximo da concepção e dos valores sociais destas pessoas sem por em riscos sua identidade cultural e o contexto em que vivem.

Sobre esta questão Schwartz (2002, p. 8) descreve que:

Entender a complexidade das relações existentes entre os indivíduos da família rural, visando compreender o seu viver, adoecer e cuidar leva a pensar as ações no sentido de mantê-los em sua condição rural, ou pela ação de prevenção ao estar doente, ou pela ação para resolver suas necessidades numa organização de trabalho adequada às especificidades e complexidades. Leva, também, à procura de soluções e meios para melhorar o seu viver e construir um caminho que possibilite dar ao ser humano rural dignidade, cidadania, saúde, enfim, segurança e tranquilidade individual e coletiva às famílias.

As condições crônicas aumentam assustadoramente no mundo e representam um sério desafio para os atuais sistemas de saúde, constituindo-se em um importante problema de saúde pública. Na categoria das doenças crônicas estão as doenças transmissíveis (HIV/AIDS) e não transmissíveis (doenças

cardiovasculares, câncer e diabetes entre outros) e incapacidades estruturais (amputações, cegueira e transtornos das articulações). As condições crônicas persistem e necessitam de certo nível de cuidado permanentes por um período longo de tempo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

Sob essa perspectiva com o aumento das condições crônicas em nosso meio e os tipos de cuidados necessários revelam a importância de que os mesmos podem ser tratados e abordados no contexto da família e da comunidade em que vivem. Assim é de suma importância o apoio da família, pois mesmo vivenciando a incerteza do futuro, a pessoa doente sente-se fortalecida e com esperança para seguir o tratamento e conseqüentemente buscar uma melhor qualidade de vida na vivência desse processo. Além disto, o estímulo da família propicia o repensar das relações sejam elas dentro do sistema familiar ou fora dele. Nesta pesquisa, incidirei sobre o câncer, sendo este uma condição crônica pelas limitações e seqüelas tanto físicas, como emocionais e sociais que acomete a pessoa e, que de alguma maneira, reflete assustadoramente na estruturação e dinâmica familiar.

Estudo realizado por Wanderbroocke (2005) com o objetivo de investigar os fatores que norteiam a funcionalidade familiar no processo de organização dos cuidados oferecidos ao paciente portador de câncer constatou que a família tanto reproduz padrões culturais como também usa estratégias próprias para dar conta desta tarefa. Ainda, a autora pontua que a família é a principal fonte de apoio, ou seja, de cuidado no processo de tratamento à pessoa com câncer. Nesse pensar o estudo de Muniz (2008, p.147), que objetivou compreender os sentidos da experiência da radioterapia oncológica para o paciente e o familiar cuidador, descreve que a “família é a primeira instituição social do indivíduo e é nela que ele vivencia a sua enfermidade”.

Ao procurar referências que abordassem a família rural e seu contexto e a forma como elas lidam com a doença, ressalto que encontrei dificuldades, visto à escassez de trabalhos enfocando a temática. A partir disto observa-se uma lacuna no conhecimento sobre pessoas que experenciam a situação de adoecer na família que reside no contexto rural. Diante disto, é premente olhar para a família da pessoa com câncer, fazendo-se necessário que o profissional de saúde, e mais especificamente o da enfermagem, se volte para eles, contemplando-os no processo de cuidar.

De acordo com Schwartz e Elsen (2003), a pesquisa na área de enfermagem rural é incipiente e necessita ser conhecida. Assim, ressalta-se a importância de se realizar pesquisas que visem o conhecimento das particularidades das famílias rurais principalmente aspectos que envolvam o processo, a estrutura familiar, ou seja, de como estas se organizam e quais as estratégias utilizadas para enfrentarem as situações de crise, como por exemplo, as condições crônicas de saúde.

Para reforçar, Budó (2000) afirma a existência de uma deficiência de conteúdos teóricos práticos que proporcionem o preparo da enfermeira para trabalhar nas áreas rurais. Desse modo, Manfrini (2005), relata haver necessidade de construção de conhecimento na área de enfermagem à família e o cuidado em contextos rurais. Ao construir conhecimento, a partir de pesquisas, tenta-se encontrar novas maneiras de olhar e compreender a família no seu contexto, além de buscar um caminho que possibilite uma direção para a prática da enfermagem com famílias rurais.

Wong Um (2002, p. 143) descreve a pesquisa como sendo:

Uma forma da solidariedade, um respaldo à idéia que há, e sempre houve caminhos alternativos onde poderemos diminuir o sofrimento, onde cresce nosso lado humano, e onde se realiza esse sentimento de proteger e ser protegido, de cuidar e ser cuidado, de aprender ensinando, de experimentar as belezas por todos construídas em uma dança clara, ao luar.

Foi a partir da leitura da realidade, da vivência que tive durante alguns anos na graduação, das práticas locais (nos campos de estágios, projetos de extensão e como integrante do Núcleo de Condições Crônicas e suas Interfaces - NUCCRIN<sup>1</sup>) que fiz a opção de pesquisar, estudar, buscar estratégias para cuidar as famílias que fazem parte do nosso fazer cotidiano como uma forma de ajudá-las a enfrentarem o processo de adoecer e promover o viver saudável.

A tarefa de selecionar um referencial teórico na elaboração, execução de pesquisa, exige do pesquisador uma reflexão e uma definição da sua visão de mundo, crenças e valores sobre a família e a enfermagem (ELSEN, 1994). Assim

---

<sup>1</sup> O NUCCRIN foi criado 2006 por um grupo de professores da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia e atualmente é coordenado pela Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Eda Schwartz professora da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas. Tem como objetivo desenvolver estudos em diferentes abordagens teóricas e metodológicas nas interfaces da família e nas condições crônicas de prevenção, reabilitação e controle da saúde da unidade familiar em diferentes contextos.

sendo, este estudo está ancorado no Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano de Urie Bronfenbrenner que possui como elementos essenciais o processo, a pessoa, o contexto e o tempo. O Modelo permite considerar a pessoa com câncer e a sua família rural, unidades sistêmicas que atuam e interagem transformando-se, adaptando-se a si e ao contexto em que vivem ao longo do tempo.

A partir do exposto, defino como questão norteadora: **Quais as práticas de cuidado realizadas no contexto das famílias rurais à pessoa com câncer?**

## **1.1 Objetivos**

### **1.1.2 Objetivo Geral**

Conhecer as práticas de cuidado realizadas no contexto das famílias rurais, para cuidar da pessoa com câncer.

### **1.1.3 Objetivos Específicos**

Investigar valores, crenças e hábitos inseridos nas práticas de cuidados utilizadas pelas famílias rurais que vivenciam o cuidar de uma pessoa com câncer.

Averiguar as redes sociais utilizadas nas práticas de cuidado realizadas no contexto das famílias rurais, para cuidar da pessoa com câncer.

## **1.2 Pressupostos**

Para este projeto de dissertação, elaborei os seguintes pressupostos:

A família rural tem estratégias próprias de cuidado à pessoa com câncer;

As famílias rurais, que vivenciam o câncer, adotam práticas de cuidado conforme o contexto no qual estão inseridas, podendo ser diferenciadas no microsistema, mesossistema, exossistema e macrosistema;

As práticas de cuidado das famílias rurais são fortemente influenciadas pelo conjunto de crenças, valores e hábitos que compõem o seu contexto desenvolvimental.

## 2 Revisando a Literatura

*“Depois de algum tempo você aprende que realmente pode suportar... que realmente é forte, e que pode ir muito mais longe. E que realmente a vida tem valor e que você tem valor diante da vida”. William Shakespeare*

Esta seção apresenta estudos sobre o câncer, à família e alguns trabalhos que abordam o contexto rural por autores de outras áreas do conhecimento, como ciências sociais e psicologia. Desse modo, busco aprofundar no estado da arte os discursos sobre o câncer, as práticas de cuidado, família e o contexto rural.

### 2.1 Representações do câncer: um inimigo obscuro e estigmatizante

No decorrer da história, a doença sempre se fez presente no cotidiano dos indivíduos. Entrelaçada aos valores de cada pessoa ela passa a ser experienciada de maneiras diferentes despertando, comumente, durante todo o processo medo e agonia. Acompanhamos através dos tempos uma busca contínua do ser humano para estabelecer as causas das doenças, principalmente das enfermidades consideradas impuras, como a lepra e o câncer. Já Hipócrates, em sua época, afirmava que a doença da mente também afeta o corpo, havendo, para o filósofo, uma ligação entre o estado emocional e a predisposição do organismo para as doenças (SALES, 2003).

Conforme Leite e Vasconcellos (2006, p.115) compreender a doença “significa, pois, estender o olhar sobre o sujeito e sobre o campo de interações entre indivíduos, grupos e instituições e a cultura subjacente”. No senso popular, a doença é um distúrbio da pessoa como um todo, abrangendo seu corpo, sua

mente, sua auto-imagem, sua dependência do meio ambiente físico e social e suas concepções religiosas (CAPRA, 1982).

A maneira como a pessoa e a família definem a doença, os sinais e sintomas tomam corpo e forma, podem sofrer influências do contexto onde vivem por valores culturalmente adquiridos e construídos a partir das interações entre os sistemas e o ciclo desenvolvimental. Neste sentido, as pessoas e as suas famílias, ao lidarem com situações de doença, utilizam diferentes estratégias, num processo de apropriação, troca, construção de saberes, incorporando práticas de cuidado tanto populares como profissionais, buscando considerar a integração do corpo e mente em sua reabilitação.

Ao longo dos anos o perfil da população gaúcha vem se modificando e representando um sério desafio para o Sistema de Saúde e o controle das condições crônicas de saúde. Entre as causas de morte no Brasil, o câncer ocupa a segunda causa por doença, sendo considerado um grave problema de saúde pública. Dados epidemiológicos descrevem os principais fatores que colaboram para o aumento da incidência do câncer. Estes fatores dependem diretamente das características biológicas e comportamentais dos indivíduos que a compõem, bem como condições sociais, ambientais, políticas e econômicas (BRASIL, 2007).

Com o avanço científico-tecnológico a pessoa com câncer, pode conviver com ele e manter qualidade de vida, mas para isto torna-se necessário se adaptar a nova condição. Apesar dos avanços no tratamento e da mobilização da sociedade na tentativa de abolir com o preconceito da doença, percebe-se que, num primeiro momento, a relação com a morte ainda se faz muito presente.

O câncer é uma das doenças mais temida pelas pessoas, é muito mais do que uma afecção biológica, caracteriza-se como um conjunto de sentimentos ambivalentes carregados de significados. Nesse sentido, o câncer é considerado uma enfermidade simbólica, na medida em que traz consigo significações diversas tais como desordem, catástrofe, castigo e, em última análise, sendo relacionado à fatalidade (SILVA, 2008; TRINCAUS e CORREA, 2007; BARBOSA e FRANCISCO, 2007; BIELEMANN, 2004).

De acordo com Pinto e Ribeiro (2007, p. 147), “o câncer assume uma dimensão especial pelos mitos e crenças que a doença criou e pela insegurança, medo irracional e imprevisibilidade que cria no doente e sistema familiar.” Ele

comunica ao mundo a realidade da doença: abandono, contágio, auto-estima diminuída, incapacidades, medo da morte e isolamento social. Cada pessoa conta sobre esta enfermidade segundo sua história de vida ou sua cultura, relacionando-a com uma história familiar ou de algum conhecido, sendo construída uma trajetória de luta ou de conformismo (MUNIZ, 2008).

Souza (2007) verificou que o câncer foi um episódio marcante na vida das mulheres, modificando os hábitos diários, inclusive mudanças nas relações com seus companheiros, bem como a preocupação permanente com o auto-cuidado e com a recidiva da doença. Nesta linha de pensamento, Araújo, Zago e Silva (2006) assim como Vieira e Queiroz (2006) constataram que a vivência do câncer traz uma sensação de vazio e um sentimento constante de solidão. A partir do exposto pode-se evidenciar que várias são as alterações ocorridas, e que estas afetam diretamente ou indiretamente a funcionalidade da família, o que às vezes poderá levar as pessoas portadoras de câncer ao isolamento social.

A doença não só envolve a pessoa doente, mas toda a unidade familiar, que se apóiam mutuamente e buscam valorizar um processo de cuidar, no qual o estar perto, o estar junto, o estar presente com o familiar/pessoa doente permeia toda a reabilitação do mesmo (SOUZA E SANTOS, 2008).

Viver e conviver com câncer continua sendo um evento social significativo, desencadeando modificações importantes nas relações sociais da pessoa doente, e na dinâmica familiar. A partir disto, tanto a pessoa doente quanto sua família busca nas suas potencialidades individuais, o apoio que necessitam para seguir a vida e superar as barreiras impostas pela doença (FONTES e ALVIM, 2008).

Dessa forma, é necessário conhecer a realidade de vida da pessoa e de sua família, como a estrutura, a dinâmica e a organização familiar, a qualidade das interações, o papel social do doente na família, as potencialidades, os limites, e as pessoas envolvidas no processo de cuidado. Além disto, as condições habitacionais, a renda familiar, o impacto das atividades de trabalho, e os valores culturais que a família possui, são alguns dos aspectos que os profissionais de saúde deveriam considerar ao cuidar de famílias no adoecer.

De acordo Carvalho (2008), o impacto da doença no cotidiano de vida do doente e de sua família, nas suas atividades e relações sociais, está relacionado

com os seus contextos social, econômico e cultural. Sob este enfoque, Barros e Lopes (2007) dizem que diferentes contextos, geram diversas estratégias para lidar com o processo de adoecer.

Como todo ser humano, a pessoa com câncer também procura encontrar uma maneira de lidar com o diagnóstico, com o tratamento, com os cuidados necessários para com o corpo e a mente, e com as restrições que podem surgir na fase de reabilitação (ROSA, 2007). Embora existam aspectos semelhantes no viver com câncer, cada pessoa tem estratégias próprias para lidar com a doença, devido aos seus valores, crenças e forma de ver o mundo (FONTES E ALVIM, 2008; MUNIZ, 2008).

É no âmbito familiar que cada vez mais as condições crônicas são resolvidas e controladas. A família é o principal suporte para cuidar da pessoa com câncer. A presença dela durante este processo significa menos sofrimento, e mais esperança para enfrentá-lo. (BARROS e LOPES, 2007; TRINCAUS e CORREA, 2007, MUNIZ, 2008).

A doença na família, comumente, faz romper as acomodações do seu dia-a-dia, mas possibilita também visualizar novas formas de adaptação. Os familiares procuram desempenhar os seus papéis de forma a contribuírem para o equilíbrio da família, através da adaptação a um novo comportamento. A família costuma utilizar alguns mecanismos para lidar com a doença, os quais são: o diálogo com o médico, para o conhecimento do problema; manutenção da calma, para ajudar os outros familiares; a união maior da família, e a fé, manifestada através de orações e freqüência à igreja (MESQUITA-MELO et al. , 2007).

Desse modo, observa-se que os familiares desenvolvem diferentes papéis com o objetivo de atender às necessidades da pessoa com câncer. Como exemplo, que após o diagnóstico de câncer, há o fortalecimento das interações familiares, o que é muito importante para amenizar o sofrimento (BIELEMANN, 2004; MOLINA E MARCON, 2006, MUNIZ, 2008).

Baider (2003) salienta que o câncer, como uma condição crônica, impõe demandas a unidade familiar. E estas variam conforme a severidade do processo de adoecer, com o tipo de incapacidade, com a percepção da deformação, com a gravidade do prognóstico, do curso da doença e dos protocolos de tratamento,



com seus efeitos secundários e os sentidos dados por quem vivencia as demandas.

Nos últimos anos, com os avanços científicos, tem se verificado uma melhoria significativa no prognóstico das pessoas portadoras de câncer. Alguns autores têm descrito as mesmas como sobreviventes de câncer (PINTO e PAIS-RIBEIRO, 2007; MUNIZ, 2008).

O termo sobreviventes de câncer está associado ao prognóstico da doença que até meados do século passado era uma doença fatal, e que hoje, em algumas das situações, são controladas e possibilita a pessoa um período longo de sobrevida e que atualmente são considerados uma nova demanda para os serviços de saúde (PINTO e PAIS-RIBEIRO, 2007). Neste sentido, convém enfatizar sobre a importância dos profissionais de saúde estarem atentos a estas pessoas e suas famílias, buscando prestar o cuidado com vistas a uma melhor qualidade de vida, para quem vivenciou uma doença estigmatizante como o câncer.

## **2.2 Práticas de cuidado na saúde e na doença no contexto da família**

O processo de cuidado a saúde, no domicílio familiar, ocorre de forma bastante diversa, dependendo de fatores sociais, culturais, econômicos e do ambiente em que cada família vive. Na vida de uma pessoa com câncer, a busca por terapias alternativas pode ocorrer com certa frequência. O medo, o desespero, os efeitos do tratamento, as experiências negativas anteriores, e o desejo por mais cuidados são fatores que podem conduzir a pessoa com câncer e sua família a buscar outras práticas além da convencional.

O cuidado acompanha à enfermagem a mais de um século. Entretanto cuidar não é apenas uma atividade realizada pelos profissionais de saúde, mas, é considerada uma atitude humana. Desta forma, o cuidado é realizado no contexto domiciliar, pela família, amigos, vizinhos entre outros (BENJUMEA, 2004).

Desde os tempos mais remotos o ser humano tem procurado buscar diferentes alternativas na tentativa de abolir seus males, físicos, biológicos e psíquicos. As diversas práticas de cuidado em saúde estão relacionadas ao contexto social e cultural em um determinado período de tempo, vivenciado pela pessoa (SIQUEIRA et al., 2006).

Merino e Marcon (2007) salientam que são as experiências pessoais e as influências sociais que desencadeiam as diferenças existentes nas diversas sociedades, entre homens e mulheres, e podem influenciar suas concepções sobre a saúde e doença, e suas atitudes na busca pelo cuidado à saúde. Nesse sentido, observa-se que existem práticas de cuidado na comunidade que merecem reconhecimento, pois contribuem para transformar o trabalho profissional. Entre elas estão a unidade de cuidado familiar, o saber popular, a diversidade cultural, a atenção e o zelo, manifestados pelos integrantes da família (BUDÓ et al., 2008).

O cuidado com a saúde pode estar presente em várias atividades realizadas pelas pessoas do meio rural no seu dia a dia. Podem estar na realização do trabalho, no modo de se alimentar, em suas crenças religiosas, no ambiente em que vivem, no processo de adoecer e ser saudável (BUDÓ, 2000; CARREIRA, 2002; SCHWARTZ, 2002). Dar continuidade ao cuidado “é respeitar os ritmos individuais e coletivos, é dar conta das limitações individuais e condições coletivas, é colocar a vida além da sobrevivência. É preciso ter cuidado para não descuidar. É preciso dar tempo para ao tempo de cuidar” (TEIXEIRA, 2005, p.6).

Teixeira (2005) em seu estudo que objetivou identificar os saberes e práticas cotidianas de saúde dos trabalhadores da terra evidenciou que o trabalho na terra traz felicidade e representa saúde. Para cuidar do corpo - instrumento de trabalho, os trabalhadores rurais buscam associar diferentes práticas de cuidado para aliviar ou eliminar as limitações impostas pelo mesmo, são elas: a utilização de terapêuticas medicamentosas, práticas alternativas e tratamentos naturais. A autora ainda descreve a associação de práticas como o cuidar híbrido, sendo aquele em que a pessoa utiliza-se de diversas e diferentes práticas de cuidado para com o corpo, que vão desde o cuidar clínico, adotado no modelo biomédico, e o cuidar tradicional (prática popular) oriunda da comunidade e da família.

Carreira (2002), ao investigar as práticas de cuidado em famílias ribeirinhas identificou as mais freqüentes, àquelas relacionadas ao uso de plantas medicinais. Já a religiosidade representou algo muito forte no viver das famílias ribeirinhas. Ela está presente não somente buscando a cura para as enfermidades, mas também para explicar acontecimentos relacionados as

mudanças no ambiente e para compreender possíveis motivos de dificuldades ocorridas no dia-a-dia.

Para Budó et. al. (2008, p. 91) o sistema popular de cuidado “traz contribuições e enriquecimento para a prática de enfermagem, tendo em vista que possibilita entender melhor as relações familiares, as crenças pessoais e, de uma maneira mais abrangente, as condições sociais de vida dessas pessoas.”

Dessa forma, ressalta-se a importância dos profissionais de saúde, de compreender o ser humano em sua totalidade e conhecer as relações existentes entre os diversos sistemas que permeiam as práticas das famílias no viver e no adoecer. Torna-se evidente que as práticas de cuidado são dinâmicas e interligadas, baseiam-se em relações de confiança e afeto e representam os valores e hábitos de vida das pessoas e famílias geralmente, transmitidos de geração para geração.

Budó et. al. (2008) buscaram conhecer a percepção e o significado da dor para os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) bem como detectar as práticas de cuidados relacionados à presença da dor em si mesmo e nos outros. Constataram que a primeira opção de cuidado se dá no domicílio junto a familiares próximos, no conforto através de uso de chás, ou remédios caseiros. Somente, se a dor não passar, as pessoas procuram recursos institucionalizados de saúde, como unidade de saúde na comunidade, pronto-socorro ou hospital, semelhante com o encontrado por Souza (2005) ao investigar as práticas de cuidados de idosos para lidar com situações de doença.

Em seu estudo, Carreira (2002) identificou que a busca do cuidado pelas famílias ribeirinhas, no sistema profissional, somente ocorreu em situações de extrema necessidade, quando as práticas populares não tiveram a eficácia esperada. O mesmo foi constatado também nos estudos de Denardin (1994) e Schwartz (2002) com famílias rurais. As autoras apontam que isto ocorre devido à concepção de saúde estar vinculada às possibilidades de prejuízos na realização do trabalho diário destas famílias.

Siqueira et al. (2006) buscaram conhecer quais são as primeiras condutas adotadas pelas pessoas antes de procurarem os serviços de saúde. Constataram que elas antes de procurarem os serviços de saúde, utilizam práticas populares

tais como chás caseiros, benzeduras, banhos e emplastos para prevenção e tratamento de doenças. Evidenciaram também que os pacientes, mesmo recebendo orientações de profissionais de saúde, não abandonam a terapêutica popular, pois acreditam em sua eficácia.

Assim sendo, observa-se que o cuidado profissional não é a primeira opção de escolha para as alterações corporais vivenciadas pelas pessoas. Quando o câncer invade o contexto familiar, as pessoas buscam constantemente por diferentes cuidados, com a perspectiva de encontrar a solução para as situações advindas da doença e do tratamento. A partir disto, à família busca práticas de cuidar, que poderão ser encontradas no sistema familiar, na comunidade, através de vizinhos e amigos. A religião, a espiritualidade, a utilização de plantas medicinais são alguns exemplos destas práticas, utilizadas para o processo de enfrentamento da doença.

Teixeira e Lefèvre (2008) procuraram identificar o significado da fé religiosa para a pessoa idosa com câncer. Constataram que a fé traz esperança, faz manter o equilíbrio e fortalece a pessoa, propiciando lutar pela vida e proporciona tranqüilidade para aceitar a doença. Desta forma, a religião ou a espiritualização representa socialmente um apelo externo, quando os internos são escassos, adquirindo a função de estabelecer um pacto com a vida e uma aliada contra o câncer.

Souza (2007) ao investigar as repercussões do câncer na vida de mulheres, evidenciou a fé como sendo algo importante para o novo momento, possibilitando atitudes positivas perante as dificuldades vivenciadas no dia-a-dia. Os achados do estudo são semelhantes aos realizados por Muniz (2008), Araújo, Zago e Silva (2006), e Barbosa, Ximenes e Ribeiro (2004).

Casarin, Heck e Schwartz (2005), realizaram estudo com o intuito de identificar as terapias complementares<sup>2</sup> comumente utilizadas por pacientes em tratamento oncológico. Evidenciaram práticas como a oração e a utilização de plantas medicinais. Os achados corroboram com os realizados por Jacondino, Amestoy e Thofehrn (2008), e Muniz (2008). As autoras ressaltam que o tratamento não convencional, para o câncer, baseia-se em minimizar o sofrimento

---

<sup>2</sup> As terapias complementares consideram a pessoa como um todo, tratando-a com uma visão holística, considerando a integração do corpo e mente.

causado não somente pelos efeitos colaterais, da doença e do tratamento, mas para preencher lacunas que possam originar-se da desestruturação emocional.

Desta forma, fazer uso de terapias complementares não significa negar o tratamento convencional, mas sim permitir a pessoa e sua família associar ao tratamento, suas crenças e valores, constituindo em um contexto de significados, o qual ambos, pessoa com câncer e família participarão ativamente do processo de reabilitação. A pessoa e sua família, ao buscar por práticas de cuidado, percorrem distintos ambientes, se inter-relacionam com várias pessoas de outros sistemas, que estão presentes na comunidade, constituindo em uma importante rede social ao longo do tempo. No decorrer deste processo, a família passa a ser uma importante fonte de apoio. Além disto, o cuidado familiar é fortalecido também pela rede social, formada por parentes, amigos e vizinhos.

Nessa perspectiva Schwartz (2002) afirma que a família é um vínculo apoiador quando participa, com seus integrantes, em outros ambientes. A autora pontua ainda sobre a importância da participação da família em vários contextos, como por exemplo, ir a Unidade Básica de Saúde, ou ao Hospital, acompanhando sempre o seu familiar. O potencial de um ambiente se desenvolver “aumenta quando os vínculos apoiadores são pessoas com as quais o indivíduo em crescimento desenvolveu uma relação de confiança mútua e que se envolvem em atividades conjuntas com membros do novo ambiente” (SCHWARTZ, 2002, p. 60).

Leite e Vasconcellos (2006) afirmam que a família e sua rede de relações, têm sido adotadas como objeto de estudo para compreender as estratégias utilizadas para lidar com a doença e as escolhas de tratamentos. Neste sentido, Muniz (2008, p. 217) descreve a família como principal “motivadora” de todo o processo.

