



Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Filosofia e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

**DINÂMICA RELACIONAL FAMILIAR E DESNUTRIÇÃO NA
INFÂNCIA EM CONTEXTO DE VULNERABILIDADE
SOCIAL**

FLORIANÓPOLIS

2007

Fernanda Duarte da Luz Pedro

**DINÂMICA RELACIONAL FAMILIAR E DESNUTRIÇÃO NA
INFÂNCIA EM CONTEXTO DE VULNERABILIDADE SOCIAL**

**Dissertação apresentada como
requisito parcial à obtenção do grau
de Mestre em Psicologia, Programa
de Pós-Graduação em Psicologia,
Mestrado, Centro de Filosofia e
Ciências Humanas da Universidade
Federal de Santa Catarina.**

**Orientadora: Prof^a Dr^a Carmen
Leontina Ojeda Ocampo Moré**

Florianópolis

2007

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	i
RESUMO	iii
ABSTRACT	iv
LISTA DE QUADROS	v
1. INTRODUÇÃO.....	1
2. OBJETIVOS	7
2.1. OBJETIVO GERAL	7
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	7
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	8
3.1. REFLEXÕES EPISTEMOLÓGICAS DO PENSAMENTO SISTÊMICO.....	8
3.2. A FAMÍLIA COMO UM SISTEMA.....	13
3.2.1. Estrutura e Dinâmica Familiar	16
3.2.2. Ciclo Vital da Família.....	23
3.2.3. Resiliência Familiar.....	29
3.3. FAMÍLIA COMO QUESTÃO SOCIAL	31
3.3.1. Sobre a Diversidade das Configurações Familiares	33
3.3.2. Família e Proteção Social	38
3.4. REDE SOCIAL DE APOIO	41
3.5. DESNUTRIÇÃO NA INFÂNCIA: CONTEXTO BRASILEIRO.....	44
3.5.1. Fatores de Risco e Proteção para Desnutrição na Infância	49
3.5.2. Intervenção sobre a Desnutrição na Infância na Atenção Primária de Saúde	56
4. MÉTODO	63
4.1. CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA	63
4.2. CAMPO DE PESQUISA	64
4.3. PARTICIPANTES	68
4.4. INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS	70
4.5. PROCEDIMENTOS	74
4.5.1. Coleta de Dados	74
4.5.2. Análise dos Dados	77
5. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	79

5.1. CARACTERIZAÇÃO DAS FAMÍLIAS PARTICIPANTES	79
5.2. DADOS GERAIS DOS GENOGRAMAS DAS FAMÍLIAS PARTICIPANTES	81
5.3. APRESENTAÇÃO DAS CATEGORIAS, SUAS RESPECTIVAS SUBCATEGORIAS E ELEMENTOS DE ANÁLISE	83
6. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	92
6.1. CATEGORIA 1 – ESTRUTURA FAMILIAR	92
6.2. CATEGORIA 2 – VULNERABILIDADES DO CONTEXTO DE DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA COM DESNUTRIÇÃO	98
6.3. CATEGORIA 3 – DINÂMICA RELACIONAL FAMILIAR	106
6.4. CATEGORIA 4 – PADRÕES RELACIONAIS INTERGERACIONAIS DAS FAMÍLIAS DE ORIGEM	117
6.5. CATEGORIA 5 – CONHECIMENTOS E RECURSOS DE ENFRENTAMENTO DAS FAMÍLIAS SOBRE A DESNUTRIÇÃO DA CRIANÇA	121
6.6. CATEGORIA 6 – REDE SOCIAL SIGNIFICATIVA DAS FAMÍLIAS	126
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	132
8. CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS	139
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	143
10. APÊNDICES.....	165
10.1. APÊNDICE 1: ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA	165
10.2. APÊNDICE 2: TABELA 1. DADOS SÓCIO-ECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS DA ESTRUTURA DAS FAMÍLIAS PARTICIPANTES	171
10.3. APÊNDICE 3: TABELA 2. DADOS GERAIS DOS GENOGRAMAS QUE EVIDENCIAM OS PADRÕES TRANSACIONAIS DAS FAMÍLIAS PARTICIPANTES	172
11. ANEXOS	173
11.1. ANEXO 1: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	173
11.2. ANEXO 2: SÍMBOLOS DO GENOGRAMA	175
11.3. ANEXO 3: SIGLAS DO GENOGRAMA	176
11.4. ANEXO 4: GENOGRAMAS DAS FAMÍLIAS PARTICIPANTES	177
11.5. ANEXO 5: ENTREVISTA DA FAMÍLIA 3	187
11.6. ANEXO 6: EXEMPLOS DO DIÁRIO DE CAMPO	197