O processo de adoecer faz com que as pessoas portadoras de câncer e suas famílias procurem suporte na comunidade, como por exemplo, os grupos de apoio. Estes grupos fazem parte do contexto da comunidade e é através das interações destas que as práticas de cuidado se desenvolvem. Os grupos desempenham papel importante para lidar com a situação de sofrimento estabelecida pela doença e tratamento. A participação nos grupos de apoio proporciona as pessoas compartilharem as experiências, manter a auto-estima,

de acreditar, e superar dificuldades, buscando compreender a dimensão de estar doente na socialização de informações (PINHEIRO et al. 2008; BARBOSA, XIMENES e RIBEIRO, 2004),

Pode-se constatar que para superar o sofrimento imposto pela doença, a pessoa e sua família buscam estratégias que mantenham o equilíbrio do corpo e da mente e, que ao se concretizar em práticas de cuidado estão permeadas por valores e crenças nos contextos em que vivem e transitam.

### **2.3 A construção conceitual de família**

A família, nos dias atuais, tem sido foco de estudo por pesquisadores de diversas áreas de conhecimento, como por exemplo, sociologia, filosofia e antropologia, sendo que cada uma tem sua maneira de compreender família, em sua estrutura, funcionalidade e suas relações com a sociedade (CARREIRA, 2006).

A ênfase crescente na família está resultando em transformações na maneira como ela esta sendo vista no cenário brasileiro da saúde, através de ações e políticas públicas que buscam contemplá-la (BRASIL, 2000). Áreas como a medicina e a enfermagem, também estão desenvolvendo estudos com o objetivo de compreender o processo saúde e doença, presentes no sistema familiar, com vistas a realizar uma assistência direcionada e efetiva as necessidades da família (CARREIRA, 2006).

“Refletir sobre família é ingressar em um universo da realidade, do imaginário, do sonho e da utopia. É rever o passado, viver o presente, pensar o futuro” (CENTA e ELSEEN, 1999, p. 15). As autoras afirmam que mesmo com o passar dos tempos, e as transformações que ocorrem na família, quanto à estrutura, os valores, crenças, funções e papéis permanecem no interior de cada unidade familiar.

A definição de família e os arranjos familiares são constantemente influenciados pelas transformações sociais, econômicas e culturais que ocorrem ao longo do tempo na sociedade. Neste sentido, definir família é uma tarefa complexa que envolve conhecer e compreender as dimensões sociais e culturais

que a envolvem. Desta forma, apresento a seguir algumas definições que ao longo da história foram caracterizando a família.

A terminologia família é originária da Roma, provindo do Latim *famulus* cujo significado é servo ou escravo. Aplicava-se originalmente ao conjunto de empregados de um senhor e mais tarde passou a ser utilizado para denominar o grupo de pessoas que viviam em uma casa, unidas por laços de sangue e, submetidas à autoridade de um chefe (ÁRIES, 1981, p. 95-96).

A família, na Idade Média, “tinha como missão a conservação dos bens, a prática comum do ofício, a ajuda mútua quotidiana [...] ela não tinha função afetiva”. O amor poderia estar presente, em alguns casos desde o noivado, mas geralmente ele ocorria depois do casamento e era alimentado pela vida em comum (ÁRIES, 1981, p. 10).

As mudanças decorrentes da globalização vêm exigindo uma nova abordagem à família. A dificuldade em conceituar família no âmbito contemporâneo está embasada na dinamicidade, no contexto no qual faz parte e está inserida e no tempo. Um ponto a ser destacado diz respeito ao papel da mulher na sociedade, a entrada das mulheres no mercado de trabalho e sua maior participação no sistema financeiro familiar determinaram um novo perfil à família. Petrini (2005) afirma que estas mudanças são de tal magnitude e influenciam de tal maneira, que a família parece desaparecer.

Nesse pensar, a família pode se apresentar sob vários arranjos, como por exemplo, a nuclear (pai, mãe e filhos), a extensa (presença de outros membros ligados a laços consangüíneos, parentesco), a abrangente (incluem os não parentes), e as famílias reconstituídas (remanescentes de casamentos anteriores), entre outras diferentes formas de estrutura familiar (OSÓRIO, 2002). De acordo com a vertente sistêmica Schwartz (2004, p. 81) descreve a família como sendo:

[...] um sistema dinâmico, um microssistema, que se inter-relaciona com outros sistemas, que se modifica com o passar do tempo; assim possui uma temporalidade, porque se desenvolve e se movimenta. A família é uma organização social e econômica incrustada na rede de relações.

A história familiar vai sendo construída com base nos relacionamentos interpessoais, que estabelecem a identidade de cada pessoa dentro do sistema

(WANDERBROOKE, 2005). Para o presente estudo adotamos a definição de família descrita por Elsen et. al. (2004), como um sistema no qual se conjugam valores, crenças, conhecimentos e práticas, formando um modelo explicativo de saúde-doença, através do qual a família desenvolve sua dinâmica de funcionamento, promovendo a saúde, prevenindo e tratando a doença de seus membros.

A família é uma das mais importantes fontes de apoio para situações de doença. É na família que a pessoa com câncer buscará proteção, carinho, atenção, esperança e cuidados necessários para o tratamento. “O cuidado desenvolvido pela família tem como finalidade preservar a vida de cada um dos seus membros, para alcançar o desenvolvimento pleno de suas potencialidades, de acordo com suas próprias possibilidades e as condições do meio onde ela vive” (DELGADO, 2004, p. 390 ).

A compreensão de família passa por diferentes olhares, surgindo à família que se reconstrói, a família que participa, a família enquanto unidade complexa, a família maltratante, a família unidade de cuidado (DELGADO, 2004, p.384). Desta forma, os profissionais de saúde necessitam conhecer e compreender as singularidades de cada família, considerando todo o contexto e as relações existentes nele, para que se consiga assisti-las no desenvolver o cuidado familiar.

Desse modo, estudos que investigaram a experiência de câncer na família constataram que esse sistema mobiliza-se para manter sua funcionalidade, criam uma nova estrutura, e redimensionam seus papéis. Além disto, a esperança da família é algo que prevalece e favorece a busca de alternativas para os males da doença, ela redimensiona seus valores, suas crenças e atitudes e a vida tem novo significado (BIELEMANN, 1997; SOUZA, 2004; MUNIZ, 2008).

Diante do processo de cuidar, a família, geralmente, elege um cuidador familiar principal. O papel de cuidador costuma ser assumido por aquele membro que vinha desempenhando funções mais próximas de cuidar, mantendo a coerência no funcionamento familiar. Além disto, o cuidador assume seu papel de acordo com a qualidade das relações e vínculos afetivos que teve com o familiar doente (WANDERBROOKE, 2005).



Entretanto, a família nem sempre está preparada para cuidar do seu familiar/pessoa doente. Neste sentido, a família geralmente precisa de suporte e orientação, dos profissionais de saúde, para que ela participe ativamente do processo de cuidar e da reabilitação, da pessoa com câncer, e descubra suas potencialidades para realizar o cuidado no contexto domiciliar.

#### **2.4 O espaço rural brasileiro e seus atores sociais**

O espaço rural é tema de debate na comunidade científica, entre atores de movimentos sociais, e também por indivíduos responsáveis pelas políticas públicas voltadas para este meio. Wanderley (2001), diz que há uma grande discussão na definição do que seja rural e urbano no Brasil.

O século XX, especialmente a segunda metade, passou por grandes transformações na forma de organizar a vida e o trabalho das populações do espaço rural brasileiro. O capitalismo interferiu nas relações produtivas do campo, transformando e submetendo toda a produção ao capital, ainda que mantidas as antigas estruturas fundiárias (VENDRAMINI, 2007).

Os avanços da exploração capitalista e o processo de modernização da agricultura, no Brasil, acentuam ainda mais a concentração da propriedade da terra e a desigualdade social no meio rural. Além disto, a destruição da agricultura familiar, devastação e degradação dos empregos rurais, miséria da população e deterioração do meio ambiente com a crescente utilização de agrotóxicos, são exemplos do que a modernização trouxe para este contexto (VENDRAMINI, 2007).

Para Schneider (2000), as transformações pela qual passou a agricultura, foram socialmente excludentes, o que provocou a diminuição das populações rurais, prejudicou o meio ambiente e, apesar da elevação da produção, parte considerável da população mundial, inclusive nos países em que a modernização tecnológica foi mais intensa, não conseguem sequer atingir os limites alimentares mínimos.

É preciso considerar que as fronteiras entre o rural e o urbano já não são claramente observadas e identificadas (GRAZIANO da SILVA, 1999). Assim como na cidade, as populações do campo convivem com o desemprego, a

precarização, intensificação e informalização do trabalho e a carência de políticas públicas (VENDRAMINI, 2007).

Ao referir-se sobre o mundo rural, Wanderley (2001, p. 32) considera que este mantém “particularidades históricas, sociais, culturais e ecológicas, que o recortam como uma realidade própria, da qual fazem parte, inclusive, as próprias formas de inserção na sociedade que o engloba”.

A dicotomia do rural/urbano relaciona-se às diferentes atividades desenvolvidas pelo campo e pela cidade. Nessa representação a cidade é sinônimo de industrialização, modernização e desenvolvimento, enquanto que o rural está associado a produção agrícola e sinônimo de atraso (GRAZIANO da SILVA, 2001). Para Mingione e Pugliese (1987) esta representação contribui para ocultar os fenômenos sociais presentes em ambos os contextos.

Pires (2004) afirma que é preciso romper a idéia de rural setorial, ou seja, a idéia de que o espaço rural é sinônimo de atividades agropecuárias, para compreender as transformações e dinâmicas que ocorrem nesse contexto. Desse modo, em suas análises Graziano da Silva (2001) tem enfatizado que na contemporaneidade seria necessário entender o rural como um contínuo do urbano. Isto porque o rural se urbanizou, tanto devido ao desenvolvimento e aplicação de técnicas industriais de agricultura, quanto devido, o que é sem dúvida muito interessante, o transbordar do urbano para o rural.

Sacco dos Anjos e Caldas (2007, p.164) definem esta nova paisagem de “desagrarização” sendo descrito como “o processo no qual a agricultura perde protagonismo em sua capacidade de ocupar pela população rural”, e apontam como sendo esta uma das formas de compreender a inserção crescente de novos atores sociais no meio rural. Além disto, os autores reforçam que cada vez mais o que mantém a população rural em seu cenário são as atividades não vinculadas à agricultura. Essa mudança configura-se na pluriatividade que se caracteriza por conciliar atividades agrícolas e não agrícolas, dentro ou fora de suas propriedades rurais.

Segundo Schneider (2006) a pluriatividade estará sempre ligada à família, ou seja, será considerada pluriativa a família em que pelo menos um dos membros que a compõe exercerem a combinação de ambas. Sacco dos Anjos e

Caldas (2004) destacam que a pluriatividade marca uma profunda transformação nas políticas públicas, institucional e da percepção sobre a evolução das estruturas agrárias contemporâneas.

Nesse mesmo enfoque Schneider (2006, p. 9) afirma que:

A pluriatividade poderá ter um papel importante na promoção do desenvolvimento rural sustentável na medida em que apresentar-se como alternativa a alguns dos principais problemas que afetam as populações rurais tais como a geração de emprego, a melhoria da renda, a redução da vulnerabilidade social e produtiva, o êxodo dos mais jovens, da gestão interna das unidades familiares, entre outros.

Dessa forma, o rural deixa de ser visto como um espaço exclusivamente agrícola, pois passa a abranger um conjunto diversificado de atividades e atores sociais. Mattei (2006) aponta aspectos importantes que redimensionam os papéis do espaço rural: a crescente procura por atividades agregadas ao setor de lazer, o turismo rural; o aumento das preocupações com a questão ambiental, ou seja, movimentos ecológicos buscam produzir os chamados produtos ecológicos.

De acordo com Graziano da Silva (2001), a família rural típica não se reúne mais em torno da exploração agrícola. O patrimônio da família ao ser preservado inclui as terras, a casa dos pais que se transforma numa espécie de base territorial, acolhendo os parentes próximos em algumas ocasiões festivas e tornando-se cada vez mais um ponto de refúgio nas crises, especialmente do desemprego, além de permanecer como alternativa de retorno para a velhice.

Há ainda outros dois grandes fenômenos que ocorrem no meio rural descrito por Sacco dos Anjos e Caldas (2007) como a masculinização e o envelhecimento da população rural, que estão sendo muito mais intensos nos espaços rurais do que nos urbanos. Os autores afirmam que isto se deve ao êxodo rural no qual preferencialmente são os jovens, predominantemente mulheres, que migram para as cidades em busca de oportunidades para estudar e trabalhar.

Para Sacco dos Anjos e Caldas (2007, p. 162) este panorama apresenta duas grandes inquietações:

A primeira dela tudo indica que a renovação urbana esta sendo feita às custas do esvaziamento das camadas mais expressivas da população ativa rural. A segunda prende-se ao fato de que novas nuvens negras ameaçam a preservação de um estilo de vida e de importantes saberes por causa desta incapacidade que temos de reter gerações mais jovens no âmbito rural.

Definir o que é rural e o que é urbano não é objetivo deste trabalho, entretanto compreender o que vem a ser a nova ruralidade torna-se muito oportuno. De acordo com Pires (2004, p. 168), “[...] o termo ruralidade, ou ruralidades no plural, veio marcar o entendimento como um constructo social e pensá-lo não mais das suas propriedades físicas, mas como uma forma de constructo social”.

Carneiro (1998, p. 58) caracteriza ruralidade como:

Um processo dinâmico de constante reestruturação dos elementos da cultura local a partir da incorporação de novos valores, hábitos e técnicas. Tal processo implica um movimento em dupla direção no qual identificamos, de um lado, a reapropriação de elementos da cultura local a partir de uma releitura possibilitada pela emergência de novos códigos e, no sentido inverso, a apropriação pela cultura urbana de bens culturais e naturais do mundo rural, produzindo uma situação que não se traduz necessariamente pela destruição da cultura local mas que, ao contrário, pode vir a contribuir para alimentar a sociabilidade rural e reforçar os vínculos com a localidade.

Apesar das dificuldades de estabelecer delimitações geográficas entre o que é rural e o que é urbano, considero fundamental incorporar a idéia de que o espaço rural é social e resulta das representações e das inter-relações que nele se constituem, e não apenas considerá-lo como delimitação de um espaço geográfico. Neste pensar Budó (2000, p. 9) diz que “os conceitos adotados pela legislação brasileira ao esvaziarem artificialmente o mundo rural desqualificaram-no enquanto prioridade para as políticas”.

A partir do exposto, constata-se a necessidade de olhar para as populações rurais não apenas pela sua vulnerabilidade a processos mórbidos, mas também em sua relação com outros elementos do meio ambiente que influenciam na construção de sua identidade (ROZEMBERG, 2007).

Pode-se observar que o mundo rural contemporâneo emerge de um conjunto heterogêneo de atividades, de pessoas e contextos e, é através das inter-relações estabelecidas entre estes que o desenvolvimento rural deveria ser compreendido. Schneider (2006, p. 6), salienta que a partir da década de 1990, estamos assistindo a um aumento significativo de pessoas em idade ativa que habitam no meio rural, mas estão ocupadas em atividades não agrícolas. Este fato reforça de que “além da função de produzir alimentos e matéria prima, o

espaço rural também se constitui em um cenário de moradia, de lazer, de identidade cultural, de relação com a natureza, enfim um espaço multifuncional”.

Nessa ótica, os agricultores parecem não ser mais as únicas pessoas inseridas neste contexto. Isto nos conduz a compreender a identidade das novas pessoas que estão fazendo parte do rural brasileiro. Segundo Pires (2004, p. 167) “o rural deixa de ser um atributo específico de determinados grupos sociais, residentes em certas localidades, e passa a ser uma representação social, produzido por diferentes grupos (sejam eles de origem urbana ou rural)”.

Desse modo, Sacco dos Anjos e Caldas (2007, p. 163) afirmam que quando “falamos em rural estamos nos referindo em desenvolver as condições de vida e trabalho e preservar a cultura das pessoas que vivem em espaços de baixa densidade demográfica sejam eles agricultores ou não”. Por isso precisamos conceber o rural, enquanto um lugar específico de vida e de trabalho, que é pouco conhecido e reconhecido pela sociedade, mas carregado, em sua diversidade, com grande potencial econômico, social e cultural que necessita ser modificado em forças sociais para o seu desenvolvimento (WANDERLEY, 2001).

No que se refere ao acesso aos bens de serviço, segundo Graziano Silva (1999), as diferenças entre rural e urbano ainda é muito grande. Nesta perspectiva, Sacco dos Anjos e Caldas (2007, p. 168) afirmam que quando se trata de “políticas públicas no âmbito da saúde, do abastecimento de água, são problemas sempre associados às necessidades de quem vive no perímetro urbano, como se as pessoas do campo não tivesse os mesmos problemas e carências”.

Ter acesso a serviços de saúde, de educação e de infraestrutura, ou seja, as necessidades básicas de um ser humano necessitam estar como prioridades dos órgãos públicos e contemplar a todos. São elementos que representam não só qualidade de vida, mas também significa o viver com dignidade no espaço rural.

Algumas das dificuldades a estes serviços referem-se à proximidade e à acessibilidade sendo esse o mais relevante. De acordo com Travassos e Viacava (2007) o acesso reflete as características do sistema de saúde que atuam aumentando ou diminuindo obstáculos à obtenção de serviços pela população. No que se refere à acessibilidade aos serviços de saúde, uma das barreiras

enfrentadas pela população rural ocorre em função da menor disponibilidade de serviços, particularmente em áreas esparsamente povoadas. Além de grandes distâncias a serem percorridas, dificuldades de transporte e baixa renda são fatores que, associados, reduzem a utilização de serviços de saúde por esta clientela (OLIVEIRA, CARVALHO E TRAVASSOS, 2004).

Estudo realizado por Travassos e Viacava (2007) analisou o acesso aos serviços de saúde e sua utilização por idosos residentes em áreas rurais no Brasil em 2003, comparando os padrões observados com idosos residentes em área urbana a partir de dados da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios (PNAD), e observaram que as barreiras de acesso eram maiores na área rural em comparação à urbana. A utilização de serviços de saúde era menor, mesmo para aqueles que referiram problema de saúde; a questão financeira também foi marcada como barreira. Além disto, constataram que fatores sociais e culturais estariam na base das diferenças na percepção de morbidade e na decisão de procurar serviços de saúde pela população rural.

Para Rozemberg (2007), os profissionais de saúde se mostram pouco interessados nos conhecimentos e experiência locais, desvalorizam as contribuições rurais em saúde, e instigam as populações a desvalorizar também sua própria contribuição, participação e possibilidades.

Denardin Budó, Gonzáles e Beck (2003) descrevem que para os agricultores a terra representa valor fundamental na suas vidas, pois acreditam ser fonte de renovação e saúde, apesar de entenderem que as atividades na lavoura são muito desgastantes e demandam sacrifícios.

Além de se relacionar intensamente com a natureza, a população rural possui uma forte relação com vizinhos. As relações sociais são mais intensas e possuem essencialmente um fundo de solidariedade, troca de favores e ajuda mútua. Isto é possível pela rotina rural e constante interação entre os moradores constituindo-se em uma importante rede social (SCHWARTZ, 2002; BUDÓ, 2000). Nesta rede, a reciprocidade torna-se um critério para que ela se fortaleça e mantenha-se presente no dia a dia de cada pessoa da comunidade buscando se desenvolver no contexto.

O ser humano rural tem em sua concepção de que a definição de saúde está diretamente ligada com a capacidade e habilidade de trabalhar, tanto por homens quanto mulheres (BUDÓ, 2000; SCHWARTZ, 2002; TONINI, 2006). As necessidades relacionadas à saúde são secundárias às necessidades de trabalho. A falta de assistência a saúde vem acompanhada da sensação que o rural está esquecido, e mais, de que as ações e serviços quando destinados ao meio rural constituem-se ineficazes (TONINI, 2006).

A política nacional do Ministério da Saúde, na atualidade, aponta o Programa de Saúde da Família (PSF) como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. O PSF atua em um território social, político, econômico e geográfico com uma população adscrita, é a porta de entrada do sistema de saúde, prestando assistência em todas as fases da vida do indivíduo e família (BRASIL, 2000). Nesta perspectiva, o PSF, é uma importante política pública para elaboração e execução de ações de promoção de saúde e, prevenção de agravos, voltadas para a população, inclusive no espaço rural de acordo com suas especificidades.

O rural é espaço de trabalho, de vida, de relações sociais, de cultura, um contexto ainda a ser compreendido em sua dimensão, com o objetivo de desenvolver políticas públicas que venham proporcionar uma melhor qualidade de vida e cuidado da população. De acordo com Budó (2000, p. 12) “o cuidado profissional passa a ser algo integrado e integrador, na medida em que busca uma aproximação com aquele desenvolvido pelas pessoas no seu cotidiano”.

O fato de a família rural vivenciar uma situação de doença, ou ter uma pessoa próxima com câncer e ter que realizar o cuidado, é relevante que voltemos nosso olhar para compreender o meio rural, suas transformações, e os papéis das pessoas neste contexto. Assim, a partir das especificidades locais, culturais e sociais da família rural se concretizará o cuidado e a efetivação de políticas públicas.

### **3 Referencial Teórico**

#### **Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano (TBDH)**

Para conhecer as práticas de cuidados no contexto das famílias rurais, no cuidar da pessoa com câncer, de maneira ampla e sistêmica, escolhi como referencial o Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano de Urie Bronfenbrenner.

O presente referencial é um dos principais modelos teóricos que está sendo utilizado para estudos do desenvolvimento do ser humano. Citamos entre eles, Biasoli-Alves et al., (1999); Pearson (2001); Franco e Bastos (2002); Bhering e De Nez (2002); Mathiese, Herrera, M. O. e Herrera, I. R. (2004); Molinari, Silva e Crepaldi (2005); Goldberg, Yunes e Freitas (2005). Outros estudos foram desenvolvidos, com indivíduos e famílias que vivenciam situações de risco, Alves et al (1999), Alves (2004), Koller (2004). Convém salientar que o referido referencial vem sendo utilizado também pela Enfermagem em seus estudos, os quais apresento: Meincke (2007), Silva (2006), Martins (2005) e Schwartz (2002).

Para iniciar a apresentação do referido referencial se faz necessário contextualizar o termo ecologia. Este é proveniente do grego *oikos*, que significa “lar” sendo descrito, em 1866, pelo biólogo alemão Ernst Haeckel que o definiu como “ a ciência das relações entre o organismo e o mundo externo circunvizinho” (CAPRA, 2006, p. 43). A mudança de paradigma, de uma visão mecanicista para uma que integre corpo e mente, tem sido discutida na atualidade, incorporando a concepção sistêmica no qual vê o mundo em termos de relações e integração.

Conforme Capra (2006, p. 25), ao definir o novo paradigma como holístico e ecológico, “o concebe como um todo integrado e reconhece a interdependência fundamental de todos os fenômenos, e o fato de que, enquanto indivíduos e sociedade estão todos encaixados nos processos cíclicos da natureza”.



O Modelo Bioecológico de Bronfenbrenner diz que a perspectiva é nova em sua concepção da pessoa em desenvolvimento, do ambiente e especialmente da interação que se desenvolve entre ambos. Este Modelo possui uma abordagem sistêmica, e nos fornece subsídios para compreender a família rural na realização de práticas de cuidado, em seu contexto de desenvolvimento e nas complexas interações entre seus integrantes (BRONFENRENNER e MORRIS, 1998).

Considero interessante trazer alguns dados acerca da vida de Urie Bronfenbrenner, permitindo aos leitores uma proximidade maior entre autor e modelo teórico. Bronfenbrenner nasceu em 29 de abril de 1917, em Moscou no momento de profundas transformações políticas e sociais (início da ascensão comunista), vindo a falecer em sua casa, em Ithaca, New York, no dia 25 de Setembro de 2005, aos 88 anos. Veio ainda criança para os Estados Unidos, sendo criado dentro da tradição judaica, convivendo desde então em um ambiente multicultural tendo contato com diferentes grupos étnicos e culturais durante sua escolarização (BRONFENBRENNER, 1996).

Acentuando-se seu contato com diferentes modos de viver e pensar, Bronfenbrenner morava com os pais em uma instituição rural para o tratamento de pessoas com retardo mental, com idade variando entre 03 a 80 anos. Formado em Psicologia e Música pela Universidade de Cornell, durante os cursos de graduação e, posteriormente, em sua vida acadêmica estiveram presentes autores como Kurt Lewin, Ted Newcomb e David Levy, entre outros. Todos eles com importantes colaborações na formulação e desenvolvimento dos pressupostos da Abordagem Bioecológica, que teve seu início na década de 70 (BRONFENBRENNER, 1996).

A ecologia do desenvolvimento humano envolve o estudo científico da adaptação mútua e progressiva entre um ser humano ativo, em crescimento e as propriedades, elas próprias em mutação, dos contextos imediatos nos qual a pessoa em desenvolvimento vive, sendo que este processo é igualmente influenciado pelas relações entre esses e pelos contextos mais vastos nos quais estão inseridos (BRONFENBRENNER, 1996).

Na pesquisa ecológica, as características da pessoa e do ambiente, a estrutura dos contextos ambientais e os processos que ocorrem dentro deles e

entre cada um devem ser considerados como interdependentes e analisados em termos de sistemas (BRONFENBRENNER, 1996).

Bronfenbrenner (1996) destaca três aspectos fundamentais que envolvem a definição de desenvolvimento:

Primeiro: a pessoa em desenvolvimento não é considerada uma tábua rasa, mas como uma entidade em crescimento dinâmico que progressivamente penetra no meio em que reside e o reestrutura. Segundo: o meio ambiente também exerce sua influência exigindo um processo de acomodação mútua a interação entre a pessoa e o meio ambiente é considerado como bidirecional, isto é, caracterizado por reciprocidade. Terceiro: o meio ambiente definido como relevante para os processos desenvolvimentais não se limita a um ambiente único, imediato, mas inclui as interconexões entre esses ambientes (BRONFENBRENNER, 1996, p. 18).

A partir do exposto o desenvolvimento humano é definido por Bronfenbrenner (1979, p. 191), como sendo “o conjunto de processo através dos quais as particularidades da pessoa e do ambiente interagem para produzir constância e mudança nas características da pessoa no curso de sua vida”. Prati et al. (2008) diz que o desenvolvimento humano acontece quando se estabelece um padrão de interação estável e recíproco entre pessoas e seus ambientes. Para entender o desenvolvimento do ser humano (pessoa) é preciso considerar todos os contextos ecológicos no qual ocorre, ou seja, nos quais as pessoas vivem suas vidas.

A Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano (TBDH) foi reformulada e reestruturada devido ao olhar crítico de seu principal teórico, Urie Bronfenbrenner e seus colaboradores. Ela destaca a importância e a influência dos ambientes ecológicos no desenvolvimento humano (PRATI et al., 2008). A análise destes âmbitos de interação possibilita o acesso às oportunidades de crescimento, aos momentos de estabilidade e instabilidade dos contextos nos quais as pessoas estão inseridas, as interações afetivas e as relações de poder na dinâmica interpessoal (BRONFENBRENNER, 1996). Com a evolução da Teoria, os seus conceitos principais foram sendo revisados quanto a sua importância na compreensão do desenvolvimento humano (PRATI et al., 2008).

O primeiro modelo teórico delineado por Bronfenbrenner (1996) tinha como foco principal o ambiente, ou seja, o contexto em que o ser humano (pessoa) estava inserido e a maneira como ele o percebia, mais do que como ele se configurava, era fundamental para compreender o desenvolvimento humano. No

ano de 1992, Bronfenbrenner denominou suas proposições de Teoria dos Sistemas Ecológicos e contemplou de forma mais detalhada os aspectos do desenvolvimento vinculados à pessoa (PRATI et al., 2008).

A evolução da Teoria gerou uma ampliação do entendimento do desenvolvimento de forma a considerar quatro núcleos inter-relacionados definido também como modelo PPCT que são: o processo, a pessoa, o contexto e o tempo (BRONFENBRENNER e MORRIS, 1998). Nesta reformulação, um dos principais conceitos, que ganha importância na evolução das idéias de Bronfenbrenner é o de processo proximal definido como “forma particular de interação entre organismos e ambiente, que operam ao longo do tempo e compreendem mecanismos que produzem o desenvolvimento humano” (BRONFENBRENNER e MORRIS, 1998, p. 994).

Um ponto importante destaca-se na definição de processo proximal, que envolve “uma transferência de energia entre o ser humano em desenvolvimento e as pessoas, objetos e símbolos existentes no ambiente imediato” (BRONFENBRENNER e EVANS, 2000, p.118). Desta forma, o processo proximal é considerado o primeiro produtor de desenvolvimento humano (COPETTI e KREBS, 2004). Como exemplos de processos proximais, citamos: alimentar e confortar um bebê, buscar a resolução de problemas, realizar o cuidado a outras pessoas, fazer planos, realizar tarefas complexas e adquirir conhecimento (BRONFENBRENNER, 1999)

Bronfenbrenner e Morris (1998) destacam a presença simultânea de cinco critérios para que se estabeleça um processo proximal e ocorra o desenvolvimento são eles: a) a pessoa deve estar engajada em uma atividade; b) esta atividade deve acontecer em uma base relativamente regular, através de períodos estendidos de tempo; c) as atividades devem ser progressivamente mais complexas; d) deve haver reciprocidade nas relações interpessoais; e) os processos proximais não são limitados às interações com símbolos e objetos.

O **processo** constitui-se na interação recíproca que ocorrem nas díades (sistema de duas pessoas) desenvolvimentais (SANTANA e KOLLER, 2004). Possui relação entre os diferentes níveis e se acha constituído pelos papéis e atividades diárias da pessoa em desenvolvimento. Para se desenvolver (intelectual, emocional, social e moralmente) um ser humano, requer participação

ativa em interação, com pessoas, objetos e símbolos no ambiente imediato. Estas formas de interação no ambiente imediato referem-se a processos proximais que são definidos como “formas particulares de interação entre organismos e ambiente, que operam ao longo do tempo e compreendem mecanismos que produzem o desenvolvimento humano” (BRONFENBRENNER e MORRIS, 1998, p. 994).

A **pessoa** é o segundo componente da Teoria Bioecológica, envolve tanto as características biopsicológicas quanto aquelas construídas na interação entre ser humano e ambiente no decorrer da sua existência. Características do tipo pessoais como gênero ou cor da pele, podem influenciar na forma pelo quais outros lidam com a pessoa em desenvolvimento (BRONFENBRENNER e MORRIS, 1998, MARTINS e SZYMANSKI, 2004)

O **contexto**, terceiro componente da Teoria Bioecológica, compreende a interação de quatro estruturas de ambiente. Ao definir ambiente ecológico Bronfenbrenner (1996) faz uma analogia a um conjunto de bonecas russas, ou seja, ele o define como uma série de estruturas concêntricas encaixadas uma dentro da outra. Essas estruturas são denominadas de microsistema, mesossistema, exossistema e macrosistema.

O **microssistema** é descrito como um contexto no qual há um padrão de atividades, papéis, e relações interpessoais experienciados face a face pela pessoa em desenvolvimento (BRONFENBRENNER, 1996; BRONFENBRENNER e MORRIS, 1998). Os elementos ou bloco construtores que constituem o microssistema são: os fatores de atividades, o papel, e a relação interpessoal. O papel é descrito por Bronfenbrenner, (1996, p. 68-69), “como uma série de atividades e relações esperadas de uma pessoa que ocupa uma determinada posição na sociedade e de outro em relação àquela pessoa.” Os papéis são, normalmente, os rótulos usados para designar posições sociais numa cultura.

Um outro elemento é a atividade molar, que é descrita por Bronfenbrenner (1996, p. 37), “como um comportamento continuado que possui um momento (quantidade de movimento, impulso) próprio e é percebido como tendo significado ou intenção pelos participantes do ambiente”. Em se tratando de famílias rurais, o trabalho e a realização de práticas de cuidado, podem ser exemplos de atividade molar.

Como exemplo de microsistema pode-se considerar a família rural e a comunidade, ou seja, a interação do ser humano rural com outros indivíduos e com ambientes, como no interior dos microsistema família, igreja, escola, posto de saúde, comunidade (SCHWARTZ, 2002).

Já o **mesossistema**: “inclui as inter-relações entre os dois ou mais ambientes nos quais as pessoas em desenvolvimento participam ativamente” (BRONFENBRENNER, 1996, p. 21). Como exemplo, a interação de uma pessoa, as relações no trabalho e na vida social, é influenciada e influencia outros ambientes a qual participa como, por exemplo, a família (NARVAZ e KOLLER, 2004).

O **exossistema** “compreende um ou mais ambientes que não envolvem a pessoa em desenvolvimento como um participante ativo, mas no qual ocorrem eventos que afetam, ou são afetados, por aquilo que acontece no ambiente contendo a pessoa em desenvolvimento” (BRONFENBRENNER, 1996, p. 21).

A rede social é definida por Bronfenbrenner (1996) como um sistema de interação seqüencial formada por indivíduos que podem apoiar a pessoa em desenvolvimento mesmo que esta não esteja presente. As redes sociais extensas e mais comuns são aquelas que ultrapassam os ambientes e, portanto constituem elementos de um meso ou exossistema.

As redes sociais desempenham importantes funções no desenvolvimento da pessoa, como por exemplo, proporcionam um canal indireto de comunicação, quando não existe nenhum vínculo direto com a pessoa em desenvolvimento de um contexto para outro; identificam a necessidade de recursos humanos ou materiais de um contexto para outro, como por exemplo, uma família rural que solicita ajuda ao vizinho para auxiliar na plantação (SCHWARTZ, 2002).

O **macrossistema** “se refere às consistências, na forma e conteúdo de sistema de ordem inferior (micro-meso-exo) que existem, ou poderiam existir, no nível da subcultura ou da cultura como um todo juntamente com qualquer sistema de crença ou ideologia subjacente a essas consistências (BRONFENBRENNER, 1996, p. 21)”. É o sistema mais amplo que envolve todos os outros ambientes, formando uma rede de interconexões que se diferenciam de uma cultura para outra, ou seja, tem a ver com o sistema de valores, crenças, maneiras de ser ou de fazer e hábitos de vida (MARTINS, 2005). Neste caso podemos citar como

exemplo de macrossistema, as políticas sociais, agrárias, de educação e de promoção à saúde, voltadas para as famílias rurais que influenciam diretamente no desenvolvimento deste sistema.

O quarto componente do Teoria Bioecológica, o **tempo**, permite examinar a influência sobre o desenvolvimento humano de mudanças e continuidades que ocorrem ao longo do ciclo vital (BRONFENBRENNER e MORRIS, 1998). Este é analisado em três níveis: micro, meso, e macrotempo. O **microtempo** “refere-se a continuidade versus descontinuidade, dentro de episódios contínuos de processo proximal”. Já o **mesotempo** “é a periodicidade destes episódios ao longo de intervalos maiores de tempo, tal como dias e semanas”. E por último o **macrotempo** “foca as expectativas e eventos mutáveis na sociedade mais ampla, tanto dentro quanto através das gerações, uma vez que elas são afetadas por processos e resultados do desenvolvimento humano ao longo do curso da vida” (BRONFENBRENNER e MORRIS, 1998, p. 995).

Outro conceito de extrema importância na Teoria são as **transições ecológicas**. Conforme Bronfenbrenner (1996, p. 22), “uma transição ecológica ocorre sempre que a posição da pessoa no meio ambiente ecológico é alterada em resultado de uma mudança de papel, ambiente ou ambos”. Estas podem favorecer ou vir a prejudicar o desenvolvimento, dependendo da maneira como ocorrem influenciando todos os níveis do ambiente humano (SANTANA e KOLLER, 2004). Como exemplo de transições ecológicas, citamos a doença, a ida para o hospital, o ficar bem novamente; voltar ao trabalho, aposentar-se, morrer (BRONFENBRENNER, 1996).

Os valores e as crenças não poderiam ser vistos isoladamente, mas sim como elementos de um sistema. Isto porque não estão ligados, somente nas relações familiares, e sim com todos os elementos que constituem a sua cultura e a relação desta com seu contexto. Desta forma as concepções de saúde e doença vão depender da cultura de cada pessoa, família, e comunidade. Assim a família rural ao vivenciar uma situação como ter que cuidar da pessoa de câncer, faz com ela por meio das interações com símbolos, objetos e o seu contexto, práticas de cuidado, que são singulares de cada pessoa e família.

## 4 Caminho Metodológico

*Embora ninguém possa voltar atrás e  
fazer um novo começo, qualquer um pode  
começar agora e fazer um novo fim.  
(Chico Xavier)*

### 4.1 Enfoque do estudo

A metodologia que será adotada neste estudo se caracteriza por ser qualitativa, uma vez que decorre da necessidade de conhecer as práticas de cuidado realizadas no contexto das famílias rurais, para cuidar da pessoa com câncer. Assim, neste item, mais do que discutir conceito de pesquisa qualitativa, procura-se descrever a importância desta abordagem de pesquisa e a postura do pesquisador.

Este estudo será um subprojeto da pesquisa intitulada “Os clientes oncológicos e suas famílias e os sistemas de cuidado nas condições crônicas”, cujo objetivo é conhecer as redes que os clientes em tratamento quimioterápico e seus familiares utilizam durante as condições crônicas de saúde. Este projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Pelotas (UCPel), sob aprovação nº028/08 (Anexo A). A referida pesquisa é coordenada pela Dr<sup>a</sup>. Eda Schwartz, da qual obtive permissão formal da pesquisadora responsável para utilizá-la.

A abordagem qualitativa “se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam” (MINAYO, 2007, p. 57). Reforça-se ainda que a importância da pesquisa qualitativa “[...] baseia-se na premissa de que o conhecimento sobre os indivíduos só é possível com a descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e tal como ela é definida por seus próprios atores” (POLIT e HUNGLER, 1995, p. 270).

Minayo (2007, p. 22-23) aponta metodologias qualitativas “como aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas”.

Neste sentido Turato (2005, p. 510) pontua que:

[...] conhecer as significações dos fenômenos do processo saúde-doença é essencial para realizar as seguintes coisas: melhorar a qualidade da relação profissional-paciente-família-instituição; promover maior adesão de pacientes e da população frente a tratamentos ministrados individualmente e de medidas implementadas coletivamente; entender mais profundamente certos sentimentos, idéias e comportamentos dos doentes, assim como de seus familiares e mesmo da equipe profissional de saúde.

Considerando os objetivos e pressupostos desta pesquisa, percebe-se a fundamental importância da utilização deste método para compreender as vivências dos sujeitos em toda sua magnitude, evitando o aprisionamento destas experiências pela quantificação (MINAYO, 2007).

A abordagem qualitativa possibilita conhecer o objeto de estudo dentro da diversidade de relações e constante dinamismo em que se encontra, considerando a complexidade do ser humano (pessoa)/família em suas relações com o mundo em um momento de adoecimento. Reforço ainda, que esta metodologia, me leva a abordar a família rural no seu ambiente, ou seja, na ruralidade, buscando assim conhecer as práticas de cuidado realizadas no contexto das famílias rurais, para cuidar da pessoa com câncer. Esta abordagem permitirá utilizar instrumentos para a coleta de dados como a entrevista em profundidade, a observação simples e construção de genograma e ecomapa.

## **4.2 Contexto do estudo**

O estudo será realizado em um primeiro momento no Serviço de Oncologia do Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas e posteriormente no domicílio das famílias.



### 4.3 Sujeitos do estudo

Farão parte do estudo, pessoas portadoras de câncer e suas famílias que residem na área rural dos municípios da Região Sul do Estado do Rio Grande do Sul.

### 4.4 Critérios para seleção dos sujeitos do estudo

Para melhor desenvolvimento do estudo e para obter os objetivos propostos foram considerados os seguintes critérios de inclusão:

Residir na área rural dos distritos dos municípios da Região Sul do Estado do Rio Grande do Sul.

Ter um familiar portador de câncer e este deverá estar ciente do seu diagnóstico e tratamento;

A pessoa com câncer deverá estar em início do tratamento quimioterápico, ou seja, na primeira sessão de quimioterapia<sup>3</sup>;

A pessoa com câncer e seus familiares deverá estar em condições para participar do estudo (consciente e não apresentar dificuldades de comunicação);

Permitir que os dados sejam publicados no meio científico.

### 4.5 Cuidados éticos

Neste estudo serão respeitados o Cap. III, Art. 89, 90 e 91 (dos deveres) e o 94 e 98<sup>4</sup> (das proibições) do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Também será respeitada a Resolução nº. 196/96<sup>4</sup> do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que trata da pesquisa envolvendo seres humanos.

---

<sup>3</sup> A quimioterapia é definida como o emprego de substâncias químicas isoladas ou em combinação com o objetivo de tratar o câncer (ARAÚJO, ZAGO e SILVA, 2006).

<sup>4</sup> Cap. III (dos deveres): art. 89 Atender as normas vigentes para a pesquisa envolvendo seres humanos, segundo a especificidade da investigação; art. 90 Interromper a pesquisa na presença de qualquer perigo a vida e a integridade da pessoa; art. 91 Respeitar os princípios da honestidade e fidedignidade, bem como os direitos autorais no processo de pesquisa. Cap. III (das proibições): art. 94 Realizar ou participar de pesquisa ou atividade de ensino, em que o direito inalienável da pessoa, família ou coletividade seja desrespeitado ou ofereça qualquer tipo de risco ou dano aos envolvidos; art. 98 Publicar trabalho com elementos que identifiquem o sujeito participante do estudo, sem sua autorização.

<sup>4</sup> Resolução nº 196/96 Esta Resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

Com respeito à dignidade humana, a pesquisa será realizada após esclarecimentos necessários aos sujeitos da pesquisa e assinatura do Termo Consentimento Livre Esclarecido (Apêndice A), sendo que a linguagem aplicada será a de senso comum. Todos os membros das famílias irão assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e para preservar suas identidades, seus nomes serão trocados pela letra F acompanhada de um número arábico, que indica a ordem de entrevista da família, o grau de parentesco, seguido da idade do sujeito pertencente à família.

#### **4.6 Procedimentos para coleta de dados**

Como o Projeto de pesquisa “Os clientes oncológicos e suas famílias e os sistemas de cuidado nas condições crônicas”, já foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Pelotas, a entrada no campo ocorrerá, na segunda quinzena de fevereiro de 2009. A pesquisadora irá inserir-se no Serviço de Oncologia do Hospital Escola (HE) da UFPEL, com a apresentação do objetivo do projeto de pesquisa à equipe. Será conversando com a Enfermeira do turno da manhã e tarde e a funcionária responsável pelo agendamento das sessões de quimioterapia sobre o estudo e solicitarei a sua colaboração para identificar os pacientes que preenchem os critérios para desenvolver o estudo.

Como já foi descrito no início desta seção, haverá neste estudo duas estratégias para a coleta de dados, uma desenvolvida com a pessoa com câncer e a outra com a família dos mesmos. A coleta de dados, junto às pessoas com diagnóstico de câncer, iniciará com a seleção dos sujeitos. Esta seleção ocorrerá através do cronograma dos usuários para tratamento quimioterápico, encontrados no caderno de agendamento do Serviço de Oncologia do Hospital Escola. Na seqüência da seleção, o contato individualizado com cada sujeito da pesquisa permitirá a explicação dos objetivos do estudo e do desenvolvimento da coleta dos dados.

A seguir, será iniciado o processo de coleta de dados que constará dos seguintes trâmites:

- A pesquisadora freqüentará o Serviço de Oncologia para a identificação dos sujeitos da pesquisa, obedecendo aos critérios pré-estabelecidos e a ordem de chegada dos pacientes.

- Os sujeitos da pesquisa, a pessoa com câncer e suas famílias serão convidados a participar, sendo que o paciente deverá estar iniciando a primeira sessão de quimioterapia e estar acompanhado de um familiar.
- Cada um dos sujeitos da pesquisa receberá, em primeiro lugar, um convite para participar da pesquisa, se aceitar, será entregue o documento de Consentimento Livre e Esclarecido que será lido, explicitado e assinado (Apêndice A). Somente após estes procedimentos será realizada a coleta de dados os quais serão coletados através dos instrumentos de pesquisa, a entrevista aberta em profundidade de Minayo (2007) (Apêndice B e C), a observação simples (GIL, 1995) e a construção do genograma e ecomapa de acordo com Wright & Leahey (2002).

Na entrevista aberta em profundidade “o sujeito é convidado a falar livremente sobre um tema e as perguntas do investigador, quando são feitas, buscam dar mais profundidade às reflexões” (MINAYO, 2007, p.262). As entrevistas serão pré-agendadas e acordadas entre a pesquisadora e o informante, sendo que obrigatoriamente deverão ocorrer no ambiente domiciliar. Além disto, será construído o genograma e ecomapa obedecendo a um roteiro de questionamentos.

Segundo Gil (1995, p.105) a técnica de observação simples, é aquela em que o pesquisador, “permanece alheio à comunidade, grupo ou situação que pretende estudar, observa de maneira espontânea os fatos que aí ocorrem”. Neste procedimento, o pesquisador é muito mais um “espectador” que um “ator”.

Também destacamos o uso do diário de campo (Apêndice D), que segundo Minayo (2007) é um instrumento ao qual recorreremos em qualquer momento da rotina do trabalho que estamos realizando. Ele, na verdade, é um amigo silencioso que não pode ser subestimado quanto à sua importância. Nele diariamente podemos colocar nossas percepções, angústias, questionamentos e informações que não são obtidas através da utilização de outras técnicas.

Já o genograma vem sendo utilizado por profissionais de diversas áreas, como instrumento de abordagem eficaz para a compreensão da dinâmica familiar. O genograma é a representação gráfica de uma família, juntando num mesmo esquema os membros da mesma (mais freqüentemente em 3 gerações) as

relações que os unem, a qualidade da relação e as informações de saúde que se podem associar (WRIGHT e LEAHEY, 2002).

O genograma pode ajudar os membros de uma família a verem-se a si mesmos de uma maneira distinta, ao mesmo tempo em que facilitam a união das famílias na terapia. Estes permitem ao entrevistador a constante reformulação das questões carregadas de emoções, criando uma perspectiva sistemática que facilita a identificação de problemas familiares ao longo do tempo e do espaço (RODRIGUES, 2007).

O ecomapa, como no genograma, apresenta uma visão geral da família e suas relações, entre a família e o mundo. Representa a relação da família com os sistemas mais amplos (WRIGHT e LEAHEY, 2002).

#### **4.8 Análise dos dados**

Os dados, após coletados, através de entrevistas, da construção do genograma e ecomapa, e também anotações em diário de campo, serão analisados segundo a análise temática descrita por Minayo (2007). Os conceitos pessoa, processo, contexto e tempo, da Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano, também irão compor as interpretações das relações e inter-relações junto às pessoas portadoras de câncer e suas famílias em seus diversos contextos.

A análise temática buscará identificar os núcleos de sentido contidos nas falas das pessoas das famílias e nos registros das observações. O método será desenvolvido em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação. A pré-análise será a fase em que o conjunto de dados obtidos serão organizados para uma análise mais aprofundada. Nesta etapa, será realizada uma leitura flutuante do conjunto das comunicações obtidas nas entrevistas. A terceira etapa, constituída pelo tratamento dos resultados obtidos e sua interpretação, será o momento em que, a partir da organização dos dados, buscar-se-á o seu significado (MINAYO, 2007).

Para elaboração do genograma e ecomapa serão utilizados os softwares DIA (0.97) e SmartDraw (2009) que irão permitir a visualização gráfica dos instrumentos.



## 6 Recursos envolvidos

### 6.1 Recursos humanos

- Transcritor de gravações de áudio;
- Professor de Português;
- Revisor de Normas ABNT;

### 6.2 Recursos materiais e plano de despesas

O gráfico a seguir demonstrará o planejamento de recursos materiais e financeiros para o desenvolvimento do projeto.

Tabela1 – Recursos materiais para o desenvolvimento do projeto

<b>Material</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Custo unitário (R\$)</b>	<b>Total (R\$)</b>
Pen Drive	01	60,00	60,00
MP4	01	240,00	240,00
Papel (pacote de 500 folhas A4)	03	14,00	42,00
Impressão a laser (folhas)	900	0,20	180,00
Encadernação	12	3,50	42,00
Caneta	06	2,00	12,00
Lápis	06	1,00	6,00
Revisão de português	200	1,50	300,00
Transporte	50	2,00	100,00
<b>Total de despesas</b>			<b>982,00</b>

Obs.: Os custos do estudo estarão a cargo da Mestranda.

## Referências

- ARIÈS, Philippe. **Historia social da criança e da família**. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1981. 279p.
- ALVES, Paola Biasoli et al. A construção de uma metodologia observacional para o estudo de crianças em situação de rua: criando um manual de codificação de atividades cotidianas. **Estud. Psicol. (Natal)**, v. 4, n. 2, p. 289-310, jul./dez. 1999.
- \_\_\_\_\_. O estudo sobre crianças em situação de rua na perspectiva da teoria dos sistemas ecológicos: contribuições teóricas e metodológicas. In: KOLLER, Sílvia Helena (org). **Ecologia do desenvolvimento humano: pesquisa e intervenção no Brasil**. São Paulo: Caso do Psicólogo. 2004. p. 121-142.
- ANJOS, Anna Cláudia Yokoyama dos; ZAGO, Márcia Maria Fontão. A experiência da terapêutica quimioterápica oncológica na visão do paciente. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 14, n.1, p. 33-40, 2006.
- AQUINO, Verônica Vrbam; ZAGO, Márcia Maria Fontão. O Significado das crenças religiosas para um grupo de pacientes oncológicos em reabilitação. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 1-6, 2007.
- ARAUJO, Joyce Rodrigues; ZAGO, Márcia Maria Fontão; SILVA, Sueli Riul da. Percepções sobre a vida e a doença por mulheres submetidas à quimioterapia antineoplásica. **Rev. Min. Enf.**, v. 10, n. 3, p. 247-252, jul./set., 2006.
- ASSIS, W. R. S. L. **O caminho intergeracional dos sentimentos: estudos dos padrões afetivos transmitidos pela família**. 2006. 232f. Dissertação (Mestrado)- Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- BAIDER, Lea. Câncer y família; aspectos teóricos y terapêuticos. **Revista Internacional Psicologia Clínica y Salud**, v. 3, n. 1, p. 505-20, 2003.
- BARBOSA, Régia Christina Moura; XIMENES, Lorena Barbosa; PINHEIRO, Ana Karina Bezerra. Mulheres mastectomizadas: desempenho de papéis e de redes sociais de apoios. **Acta Paul Enf**. v. 17, n. 1, p. 18-24, 2004.
- BARBOSA, Leopoldo Nelson Fernandes; FRANCISCO, Ana Lúcia. A subjetividade do câncer na cultura: implicações na clínica contemporânea. **Rev. SBPH**, v. 10, n.1, p. 1-16, jun. 2007.

BARROS, Dejeane de Oliveira; LOPES, Regina Lúcia Mendonça. Mulheres com câncer invasivo do colo uterino: suporte familiar como auxílio. **Rev Bras Enferm**, v. 60, n. 3, p. 295-298, maio/jun., 2007.

BENJUMEA, Carmem de La Cuesta. Cuidado familiares en condiciones crónicas: una aproximación a la literatura. **Texto & Contexto de Enfermagem**. v. 13, n. 1, p.134-146, 2004.