AGRADECIMENTOS

A todas as famílias participantes desta pesquisa que generosamente se dispuseram a dividir comigo suas histórias de vida e que tanto me ensinaram a ser uma profissional melhor.

À Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, à Coordenação do Programa Hora de Comer e à equipe de saúde da Unidade Básica de Saúde em que a pesquisa foi realizada. Obrigado por terem aberto todas as portas, pela confiança e incentivo ao desenvolvimento deste trabalho.

Aos profissionais e professores do Programa de Residência Integrada em Saúde da Família da UFSC, pelo apoio, pelas trocas de conhecimentos que tanto têm me ensinado a trabalhar pelo e para o SUS. Expresso um agradecimento especial aos amigos Paulo Luis Vitterite, Giselli Bonassa e Cristina Ramos pelas trocas de conhecimentos e experiências sobre desnutrição na infância.

À minha querida orientadora Prof^a Dra. Carmen Moré que acreditou em mim e me guiou pela mão generosamente por caminhos que eu não imaginava que conseguiria trilhar. Obrigado Carmen do fundo do coração por me ensinar a andar pela comunidade e aprender a ir onde os usuários do SUS estão!!

À meus pais, minha amada mãe Maria Sali e meu amado pai Álvaro (*in memoriam*), por terem possibilitado o ser que sou hoje. Mãe! Me ensinaste a ser batalhadora, persistente e a valorizar todas as possibilidades de crescimento pessoal e profissional. Pai! Eu sei que de onde estás sempre olhas por mim e me proteges com sua luz!

À minha amada avó, Floriana, a Dona Chinha, minha segunda mãe que tanto me incentivou e me reconheceu com seu afeto incondicional, fonte de resiliência em minha vida!

À minha querida Tia Salete (*in memoriam*) que me ensinou a não ter medo da mudança mesmo com todas as dificuldades para tal. Saudades!

Ao Marcos, pela companhia nesta jornada. Obrigado pelo auxílio na formatação da dissertação.

Aos meus amados compadres e tios, Solange e Márcio por todo amor e carinho que me dedicam incondicionalmente.

Ao meu irmão Glauco pelo amor que me auxilia a superar os momentos difíceis.

À psicóloga Kity Maria Kunrrath Tabashi de Oliveira, minha testemunha conhecedora que tanto tem me auxiliado a enfrentar minhas dificuldades existenciais.

À Prof^a Dra. Maria Aparecida Crepaldi pela participação na banca de defesa da dissertação e por tudo que tem me ensinado em minha trajetória como psicoterapeuta e pesquisadora.

À Prof^a Dra. Rosa Maria Stefanini Macedo, meu muito obrigado por sua disponibilidade e acolhimento para participar da banca de defesa da dissertação.

À Prof^a Dra. Marta Verdi, pela sua presença em minha banca de defesa e que enquanto Coordenadora do Programa de Residência Integrada em Saúde da Família da UFSC, no qual sou trabalhadora, acolheu minhas necessidades decorrentes da dedicação ao período do Mestrado.

Aos professores e companheiros do Familiare Instituto Sistêmico, pela formação recebi enquanto psicoterapeuta e pelo aprofundamento na Teoria Relacional Sistêmica.

Às minhas amigas e colegas do Grupo de Estudos Avançados sobre Saúde, Família e Comunidade, especialmente Maria Isabel Caminha, Marina Menezes e Ângela Hering de Queiróz, pelas trocas de experiências e confirmação do caminho percorrido nesta pesquisa.

À Deus, pela oportunidade de existência nesta vida para minha evolução espiritual como ser humano.