BHERING, Eliana; DE NEZ, Tatiane Bombardelli. Envolvimento de pais em creche: possibilidades e dificuldades de parceria. **Psic.: Teor. e Pesq.**, v. 18, n.1, p. 63-73

BIELEMANN, Valquíria de Lourdes Machado. Uma experiência de adoecer e morrer em família. In: ELSEN, Ingrid.; MARCON, Sonia Silva; SILVA, Mara Regina Santos da. organizadoras. **O viver em família e a interface com a saúde e a doença**. 2. ed. Maringá: EDUEM; 2004. p.199-215.

BIELEMANN, Valquíria de Lourdes Machado. **O ser com câncer: uma experiência em família**. 2000. 174p. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Estimativas 2008**: Incidência de Câncer no Brasil.: Instituto Nacional de Câncer: 94 p. 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº. 196/96**. Sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília. 1996. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/Reso196.doc>>. Acesso em: 05 junho 2008.

BRONFENBRENNER, Urie. **The ecology of human development** . Cambridge, MA: Harvard University Press, 1979.

\_\_\_\_\_. **A ecologia do desenvolvimento**: experimentos naturais e planejados. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

\_\_\_\_\_. The bioecological theory of human development. In: \_\_\_\_\_. **Making human beings human**. London: Sage, 2004. p. 3-21.

\_\_\_\_\_.CECI, Stephen J. Nature-nurture Reconceptualized in Desenvolvimentoal Perspective: a bioecological model. **Psychol. Rev.**, v. 101, n. 4, p. 568-86, Oct.1994.

\_\_\_\_\_. EVANS, Gary W. Developmental science in the 21st Century: Emerging questions, theoretical models, research designs and empirical findings. **Social Development.**, v. 9, n. 1, p. 115-25, 2000.



\_\_\_\_\_. MORRIS, Pamela A. The ecology of developmental process. In: DAMON, W.; SIGEL, I. E.; RENNINGER, K. A. (eds). **Handbook of child psychology**. New York: John Wiley & Sons, v. 1, p. 993-1027, 1998.

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

BUDÓ, Maria de Lourdes Denardin. **Cuidando e sendo cuidado**: um modelo cultural de suporte à saúde em comunidade rural de descendentes de imigrantes italianos. 1994. Dissertação (Mestrado em Extensão Rural) - Pós-Graduação em Extensão Rural, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria.

BUDÓ, Maria de Lourdes Denardin; GONZALES, Rosa Maria Bracini; BECK, Carmem Lúcia Colomé. Saúde e trabalho: uma correlação de conceitos na perspectiva de uma população rural e de Christophe Dejours. **Rev Gaúcha Enferm**. v. 24, n. 1, p. 43-52, 2003.

BUDÓ, Maria de Lourdes Denardin; RESTA, Darielli Gindri; DENARDIN, Janete Maria; RESSE, Lúcia Beatriz Ressel; BORGES, Zulmira Newlands Borges. Práticas de cuidado em relação à dor – a cultura e as alternativas populares. **Esc Anna Nery Rev Enferm**. v. 12, n. 1, p. 90-96, mar., 2008.

CAPRA, F. **O ponto de mutação**. São Paulo: Cultrix, 1982.

CAPRA, Frijot. **A teia da vida**: uma nova compreensão dos sistemas vivos. São Paulo: Cultrix. 2006. 256 p.

CARNEIRO, Maria José. Ruralidade: novas identidades em construção. **Estudos Sociedade e Agricultura**, v. 11, p. 53-75, out., 1998.

CARREIRA, Lúgia. **Cuidado da família ao idoso com doença crônica: análise do conceito na perspectiva da família**. 2006. 240 p. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

CARREIRA, Lúgia. **O cuidar ribeirinho: os saberes e práticas de saúde das famílias da ilha Mutum-PR**. 2002. 134 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

CARVALHO, Célia da Silva Ulysses de. A necessária atenção à família do paciente oncológico. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 54, n. 1, p. 87-96, 2008.

CASARIN, Sidnéia Tessmer; HECK, Rita Maria; SCHWARTZ, Eda. O uso de práticas terapêuticas alternativas, sob a ótica do paciente oncológico e sua família. **Fam. Saúde Desenv**. v. 7, n. 1, p. 24-31, 2005.

CENTA, M. D. L.; ELSEEN, Ingrid. Reflexões sobre a evolução histórica da família. **Fam. Saúde Desenv.** v.1, p.15-20, 1999.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN Nº. 311/2007.** Rio de Janeiro, 08 de fevereiro de 2007. Aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: <http://www.portalcofen.com.br/2007/materias.asp?ArticleID=7263&sectionID=34>

COPPETTI, Fernando; KREBS, Ruy Jornada. As propriedades da pessoa na perspectiva do paradigma ecológico. In: KOLLER, Sílvia Helena (Org). **Ecologia do desenvolvimento humano: pesquisa e intervenção no Brasil.** São Paulo: Caso do Psicólogo. 2004. p. 7-89.

ELSEEN, Ingrid. Cuidado familiar uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: ELSEEN, Ingrid; MARCON, Sonia Silva; SILVA, Mara Regina Santos da. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença.** 2.ed. Maringá: Eduem, 2004, p. 19-19.

ELSEEN, Ingrid. Saúde familiar: a trajetória de um grupo. In: ELSEEN, Ingrid et al. **Marcos para a prática com famílias.** Florianópolis : Editora da UFSC, 1994. p.61-77.

DELGADO, Josepha. A família vivenciando situações de saúde e doença: um conhecimento em construção. In: ELSEEN, Ingrid; MARCON, Sonia Silva; SILVA, Mara Regina Santos da. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença.** 2.ed. Maringá: Eduem, 2004, p. 385-395.

FONTES, Conceição Adriana Sales; ALVIM, Neide Aparecida Titonelli. A relação humana no cuidado de enfermagem junto ao cliente com câncer submetido à terapêutica antineoplásica. **Acta paul. Enferm.**, v. 21, n. 1, p. 77-83, 2008.

FRANCO, Anamélia Lins e Silva; BASTOS, Ana Cecília de Sousa. Um olhar sobre o Programa de Saúde da Família: a perspectiva ecológica na psicologia do desenvolvimento segundo Bronfenbrenner e o modelo da vigilância da saúde. **Psicol. Estud.** v. 7, n. 2, p. 65-72. jan.jul./dez. 2002.

GIL, Antonio C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social.** São Paulo: Atlas, 1995.

GOLDBERG, Luciane Germano, YUNES, Maria Angela Mattar, FREITAS, José Vicente de. O desenho infantil na ótica da ecologia do desenvolvimento humano. **Psicol. Estud.**, Maringá, v. 10, n. 1, p. 97-106, jan./abr. 2005

GRAZIANO DA SILVA, José. **O Novo Rural Brasileiro.** Campinas: UNICAMP. Instituto de Economia (Coleção Pesquisas),1999.

GRAZIANO DA SILVA, José. O Novo Rural Brasileiro. **Revista Nova Economia,** Belo horizonte. v. 7, n. 1, p. 43-81, maio,1997.

GRAZIANO DA SILVA, José. Velhos e novos mitos do rural brasileiro. **Estudos Avançados**. v. 15, n. 43, 2001.

JACONODINO, Camila Bittencourt ; AMESTOY, Simone Coelho; THOFEHRN, Maira Buss. A utilização de terapias alternativas por pacientes em tratamento quimioterápico. **Cogitare Enferm.**, v.13, n.1, p. 61-66, jan./mar. 2008; 13(1):61-6

HECK, Rita Maria. **Contexto sociocultural dos suicídios de colonos alemães: um estudo interdisciplinar para a enfermagem**. 2000. Tese (Doutorado em Filosofia, Saúde e Enfermagem) – Programa de Pós- Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

HECK, Rita. **Suicídio, um grito sem eco no contexto rural de Santo Cristo**. 1993. Dissertação ( Mestrado em Extensão Rural) - Programa de Pós-Graduação em Extensão Rural, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria.

KOLLER, Sílvia Helena (org). **Ecologia do desenvolvimento humano: pesquisa e intervenção no Brasil**. São Paulo: Caso do Psicólogo, 2004.

LEITE, Silvana Nair; VASCONCELLOS, Maria da Penha Costa. Negociando fronteiras entre culturas, doenças e tratamentos no cotidiano familiar. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**. v. 13, n.1, p. 113-128, jan./mar., 2006.

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

MARTINS, Edna; SZYMANSKI, Heloisa. **A Abordagem Ecológica de Urie Bronfenbrenner em estudos com famílias**. Estudos e Pesquisas em Psicologia, UERJ, n. 1, p. 1-15, 2004.

MARTINS, Camila Soccio. **A compreensão de família sob a ótica de pais e filhos envolvidos na violência doméstica contra crianças e adolescentes**. 2005. 105p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

MATHIESEN, María Elena, HERRERA, María Olivia, HERRERA, Isidora Recart. **Estudios Pedagógicos**. n. 30, p. 93-109, 2004.

MATTEI, Lauro. Novas Dimensões Socioeconômicas do Espaço Rural Brasileiro. **Revista Econômica do Nordeste**, Fortaleza, v. 37, n. 1, jan./mar., 2006.

MEINCKE, Sonia Maria Könzgen. **A construção da paternidade na família do pai adolescente: contribuição para o cuidado de enfermagem**. 2007. 275p. Tese (Doutorado em Enfermagem), Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

MERINO, Maria de Fátima Garcia Lopes; MARCON, Sônia Silva. Concepções de saúde e itinerário terapêutico adotado por adultos de um município de pequeno porte. **Rev. bras. Enferm.**, v. 60, n.6, p. 651-658, nov./dec. 2007.

MESQUITA MELO, E.; MAGALHÃES DA SILVA, R.; DE ALMEIDA, A. M.; CARVALHO FERNÁNDEZ, A. F.; MOTA REGO, C. D. Comportamentos da família diante do diagnóstico de câncer de mama. **Enfermería Global**, n. 10, p. 1-10, maio, 2007.

MINGIONE, Enio; PUGLIESE, Enrico. A difícil delimitação do urbano e do rural: alguns exemplos de implicações teóricas. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, n. 22, abril, 1987.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec. 2007. 406 p.

MOLINA, Maria Aparecida Salci; MARCON, Sonia Silva. Mudanças nos relacionamentos com os amigos, cônjuge e família após o diagnóstico de câncer na mulher. **Rev. Bras. Enferm**, v. 54, n.1, p. 514-520, 2006.

MOLINARI, Juliana S de O ; SILVA, Maria de Fátima M C ; CREPALDI, M. A. Saúde e desenvolvimento da criança: a família, os fatores de risco e as ações na atenção básica. **Psicol. Argum.**, Curitiba, v. 23, n. 43, p. 17-26, 2005.

MUNIZ, R. M. **Os significados da experiência da radioterapia oncológica na visão de pacientes e familiares cuidadores**. 2008. 243 p. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

NARVAZ, Marta Giudice; KOLLER, Sílvia H. O modelo biológico do desenvolvimento humano. In: KOLLER, Sílvia Helena (Org). **Ecologia do desenvolvimento humano: pesquisa e intervenção no Brasil**. São Paulo: Caso do Psicólogo, 2004. p. 51-66.

OLIVEIRA, Evangelina X.G., CARVALHO, Marília Sá; TRAVASSOS, Cláudia. Territórios do Sistema Único de Saúde: mapeamento das redes de atenção hospitalar. **Cad Saúde Pública**. v. 20, n. 2, p. 386-402, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados Inovadores para Condições Crônicas: relatório mundial** / Organização Mundial da Saúde – Brasília, 2003.

OSORIO, Luis Carlos. **Casais e famílias: uma visão contemporânea**\_Porto Alegre: Artmed. 2002. 110 p.

PEARSON, Landon. **Criatividade e iniquidade**: análise ambiental das atuais tendências nas Américas que afetam os direitos e o desenvolvimento das crianças. In: Seção Extraordinária da Assembléia Geral da ONU sobre crianças. Canadá, 2001.

PETRINI, J.C. (2005). Mudanças sociais e familiares na atualidade: reflexões à luz da história social e da sociologia. **Memorandum**, v. 8, 20-37. Disponível em: <http://www.fafich.ufmg.br/~memorandum/artigos08/petrini01.htm>. Acesso em: 14 de maio de 2008.

PINHEIRO, Cleoneide Paulo Oliveira; et al. Participating in a support group: experience lived by women with breast cancer. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 16, n.1, p. 733-738, 2008.

PINTO, Cândida Assunção Santos; PAIS-RIBEIRO, José Luis. Sobreviventes de Cancro: uma outra realidade. **Texto & Contexto de Enfermagem**, v. 16, n. 1, p. 142-148, 2007.

PIRES, Andre. Um sentido dentre outros possíveis: o rural como representação. In: CAMPANHOLA, Clayton; GRAZIANO DA SILVA, José (editores técnicos). **O novo rural brasileiro: novas ruralidades e urbanização**. Embrapa Informação Tecnológica, v. 7, 2004. p. 149-174.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre (RS): Artes Médicas, 1995

PRATI, Larissa; COUTO, Maria Clara P. de Paula; MOURA, Andreína; POLETTO, Michele; KOLLER, Sílvia H. Revisando a Inserção Ecológica: uma proposta de sistematização. *Psicologia: reflexão e crítica*, v. 21, n. 1, p. 160-169, 2008.

RODRIGUES, Ana Catarina, Débora Regadas; NEVES, Helga; ALVES, Mônica; PEREIRA, Sônia Maria Santos; MORAIS, Soraia. Genograma: representação gráfica da vida familiar. *Portal do Psicólogo*. 1-22 p. 2007. Disponível em: <<http://www.psicologia.com.pt>>. Acesso em: 20 junho 2008.

ROSA, Luciana Martins da. **O cuidado de enfermagem no itinerário terapêutico da pessoa com diagnóstico de câncer**. 2007. 118 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

ROZEMBERG, Brani. O saber local e os dilemas relacionados à validação e aplicabilidade do conhecimento científico em áreas rurais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, Supl. 1, 2007.

SACCO DOS ANJOS, Flávio; CALDAS, Nádia Velleda. Controle social e políticas públicas no espaço rural brasileiro. In: PEDRINI, Dalila Maria; ADAMS, Telmo; SILVA, Vini Rabassa da (organizadores). **Controle Social de políticas públicas: caminhos, descobertas e desafios**. São Paulo: Paulus, 2007.

SACCO DOS ANJOS, Flávio; CALDAS, Nádia Velleda. O futuro ameaçado: o mundo rural face aos desafios da masculinização, do envelhecimento e da desagrarização. **Ensaio FEE**, Porto Alegre, v. 26, n. 1, p. 661-694, jun. 2005.

SACCO DOS ANJOS, Flávio; CALDAS, Nádia Velleda. Pluralidade e ruralidade: falsas premissas e falsos dilemas. In: CAMPANHOLA, Clayton; GRAZIANO DA

SILVA, José (editores técnicos). **O novo rural brasileiro**: novas ruralidades e urbanização. : Embrapa Informação Tecnológica, v. 7, 2004. p. 71-105.

SALES, Catarina Aparecida. **O cuidado no cotidiano da pessoa com neoplasia: compreensão existencial**. 2003. 155p. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo.

SANTANA, Juliana Prates; KOLLER, Sílvia Helena. Introdução à abordagem do desenvolvimento humano nos estudos com crianças e adolescentes em situação de rua. In: KOLLER, Sílvia Helena (org). **Ecologia do desenvolvimento humano**: pesquisa e intervenção no Brasil. São Paulo: Caso do Psicólogo. 2004. p. 109-20.

SANTOS, Geralda Fortina dos. **Representação social do processo saúde - doença na comunidade rural de Airões**: zona da mata de Minas Gerais. 1992. Dissertação (Mestrado em Extensão Rural) – Universidade Federal de Viçosa, Viçosa.

SARTORI, Maria Salette. **Saúde, doença e representação**: um estudo com mulheres rurais. 1996. Dissertação (Mestrado em Extensão Rural) - Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria.

SCHNEIDER, Sérgio. As atividades rurais não agrícolas e as transformações do espaço rural: perspectivas recente. **Cuadernos de Desarrollo Rural**. v. 1, n. 44, p. 11-40, 2000.

SCHNEIDER, Sergio. Políticas públicas, pluriatividade e desenvolvimento rural no Brasil. Ponencia apresentada em GT 21 - Políticas Públicas y Desarrollo Rural, en el VII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología Rural/ALASRU - 20-24 de noviembre del 2006 - Quito, Ecuador.

SCHOLZE, Alessandro da Silva; Silva, Yolanda Flores. Riscos potenciais à saúde em itinerários de cura e cuidado. **Cogitare Enferm.**, v. 10, n. 2, p. 9-16, maio/ago., 2005.

SCHWARTZ, Eda. **O viver o adoecer e o cuidar das famílias de uma comunidade rural do extremo Sul do Brasil**: uma perspectiva ecológica. 2002. 202 p. Tese (Doutorado em Filosofia da Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

SCHWARTZ, Eda. **Família teuto-gaúcha**: o cuidado entre possibilidades e limites. 1998. 147 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

SCHWARTZ, Eda. A singularidade do viver das famílias rurais do extremo Sul do Brasil. In: ELSÉN, Ingrid; MARCON, Sonia Silva; SILVA, Mara Regina Santos da.

**O viver em família e sua interface com a saúde e a doença.** 2.ed. Maringá: Eduem, 2004, p. 79-85.

SCHWARTZ, Eda; ELSÉN, Ingrid. Observação participante: uma metodologia para conhecer o viver, o adoecer e o cuidar das famílias rurais. **Fam. Saúde Desenv.**, v.5, n.1, p.19-27, jan./abr. 2003

SILVA, Gisele da; SANTOS, Manoel Antônio dos, "Será que não vai acabar nunca?": Perscrutando o universo do pós-tratamento do câncer de mama. **Texto Contexto Enferm.**, v. 17, n. 3, p. 561-568, jul./set., 2008.

SILVA, Lucia Cecília da. Câncer de mama e sofrimento psicológico: aspectos relacionados ao feminino. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 13, n. 2, p. 231-237, abr./jun. 2008

SILVA, Lurdes Chiossi da. **Violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes : uma prática educativa com profissionais da educação.** 2006. 88 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Fundação Universidade, Federal do Rio Grande, Rio Grande.

SIQUEIRA, Karina Machado; BARBOSA; Maria Alves; BRASIL, Virginia Visconde; OLIVEIRA, Lizete Malagoni Cavalcante; ANDRAUS, Lourdes Maria Silva. Crenças populares referentes à saúde: apropriação de saberes sócio-culturais. **Texto Contexto Enferm.** v.15, n.1, p. 68-73, 2006.

SOUZA, Maria das Graças Gazel de; SANTOS, Fátima Helena do Espírito Santo. O Olhar que olha o outro...um estudo com familiares de pessoas em quimioterapia antineoplásica. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 54, n. 1, p. 31-41, 2008.

SOUZA, A C. **Como manda o figurino: a medicalização das práticas de terapêuticas entre idosos de Porto Alegre.** 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Escola de Enfermagem /UFRGS, Porto Alegre.

SOUZA, Ana Isabel Jatobá. Cuidando de famílias: identificando ações de cuidado e não cuidado. In: ELSÉN, Ingrid; MARCON, Sonia Silva; SILVA, Mara Regina Santos da. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença.** 2.ed. Maringá: Eduem, 2004, p. 313-327.

SOUZA, A. L. D. **Corpos marcados e fé na vida... mastectomia e políticas públicas de saúde da mulher**\_(Dissertação). 2007. 120 p. Centro de Ciências Humanas e Naturais, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória.

TEIXEIRA, Elizabeth. Trabalho e cuidado: categorias emergentes para ações sanitárias e educativas entre trabalhadores da terra de São Domingos do Capim, PA. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 4, p. 57-63, 2005.

TEIXEIRA ,Jorge Juarez Vieira; LEFÈVRE, Fernando. Significado da intervenção médica e da fé religiosa para o paciente idoso com câncer. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 4, p.1247-1256, 2008.

TONINI, Caroline Codevila. **Representações sociais do processo saúde-doença de trabalhadores rurais - via metodologia Q – no Distrito de Arroio do Só município de Santa Maria/RS**. 2006. Dissertação (Mestrado em Extensão Rural)- Pós-Graduação em Extensão Rural, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria.

TRAVASSOS, Claudia; VIACAVA, Francisco. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2490-2502, out., 2007.

TRINCAUS, Maria Regiane; CORRÊA, Adriana Kátia. A dualidade vida-morte na vivência dos pacientes com metástase. **Rev Esc Enferm USP.**, v. 41, p. 44-51, 2007.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista Saúde Pública**, v. 39. n. 3, p. 507-14, 2005.

VENDRAMINI, Célia Regina. Educação e trabalho: reflexões em torno dos movimentos sociais do campo. **Cad. Cedes**, v. 27, n. 72, p. 121-135, maio/ago. 2007.

WANDERBROOKE, Ana Cláudia N. S. Cuidando de um familiar com câncer. **Psicol. Argum.**, v. 23, n. 41, p.17-23, 2005.

WANDERLEY, Maria de Nazareth Baudel. **A ruralidade no Brasil moderno. Por un pacto social pelo desenvolvimento rural**. En publicacion: Una nueva ruralidad en América Latina?. Norma Giarracca. CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. 2001. Acesso: setembro de 2008.  
<http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/rural/wanderley.pdf>.

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

WONG UN, Julio Alberto. **Visões de comunidade na saúde: comunalidade, interexistência e experiência poética**. 2002. 153 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública ). Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.



## **Apêndices**

## Apêndice A – Consentimento livre e esclarecido

Universidade Federal de Pelotas  
Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia  
Orientanda: Juliana Graciela Vestena Zillmer  
Orientadora: Dr<sup>a</sup>. Eda Schwartz

Prezado (a) Sr. (a)

Desenvolvemos um trabalho sobre as “**PRÁTICAS DE CUIDADO NO CONTEXTO DAS FAMÍLIAS RURAIS À PESSOA COM CÂNCER**” que tem por objetivo **conhecer as práticas de cuidado no contexto das famílias rurais, para cuidar da pessoa com câncer**, e assim proporcionar uma assistência de enfermagem sistematizada para as famílias e pacientes levando em conta a integralidade do ser humano, a qualidade de vida e a promoção da saúde.

Sua história pode nos ajudar a entender de que forma o senhor (a) e sua família convivem com a doença. Gostaríamos de convidá-lo a participar deste trabalho, contando a sua história e respondendo o questionário. Essas conversas serão realizadas no seu domicílio, com data e horário pré-agendado. Será mantida em sigilo sua identidade, e quando não mais desejar participar do trabalho, senhor (a) terá a liberdade de sair. Em caso de dúvida sinta-se a vontade para perguntar.

**Riscos** e desconfortos: falar sobre a nossa vida e de nossa família pode ser incomodo em algum momento, por isso, ao sentir-se desconfortável, senhor (a) terá a liberdade de encerrar a entrevista sem prejuízo ao seu tratamento.

**Benefícios:** Não há benefícios diretos para senhor (a) e sua família. Mas as informações que senhor (a) nos dará, poderá ajudar a uma melhor assistência de enfermagem para famílias e pacientes portadores de câncer.

**Despesas e indenização:** não haverá qualquer custo para senhor (a) e sua família por estar participando deste trabalho, e não haverá nenhuma indenização pela sua participação.

A coleta de dados será realizada pela própria pesquisadora Juliana Graciela Vestena Zillmer sob orientação Prof<sup>a</sup>. Enf<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Eda Schwartz, a partir da segunda quinzena de fevereiro em dia e horário previamente acordados entre sujeitos e mestranda.

Pelo presente consentimento, declaro que fui informado, de uma forma clara e detalhado dos objetivos, da justificativa e forma como será desenvolvido este estudo. Fui igualmente informado:

- da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento referente à pesquisa;
- da liberdade de retirar o meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que me traga qualquer prejuízo;
- da segurança de que não serei identificado e que se manterá caráter confidencial das informações;
- do consentimento para a divulgação dos resultados do estudo para comunidade.

Eu \_\_\_\_\_ aceito participar da pesquisa:  
**“Práticas de cuidado no contexto das famílias rurais à pessoa com câncer”**,  
permitindo meu parecer quando solicitado. Estou ciente de que as informações  
por mim fornecidas serão mantidas em absoluto sigilo

Pelotas, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 2008

\_\_\_\_\_  
Paciente e/ou responsável

\_\_\_\_\_  
Pesquisadora

**Apêndice B– Roteiro de Entrevista para o paciente**

**Universidade Federal de Pelotas**  
**Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia**  
**Orientanda: Juliana Graciela Vestena Zillmer**  
**Orientadora: Dr<sup>a</sup>. Eda Schwartz**

**Dados de identificação**

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Religião: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_

Atividades desenvolvidas pelo paciente: \_\_\_\_\_

Tipo de câncer \_\_\_\_\_

**Questão norteadora****Fale o que o (a) Senhor (a) faz lidar com câncer e o tratamento****Questões de apoio**

- a. Fale sobre a vida familiar antes da doença e como é agora.
- b. Comente quais foram os caminhos percorridos até chegar ao diagnóstico da doença? (quem o senhor buscou? Foi à família, o serviço de saúde, comunidade entre outros).
- c. O que significa a doença para o Senhor(a)?
- d. Quem cuida do senhor(a) em casa? De que maneira?
- e. O senhor (a) participa do cuidado, de que forma? Quem mais participa? E de que maneira?
- f. O senhor(a) acha que a doença e o tratamento trouxeram alguma influência em relação à família (afastamento e aproximação)?
- g. A família sabe do diagnóstico (sabe qual é a doença que ele tem)? Vocês conversam sobre isso? Se sim o que conversam? Se não, por quê?
- h. O senhor(a) buscou outras formas de tratamento? Se sim, quais foram? Se não, por quê?
- i. Quais as atividades sócio-recreativas e culturais (jogos, dança, etc.) que o senhor (a) realiza sozinho (a) ou em grupo familiar? Tem alguma atividade que o

senhor não realiza devido à doença e o tratamento? Vocês estimulam (incentivam) ele?

j. Fale sobre os seus hábitos de saúde? (cigarro, chimarrão, bebida, alimentação, atividade e exercício físico)?