RESUMO

PEDRO, Fernanda Duarte da Luz. **DINÂMICA RELACIONAL FAMILIAR E DESNUTRIÇÃO NA INFÂNCIA EM CONTEXTO DE VULNERABILIDADE SOCIAL.** Florianópolis, 2007. 198 f. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientadora: Prof^a Dra. Carmen Leontina Ojeda Ocampo Moré.

Esta pesquisa objetivou caracterizar a dinâmica relacional de famílias de crianças com desnutrição em contexto de vulnerabilidade social. Para tanto, identificaram-se a estrutura familiar em termos de sua configuração; a dinâmica relacional familiar em termos de metas, papéis, valores, regras e relações hierárquicas de poder do funcionamento familiar; os aspectos presentes na dinâmica relacional familiar que facilitam e/ou dificultam o cuidado da criança; o conhecimento dos membros da família sobre a situação de saúde da criança; e a rede social significativa da família no enfrentamento da desnutrição da criança. Este trabalho fundamentou-se na Teoria Relacional Sistêmica ancorada no pensamento sistêmico, para pensar o padrão relacional dos diferentes atores envolvido na dinâmica familiar e no contexto. Os participantes foram 10 famílias de crianças com desnutrição cadastradas em uma Unidade Local de Saúde no Programa Hora de Comer de Florianópolis. Utilizou-se delineamento de pesquisa qualitativo e os procedimentos de coleta dos dados incluíram: Entrevista Semi-Estruturada que subsidiou a construção do Genograma Familiar, Observação Participante e Análise Documental de Prontuários Clínicos. A análise dos dados foi processada através da "Grounded Theory". Os resultados apontaram que a dinâmica relacional familiar afeta recursivamente o desenvolvimento da criança, assim como a desnutrição da criança afeta o relacionamento entre os membros familiares. Sistemicamente a desnutrição da criança apresentou-se como metáfora da *falta de proteção social* às famílias; *dos conflitos familiares conjugais e parentais* evidenciada pelo superenvolvimento e triangulação entre a criança com desnutrição e seus pais; *da falta e do empobrecimento dos laços da rede social significativa*. Destacou-se que as relações maternas se apresentaram fortemente vinculadas com seus filhos. Evidenciou-se a perpetuação dos padrões transgeracionais das famílias de origem de dependência química e de violência doméstica. Verificou-se dificuldade nas transições familiares e de superação de estressores tanto verticais quanto horizontais do ciclo vital familiar. Considerou-se que o contexto familiar da criança influenciou sobremaneira no seu processo de adoecimento e sustentação da situação de desnutrição, assim como em algumas famílias detectou-se a resiliência familiar como facilitador para a proteção do desenvolvimento da criança com desnutrição. Os dados fornecem subsídios válidos para as políticas públicas e da criação de novas alternativas de atuação das equipes de saúde junto a famílias em situação de vulnerabilidade social.

Palavras-Chave: Desnutrição, Família, Dinâmica Relacional Familiar.

ABSTRACT

PEDRO, Fernanda Duarte da Luz. **FAMILIAL RELATIONAL DYNAMICS AND MALNUTRITION IN CHILDHOOD IN A SOCIAL VULNERABILITY CONTEXT.** Florianópolis, 2007. 198 p. Master's Dissertation in Psychology. Psychology Post-Graduation Program. Federal University of Santa Catarina.

Advisor: Prof^a Dra. Carmen Leontina Ojeda Ocampo Moré.

This research aimed to characterize the relational dynamic of families with children presenting malnutrition in social vulnerability context. For such, the family structure in terms of its configuration, the familial relational dynamics in terms of goals, roles, principles, hierarchical relation of power and rules in family affairs, present aspects in the relational familial dynamics which ease and/or harden the care with the child, knowledge by the members of the family about the child's health situation and meaningful social net of the family in facing the child's malnutrition were identified. This work was based on the Systemic Relational Theory anchored on the systemic thought, to think of the relational pattern of the different characters involved in the familial dynamics and in the context. The subjects were 10 families of children presenting malnutrition registered in a Local Health Unit on the "Time To Eat Program" in Florianópolis. A qualitative outlining research was used and the data collection procedures included: Semi-Structured Interview, which provided grounds for the Familial Genogram; Participative Observation and Documental Analyses of Clinical Records. The analysis of the data was processed through the "Grounded Theory". The results showed that familial relational dynamics affects recursively the development of the child as well as malnutrition of the child affects the relationship among family members. Systemically, malnutrition of the child was presented as the metaphor of *lack of social protection* of the families, of parental and *couple conflicts* highlighted by the super involvement and triangulation among the malnourished child and their parents; *the lack of and the impoverishment of the bonds in the meaningful social net*. It was emphasized that maternal relationships were presented strongly linked to their offspring. The perpetuation of transgenerational patterns of families with chemical dependence and domestic violence was stressed. The difficulty on family transitions and the overcoming of stressors, both horizontal and vertical on the familial vital cycle was verified. It was considered that the child's familial context influenced effectively on the process of sickening and sustaining the malnourishment situation, likewise in some families, familial resilience was detected, which was diagnosed as a facilitator for the protection of the development of the malnourished child. The data provide valid foundation for public policies and the creation of new action alternatives of health team along with the families in social vulnerability situation.

Keywords: Malnutrition, Family, Familial Relational Dynamics.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1. Apresentação Geral das Categorias, Subcategorias e Elementos de Análise	84
--	-----------

1. INTRODUÇÃO

O interesse em pesquisar a dinâmica relacional de famílias com crianças em estado de desnutrição, partiu de nossa experiência e de questionamentos no processo de trabalho de equipes de saúde da família com estes usuários em Unidades Básicas de Saúde.

Atualmente, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) constitui-se a diretriz política adotada no Brasil, que determina a atenção primária como porta de entrada do sistema público de saúde do país - Sistema Único de Saúde (SUS) -, tendo como foco principal a Vigilância da Saúde¹ das famílias em sua comunidade. Por tanto, é de suma importância que as equipes conheçam o contexto em que trabalham, identificando permanentemente os grupos vulneráveis, através do perfil sócio-epidemiológico da comunidade (Brasil, 2000; Brasil, 1997; Brasil, 1997a).

Neste cotidiano de assistência, a desnutrição em si consiste em um importante indicador de famílias vivendo em condições vulneráveis de vida. Nela se concentram grande número dos problemas graves de saúde de crianças e de seus familiares que desafiam os serviços de saúde públicos todos os dias, de difícil compreensão e abordagem para as equipes de saúde, tanto no que tange a atenção curativa da doença, como a sua prevenção, e mais ainda na promoção da saúde da criança e da família.

Entendemos saúde neste trabalho através da perspectiva que a concebe como um processo de produção social que expressa a qualidade de vida de uma população, entendendo-se qualidade de vida como a condição de existência dos homens no seu viver cotidiano individual, familiar e coletivo (Mendes, 1996).

Partindo deste enfoque, a desnutrição é definida como uma doença de natureza clínico-social e multifatorial, cujas raízes se encontram na pobreza resultante de um processo de produção social (Monteiro, 2003; Freitas, 2003).

¹ Vigilância da Saúde é entendida como uma resposta social organizada aos problemas e necessidades de saúde e doença, em todas as suas dimensões e se concretiza através da combinação das estratégias de intervenção de promoção da saúde, prevenção das enfermidades e acidentes e atenção curativa, tendo como prioridade as ações sobre os riscos aos quais a população de um território circunscrito possa estar exposta. (Mendes, 1996; Mendes, 1993)

Para entender este contexto se faz necessário um deslocamento do olhar do modelo biomédico para um modelo explicativo da doença ou de situações de vida e saúde numa perspectiva sócio-política.

Segundo a OMS (2002), a desnutrição continua a ser um problema universal de saúde pública, e conforme relatório do UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância) de 1994 (Sawaia, 1997a), é um problema grave, cúmplice secreto da pobreza que impede o crescimento físico e mental de uma em cada três crianças nos países em desenvolvimento. De acordo com Valente (2002), onde há crianças desnutridas há famílias com fome, analfabetas, sem autonomia para gerir sua própria vida. Desta forma a abordagem integral da desnutrição infantil implica, além dos aspectos clínicos, na consideração do contexto sócio-econômico e do contexto sócio-familiar em que a desnutrição está inserida.