## Apêndice C – Roteiro de entrevista para o familiar

Universidade Federal de Pelotas  
Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia  
Orientanda: Juliana Graciela Vestena Zillmer  
Orientadora: Dr<sup>a</sup>. Eda Schwartz

### Dados de identificação

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Grau de parentesco: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_

Renda: \_\_\_\_\_

Atividades desenvolvidas pelo familiar: \_\_\_\_\_

### Questão Norteadora

**Fale o que o (a) Senhor(a) faz para cuidar de seu familiar com o câncer.**

### Questões - entrevista

- a. Fale sobre a vida familiar antes da doença e como é agora.
- b. Comente quais foram os caminhos percorridos até chegar ao diagnóstico da doença?
- c. Como é a distribuição do cuidado ao paciente com câncer no domicílio?
- d. O senhor (a) participa do cuidado, de que forma? Quem mais participa? E de maneira?
- e. O senhor (a) acha que a doença e o tratamento trouxeram alguma influência em relação à família (afastamento e aproximação)?
- f. A família sabe do diagnóstico (sabe qual é a doença que ele tem)? Vocês conversam sobre isso? Se sim o que conversam? Se não, por quê?
- g. O senhor (a) buscou outras formas de tratamento para o seu familiar? Se sim, quais foram? Se não, por quê?
- h. Quais as atividades sócio-recreativas e culturais (jogos, dança, etc.) que o senhor (a) realiza sozinho (a) ou em grupo familiar? Tem alguma atividade que o senhor não realiza devido à doença e o tratamento? Vocês estimulam (incentivam) ele?
- i. Fale sobre os seus hábitos de saúde? (cigarro, chimarrão, bebida, alimentação, atividade e exercício físico)?

**. Apêndice D – Diário para observação simples**

**Universidade Federal de Pelotas**  
**Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia**  
**Orientanda: Juliana Graciela Vestena Zillmer**  
**Orientadora: Dr<sup>a</sup>. Eda Schwartz**

Assunto a ser observado:	
<p>Nome do observador:</p> <p>Número da observação:</p> <p>Data: ____/____/____ Hora: ____</p> <p>Local: _____</p> <p>Duração da entrevista: _____ h</p>	<p>Data da realização do comentário: __/__/__</p>
<b>Notas de campo</b>	<b>Reflexões</b>

## Apêndice E – Roteiro de questões para construção de genograma e ecomapa

Universidade Federal de Pelotas  
 Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia  
 Orientanda: Juliana Graciela Vestena Zillmer  
 Orientadora: Dr<sup>a</sup>. Eda Schwartz

- Lembrar que no genograma devem constar idades, doenças, escolaridade, óbitos entre outros;

Ao discutir gerações, durante a construção do genograma, perguntar sobre a saúde da família, se existe história de câncer e outras doenças;

- **Composição da família – estrutura interna**

- O senhor (a) pode me dizer que faz parte da família?
- Alguém mais vive com vocês? Alguém mais considerado da família vive aqui?
- Alguém aqui não tem parentesco biológico?

- **Ordem de nascimento**

- Quantos filhos vocês têm? Que é o mais velho? Quantos anos têm?
- Ocorreu algum aborto?

- **Subsistemas**

- Quem são as pessoas mais afetadas pela doença? Qual é o subgrupo da família mais afetado pelo câncer?
- Quem se reúne, na família, para falar sobre a doença (câncer) e o tratamento?
- **Limites** : Definir quem e como participa.
- Existe alguém com quem o senhor (a) possa conversar ao se sentir estressado devido doença e o tratamento?
- Quem o senhor (a) procuraria, caso se sentisse feliz? E se estivesse triste?

- **Família extensa – estrutura externa**

- A quem você pede ajuda quando surgem problemas em sua família? Que tipo de ajuda você pede?

- **Sistemas mais amplos**

- Quais os profissionais da instituição do serviço de quimioterapia envolvidos com sua família? Você vai a algum outro lugar, como por exemplo, posto de saúde, etc,,, benzedeira, curandeiro.



- Quais tipos de serviço/lugares para cuidar da saúde o senhor (a) já utilizaram? Sua família mudou de um sistema de cuidado da saúde para outro? (
- Qual o melhor ou pior conselho dos profissionais sobre este assunto (o câncer)?
- **Contexto - Etnia**
- Você pode me falar sobre as práticas ( alemãs...) referentes a doença?
- O fato de você ser um (imigrante/colono...) influencia de alguma maneira sua opinião em relação consultar um profissional de saúde?
- **Contexto - Religião e espiritualidade**
- Você participa de uma igreja, templo ou sinagoga, terreira?
- Conversar com alguém de sua igreja ou templo, ajudaria a enfrentar a doença?
- Suas crenças religiosas são um recurso para você? Para você e os outros membros da família?
- Quem entre os membros da sua família, incentiva, mais a utilização das crenças espirituais para enfrentar o câncer ?
- **Contexto - Ambiente**
- Quais serviços comunitários sua família utiliza?
- Existem serviços comunitários que você gostaria de conhecer, mas não sabe como entrar em contato?
- Como é a sua relação com os vizinhos?
- **Ecomapa**
- Indagar sobre relacionamentos entre pais e filhos, irmãos/irmãs, demais relações para representá-las no ecomapa;
- Observar interação familiar – anotar em diário de campo;
- Ver quais relações de interação que a família faz entre ela e seus serviços (UBS, hospital, bairro, comunidade, amigos, entre outros);
- Com quem tem dificuldade de relacionamento;
- Como se dá o relacionamento entre os membros da família? Quem se relaciona melhor com quem dentro da família?
- Como é o relacionamento da família com o meio (UBS, igreja, escola, centros comunitários, vizinhos, entre outros);
- Qual foi a reação da família frente ao câncer?

- Quem cuida de quem? Como decidiram cuidar?
- Forma de desenvolver os problemas e recursos?
- Vocês conversam sobre o câncer? Qual o melhor conselho que o senhor (a) recebeu desde que soube do diagnóstico?
- Que tarefas realizam no cotidiano? Como são as tarefas? Relate suas atividades de um dia da semana e um dia de lazer.
- De quais instituições comunitárias (serviços de saúde, igreja, escola entre outros) o senhor (a) participa? Quais são as mais ou menos úteis?
- Como o senhor (a) descreveria seu relacionamento com os funcionários do Serviço de quimioterapia?
- Como foi estar no Serviço de quimioterapia na primeira sessão de quimioterapia?
- Qual o impacto que o câncer causou no sentido de aproximar ou afastar mais os membros da família?
- De que maneira o câncer influencia sua ligação como um casal? (se for casado)?
- Quem o senhor procura quando sente necessidade de conversar sobre o câncer e o tratamento?
- Em que medida o câncer controla sua família? Até que ponto o senhor acha que sua família lhe ajuda a lidar com o câncer?
- O que o senhor considera como item mais proveitoso oferecido pelos profissionais de saúde, no sentido de ajudá-lo a enfrentar o câncer e o tratamento de quimioterapia?

## **Anexos**

**Anexo A – Carta ao Comitê de Ética e Pesquisa  
Universidade Federal de Pelotas  
Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia  
Orientanda: Juliana Graciela Vestena Zillmer  
Orientadora: Dr<sup>a</sup>. Eda Schwartz**



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS  
PRÓ-REITORIA ACADÊMICA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP/UCPel

**RESULTADO**

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Pelotas analisou o projeto:

**Número:** 2008/23

**Título do projeto:** Os clientes oncológicos e suas famílias e os sistemas de cuidado nas condições crônicas

**Investigador(a) principal:** Eda Schwartz

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da UCPel, em reunião datada de 15 de maio de 2008, ata nº 03, por estar adequado ética e metodologicamente e de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Outrossim, informamos que é obrigatório a entrega do relatório de conclusão pela coordenação do referido projeto ao Comitê de Ética – CEP/UCPel, na Secretaria da Pró-Reitoria Acadêmica da Universidade Católica de Pelotas.

Pelotas, 19 de maio de 2008

Profª Dra. Elaine Pinto Albernaz  
Coordenadora CEP/UCPel

## **Relatório do Trabalho de Campo**

## **Relatório do Trabalho de Campo**

O presente trabalho foi elaborado como parte do Mestrado em Enfermagem, correspondente a estudos sobre Práticas de Atenção em Enfermagem e Saúde, desenvolvido pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL). Para desenvolver a pesquisa, foram realizados encontros no mês de julho de 2008 com o Professor orientador para definir o tema e, posteriormente à definição, ocorreram encontros semanais que perduraram até o momento da defesa da dissertação.

No dia 24 de fevereiro de 2009, a pesquisadora inseriu-se no Serviço de Oncologia do Hospital Escola (HE) da UFPEL, com a apresentação do objetivo do projeto de pesquisa à equipe. Conversou-se com a Enfermeira e a funcionária responsável pelo agendamento das sessões de quimioterapia sobre o estudo, momento em que foi solicitado a colaboração das mesmas para identificar a pessoa com câncer e sua família. Os critérios de inclusão dos sujeitos da pesquisa foram residirem na área rural, ter um familiar com câncer e estar ciente do seu diagnóstico e tratamento; e estarem em condições para participar do estudo (consciente e não apresentar dificuldades de comunicação).

O estudo trata-se de uma abordagem qualitativa, que utilizou como referencial teórico o Modelo Bioecológico de Urie Bronfenbrenner. Este Modelo possibilita a investigação e a análise do fenômeno através de quatro núcleos inter-relacionados: pessoa, processo, contexto e tempo (modelo PPCT). Promove o conhecimento de como estas pessoas ou grupo familiar vivencia determinada experiência (processo de cuidar), inseridas em diferentes ambientes ou contextos em que vivem e transitam. Estes contextos possuem aspectos físicos, sociais, ou valorativos que os caracterizam e exercem influência na pessoa e na família, através da continuidade e estabilidade do sistema de relações e da construção de suas rotinas, de sua própria história (BRONFENBRENNER e MORRIS, 1998).

A identificação dos sujeitos obedeceu à ordem de agendamento do Serviço de Oncologia. Uma vez identificados os participantes, a abordagem ocorreu no próprio Serviço no qual apresentei o objetivo do estudo e solicitei a participação dos mesmos. Posteriormente o aceite, ocorreu o agendamento prévio da primeira visita no domicílio, sendo fornecido informações referentes ao endereço de cada

uma das famílias, assim como pontos de referência, horários de ônibus e telefones para contato. Os encontros seguintes foram agendados e acordados após cada entrevista com as famílias. Foram investigadas três famílias rurais sendo que duas eram do município de Pelotas e uma família do município de Canguçu.

A região de Pelotas é a maior produtora de pêssego para a indústria de conservas do País, além de outros produtos como aspargo, pepino, figo e morango. O município responde por aproximadamente 28% da produção de arroz do Estado, 10% da produção de grãos, 16% do rebanho bovino de corte, e detém a maior bacia leiteira. A diversidade da matriz econômica também se dá pela presença da indústria têxtil, metal mecânica, curtimento de couro e de pele, panificação e muitas outras. A distribuição da população é de 300.952 habitantes na zona urbana e 22.082 habitantes habitam a zona rural.

O município de Canguçu, conhecido como a Capital Nacional da Agricultura Familiar, com mais de 12,5 mil pequenas propriedades rurais, é considerado o segundo maior produtor de fumo do país, entre 660 municípios produtores no Brasil. Hoje tem 57.924 habitantes, destes, 34.888 vivem no meio rural e 23.036 habitantes vivem na zona urbana. O município fica a uma distância de 47 km de Pelotas e uma Localização central no âmbito geográfico da Zona Sul do Estado.

Para a realização da coleta de dados o deslocamento até as residências das famílias rurais do estudo, foi utilizado o ônibus intermunicipal e em duas visitas com o próprio carro da pesquisadora. Em uma das famílias é que a pesquisadora teve que andar três quilômetros devido o ônibus não passar pela estrada que dava acesso até a residência da família. A maioria do trajeto percorrido foi em estradas de terra.

A primeira visita ocorreu no dia 25 de fevereiro de 2009, no município de Canguçu, e a última visita no dia 22 de junho de 2009 no município de Pelotas. Embora as famílias residissem no meio rural dos municípios de Canguçu e Pelotas não houve dificuldades em localizar as residências devido às informações fornecidas na primeira abordagem serem precisas. Além disto, ocorreu que em uma das famílias na primeira visita um dos membros aguardava a pesquisadora na parada de ônibus próximo a entrada que daria para a residência.

A data da visita, para realização do estudo, foi marcada de acordo com a disponibilidade da família e também da disposição da pessoa com câncer. Sendo que não eram agendadas visitas nos três dias consecutivos após cada uma das sessões de quimioterapia, devido os efeitos adversos da terapêutica que impediam a pessoa a participar ativamente das entrevistas.

Durante as visitas realizadas as famílias foram acolhedoras, mostrando o interesse em participar do estudo, respondendo a todos os questionamentos sobre o câncer, o tratamento, suas práticas de cuidado a pessoa doente, sobre o meio rural em que viviam. As famílias do estudo forneceram alimentos para a pesquisadora como sucos, pão, bolo, entre outros, todos produzidos pelas mulheres das famílias. Todas possuíam meios de comunicação como telefone celular, televisão e rádio, assim como também meio de transporte para se locomoverem até a cidade.

Na primeira visita domiciliar realizada às famílias, era retomado e apresentado novamente o objetivo do estudo e convidado todas as pessoas da família a participar. Em cada um dos encontros todos os membros participavam das entrevistas. Neste mesmo momento era construído o genograma e ecomapa, sendo que todos os membros se engajavam na atividade. No decorrer do processo de construção alguns membros das famílias se emocionaram por lembrarem pessoas que já haviam falecido.

No segundo encontro foram retomados, aspectos relacionados aos vínculos entre os membros familiares e com pessoas da comunidade, do Serviço de Oncologia, que fizeram parte da rede social das famílias. Em cada um dos encontros realizados com elas as questões referentes ao objeto investigado eram aprofundadas, buscando esclarecer e compreender a dinamicidade familiar no cuidar da pessoa com câncer.

Antes de iniciar cada uma das entrevistas, os membros das famílias sentiam a necessidade de perguntar em relação à doença e o tratamento do membro doente. E também em duas famílias (a alemã e a pomerana) mostraram-me álbuns de fotografias e vídeos de casamento de pessoas da família e contaram-me histórias da mesma.

Na busca de ferramentas metodológicas que fizessem uma aproximação com as pessoas do estudo, o contexto e o objeto investigado, emergiu o método da Inserção Ecológica a partir do Modelo Bioecológico de Urie Bronfenbrenner.



Este método objetivou compreender os processos de interação das pessoas com o contexto no qual estão se desenvolvendo. O ambiente neste tipo de investigação possui, portanto, papel chave, já que é nele que as interações e os processos proximais acontecem. Os processos proximais surgem através da interação recíproca, complexa e com base regular de pesquisadores, família, comunidade, objetos e símbolos presentes no contexto, constituindo a base de toda investigação que adota a Inserção Ecológica.

Neste estudo, a inserção da pesquisadora no ambiente das famílias rurais, abrangeu o acompanhamento destas famílias ao longo de seis meses. Esta inserção incluiu visitas freqüentes no domicílio e no Serviço de Oncologia, por meio de observações, conversas informais e entrevista com as famílias de acordo com o objetivo do estudo. A interação da pesquisadora com a pessoa com câncer e sua família constitui-se em um processo. Ela precisou tornar-se parte do ambiente deles para adquirir a condição de inserida ecologicamente no contexto da pesquisa. A partir desta inserção foi possível conhecer quais eram as práticas de cuidado, realizadas no ambiente das famílias rurais ao cuidar da pessoa com câncer.

A Inserção Ecológica apoia-se nos cinco aspectos indispensáveis para o estabelecimento de processos proximais (PRATI et al., 2008):

(a) Pesquisadores e participantes interagem e se engajam em uma tarefa comum. Neste estudo, o engajamento em uma atividade, da pesquisadora com os sujeitos investigados, compreendeu o momento da realização das refeições, da construção do genograma e ecomapa por todas as pessoas da família; durante as entrevistas; nas orientações sobre o tratamento, na visualização de fotos e vídeos pela pesquisadora, pessoa com câncer e família.

(b) Há a necessidade de diversos encontros, ao longo de um considerável período de tempo. Neste estudo foram realizados 10 encontros com cada uma das famílias do estudo. Sendo que deste, 05 foram realizadas no Serviço de Oncologia e 05 no domicílio, sendo desenvolvido em um período de 06 meses. Teve início com um período de vinculação caracterizado pela apropriação do contexto da pessoa com câncer e sua família (Serviço de Oncologia e domicílio), no qual a pesquisadora passou a fazer parte deles garantindo maior aproximação com o objeto pesquisado, até o término da coleta de dados.

(c) Encontros informais progredirão para conversas que devem abordar temas cada vez mais complexos, chegando a ter a duração igual ou superior à uma hora. As conversas com as pessoas da família se iniciavam com informalidade em uma atividade como ver as fotografias e vídeos das famílias, e no decorrer se aprofundava pelos fatos ocorridos no passado, e que estavam acontecendo (com a presença do câncer e do tratamento). Manifestaram-se pela verbalização dos sentimentos, como medos, angústias e esperança, além de expressões de choro e momento de alegrias. Foi realizado um total de cinco entrevistas com cada uma das famílias no domicílio, com duração média de 60 minutos, com cada uma delas totalizando 15 (dez) horas de entrevista, um total de 100 horas de observação, sendo que 20 horas foram no Serviço de Quimioterapia e 80 horas no contexto domiciliar. Foram realizadas um total de 10 encontros para cada família sendo que 05 destes no Serviço de Oncologia e 05 no domicílio.

(d) Os processos proximais que se estabelecem nesses encontros servem de base para todo o processo de pesquisa, sendo fundamental a postura de informalidade e conversa com os mesmos, possibilitando o diálogo sobre pontos não diretamente relacionados ao objetivo do estudo. Os encontros no domicílio das famílias permitiram que eles relatassem as visitas que recebiam do pastor, amigos, questões relacionadas às dificuldades que encontravam para transitar nos Serviços de Saúde como a demora de conseguir agendar um exame de tomografia, e também questões econômicas, como as dificuldades financeiras referente ao baixo preço dos produtos agrícolas que produziam.

(e) Os temas abordados nas entrevistas são interessantes e estimulantes para os pesquisadores e para os participantes, pois exploram as histórias de vida e a forma como se dá o desenvolvimento inserido no contexto em estudo. As famílias rurais do estudo ao falarem sobre suas experiências de vida tiveram a oportunidade de refletir e aprender com elas. À visualização das fotos, e a construção do genograma e do ecomapa proporcionaram reflexões sobre seus vínculos, suas interações e processos de viver, cuidar ao longo do tempo. Além disto, relatos da vida em família e comunidade, como a participação em festas religiosas, casamentos e aniversários permearam todo o processo investigativo.

A pesquisadora ao interagir com as famílias do estudo conseguiu captar informações importantes para responder as questões da pesquisa. Ela no

decorrer do processo investigativo estava atenta para o atendimento das necessidades de cada membro da família rural podendo identificar trocas, como as orientações que eram fornecidas quanto a doença. Esta reciprocidade contribuiu para a qualidade dos dados coletados.

O encerramento das entrevistas com as famílias do estudo foi definido após análise parcial das mesmas, na qual a pesquisadora averiguou se as questões do objeto do estudo haviam sido supridas. Ao concluir a pesquisa, foi realizada uma breve devolução para cada uma das famílias rurais do estudo, destacando as potencialidades delas no cuidar à pessoa com câncer. A pesquisadora colocou-se a disposição fornecendo números de telefones para eventuais encontros futuros.

Para a análise dos dados do estudo, adotou-se a análise temática, identificando-se os núcleos de sentido contidos nas falas das pessoas das famílias e nos registros das observações. O método constituiu-se em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação. A pré-análise foi fase em que os dados obtidos foram organizados para uma análise mais aprofundada. Na exploração do material, foi realizada uma leitura flutuante do conjunto das comunicações obtidas nas entrevistas. A terceira etapa, constituída pelo tratamento dos resultados obtidos e sua interpretação, foi o momento em que, a partir da organização dos dados, buscou-se o seu significado (MNAYO, 2007). Foram construídos três núcleos temáticos, as práticas de cuidado realizadas no contexto das famílias rurais, para cuidar da pessoa com câncer; os valores, crenças e hábitos inseridos nas práticas de cuidados utilizadas pelas famílias rurais; e as redes sociais utilizadas pelas famílias rurais, para cuidar da pessoa com câncer.

O registro das notas de campo das observações e entrevistas era realizadas imediatamente após o encontro, ou logo que foi possível. Conforme realizava a transcrição dos dados, paralelamente fazia a organização, de acordo com o sujeito do estudo, o local de observação e ou entrevista, o dia e a duração sendo digitados em arquivo específico. Para a transcrição dos dados e a elaboração do genograma e ecomapa em documento específico do computador a pesquisadora contou com o apoio de duas acadêmicas de enfermagem, do 5º e 9º semestre, que receberam treinamento para atuar na pesquisa. Outro aspecto positivo que facilitou a execução do projeto foi o auxílio da secretária responsável

pelos agendamentos no Serviço, na identificação dos sujeitos assim como de toda a equipe, além das duas acadêmicas de enfermagem que auxiliaram na transcrição dos dados.

Para melhor compreensão apresenta-se a seguir o genograma e ecomapa de duas das três famílias rurais estudadas.

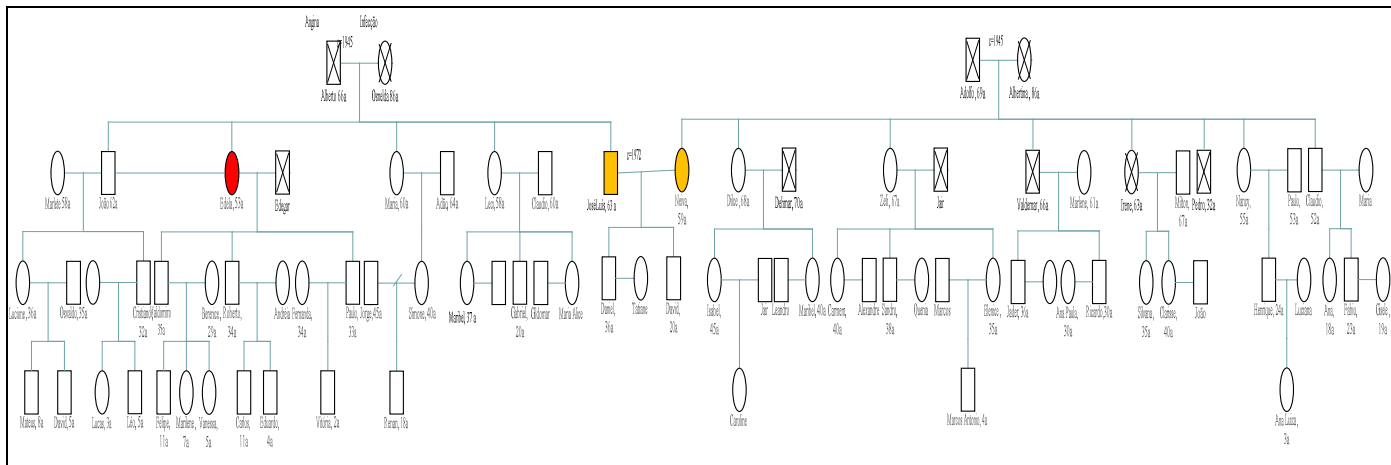


Figura 2. Genograma da família alemã

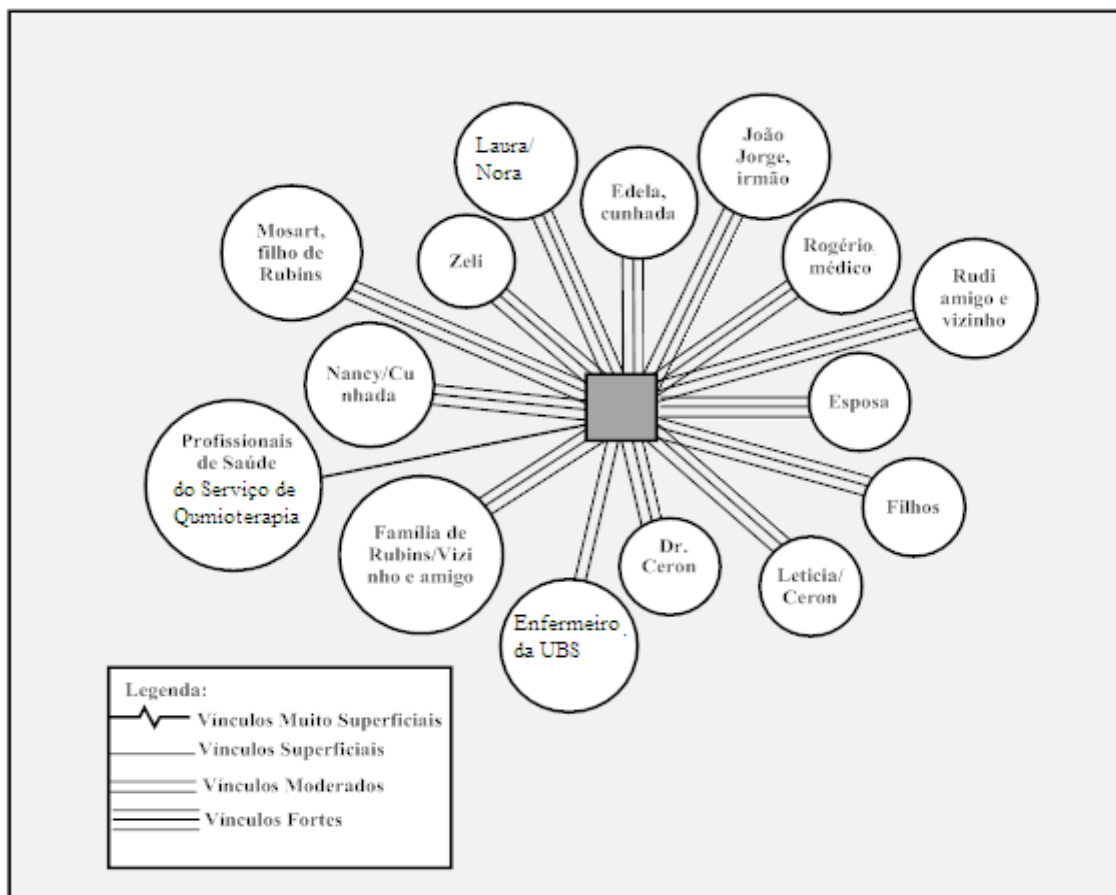


Figura 3. Ecomapa da Família alemã

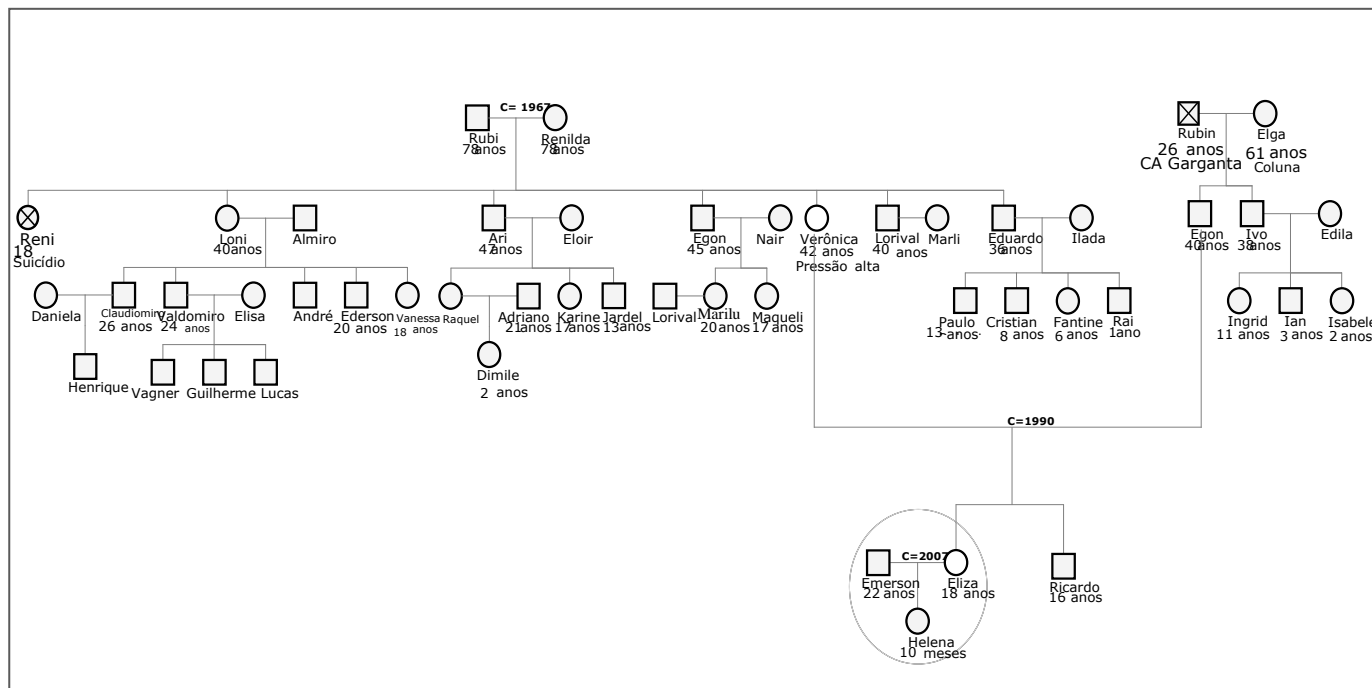
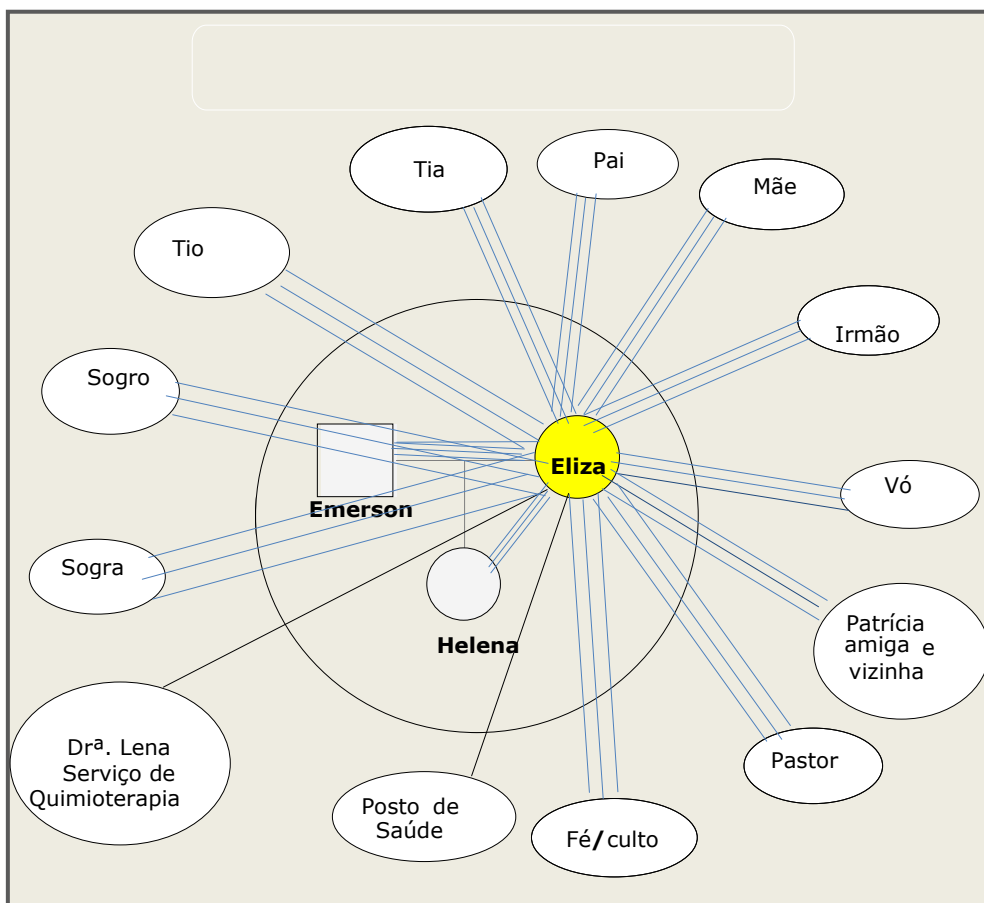


Figura 4. Genograma da família pomerana



- Legenda:
- Vínculos Muito Superficiais
  - Vínculos Superficiais
  - Vínculos Moderados
  - Vínculos Fortes

Figura 5. Ecomapa da família pomerana

## Referências

Prefeitura Municipal de Pelotas. Disponível:  
[http://www.pelotas.com.br/cidade\\_dados/pelotas\\_dados.htm](http://www.pelotas.com.br/cidade_dados/pelotas_dados.htm). Acesso em 21 de outubro de 2009.

Prefeitura Municipal de Canguçu. Disponível:  
<http://www.prefeituracangucu.com.br/>. Acesso em 21 de outubro de 2009.

BRONFENBRENNER, U. MORRIS, P. A. The ecology of developmental process. In: DAMON, W.; SIGEL, I. E.; RENNINGER, K. A. (eds). **Handbook of child psychology**. New York: John Wiley & Sons, v. 1, p. 993-1027, 1998.

PRATI, Larissa; COUTO, Maria Clara P. de Paula; MOURA, Andreína; POLETTO, Michele; KOLLER, Silvia H. Revisando a Inserção Ecológica: uma proposta de sistematização. *Psicologia: reflexão e crítica*, v. 21, n. 1, p. 160-169, 2008.

## **Artigo 1 - O OLHAR DA ENFERMAGEM SOBRE AS PRÁTICAS DE CUIDADO DE FAMÍLIAS RURAIS À PESSOA COM CÂNCER<sup>1</sup>**

### **LOOKING ON NURSING PRACTICE CARE RURAL FAMILIES TO PERSON WITH CANCER**

### **LA MIRADA DE LA ENFERMERÍA SOBRE LA PRÁCTICA DE LAS FAMILIAS RURALES DE CUIDADO A PERSONAS CON CÁNCER**

**Juliana Graciela Vestena Zillmer<sup>2</sup>, Eda Schwartz<sup>3</sup>**

**RESUMO:** objetivou-se identificar as práticas de cuidados das famílias rurais que vivenciam o cuidar da pessoa com câncer. Estudo qualitativo, que utilizou como referencial teórico metodológico o Modelo Bioecológico de Urie Bronfenbrenner e o método da inserção ecológica. Participaram três famílias da área rural que estavam em tratamento quimioterápico no Serviço de Oncologia do Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas. A coleta de dados ocorreu de fevereiro a julho de 2009. Constatou-se que a família rural cuida a partir das práticas de cuidado que foram construídas com base nas interações entre as pessoas da família ao longo das gerações e de outras da comunidade. O carinho, o amor, a proteção, a união familiar, a fé, o estar junto, a preocupação com a alimentação são palavras que descrevem o cuidar e se constituem como práticas de cuidado das famílias rurais à pessoa com câncer.

**DESCRITORES:** Família. População Rural. Neoplasias. Cultura. Enfermagem

**ABSTRACT:** aimed to identify identify the care practices of rural families who experience the care of people with cancer. Qualitative study that used as theoretical

---

<sup>1</sup> Trabalho extraído da Dissertação de Mestrado sob o título “Práticas de cuidado no contexto das famílias rurais à pessoa com câncer”, apresentada a Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas em 2009.

<sup>2</sup> Enfermeira Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Pelotas, Especialista em Saúde da Família, Integrante do Núcleo de Condições Crônicas e suas Interfaces (NUCCRIN). E-mail: juzillmer@gmail.com. Endereço: Avenida Duque de Caxias, 170 Bloco G, Ap. 301. Bairro Fragata, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil CEP: 96030-000

<sup>3</sup> Doutora em Enfermagem e docente da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas. Orientadora da Dissertação. Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: eschwartz@terra.com.

methodological referential Urie Bronfenbrenner's Bioecological Model and the method of the ecological insert. Participants three families of the rural area, that possessed a relative in quimiotherapic treatment in the Oncology Service of the School Hospital of the Federal University of Pelotas, South Area of Brazil. The collection of data happened from February to July of 2009. It was verified that the rural family takes care practices care starting from the values, faiths and habits that were built with base in the interactions between the people of the family over generations and the community's other people. The affection, the love, the protection, the family union, the faith, being together, the concern with the feeding are words that describe taking care and they are constituted as care practices of the rural families to the person with cancer.

**DESCRIPTOR:** Family. Rural population. Neoplasias. Culture. Nursing

**RESUMEN:** identificar las prácticas de cuidado de las familias rurales que experimentan el cuidado de las personas con cáncer. Estudio cualitativo que utilizó el referencial teórico del Modelo Bioecológico de Urie Bronfenbrenner y método de inserción ecológica. Desarrollado con tres familias en las zonas rurales, que tenían un familiar en tratamiento quimioterápico en el Servicio de Oncología del Hospital Escuela de la Universidad Federal de Pelotas, sur de Brasil. La recopilación de datos tuvo lugar de febrero a julio de 2009. Se encontró que la familia rural cuida a partir de los valores, creencias y hábitos que fueron construidos sobre la base de las interacciones entre los miembros de la familia y otros en la comunidad. El afecto, el amor, la protección, la unidad familiar, la fe, estar juntos, la preocupación acerca de los alimentos son palabras que describen la atención y se organizan en las prácticas de cuidado de las familias rurales a la persona con cáncer.

**DESCRIPTORES:** Familia. Población Rural. Neoplasias. Cultura. Enfermería.

## INTRODUÇÃO

Toda família possui suas histórias, são narrativas impregnadas por valores, crenças e hábitos, que se repetem de geração para geração, dando identidade a ela. São histórias de carinho, de união, de respeito, de superação, de cuidado com o próximo, de luta em busca de melhor qualidade de vida. Cada família, em algum momento da vida, experencia situações de crise, como por exemplo, o encontro com a doença, sendo necessário que vivencie práticas de cuidado. Este tem sido um dos enfoques importantes da enfermagem na contemporaneidade<sup>(1)</sup>.



Como doença crônica, o câncer é uma das mais temidas pelas pessoas, ele é muito mais do que afecções biológicas, caracteriza-se como um conjunto de sentimentos ambivalentes carregados de significados. Nesse sentido, é considerado uma enfermidade simbólica, na medida em que traz consigo significados, como desordem, catástrofe, castigo sendo relacionado à fatalidade<sup>(2-3)</sup>. Dessa forma, vivenciar o câncer continua sendo um evento social significativo que desencadeia modificações nas relações sociais da pessoa e na dinâmica familiar<sup>(4)</sup>. Embora existam aspectos semelhantes no viver com câncer, cada pessoa tem estratégias próprias para lidar com a doença, devido aos seus valores, crenças e forma de ver o mundo<sup>(4-5)</sup>.

Abordamos à família como um sistema de saúde para seus membros, que compreende um conjunto de valores, crenças, conhecimentos e práticas que guiam suas ações e possuem um processo próprio de cuidar. Nesse sentido, a família torna-se responsável por supervisionar o estado de saúde, tomar decisões quanto aos caminhos que devem seguir nos casos de queixas ou sinais de mal-estar, além de acompanhar e avaliar constantemente a saúde e a doença de seus membros<sup>(6)</sup>.

Ao descrever família, ao longo da história, vimos que ela ocupou diferentes espaços e funções, mas desde os tempos mais antigos até a contemporaneidade, a família representa um lugar de acolhimento, segurança entre as pessoas, as quais mantêm vínculos de afinidade, amor e respeito. E é no contexto familiar que construímos nossa identidade, consolidamos valores e princípios e compartilhamos as primeiras emoções<sup>(7)</sup>. É na família que aprendemos os papéis sociais, é dela que transitamos para os outros grupos nos quais passamos a fazer parte na vida, mediados pela cultura social na qual ela se inscreve<sup>(8)</sup>.

A partir do exposto, é relevante conhecer a realidade de vida da pessoa com câncer e de sua família, assim como, o contexto, a dinâmica, a organização para cuidar, as interações, o papel social da pessoa na família e na comunidade, as potencialidades, os limites das pessoas envolvidas no cuidado. Além disso, olhar para os aspectos sociais como as condições habitacionais, a renda familiar, o impacto das atividades de trabalho, os valores, as crenças e os hábitos que a família possui, são também alguns dos aspectos que os profissionais de saúde poderiam considerar ao cuidar de famílias em situação de doença.

Ao dirigir o foco para o contexto das famílias que vivenciam o câncer, percebe-se que estas pertencem a diferentes espaços, sendo um deles o meio rural. O modo de conceituar saúde associado com a realidade do ambiente rural, tem efeito significativo sobre o comportamento das pessoas, a procura por serviços de saúde e sobre a aceitação de intervenções de cuidados à pessoa e à família<sup>(9)</sup>. Assim, é imprescindível compreender as

práticas de cuidado, pois esses diferem de um grupo para outro permanecendo nas histórias de cada família influenciando a realização do cuidado<sup>(7)</sup>.

Para desenvolver práticas de cuidado, a pessoa requer participação ativa em interação, com outras pessoas, com objetos e símbolos no seu contexto ao longo do tempo<sup>(10)</sup>. Dessa forma, o presente estudo teve como objetivo conhecer as práticas de cuidado realizadas no contexto das famílias rurais, para cuidar da pessoa com câncer.

## **MÉTODOS**

Trata-se de um recorte de um estudo qualitativo, que utilizou como referencial teórico metodológico do Modelo Bioecológico de Urie Bronfenbrenner, que tem como núcleos essenciais o processo, a pessoa, o contexto e o tempo, também denominado de modelo PPCT. Este Modelo possibilita a investigação e a análise do fenômeno através dos quatro núcleos inter-relacionados. Promove o conhecimento de como estas pessoas ou grupo familiar vivenciam determinada experiência/prática de cuidado (processo), inseridas em diferentes ambientes ou contextos em que transitam. Estes contextos possuem aspectos físicos, sociais ou valorativos que os caracterizam e exercem influência na pessoa e na família, pela continuidade e estabilidade do sistema de interação, da construção de suas rotinas, de sua biografia e a história social<sup>(10)</sup>.

Na busca de ferramentas metodológicas que fizessem uma aproximação com as pessoas do estudo, o método escolhido foi o da inserção ecológica, que tem como objetivo conhecer os processos de interação das pessoas com o contexto no qual estão se desenvolvendo<sup>(11)</sup>. O ambiente neste tipo de investigação tem, portanto, papel chave, já que é nele que as interações e os processos proximais acontecem, assim como o surgimento de vínculos apoiadores<sup>(10)</sup>. O processo proximal surge através da interação recíproca e complexa de pesquisadores, família, equipe multidisciplinar, comunidade, objetos e símbolos presentes no contexto imediato, constituindo a base de toda investigação que adota a Inserção Ecológica<sup>(11)</sup>.

A Inserção Ecológica apoia-se nos cinco aspectos indispensáveis para o estabelecimento de processos proximais: (a) pesquisadores e participantes interagem e se engajam em uma tarefa comum; (b) há a necessidade de diversos encontros, ao longo de um considerável período de tempo; (c) encontros informais progredirão para conversas que devem abordar temas cada vez mais complexos, chegando a ter duração igual ou superior a uma hora; (d) os processos proximais que se estabelecem nesses encontros servem de base

para todo o processo de pesquisa, sendo fundamental a postura de informalidade e conversa com os mesmos, possibilitando o diálogo sobre pontos não diretamente relacionados ao objetivo do estudo; (e) os temas abordados nas entrevistas são interessantes e estimulantes para os pesquisadores e para os participantes, pois exploram as histórias de vida e a forma como se dá o desenvolvimento da pessoa inserida no contexto em estudo<sup>(11)</sup>.

Dessa forma, o processo proximal intrafamiliar ocorreu por meio de compartilhamento de um mesmo espaço físico, desenvolvimento de atividade em comum, estabelecimento da comunicação entre os membros e da expressão de sentimentos sobre o câncer, o tratamento e a realização de práticas de cuidado. A aproximação da família ocorreu também no momento da elaboração do genograma e ecomapa, para o resgate das pessoas, das relações e dos momentos históricos da família.

Para o desenvolvimento do estudo foram considerados os seguintes critérios de inclusão das famílias: residir na área rural, ter um familiar portador de câncer ciente do seu diagnóstico e tratamento; estar em início do tratamento quimioterápico, ou seja, na primeira sessão de quimioterapia; e estar em condições para participar do estudo (consciente e não apresentar dificuldades de comunicação).

Utilizamos como técnicas de coleta de dados a observação simples<sup>(12)</sup>, a aplicação de entrevista em profundidade<sup>(13)</sup> e realização de genograma e ecomapa. Com o consentimento dos participantes, as entrevistas foram gravadas. Posteriormente transcritas na íntegra, enriquecidas com anotações no diário de campo, provenientes das observações e impressões da pesquisadora e do comportamento das pessoas da família durante a entrevista. Foi realizado um total de cinco entrevistas com cada uma das famílias no domicílio, com duração média de 60 minutos, com cada uma delas totalizando 10 (dez) horas de entrevista, um total de 100 horas de observação, sendo que 20 horas foram no Serviço de Oncologia e 80 horas no contexto domiciliar.

O estudo foi desenvolvido com três famílias da área rural, sendo que duas pertenciam ao município de Pelotas e uma de Canguçu que, no período da coleta, um de seus membros estava em tratamento quimioterápico no Serviço de Oncologia do Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas, Região Sul do Brasil. A coleta de dados ocorreu de fevereiro a julho de 2009, período no qual acompanhamos as pessoas com câncer e a sua família no decorrer do tratamento. A primeira abordagem aos sujeitos da pesquisa foi realizada no Serviço de Oncologia, momento em que foram convidados a participar. Constituíram-se sujeitos do estudo três famílias assim denominadas: Família

pomerana (pessoa com câncer, 18 anos; mãe, 44 anos; pai, 42 anos; irmão, 16 anos, marido, 22anos; filha, 10 meses; vó, 66 anos); Família alemã (pessoa com câncer, 63 anos; esposa, 59 anos; filho, 33 anos; filho, 21 anos); Família espanhola (pessoa com câncer, 66 anos; esposa, 72 anos; enteada, 28 anos; neta, 11 anos; F3 neta, 10 anos; neto, 7 anos).

Para a análise dos dados do estudo, adotou-se a análise temática, identificando-se os núcleos de sentido contidos nas falas das pessoas das famílias e nos registros das observações. O método constitui-se em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação. A pré-análise foi fase em que os dados obtidos foram organizados para uma análise mais aprofundada. Na exploração do material, foi realizada uma leitura flutuante do conjunto das comunicações obtidas nas entrevistas. A terceira etapa, constituída pelo tratamento dos resultados obtidos e sua interpretação, foi o momento em que, a partir da organização dos dados, buscou-se o seu significado<sup>(13)</sup>. Neste estudo foi desenvolvido apenas um núcleo temático - as práticas de cuidado realizadas no contexto das famílias rurais, para cuidar da pessoa com câncer.

O desenvolvimento do estudo respeitou todos os preceitos éticos da pesquisa que envolve Seres Humanos da Resolução 196/96 do Ministério da Saúde. Este estudo é um subprojeto da pesquisa intitulada “Os clientes oncológicos e suas famílias e os sistemas de cuidado nas condições crônicas” que foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Pelotas, sob aprovação nº028/08. Todos os membros das famílias assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As famílias foram denominadas segundo sua etnia, e para preservar as identidades dos participantes definiu-se o grau de parentesco, seguido da idade do sujeito pertencente à família.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Serão apresentadas as três famílias rurais do estudo que foram acompanhadas no Serviço de Oncologia e no seu domicílio e suas práticas de cuidado à pessoa com câncer, em seus contextos ao longo do tempo.

### **Família pomerana**

A família pomerana caracteriza-se como uma família expandida, eram agricultores, residentes na área rural do município de Canguçu da Região Sul do Rio Grande do Sul, em uma comunidade de famílias alemãs e pomeranas. A família era composta pela pessoa com câncer, 18 anos; mãe, 44 anos; pai, 42 anos; irmão, 16 anos, marido, 22anos; vó, 66 anos. A pessoa com câncer possui diagnóstico de linfoma não - Hodgkin, cor branca, etnia

pomerana, casada, mãe de uma filha de 10 meses, possui a ensino fundamental completo, trabalhava como agricultora e reside junto com seus pais, marido e avó. A família tinha como religião a Evangélica Luterana. Residem a 25 anos em uma propriedade de 30 hectares de terra, economicamente vivem do plantio de fumo de estufa, mas também plantam milho e feijão e todas as pessoas da família trabalhavam na agricultura familiar.

A casa da família era de alvenaria e madeira, possuía 7 (sete) cômodos (cozinha, banheiro, sala, e quartos), com energia elétrica e água que vinha de um poço artesiano. O ambiente tem árvores frutíferas, como laranjeira, bergamoteiras entre outras, um jardim e uma horta na frente da casa. Também ao lado da residência, um galpão no qual a família armazena alimentos para os animais servindo, também como estrebaria, galinheiro e estufa para secar o fumo.

A família tem como vínculo apoiador os vizinhos e as pessoas da comunidade, o qual ficou evidente, a partir de relatos e situações que a pesquisadora presenciou. A ajuda mútua nas atividades do cotidiano rural, e a vida em comunidade parece ser um vínculo apoiador para as famílias rurais que cuidam de uma pessoa com câncer. Esta forma de viver pode ser um valor culturalmente construído que reflete e se estende no cuidado com o outro, com o próximo atendendo suas necessidades nos contextos em que as pessoas compartilham e trocam experiências através das interações pessoa/contexto/símbolos/objetos em um período de tempo. Nesta família, no microsistema, foi possível investigar as diferentes gerações, pois participaram do estudo desde a avó até a pessoa com câncer.

As atividades cotidianas eram divididas entre os componentes da família, sendo que, na lavoura as tarefas eram realizadas pelos mais jovens. A avó desenvolve atividades domésticas, a mãe trabalhava tanto na lavoura como no cuidado com a casa, e no período da coleta de dados, cuidava de sua neta, principalmente após cada sessão de quimioterapia. O pai, o irmão e o esposo desenvolviam atividades diretamente com a lavoura. O pai e esposo acompanhavam a pessoa com câncer no Serviço de Quimioterapia sendo que apenas o Pai ficava com ela no momento em que recebia a quimioterapia.

A família pomerana tem como lazer participar de festas da comunidade, da igreja, que acontecem com frequência nos finais de semana. A família costumava participar nos finais de semana dos cultos religiosos na comunidade, de grupos de casais, grupo de senhoras e grupos de leigos. Todas as pessoas da família participavam de um ou outro grupo da comunidade. Observamos que nesta família, havia necessidade de compartilhar,

comunicar, interagir e promover a fé com outras pessoas da comunidade, ou seja, a família participava e interagia ativamente do mesossistema - comunidade.

A família falava o dialeto pomerano e em vários momentos em que a pesquisadora esteve com a família presenciou conversas em pomerano, principalmente do pai e dos avós com a filha da pessoa com câncer. Nesta ocasião, disseram-me que consideram muito importante passar o dialeto para a neta, pois isto é um valor cultural da família e que atualmente, poucas famílias repassavam esses valores.