Atualmente no Brasil, a desnutrição tem diminuído por conta da melhoria das condições de vida da população (Monteiro, 2003; Batista Filho e Rissin, 2003). No entanto, mesmo em contextos mais favorecidos como o Sul do país, ainda se mostra prevalente (Monteiro, 2003; Teixeira e Heller, 2004; SISVAN, 2004; França, Souza, Guimarães, Goulart, Colosimo e Antunes, 2001). Por conta disto, é necessário enfatizar que apesar de estar diminuindo, constitui-se ainda um problema na saúde pública brasileira, que afeta principalmente as famílias que vivem no contexto de pobreza.

Estudos sobre o fenômeno passaram a considerá-lo como um problema que vai além da criança e do ambiente sócio-econômico em que vivem (Solymos, 2002; Carvalhaes e Benício, 2002; Frota, 2001; Bernstein, Hans e Percansky, 1991). Nestas pesquisas, foram relacionados aspectos em termos da estrutura das famílias que apontam para o fato de que mesmo em condições ambientais desfavoráveis, o fenômeno ocorre em algumas famílias e não em outras, ou atinge somente uma criança na família, e de forma intrigante, também ocorre em contextos de vida favoráveis. Os resultados dos trabalhos encontrados revelam que é fundamental considerar a situação psicossocial das famílias, na busca de soluções e transformação do contexto de exclusão social em que se encontram.

Pensando nisto, no cotidiano de atenção à saúde desta população, observamos aspectos importantes, que se afetam mutuamente e se constituem num desafio para os profissionais de saúde. Por um lado, estão presentes características diferenciais da posição das famílias frente à situação da criança e ao acompanhamento oferecido pelo serviço de saúde. De outro lado, está à dinâmica da equipe de saúde no atendimento destas famílias. A intersecção destes dois aspectos, nos encontros e desencontros entre os envolvidos, constitui-se um campo que instiga investigações necessárias para o enfrentamento do problema.

Tendo como referência o contato com essa realidade, no que diz respeito às equipes, evidenciamos o desconhecimento das famílias sobre a evolução da doença de seus filhos e sobre as medidas necessárias para recuperá-la. Ao mesmo tempo, os profissionais envolvidos no processo de acompanhamento, desconhecem quais fatores de risco e proteção para o desenvolvimento da criança estão presentes no contexto em que vivem.

São várias as razões que confluem neste processo. Por parte da equipe, o desconhecimento da situação da família e da criança é ocasionado pela alta rotatividade e falta de capacitação dos profissionais, assim como pela inconsistência da sustentação dos programas pelos gestores públicos. Além disso, os aspectos subjetivos que envolvem crenças e valores pessoais destes atores influenciam na forma como entendem a temática. Esta situação de desconhecimento por parte da equipe com relação às famílias gera conclusões preconceituosas, como responsabilização da família, principalmente da mãe, como negligente com a criança (Ciampone, Tonete, Pettengill e Chubaci, 1999).

Estes são alguns dos aspectos presentes na relação equipe-família percebidos em reuniões educativas oferecidas pelo programa de atenção à criança com desnutrição² conhecido pela pesquisadora. Esse tipo de abordagem gera um processo de desconfirmação contínua das famílias e muitas vezes impedem o estabelecimento de relações de confiança e cooperação mútua e

² A Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis oferece o Programa Hora de Comer para assistência das crianças com desnutrição ou em risco nutricional.

acaba-se por reafirmar a discriminação e seu efeito perverso. Consideramos que enquanto essas intervenções não seguirem um modelo de atenção integral, seguirão padronizadas somente como programas paliativos.

Estes apontamentos foram colocados como inquietações que motivaram o objetivo desta pesquisa, que pretendeu, a partir de uma aproximação da realidade da dinâmica relacional familiar, poder contribuir para o aprofundamento do conhecimento sobre o fenômeno da desnutrição infantil.

Os referenciais teóricos norteadores deste trabalho são os conceitos que sustentam o pensamento sistêmico, principalmente chamando a atenção para a riqueza de pensar as situações humanas em contextos. A partir deste referencial maior, centrar-se-á o foco nas relações familiares, adotando a Teoria Relacional Sistêmica para compreensão da trama de relações familiares e comunitárias.