Nessa família, o trabalho apareceu como um valor culturalmente passado de geração a geração (macrotempo), sendo também um fator que define se a pessoa tem saúde ou está doente. Pois para eles: Saúde é não ter doença (pessoa com câncer). Saúde é quase tudo, se tu tens saúde a gente pode trabalhar, sem saúde não se tem nada (pai). Trabalho é tudo, é o que a gente faz é o que a gente sabe fazer (pessoa com câncer). A gente nasce nisso, já vem de família, é o que a família ensina. Já nasce naquilo, vendo e aprendendo (pai).

Quanto aos hábitos alimentares gostam de comer linguiça, café com leite, chá, pão feito em casa, frutas, legumes e verduras em abundância, referem à necessidade de ter uma alimentação saudável e uso de alimentos tradicionais da própria cultura. Pode-se perceber isto a partir da fala: Quando estamos com gripe, fizemos chás, um chá de laranjeira [...] é da cultura da pessoa, a minha mãe me ensinou a fazer pão essas coisas tudo de comida, quando jovem ela me ensinou a fazer e hoje eu faço para minha família (mãe).

No cuidado familiar, deste estudo, a mulher detém o saber sobre o cuidado. Ela aprende, em geral, no convívio com outra mulher, executa-o durante a sua vida e transmite este conhecimento também a outras mulheres, principalmente às filhas e às netas. Ela é geradora do cuidado, seja ele familiar ou ampliado na rede social<sup>(14)</sup>.

O pastor da comunidade costumava visitar frequentemente a família, a qual se tornou mais intensa com a presença de doença. Ficava evidente a necessidade de expressar a fé, a harmonia e a união que se faziam presentes no cotidiano desta família rural. Evidencia-se a partir dos relatos: Muita oração, a gente ora muito. A fé em primeiro lugar, eu tenho que pedir, eu tenho fé que ela vai melhorar, fé é esperança. Ah, nós sempre tivemos fé, tem que ter esperança e fé para conseguir (mãe). Sim, a fé ajuda muito, a ter mais esperança de melhorar. O meu pai, sempre me ensinou e incentivou a ter fé (pessoa com câncer).

Haviam várias pessoas que freqüentavam a residência da família pomerana: o pastor, os vizinhos, os amigos e também pessoas relacionadas ao trabalho da lavoura, o qual em uma das suas visitas, sabendo da situação de doença na família, trouxe para a pessoa com câncer, um livro de meditação intitulado Castelo Forte. Segundo ela este livro

tem uma mensagem de esperança para cada dia da semana, sendo muito utilizado pelos pomeranos que frequentam a religião evangélica luterana.

Pode-se perceber que o cuidado realizado pela família pomerana é fortalecido também pela rede social, formada por parentes, amigos e vizinhos. A rede social é definida como um sistema de interação sequencial formada por indivíduos que podem apoiar a pessoa em desenvolvimento mesmo que esta não esteja presente. As redes sociais extensas e mais comuns são aquelas que ultrapassam os ambientes e, portanto, constituem elementos de um meso ou exossistema<sup>(15)</sup>.

O processo de adoecer faz com que as pessoas com câncer e suas famílias procurem suporte na comunidade, como por exemplo, os grupos de apoio. Estes grupos fazem parte do contexto da comunidade e, por meio das interações da pessoa com câncer e da família em outros contextos e com a presença de objetos e símbolos é que o cuidado se concretiza.

Os grupos desempenham papel importante para lidar com a situação de sofrimento estabelecida pela doença e tratamento. A participação nos grupos de apoio proporcionou as pessoas compartilharem as experiências, manterem a auto-estima, acreditarem e superarem dificuldades, buscando compreender a dimensão de estar doente na socialização de informações<sup>(16-17)</sup>.

No domicílio da família pomerana evidenciou-se que as interações familiares são muito fortes. O carinho, o respeito, a proteção, a união da família, o estar junto e a fé são valores transmitidos de geração para geração (macrotempo) e movem a família em seu contexto e processo de cuidar, mesmo antes da doença, e continua no decorrer do tratamento, buscando estratégias para realizar o cuidado embasado no que acreditam.

### **Família alemã**

A família alemã reside em menos de um ano, em um sítio, a 15 km do município de Pelotas. Caracteriza-se por ser uma família nuclear, de descendência alemã, religião católica, composta por pessoa com câncer, 63 anos; esposa, 59 anos; filho, 33 anos; filho, 21 anos; A família veio morar mais próxima da cidade, devido à doença e ao tratamento indicado à pessoa com câncer, pois moravam em um distrito do referido município, aproximadamente 100 km, sendo mais longe para vir à cidade devido à dificuldade de transporte. A propriedade possuía 17 hectares de terra, e pertencia aos pais dele, a família residia nesse local desde que nasceram e representava um espaço de valor cultural e de sentimentos. É possível evidenciar a partir do seguinte relato: Sinto muita falta da minha terra, da minha casa, porque foi lá que nasci e trabalhei a vida toda (pessoa com câncer). Dos 17 hectares, a

família, vendeu devido à doença e o tratamento, ficando com dois hectares, somente o local onde está construída a casa.

O sítio em que moram é da irmã da esposa, tinha uma área extensa, havia três residências, sendo que a casa onde residiam era simples, peças pequenas e escuras, pouca luminosidade. Observa-se a presença de quadros com santos, vários porta-retratos da família e um da antiga casa onde moravam, sendo que este foi o primeiro que a pessoa com câncer, mostrou-me no domicílio.

A pessoa com câncer tem 63 anos, cor branca tem o ensino fundamental incompleto. Possui diagnóstico médico de câncer de bexiga, foi submetido a tratamento inicial por radioterapia e, no momento da coleta de dados, estava em tratamento por quimioterapia. Quando questionados em relação aos hábitos de saúde, negavam tabagismo e alcoolismo, e a, pessoa com câncer, tinha história de câncer de bexiga na família. A família desenvolvia atividades relacionadas à agricultura, plantava batata, feijão, milho, entre outros produtos para consumo e venda.

A pessoa com câncer era uma pessoa que falava pouco, se mostrava cansado, desanimado e entristecido. Emocionava-se sempre que falava da sua antiga propriedade, dos encontros com amigos, vizinhos e do trabalho na terra. A esposa falava muito, todo o tempo se mostrava preocupada com a pessoa com câncer, quando este não se alimentava ou sentia dor.

A esposa dizia que embora sua irmã fosse muito boa, temos tudo que precisamos, quando precisamos, não é a mesma coisa que a casa da gente, a nossa casa. Da mesma forma, a pessoa com câncer relatava que o sítio aqui é muito bom, tem água, tem luz, tem tudo, muita sombra, tem três cinamomos, tem pomar, dá para fazer uma horta, criar umas galinhas, mas não é nossa casa. Onde nasci, é um lugar muito lindo, e não quero me desfazer da propriedade, somente quando morrer porque é o meu canto. Outro aspecto evidenciado foi o vínculo apoiador, a união entre os membros da família com os antigos vizinhos e amigos, sendo algo muito forte e presente no cotidiano desta família rural, tanto antes como depois da doença e o tratamento.

Para as pessoas que moram no meio rural, a terra representa valor fundamental na suas vidas, pois acreditam ser fonte de renovação e saúde<sup>(18)</sup>. Além de se relacionar intensamente com a natureza, as pessoas do meio rural possuem uma forte relação com vizinhos. As relações sociais são mais intensas e possuem essencialmente um fundo de apoio, troca de favores e ajuda mútua. Isto é possível pela rotina rural e constante interação entre os moradores, constituindo-se em uma importante rede social<sup>(9-19)</sup>. Nesta rede, a



reciprocidade, as interações da pessoa com o contexto tornam-se um critério para que ela se fortaleça e mantenha-se presente no dia-a-dia.

A pessoa com câncer possuía um vínculo muito forte com seu filho, 33 anos, ele o acompanhava em tudo. Podemos observar a partir do seguinte relato: colocava-o sentadinho embaixo de uma sombra, e com alguns brinquedos, ele ficava lá enquanto eu trabalhava na lavoura, é muito apegado a mim (pessoa com câncer). Ele sempre esteve junto comigo, trabalhando, ele não saía muito, sempre cuidando deles. Evidenciou-se no relato da esposa: ele (filho, 33 anos), me ajudava a cuidar da minha mãe, que estava acamada, devido à esclerose múltipla, ele me ajudava em tudo com ela, estava sempre pronto. Complementa quando o seu irmão, filho, 21 anos, era como um pai para o irmão. Cuidava dele, levava no posto para consultar quando estava doente, dormia no mesmo quarto, deitava no chão, quando o irmão estava doente. Sempre cuidou muito do irmão, e agora cuida muito do pai.

No período em que soube que estava doente a pessoa com câncer, iniciou a fazer uso de outras terapias como: o preparado de babosa, o aveloz (*Euphorbia tirucalli* L.), o chá da casca de uma árvore (que não soube informar o nome), e a cirurgia espiritual, A família costumava utilizar chás como tansagem (*Plantago major* L), não somente agora que a pessoa com câncer estava doente, mas sempre procuravam utilizar para manter a saúde o que podemos perceber nos seguintes relatos da pessoa com câncer: o aveloz quem me indicou foi um vizinho. Tomei durante 14 dias, na primeira semana tomava uma gota por dia com meio copo de água, e a cada dia aumenta uma gota, então no sétimo dia tomava sete gotas. Ai depois começa de novo só ao contrário de sete gotas até chegar ao último dia com uma gota. Depois comecei a tomar a babosa, um metro de babosa com mel, quem fazia e indicou que era bom, foi uma pessoa da comunidade que trabalha com isto. Quanto à utilização do chá da casca, quem indicou foi um engenheiro agrônomo, a família dele mora lá (Amazônia) e ele disse que era muito bom, que muita gente estava tomando para o câncer.

Evidenciou-se na família alemã a utilização de terapias aliadas à quimioterapia, e representam um fator importante para a manutenção da saúde e o restabelecimento da mesma. Torna-se relevante que o enfermeiro, como profissional de saúde, tome conhecimento destas práticas do saber local e amplie seus conhecimentos para assistir à pessoa com câncer e sua família fornecendo orientações adequadas quanto sua utilização.

### **Família espanhola**

A família reside há 30 anos na área rural, distante 20 km do município de Pelotas. A pessoa com câncer da família espanhola é um senhor de 66 anos, etnia espanhola, cor branca, católico, aposentado, natural do município de Pelotas. É uma pessoa falante, sorridente ativo em suas atividades cotidianas. Quanto ao grau de escolarização, estudou

tinha o ensino fundamental incompleto. Apresentava-se emagrecido devido à doença e ao tratamento.

Ao questioná-lo sobre hábitos de saúde relatou ser tabagista há mais de 45 anos, consumia bebida alcoólica diariamente e possuía história de câncer na família. Tinha diagnóstico médico de câncer de pulmão e estava em tratamento por quimioterapia. A Família espanhola caracteriza-se por ser uma família reconstituída, faziam parte dela: pessoa com câncer, 66 anos; esposa, 72 anos; enteada, 28 anos; neta, 11 anos; neta, 10 anos; neto, 7 anos. A pessoa com câncer teve três relacionamentos. Do primeiro relacionamento possuía um casal de filhos, mas não tinha contato com eles; do segundo relacionamento, tinha uma filha, com a qual mantinha um bom vínculo. Já do terceiro e último relacionamento, não possuía filhos, mas desenvolvia forte vínculo com os enteados e os netos. A esposa, ao falar sobre os relacionamentos anteriores do marido, expressou: porque a família dele, ele deixou, e aqui ele construiu outra família.

A família residia em uma propriedade de 10 hectares de terra, economicamente vivia da venda de lenha e da aposentadoria da pessoa com câncer e esposa. A casa da família era de alvenaria e madeira, possuía quatro cômodos, sendo a cozinha o maior cômodo, com banheiro, luz elétrica e água que vinha de um poço artesiano. O ambiente tinha árvores frutíferas, como laranjeira, bergamoteiras entre outras, e uma horta no fundo da casa. Ao lado da casa, um galpão onde guardam a lenha (madeira que será vendida), alimentos para os animais servindo também, como estrebaria.

O trabalho, desde cuidar dos animais, retirar e cortar a lenha eram realizados pela pessoa com câncer, enteada, e netos, tendo a esposa, responsável pelo trabalho doméstico. Para retirar a lenha, eles contavam também com a ajuda de amigos da família, auxiliam-se mutuamente. Em um dos encontros no domicílio, próximo da residência observou-se a pessoa com câncer, estava cortando lenha e sua neta, 10 anos, estava com ele, ao perguntar o que estava fazendo, o mesmo respondeu: preciso trabalhar, tenho que trabalhar. Fato este importante, pois, no dia anterior, pessoa com câncer, havia realizado uma sessão de quimioterapia. Para a pessoa com câncer desta família rural, o trabalho é visto como prioridade, ficando as necessidades de saúde em segundo plano.

Pelos relatos no decorrer do processo investigativo, observa-se que a família gostava muito de residir no local, [...] aqui é ar puro, mais prazer de viver, um céu aberto para mim [...] não quero sair daqui de perto dos meus filhos (esposa). Como hábito observado e presenciado, sempre a preocupação em oferecer alimentos em todos os encontros do estudo que foram

realizados no domicílio. O lazer da família era participar de festas e almoços com familiares, amigos e vizinhos e ir à cidade.

As entrevistas da família espanhola foram realizadas na cozinha, ao lado do fogão a lenha, com piso precário de cimento com poucos móveis em um ambiente com higiene precária. Na primeira visita no domicílio, observou-se que no interior, nos cantos da cozinha haviam copos com água e um ramo verde dentro, questiono-se sobre o seu significado, eles explicaram que: é para purificar o ambiente (pessoa com câncer, esposa). Constatou-se que era nesta estrutura física e emocional que as pessoas da família interagiam com outras pessoas, objetos e símbolos. Apesar das condições precárias da moradia, observou-se que a família tinha este como o local das interações, de fonte de renda, de preparo da alimentação, de realização do cuidado e da manifestação da espiritualidade.

A pessoa com câncer estava vivenciando um processo crônico e em tratamento quimioterápico. Observou-se que nesta família o carinho e o amor estavam presentes no cotidiano, pois presenciaram-se momentos em que houve demonstração deste sentimento entre as pessoas desta família. Constatou-se também a partir dos relatos: Temos carinho por ele, consideração porque ele ficou com nós e me ajudou a criar a família [...] é próprio, é da nossa família, nosso coração que manda esse carinho, não é ensinado por ninguém, nós somos muito apegados às pessoas. Fico na volta dele, vejo o que ele quer comer, faço a comidinha para ele, sopa. [...] já faço e acrescento para as crianças também, eles gostam (esposa).

Todas as pessoas da família realizavam cuidados à pessoa com câncer, cada qual com sua atividade, mas sempre unidos, como está descrito nos relatos: Ela (neta 11 anos) dá o remédio para ele, ela sabe ler, conhece o remédio. Ele (neto 07 anos) é muito amigo dele, ele é o companheiro de sair. Ele sai com ele, pula no carro e ele já está dentro. Ele diz: tu não podes ir sozinho alemão, vou ir contigo para te cuidar. Ela é do molho (neta, 10 anos), ela é mais da comida. Ela que faz as gulodices e leva para ele, pão com molho, ela leva para ele. Olha alemão o que eu fiz para nós tomar café, aí ela leva para ele, ele fica louco e come, fora de hora ele come. A (enteada), quando não posso ir eu, toco ela para ir. Ela acompanha ele para ir lá ao hospital e quando ele trabalha no serviço. Todos cuidam um pouquinho (esposa).

As pessoas da família espanhola se utilizavam de alternativas como a oração e ir à igreja, a fim de buscarem subsídios que poderiam auxiliá-los neste processo de cuidar. A pessoa com câncer, e sua esposa diziam serem católicos, no entanto freqüentavam igrejas pentecostais. Além disto, a pessoa com câncer, dizia que antes de adoecer não frequentava a igreja e que, somente voltou a participar, depois que adoeceu, sendo levado por um amigo. Entretanto, a esposa relatou: Temos muita fé que a ela (pessoa com câncer) vai se curar, ele já está melhorando, está se curando, vamos à Igreja, e vimos muitas pessoas serem curadas. Vão (netos) tudo na volta dele, fazendo prece, orando (esposa).

Pode-se observar que a fé presente na família espanhola parece ser um dos fatores que contribuem para potencializar o cuidado, superar os problemas e promover forças na família. É no decorrer do processo de cuidar que as pessoas buscam suporte na fé colaborando para um enfrentamento positivo das adversidades impostas pela doença e o tratamento.

### **PRÁTICAS DE CUIDADO DAS FAMÍLIAS RURAIS À PESSOA COM CÂNCER**

As famílias rurais do estudo cuidam a partir dos valores, crenças e hábitos que foram construídos com base nas interações entre as pessoas da família, de amigos, vizinhos e de outras pessoas da comunidade. Estes valores são passados de pessoa a pessoa conforme o contexto de cada um e pelo qual transitam. O carinho, o amor, a proteção, a união familiar, a fé, o estar junto são palavras que descrevem o cuidar e se constituem como práticas de cuidado das famílias rurais com a pessoa com câncer. O estar junto na realização do cuidado, aqui caracterizado como processos proximais, são fundamentais para mobilizar as pessoas da família para cuidar da pessoa com câncer.

A alimentação constituiu-se como um importante valor e hábito cultural que compunha as práticas de cuidado. As famílias rurais demonstraram preocupação com os cuidados alimentares não somente da pessoa com câncer, mas também, com as outras pessoas que pertenciam o sistema familiar. As falas dos sujeitos da pesquisa sugeriram que o alimento faz parte de um plano de cuidados para a pessoa com câncer em tratamento quimioterápico, e a família incluía-se neste plano.

Os alimentos não são apenas uma fonte de nutrição e em muitas sociedades, eles poderiam ser considerados como remédios, a partir de uma gama de significados simbólicos. Acrescenta-se que, além de simbólicos, esses significados, mais do que em outro momento histórico, assumem hoje um caráter científico, o que os classifica como além de terapêuticos, riscos potenciais à saúde<sup>(20)</sup>. Realizar cuidados com a alimentação para manter o organismo em equilíbrio e assim poder realizar a quimioterapia, é o que foi descrito pelas famílias, como demonstração da preocupação dos demais integrantes da família à pessoa com câncer. Assim, é preciso investigar e conhecer a realidade das famílias, a partir dos hábitos alimentares valorizando a dimensão simbólica que os mesmos adquirem em sua vida<sup>(21)</sup>.

As plantas medicinais continuam ocupando lugar de destaque no arsenal terapêutico de muitas comunidades e grupos étnicos, e tem a família como principal fonte de

transmissão e meio de utilização. A adoção de práticas alternativas de cuidado pode favorecer o alcance de melhores resultados no tratamento é justificado pela crença na ação terapêutica, pois evitam os efeitos colaterais, buscando uma terapêutica que mantenha a integridade do organismo humano<sup>(17)</sup>.

As famílias aliaram a terapêutica quimioterápica às práticas populares de saúde. A intervenção tecnológica - a quimioterapia, acompanhada por práticas de cuidado norteadas pelos valores, crenças e hábitos são provenientes das interações – processo proximais, entre pessoas e contextos, com seus objetos e símbolos. Dessa forma, ao se tratar com experiências de saúde-doença, desapropriar as pessoas das concepções e representações arraigadas ao saber cultural - individuais e coletivas, podem levar muito tempo para serem modificadas .

Ao vivenciar o câncer, as famílias rurais do estudo se defrontaram com situações de sofrimento, vivenciando um processo de liminaridade. Elas procuraram se amparar nos seus valores, crenças e hábitos para cuidar da pessoa doente, de lidar com a doença e os efeitos adversos do tratamento. A família influenciou e foi influenciada pelas pessoas que integraram sua rede social, isto potencializou o cuidado à pessoa com câncer, no momento em que foi realizado.

Constatou-se que a realização das práticas de cuidado estava intimamente ligada com os efeitos adversos da quimioterapia, variando de pessoa para pessoa, independente do contexto, de acordo com os quimioterápicos utilizados para o tratamento. Isto foi evidenciado fortemente na família pomerana, a qual realiza um ritual para cuidar e desenvolver práticas de cuidado com o seu familiar. Nos três dias em que a , pessoa com câncer, estava no período de crise, sob os efeitos adversos da terapêutica, a família parava de realizar todas as suas atividades de rotina, como por exemplo, o trabalho na lavoura, o sair para a comunidade, e se voltavam para cuidar dela. Cada pessoa da família desempenhava um papel, mas todos ficavam juntos ao lado dela. Entretanto, nas família alemã e família espanhola, elas desenvolviam suas práticas de cuidado, sem demonstrarem diferença ao longo do tempo de tratamento.

Dessa forma, nas famílias rurais do estudo, havia momentos em que determinadas práticas de cuidado eram intensificadas e outros, não. Isto ocorria de acordo com o momento que a pessoa com câncer estava vivenciando. Classificaram-se os momentos de realização das práticas de cuidado como: antes de cada sessão de quimioterapia as práticas de cuidado se concentravam no microssistema e mesossistema; no momento em que a pessoa com câncer estava recebendo a quimioterapia no Serviço de Oncologia se

concentrava o microsistema; e os três dias após a quimioterapia (definido pela família como um “período de crise”) no microsistema e mesossistema (interações de outras pessoas da comunidade) e macrosistema porque se utilizam de apoio de organizações não governamentais e assistência psicológica).

Os momentos de realização de práticas de cuidado estavam relacionados com os efeitos adversos do tratamento que eram impactantes e agressivos para todas as pessoas envolvidas nesta situação. Nesse sentido, no sofrimento agudo - “período de crise”, a família se mobilizava para realizar práticas de cuidado e suprir as necessidades de seu integrante. O cuidar existia e se caracterizava como um cuidado bioecológico, porque se utilizava da rede social, ampliando a ocorrência das interações, melhorando os vínculos, e conseqüente, potencializando o processo de cuidar à pessoa com câncer naquele momento. Além disso, em situações de doença, tanto a pessoa com câncer quanto a família se amparava nos seus valores, suas crenças e seus hábitos para seguir a vida e superarem as dificuldades impostas pela doença e os efeitos do tratamento.

A família rural, como parte de um sistema mais amplo, realizava as práticas de cuidado à pessoa com câncer sob a forma de uma trama de relações saudáveis, tornando-se importantes vínculos apoiadores. Dessa maneira, as famílias rurais partem daquilo que ocorre no ambiente imediato da família (microsistema), para o mesossistema, exossistema e macrosistema e vice-versa, mantendo a reciprocidade no processo de realização de práticas de cuidado, no decorrer de todo o tratamento.

Para compreender a saúde das pessoas e a forma como eles lidam com a doença torna-se necessário analisar suas práticas em seu próprio contexto, pois é nele que ocorrem eventos do cotidiano que organizam a vida coletiva, que enquadram à vida biológica e é dentro dele que as pessoas evoluem ao mesmo tempo em que seu corpo, seus pensamentos, suas ações, são formatados por esse espaço social<sup>(22)</sup>.

As práticas de cuidado baseiam-se nas experiências vividas pelas pessoas da família ao longo da vida, passadas de geração para geração, ligadas aos costumes, valores, hábitos sofrendo influência e influenciando o contexto sócio-cultural a partir da construção de uma rede social.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Ao apresentar as famílias do estudo, a intenção da pesquisadora, era: demonstrar as características de cada uma das famílias rurais, de acordo com sua etnia, seu contexto, suas formas de realizar o cuidado a pessoa com câncer; descrever a importância do profissional

e saúde, entre eles o da enfermagem; conhecer a dinâmica das práticas de cuidado em um momento de sofrimento que era o possuir um familiar com câncer e vivenciar os efeitos adversos da quimioterapia, evidenciando a necessidade de acompanhamento e orientação no decorrer do processo terapêutico.

Verificou-se que as famílias rurais se apresentaram fortalecidas, manifestando muito mais potencialidades do que fragilidades no cuidado realizado por elas. Embora estivessem vivenciando uma situação de sofrimento, no momento do diagnóstico ao tratamento, as famílias se mobilizaram para dar suporte à pessoa com isso se reorganizaram e distribuíram as funções para a realização de práticas de cuidado e de suas atividades cotidianas.

Constatamos que as famílias rurais cuidaram a partir dos valores, crenças e hábitos que foram construídos a partir das interações entre as pessoas da família e de outras como amigos, vizinhos e pessoas da comunidade. Os valores, crenças e hábitos inseridos nas práticas de cuidados das famílias rurais que vivenciavam o câncer correspondiam o viver envolvendo todas as pessoas da família no cuidado à pessoa com câncer, independente do contexto em que estavam inseridos. Desta forma, interagindo e intensificando o cuidado em momentos de crise (efeitos do tratamento) a família procurava preservar, adaptar, ter responsabilidade, ter uma alimentação saudável, utilizar plantas medicinais e ter fé, como práticas de cuidado à pessoa com câncer.

A família voltava-se internamente para atender necessidades individuais de seus membros e para se fortalecer como sistema. Ao mesmo tempo, sentia necessidade de estabelecer interações com as demais pessoas e instituições na comunidade, para cuidar de seu familiar – pessoa com câncer. A família, como cliente, detém certas características que, para a enfermagem, ainda se configuram como um desafio<sup>(7)</sup>.

Portanto, é relevante que a enfermagem considere o contexto das práticas de cuidado, devido ao vínculo cultural e as interações que as pessoas estabelecem ao longo do tempo para realizar o cuidado. Assim, as crenças, os hábitos e os valores são transmitidos na unidade familiar, entre as diferentes gerações, envolvendo não somente a transmissão de conhecimento, mas também características sociais do contexto rural. Todo conhecimento faz parte do cotidiano das famílias rurais estudadas, que possuem o desejo de preservar a interação com pessoas, objetos, símbolos, e o contexto para cuidar de seus membros e do próximo. Destaca-se que precisam ser considerados como importantes pelos profissionais de saúde quando avaliam, realizam e prescrevem práticas de cuidado.