Por que o interesse em centrar o foco na dinâmica relacional familiar?

Partindo do entendimento que a desnutrição na infância é um fenômeno multideterminado, compreendemos que se faz necessário somar esforços para pensar a complexidade das relações e interações micro-sistêmicas envolvidas na condição de vida dos indivíduos em sua família e esta com a comunidade, a fim de buscar compreender os aspectos que influenciam o processo de adoecimento da criança, sua perpetuação e os recursos das famílias no enfrentamento do problema. O estudo destas relações pode contribuir para o planejamento de ações que possam auxiliar na prevenção de doenças e na promoção da saúde da criança e da família.

A família, na ótica da teoria relacional sistêmica, é um sistema sócio-cultural aberto em transformação, que passa por um desenvolvimento em estádios ou ciclos que requerem constante reestruturação (Carter e McGoldrick, 2001; Minuchin, 1982). Nesta perspectiva, os problemas que as pessoas desenvolvem são entendidos no contexto das relações e do movimento dos membros do sistema através do ciclo vital familiar (Carter e McGoldrick, 2001; Cerveny, 2002; Cerveny, 1997).

A doença de uma criança então, é considerada um estressor não previsível no ciclo de vida familiar e, ocorrendo em pontos de transição do ciclo vital, pode

criar rompimentos neste ciclo e produzir sintomas e disfunção. Compreender como a família se organiza frente à situação de doença, também implica considerar, que o comportamento atual da família não pode ser compreendido à parte de sua história transgeracional (Carter e McGoldrick, 2001).

A partir destas concepções, nos deteremos a estudar a dinâmica relacional de famílias de crianças acometidas por desnutrição em contexto de vulnerabilidade social. Vulnerabilidade está aqui entendida, de acordo com Ayres, França Jr., Calazans e Saletti Filho (2003), como a chance de exposição das pessoas a um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos, contextuais, que acarretam maior suscetibilidade ao adoecimento e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos.

Tendo como base as reflexões acima, este estudo pretendeu responder o seguinte problema de pesquisa:

Quais as características da dinâmica relacional presente em famílias de crianças com desnutrição em contexto de vulnerabilidade social?"

Na resposta a esta pergunta, esta pesquisa buscou somar resultados referentes às relações entre a família, criança e equipe de saúde aos estudos sobre desnutrição na infância no Brasil. Observamos a necessidade de ampliar o foco de investigação da díade mãe-criança com desnutrição, para a dinâmica relacional presente entre os componentes da família, com o intuito de evidenciar como lidam e se organizam frente ao problema, como este afeta o ciclo vital da família e qual a rede social de apoio que podem contar.

Nosso contexto de pesquisa foi à cidade de Florianópolis³, no qual esta doença de origem social também se mostra com alta prevalência seguindo as estatísticas de outros locais, justificando a pesquisa no município. Desta forma, consideramos que o problema exige atenção dos pesquisadores, no sentido de gerar produção científica, que contribua às políticas públicas de forma a subsidiar

³ No total estão cadastradas 855 crianças em risco nutricional ou com desnutrição no Programa Hora de Comer do Município de Florianópolis/SC, segundo Relatório do Programa (Mês Agosto/2005).

implementação de ações adequadas tanto para atenção curativa, como para ações de prevenção aos efeitos que a desnutrição causa ao desenvolvimento infantil, e de promoção da saúde da criança e da família.

Além do aspecto científico, este trabalho foi movido pela preocupação social de que a ciência deve antes de tudo contribuir para a melhoria das condições de vida da população. Assim, a relevância social apresenta-se pela necessidade dos profissionais conhecerem melhor como se configuram as relações familiares de crianças com desnutrição, visto que o ambiente familiar tem sido considerado como contexto primordial para o desenvolvimento das crianças e foco principal do trabalho, principalmente em Atenção Primária pelas Equipes de Saúde da Família.

Assim, buscará auxiliar a instrumentalização das equipes de saúde, através dos dados pesquisados sob a ótica sistêmica que facilitem a compreensão da dinâmica relacional familiar e que possam contribuir para desmistificar os preconceitos, por vezes ainda presentes, a respeito destas famílias.

Além disso, os programas de combate à desnutrição comumente restringem a atenção em consultas pediátricas, entrega de cesta nutricional e palestras educativas. Esta programação segue a lógica de que a falta de alimento é a causa única da desnutrição e atribui-se apenas a recuperação do peso como critério para desligar a criança do programa específico.

Destacamos também relevante evidenciar através dos dados desta pesquisa, a importância do conhecimento e trabalho psicológico com estas famílias no serviço de Atenção Primária de Saúde, e da criação de novas alternativas de atuação do Psicólogo e demais profissionais de saúde, promotoras de saúde aos familiares e às crianças acometidas por agravos como a desnutrição.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

- Caracterizar a dinâmica relacional de famílias de crianças com desnutrição em contexto de vulnerabilidade social.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar a estrutura familiar em termos de sua configuração;
- Evidenciar a dinâmica relacional familiar em termos de metas, papéis, valores, regras e relações hierárquicas de poder do funcionamento familiar;
- Detectar os aspectos presentes na dinâmica relacional familiar que facilitam e/ou dificulta o cuidado da criança com desnutrição;
- Descrever o conhecimento dos membros da família sobre a situação de saúde da criança;
- Identificar a rede social significativa da família no enfrentamento da desnutrição da criança;

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1. REFLEXÕES EPISTEMOLÓGICAS DO PENSAMENTO SISTÊMICO

Apresentamos neste tópico, reflexões no âmbito epistemológico e conceitual que sustentam a base para a busca de respostas ao problema de pesquisa desta dissertação, levando-se em conta sua complexidade. Estudar a família de crianças com desnutrição implicará sempre em contextualizar a criança em sua família e a rede de conexões sociais significativas desta que, por sua vez, tem uma história própria, construída ao longo do tempo num contexto de interações, relações e condições sociais, culturais e econômicas, determinantes do seu processo de saúde e doença.

O pensamento sistêmico tem sido considerado como uma forma de perceber e articular a realidade que amplia o ponto cego da visão unidimensional, fazendo enxergar as interações e possibilidades de comunicação entre as diferenças e oposições, modificando a antiga prática da ciência positivista que valoriza regularidades e normas. Em sua base, traz como pressuposto epistemológico fundamental o estudo da complexidade dos fenômenos em seu contexto.

Segundo Schnitman (1996), levar em conta a complexidade dos problemas desarticula o modo de pensar linear e exige uma reordenação intelectual que habilite a raciocinar complexamente. O pensamento sistêmico traz em si uma lógica que rompe com os modelos disjuntivos de análise e intervenção dos fenômenos, dando espaço à complexidade das relações humanas em seus contextos.

Desta forma, os pressupostos epistemológicos da simplicidade, da estabilidade e da objetividade da ciência tradicional positivista, estão sendo revistos pelos pressupostos da complexidade, da instabilidade e da intersubjetividade, que sustentam os pilares do pensamento sistêmico (Vasconcellos, 2002; Aun, Vasconcellos e Coelho, 2005).

O pressuposto da complexidade implica uma atitude de contextualização dos fenômenos e o reconhecimento da causalidade recursiva⁴. Ampliando o foco de atenção “(...) o observador pode perceber em que circunstâncias o fenômeno acontece, verá relações intrasistêmicas e intersistêmicas, verá não mais um fenômeno, mas uma teia de fenômenos recursivamente interligados (...)” (Vasconcellos, 2002a, p.151). Contextualizar o objeto em estudo significa tirar o foco exclusivamente de um elemento e incluir o foco nas relações entre todos os elementos envolvidos.

No pressuposto da instabilidade, o observador considera o sistema em constante mudança e auto-organização, reconhecendo a indeterminação, imprevisibilidade e irreversibilidade, e conseqüentemente a incontrolabilidade dos fenômenos.