**REFERÊNCIAS**

1. Resta DG, Budó MLD. A cultura e as formas de cuidar em família na visão de pacientes e cuidadores domiciliares. *Acta Scientiarum. Health Sciences Maringá*. 2004;26(1):53-60.
2. Silva LC. Câncer de mama e sofrimento psicológico: aspectos relacionados ao feminino. *Psicologia em Estudo, Maringá*. 2008;13(2):231-237.
3. Trincaus MR, Corrêa AK. A dualidade vida-morte na vivência dos pacientes com metástase. *Rev Esc Enferm USP*.2007;41: 44-51.
4. Fontes CAS, Alvim NAT. A relação humana no cuidado de enfermagem junto ao cliente com câncer submetido à terapêutica antineoplásica. *Acta paul. Enferm*.2008;21(1):77-83.
5. Muniz RM. Os significados da experiência da radioterapia oncológica na visão de pacientes e familiares cuidadores. 2008. 243 p. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
6. Elsen, I. Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: Elsen, I, Marcon SS, Silva MRS, organizadoras. *O viver em família e sua interface com a saúde e a doença*. Maringá: UDUEM; 2004. p.19-28.
7. Zillmer JGV, Schwartz E, Ceolin T, Heck RM. A família rural na contemporaneidade: um desafio para a enfermagem. *Rev Enferm UFPE On Line*. 2009;3(3):319-324.
8. Narvaz MG, Koller SH. Famílias, gêneros e Violência: desvelando as tramas da transmissão transgeracional da violência de gênero. In: Strey MN, Azambuja MPR, Jaeger FP. *Violência, gênero e políticas públicas*. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2004. p.149-177.
9. Schwartz E. O viver o adoecer e o cuidar das famílias de uma comunidade rural do extremo Sul do Brasil: uma perspectiva ecológica. 2002. 202 p. Tese (Doutorado em Filosofia da Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
10. Bronfenbrenner U, Morris PA. The ecology of developmental process. In: Damon W, Sigel IE, Renninger KA. (eds). *Handbook of child psychology*. New York: John Wiley & Sons; 1998. p.993-1027.
11. Ceconello AM, Koller SH. Inserção Ecológica na comunidade: uma proposta metodológica para o estudo com famílias em situação de risco. In: Koller S. (Org). *Ecologia do desenvolvimento humano: pesquisa e intervenção no Brasil*. p. 271-294, 2004
12. Gil A C. *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. São Paulo: Atlas, 1995.
13. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 10ª ed. São Paulo: Hucitec; 2007.



14. Denardin ML. A família rural e os cuidados em saúde. In: Elsen I, Marcon SS, Silva, MRS. O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. 2.ed. Maringá: EDUEM, 2004; p. 65-67.
15. Bronfenbrenner U. A ecologia do desenvolvimento: experimentos naturais e planejados. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.
16. Pinheiro CPO; et al. Participating in a support group: experience lived by women with breast cancer. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2008;16(1):733-738.
17. Barbosa RCM, Ximenes LB, Pinheiro AKB. Mulheres mastectomizadas: desempenho de papéis e de redes sociais de apoios. *Acta Paul Enf*. 2004; 17(1):18-24.
18. Budó MLD, Gonzales RMB, Beck CLC. Saúde e trabalho: uma correlação de conceitos na perspectiva de uma população rural e de Christophe Dejours. *Rev Gaúcha Enferm*. 2003;24(1):43-52.
19. Budó MLD. A prática de cuidados em comunidades rurais e o preparo da enfermeira. 2000. Tese (Doutorado em Filosofia da Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
20. Helman C. *Cultura, Saúde e Doença*. 5.ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
21. Souza AC, Lopes MJ. Práticas terapêuticas entre idosos de Porto Alegre: uma abordagem qualitativa. *Rev Esc Enferm USP*. 2007;41(1):52-6.
22. Gerhardt TE. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. *Cad. Saúde Pública*. 2006;22:2449-2463.

**Artigo 2 - Modelo Bioecológico de Urie Bronfenbrenner e Inserção Ecológica: uma metodologia para investigar e cuidar de famílias<sup>1</sup>**

**Modelo Bioecológico de Urie Bronfenbrenner y Inserción Ecológica: una metodología para investigar las familias**

**Bioecological Model of Urie Bronfenbrenner and Ecological Insert: a methodology to investigative families**

**Juliana Graciela Vestena ZILLMER<sup>2</sup>, Eda SCHWARTZ<sup>3</sup>**

**RESUMO:** o objetivo deste trabalho é descrever a utilização da metodologia de Inserção Ecológica e o referencial teórico do Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano de Urie Bronfenbrenner e sua aplicação em pesquisa com famílias rurais que vivenciam o câncer. A inserção ecológica envolveu o acompanhamento de três famílias em um período de seis meses. A utilização desta metodologia permitiu a compreensão dos processos que envolvem a família e o cuidar da pessoa com câncer e a influência desses processos nas práticas de cuidado familiares, considerando o significado do contexto rural.

**Descritores:** População rural; Pesquisa qualitativa; Famílias; Câncer.

**RESUMEN:** el propósito de este trabajo es describir el uso de la metodología de la inserción ecológica y el referencial Modelo Bioecológico de Desarrollo Humano de Urie Bronfenbrenner y su aplicación en la investigación sobre el cáncer que experimentan las familias rurales. La inserción ecológica implicó el seguimiento de tres familias en la zona rural, que tenían un familiar en tratamiento quimioterápico en el Servicio de Oncología del Hospital Escuela de la Universidad Federal de Pelotas, sur de Brasil. La recopilación de datos tuvo lugar de febrero a julio de 2009, en el Servicio de Oncología y los hogares de

---

<sup>1</sup> Trabalho extraído da Dissertação de Mestrado sob o título “Práticas de cuidado no contexto das famílias rurais à pessoa com câncer”, apresentada a Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas em 2009.

<sup>2</sup> Enfermeira Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Pelotas, Especialista em Saúde da Família, Integrante do Núcleo de Condições Crônicas e suas Interfaces (NUCCRIN). E-mail: juzillmer@gmail.com. Endereço: Avenida Duque de Caxias, 170 Bloco G, Ap. 301. Bairro Fragata, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil CEP: 96030-000

<sup>3</sup> Doutora em Enfermagem e docente da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas. Orientadora da Dissertação. Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: eschwartz@terra.com.

las familias. El uso de la metodología permitió la comprensión de los procesos que involucran a la familia y cuidar de la persona con cáncer y la influencia de estos procesos en las prácticas del cuidado de familiares, teniendo en cuenta la importancia de la población rural

**Descritores:** Población rural; Pesquisa cualitativa; Familias; Câncer.

**ABSTRACT:** the objective of this essay is to describe the use of the methodology of ecological insert and the referential Human Development Bioecological Model of Urie Bronfenbrenner and its application in research with rural families that live the cancer. The ecological insert involved the attendance of three families of the rural area, that possessed a relative in quimiotherapeutic treatment in the Oncology Service of the School Hospital of the Federal University of Pelotas, South Area of Brazil. The collection of data happened from February to July of 2009 in the Oncology Service and in the families home. The use of this methodology allowed the understanding of the processes that involves the family and taking care of the person with cancer and the influence of those processes in the family care practices, considering the meaning of the rural context.

**Descriptors:** Rural population; Qualitative research; Families; Cancer.

## INTRODUÇÃO

A complexidade do contexto social vem exigindo das pessoas, o desenvolvimento de pesquisas no qual se utilizem de metodologias que possibilitem investigar famílias em situações de adoecimento e vulnerabilidade, e se for necessário, elaborar estratégias para intervir na sua realidade. A família como foco central na pesquisa, está cercada por avanços teóricos e metodológicos, porém ainda insuficientes, se considerarmos sua complexidade e multidimensionalidade <sup>(1)</sup>

As estruturas teóricas de família, provenientes dos conhecimentos construídos nas disciplinas, especialmente nas Ciências Sociais, e na Psicologia, têm proporcionado embasamento para guiar as pesquisas na área da Enfermagem <sup>(1:24)</sup>. Entre estes constructos um dos referenciais sistêmicos utilizados é o Modelo Bioecológico de Urie Bronfenbrenner <sup>(2-3-4-5)</sup>. Assim, ao construir conhecimento, a partir de pesquisas, tenta-se encontrar novas maneiras de olhar e compreender a família no seu ambiente, e de buscar caminhos que possibilite uma direção para a prática da enfermagem no contexto e cotidiano das famílias.

O Modelo Bioecológico possibilita a investigação e a análise do fenômeno por meio de quatro núcleos inter-relacionados: pessoa, processo, contexto e tempo, também denominado de modelo PPCT. Este promove o conhecimento de como estas pessoas ou grupo familiar vivencia determinada experiência (processo), inseridas em diferentes contextos. Estes contextos possuem aspectos físicos, sociais, ou valorativos que os caracterizam e exercem influência na pessoa e no grupo familiar, pela continuidade (tempo) e estabilidade do sistema de relações e da construção de suas rotinas, de sua biografia e história social<sup>(6)</sup>.

Entende-se que a aplicação de um referencial sistêmico em investigações de enfermagem que buscam compreender famílias é de extrema relevância, pois várias pesquisas nesta área envolvem grupos singulares com diferentes contextos culturais, sociais e econômicos vivenciando situações diversas para serem analisados. Desse modo, é importante que pesquisadores interessados por esta abordagem aprofundem seus conhecimentos e assim obtenham subsídios que facilitem a sua utilização em pesquisas.

É com esta finalidade que, através de revisão bibliográfica específica sobre a temática, assim como a experiência das autoras, no uso desta metodologia e referencial que, buscou conhecer as práticas de cuidado das famílias rurais que vivenciam o câncer, este trabalho discorre sobre a importância do método, principais conceitos e características e a sua aplicação para a enfermagem.

## **APLICAÇÃO DA METODOLOGIA**

As práticas de cuidado no contexto das famílias rurais foram analisadas pela inserção da pesquisadora em alguns dos ambientes em que a pessoa com câncer e sua família participam, como, o Serviço de Oncologia, o domicílio, e a comunidade. Além disso, de utilizou-se de relatos da pessoa e sua família sobre o contexto em que vivem, uma vez que, é necessário examinar o ambiente conforme ele é percebido e experienciado pelas pessoas<sup>(7)</sup>.

Assim realizou-se um estudo qualitativo, norteado pelo referencial teórico do Modelo Bioecológico de Urie Bronfenbrenner<sup>(8)</sup>. Na busca de ferramentas metodológicas que fizessem uma aproximação com as pessoas do estudo o método escolhido foi o da inserção ecológica, que tem como objetivo avaliar os processos de interação das pessoas com o contexto no qual estão se desenvolvendo<sup>(9)</sup>. O estudo foi desenvolvido com três famílias da área rural que, no período da coleta, estavam em tratamento quimioterápico, no Serviço de Oncologia do Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas, Região Sul

do Brasil. A coleta de dados ocorreu de fevereiro a julho de 2009, período no qual acompanhamos as pessoas com câncer e a sua família no decorrer do tratamento.

A preferência pelo referencial bioecológico se deve à possibilidade que apresenta de compreender o desenvolvimento humano como um processo contínuo que depende das interações vivenciadas pelas pessoas, a partir das interligações que estes criam com seu contexto e sua história de vida. Desta forma, as experiências vivenciadas pelas famílias rurais se apresentam como um forte determinante nas possibilidades de realização de práticas de cuidado. Esse modelo possibilitou examinar a questão da realização de práticas de cuidado pelas famílias no cuidar à pessoa com câncer, levando em conta os múltiplos fatores que atuam para a produção do cuidado, incluindo desde as interações vivenciadas no microsistema familiar até o macrossistema, proporcionando aos profissionais de saúde uma visão sistêmica da situação.

A partir da interação da pesquisadora com o contexto da família rural, foi possível conhecer quais eram as práticas de cuidado que envolviam estas famílias no cuidado à pessoa com câncer. Tanto o paciente como sua família, passavam por um processo perturbador com intenso sofrimento e sensação de morte eminente. Sentimentos de raiva e revolta também foram observados no momento de coleta de dados, assim como momentos em que a família compartilhava o sofrimento e buscava forças para superá-lo. Pode-se então dizer que o contexto tem, portanto, papel chave, já que é nele que as interações e os processos proximais acontecem<sup>(6)</sup>. O processo proximal surge pela interação recíproca e complexa de pesquisadores, participantes, objetos e símbolos presentes no contexto imediato, constituindo a base de toda investigação que adota a Inserção Ecológica<sup>(9)</sup>. Esta apoia-se em cinco aspectos indispensáveis para o estabelecimento de processos proximais.

(a) Pesquisadores e participantes interagem e se engajam em uma tarefa comum. Neste estudo, o engajamento em uma atividade, da pesquisadora com os sujeitos investigados, compreendeu o momento da realização das refeições, da construção do genograma e ecomapa por todas as pessoas da família; durante as entrevistas; nas orientações sobre o tratamento, na visualização de fotos e vídeos pela pesquisadora, pessoa com câncer e família.

(b) Há a necessidade de diversos encontros, ao longo de um considerável período de tempo. Neste estudo foram realizados 10 encontros com cada uma das famílias do estudo. Sendo que deste, 05 foram realizadas no Serviço de Oncologia e 05 no domicílio, sendo desenvolvido em um período de 06 meses. Teve início com um período de vinculação caracterizado pela apropriação do contexto da pessoa com câncer e sua família

(Serviço de Oncologia e domicílio), no qual a pesquisadora passou a fazer parte deles garantindo maior aproximação com o objeto pesquisado, até o término da coleta de dados.

(c) Encontros informais progredirão para conversas que devem abordar temas cada vez mais complexos, chegando a ter a duração igual ou superior à uma hora. As conversas com as pessoas da família se iniciavam com informalidade em uma atividade como ver as fotografias e vídeos das famílias, e no decorrer se aprofundavam pelos fatos ocorridos no passado, e que estavam acontecendo (com a presença do câncer e do tratamento). Manifestaram-se pela verbalização dos sentimentos, como medos, angústias e esperança, além de expressões de choro e momento de alegrias. Foi realizado um total de cinco entrevistas com as famílias no domicílio, com duração média de 60 minutos com cada uma delas totalizando 15 (dez) horas de entrevista, com um total de 100 horas de observação, sendo 20 horas no Serviço de Oncologia e 80 horas no contexto domiciliar.

(d) Os processos proximais que se estabelecem nesses encontros servem de base para todo o processo de pesquisa, sendo fundamental a postura de informalidade e conversa com os mesmos, possibilitando o diálogo sobre pontos não diretamente relacionados ao objetivo do estudo. Os encontros no domicílio das famílias permitiram que eles relatassem as visitas que recebiam do pastor, amigos, questões relacionadas às dificuldades que encontravam para transitar nos Serviços de Saúde como a demora de conseguir agendar um exame de tomografia, e também questões econômicas, como as dificuldades financeiras referente ao baixo preço dos produtos agrícolas que produziam.

(e) Os temas abordados nas entrevistas são interessantes e estimulantes para os pesquisadores e para os participantes, pois exploram as histórias de vida e a forma como se dá o desenvolvimento inserido no contexto em estudo. As famílias rurais do estudo ao falarem sobre suas experiências de vida tiveram a oportunidade de refletir e aprender com elas. À visualização das fotos, e a construção do genograma e do ecomapa proporcionaram reflexões sobre seus vínculos, suas interações e processos de viver, cuidar ao longo do tempo. Além disto, relatos da vida em família e comunidade, como a participação em festas religiosas, casamentos e aniversários permearam todo o processo investigativo.

Dessa forma, o processo proximal intrafamiliar ocorreu por meio do compartilhamento de um mesmo espaço físico – o domicílio e o Serviço de Oncologia, desenvolvendo uma mesma atividade - entrevista, do estabelecimento da comunicação entre as pessoas, conversas e da expressão de sentimentos sobre o câncer, o tratamento, e a realização de práticas de cuidado no contexto familiar. A aproximação da família ocorreu

também, no momento da elaboração do genograma e ecomapa, pois resgataram pessoas e momentos históricos da família.

O método inserção ecológica foi de extrema importância para conhecer a práticas de cuidado dentro das famílias no cuidar à pessoa com câncer. Na pesquisa qualitativa, principalmente, pode-se dizer que a interação do pesquisador com os participantes gera uma transferência de energia, produzindo, assim, processos proximais em ambos <sup>(9:521)</sup>.

Para compreender como ocorriam as interações entre a família e a pessoa com câncer na realização de práticas de cuidado foram utilizados os quatro componentes do Modelo Bioecológico <sup>(6)</sup> os quais serão apresentados a seguir.

No primeiro componente – pessoa - foram consideradas algumas características das pessoas das famílias estudadas, como por exemplo, cor da pele, gênero, etnia, local de origem e religião.

No segundo elemento – processo - foi analisado pela forma como cada pessoa significa suas experiências e interpreta o ambiente. É a interação de pessoas com outras pessoas, com símbolos, objetos e contexto <sup>(6)</sup>. Para análise, neste estudo, considerou-se a interação da família rural na realização de práticas de cuidado diárias à pessoa com câncer, o que promove o desenvolvimento de todas as pessoas envolvidas no cuidado, ou seja, era o que iria mover a família à interação, para uma atividade em comum que é o cuidar.

No terceiro elemento - o contexto - foram considerados os ambientes que as pessoas da família rural viviam e transitavam como o domicílio, os vizinhos, a igreja, a comunidade e os Serviços de Saúde. Para análise do contexto em que viviam as famílias e a pessoa com câncer, partiu-se para a compreensão do microssistema, que se configura no domicílio das famílias que são descritos em seus aspectos físicos como em relação às interações que ocorriam entre as pessoas da família, como o cuidado à pessoa com câncer, e cuidado entre familiares, como as pessoas da família circulavam no domicílio, e as funções desempenhadas pelas pessoas em determinadas atividades. Na análise do mesossistema foram incluídas as inter-relações entre dois ou mais ambientes, onde se encontravam a família rural, como por exemplo, as interações da pessoa com câncer com outras pessoas, amigos, vizinhos, ou seja, pessoas da comunidade e dos Sistemas de Saúde. Ao analisar o exossistema, sendo este o ambiente em que não envolve a pessoa em desenvolvimento como participante ativo, pode-se constatar na entrevista com as famílias rurais, que havia influência de pessoas dos Sistemas de Saúde, de farmácias fornecendo orientações e subsídios às pessoas das famílias para a realização de práticas de cuidado. No macrossistema, observou-se a influência dos aspectos sociais, econômicos, e culturais

nas relações familiares. As famílias rurais do estudo tinham o apoio da Associação de Apoio a Pessoas com Câncer (AAPECAN). Investigaram-se os valores, crenças e hábitos da família rural, sobre as práticas de cuidado à pessoa com câncer.

Para análise de um dos contextos da família foi utilizado o ecomapa e o genograma. O genograma ajudou os membros das famílias a verem-se a si mesmos de uma maneira distinta, uniu as famílias durante sua realização. Além disto, permitiu ao entrevistador a identificação de problemas familiares ao longo do tempo e do espaço. O ecomapa, como no genograma, apresenta uma visão geral da família e suas relações, entre a família e o mundo. Representa a relação da família com os sistemas mais amplos<sup>(10)</sup>.

O último elemento - o tempo - diz respeito à seqüência de eventos que constituem a história e as rotinas de uma pessoa<sup>(7)</sup>. Nos estudos de base ecológica, o tempo permite identificar estabilidade ou instabilidade nos ambientes. Ele se reflete no processo de desenvolvimento, uma vez que o ciclo vital é caracterizado por experiências e sucessivas transições nas relações da pessoa com o contexto da interdependência das influências sociais e históricas, que são expressas no curso da vida e nas relações interpessoais. Sendo esse processo permeado pela temporalidade na existência humana, e a sua compreensão permitindo uma visão do desenvolvimento contextualizada e coerente<sup>(6)</sup>. Também desvenda as raízes históricas das sociedades, as descendências étnicas e a valorização ou não de determinadas práticas culturais ou ritualísticas, organizando também as rotinas e os eventos<sup>(11)</sup>. Dessa forma, para analisá-lo junto às famílias da pessoa com câncer investigamos as práticas de cuidado diárias realizadas nas famílias através das gerações, o que foi revelado também pelo genograma.

Nenhuma característica da pessoa exerce influência de forma isolada, sendo que cada qualidade humana é envolvida e encontra seus significados e profundas expressões em ambientes particulares, sendo a família o principal exemplo. É dentro desses ambientes que a pessoa em desenvolvimento engaja-se e experiencia atividades, papéis, e relações interpessoais e uma relação direta, com fatores físicos, sociais e simbólicos<sup>(12)</sup>.

As interações ocorrem com pessoas, mas também envolvem símbolos e objetos que se apresentam nos diferentes contextos<sup>(6)</sup>. A interação implica em constante troca com os outros e com os ambientes, ou seja, alterações em ambas as partes. A reciprocidade estimula e mobiliza as pessoas a se engajarem em uma atividade e a preservarem padrões de interações mais complexos<sup>(13)</sup>.

No presente estudo, o cuidado é um veículo promotor para que se estabeleçam os processos proximais, ou seja, as interações entre as pessoas da família, pessoa com câncer



e outras pessoas que constituem os demais sistemas. Tanto desenvolvimento quanto saúde resultam de um processo de interação contínua entre a pessoa e o seu contexto<sup>(14:94)</sup>.

Assim, por meio de programas de lazer, que as pessoas das famílias rurais realizavam e freqüentavam como festas, casamentos, vizinhos, amigos, tais como toda comunidade, poderiam servir como um contexto potencial para promover práticas de cuidado à pessoa com câncer, uma vez que se estabelecia as interações formando uma rede de apoio social. São nestes contextos que a família rural transitava, e na maioria das vezes, poderiam fortalecer ou enfraquecer as pessoas envolvidas no processo de cuidar.

Para o desenvolvimento do estudo com famílias rurais, encontros com a equipe de investigação eram realizados semanalmente e tinham como objetivo discutir textos sobre a temática, discutir emoções e sentimentos acarretadas pelas vivências oriundas da pesquisa. Estes procedimentos possibilitaram qualificar os pesquisadores e garantir o rigor metodológico durante todo o processo investigativo.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Como contribuição, acreditamos que há caminhos possíveis para cuidar, intervir em famílias que vivenciam situações de adoecer utilizando metodologias com enfoque sistêmico que possibilitam analisá-las em diversos ângulos. O presente estudo proporcionou gerar conhecimentos relativo à utilização de metodologias contribuindo para a assistência de enfermagem à famílias.

A Inserção Ecológica demonstrou ser um método adequado para avaliação das interações estabelecidas entre a pessoa com câncer nos contextos de quimioterapia e com os familiares no espaço domiciliar, quando eram realizadas as práticas de cuidado. Compreende uma nova maneira de olhar o contexto em que a pessoa está inserida, ou seja, investigar não apenas características da pessoa, mas, também as características do ambiente em que vive<sup>(6)</sup>.

O Modelo Bioecológico de Urie Bronfenbrenner apresentou-se como alternativa promissora para orientar pesquisas na área da Enfermagem, pois ao se utilizar os quatro núcleos, processo, pessoa, contexto e tempo, permite ter-se uma concepção sistêmica independente do objeto a ser investigado. Este estudo não acaba aqui, uma vez que entendendo serem necessárias mais investigações voltadas para o contexto das famílias rurais visando ampliar a assistência a saúde.

## **REFERÊNCIAS**

- 1 Althoff CR, Elsen I. In: Althoff . Elsen I, Nitschke RG, Organizadoras. Pesquisando a família: Olhares contemporâneos. Florianópolis: Papa-livro. 2004. p. 19-28.
- 2 Schwartz E. O viver o adoecer e o cuidar das famílias de uma comunidade rural do extremo Sul do Brasil: uma perspectiva ecológica. 2002. 202 p. Tese (Doutorado em Filosofia da Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- 3 Martins CS. A compreensão de família sob a ótica de pais e filhos envolvidos na violência doméstica contra crianças e adolescentes. 2005. 105p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- 4 Silva LC. Violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes: uma prática educativa com profissionais da educação. 2006. 88 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Fundação Universidade, Federal do Rio Grande, Rio Grande.
- 5 Meincke SMK. A construção da paternidade na família do pai adolescente: contribuição para o cuidado de enfermagem. 2007. 275p. Tese (Doutorado em Enfermagem), Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- 6 Bronfenbrenner U, Morris PA. The ecology of developmental process. In: Damon W, Sigel IE, Renninger KA. (eds). Handbook of child psychology. New York: John Wiley & Sons.1998; 993-1027,.
- 7 Bronfenbrenner U. A ecologia do desenvolvimento: experimentos naturais e planejados. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996
8. Bronfenbrenner U, Ceci SJ. Nature-nurture Reconceptualized in Developmental Perspective: a bioecological model. Psychol. Rev. 1994;101(4):568-86.
9. Ceconello AM, Koller S. Inserção Ecológica na comunidade: uma proposta metodológica para o estudo de famílias em situação de risco. Psicologia Reflexão e Crítica. 2003;16(3):515-524.
- 10 Wright L, Leahey M. Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família. 4 ed. São Pulo: Roca, 2009.
11. Antoni C, Koller S. A pesquisa ecológica sobre violência no Microsistema Familiar. In: Koller S. (Org). Ecologia do desenvolvimento humano: pesquisa e intervenção no Brasil. 2004. p. 315-358.
12. Bronfenbrenner U. Ecological system theory. In R. Vasta (Organizador). Six theories of child development: revised formulations and current issues. London: Jessica Knigsley. 1992. p. 187-249.

13. Prati L, Couto MCPP, Moura A, Poletto M, Koller SH. Revisando a Inserção Ecológica: uma proposta de sistematização. *Psicologia: reflexão e crítica*. 2008;21(1):160-169.
- 14 Morais NA, Koller S. Abordagem Ecológica do Desenvolvimento Humano, *Psicologia Positiva e Resiliência: Ênfase na Saúde*. In: Koller S, Organizadora *Ecologia do desenvolvimento humano: pesquisa e intervenção no Brasil*. 2004. p. 96-112.

# 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](#)