Já a intersubjetividade, diz respeito à consideração do observador como participante da constituição da realidade em que está trabalhando, incluindo-se no sistema. Isto se dá pelo “(...) reconhecimento de que não existe uma realidade independente de um observador, e de que o conhecimento científico do mundo é construção social, em espaços consensuais, por diferentes sujeitos/observadores” (Vasconcellos, 2002a, p.102). Em relação à intersubjetividade, Heinz Von Foerster (1996) escreve que a única maneira de ver a si mesmo, é vendo-se através dos olhos dos demais. Nesta visão o observador percebe-se como parte do sistema que observa o que é denominado de sistema observante (Von Glaserfeld, 1984 *apud* Vasconcelos, 2002a).

Com esta revolução paradigmática, há uma tendência atual em não mais isolar os fenômenos de seus contextos, examinando unidades cada vez maiores. Os eventos passam a ser estudados dentro do contexto no qual ocorrem, e a atenção é focalizada nas conexões e relações, mais do que nas características individuais. A metáfora do pensamento sistêmico é a do universo visto como uma imensa rede de conexões, onde nada pode definir-se de maneira absolutamente

⁴ Recursividade se refere aos “processos em que os efeitos e produtos são necessários ao próprio processo que os gera. O produto é produtor daquilo que o produz. Como num redemoinho, cada momento é produto e, ao mesmo tempo, produtor”. (Vasconcelos, 2002a, p.116)

independente. Entende-se nesta visão, que os eventos se inter-relacionam e determinam à estrutura de um sistema (Najmanovich, 2002).

A Teoria Geral dos Sistemas, com suas primeiras elaborações do pensamento sistêmico, fazem referência à ordem hierárquica e a capacidade de auto-organização presente nos seres vivos, superpostos em muitos níveis, tanto em sistemas biológicos quanto em sociológicos.

A palavra sistema vem do grego “*synhistanai*” que significa colocar junto. “Entender as coisas sistemicamente significa, literalmente, colocá-las dentro de um contexto, e estabelecer a natureza de suas relações” (Capra, 1996, p. 43). Segundo o princípio da *não-somatividade*, um sistema pode ser definido como um todo integrado, cujas propriedades essenciais surgem das relações entre suas partes, sendo o todo mais que a soma das próprias partes (Grandesso, 2000; Capra 1996; 1987).

Outro importante princípio define sistema como uma *totalidade* integrada cujas propriedades não podem ser reduzidas às partes menores. São complexos de elementos em interação sendo que as propriedades sistêmicas são destruídas quando o sistema é dissecado (Vasconcellos, 2002b; Grandesso, 2000). “As relações são o que dá coesão ao sistema todo, conferindo-lhe um caráter de totalidade ou globalidade, uma das características definidoras do sistema” (Vasconcellos, 2002b, p.199).

Uma terceira propriedade importante do sistema é de interdependência entre todos os elementos e sobre como influenciam uns aos outros. Esta influência bilateral é chamada de *circularidade* ou *recursividade*. O pensamento circular, contraposto à concepção linear de causa e efeito, leva em conta as relações entre as partes, de forma que a análise de uma das partes não serve de substrato para se pensar o todo. Uma mudança em uma das partes afeta o todo e este se auto-regula, através de uma série de correntes de *feedbacks*, a fim de fornecer estabilidade ou mudança ao sistema (Vasconcellos, 2002b; Grandesso, 2000).

Além disso, uma ação se repete somente se existirem condições facilitadoras de *retroalimentações* ou também chamado *feedbacks* que colaboram para a perpetuação de padrões interacionais no sistema. Desta forma, entende-se

que os eventos e comportamentos formam ao longo do tempo padrões repetitivos e constantes, funcionando para equilibrar o sistema e permitir que ele se perpetue e se transforme de um estágio de desenvolvimento para o outro (Vasconcelos, 2002; Minuchin, 1982). Os mecanismos de retroalimentação garantem o funcionamento circular do sistema. “Enquanto os *feedbacks negativos* funcionam para manter a *homeostase* ou *morfoestase* sistêmica, os *feedbacks positivos* respondem pela mudança sistêmica ou morfogênese” (Grandesso, 2000, p. 121).

Homeostase e *morfogênese* são princípios contrários e fazem parte do funcionamento dos sistemas abertos, como os sistemas vivos. A *homeostase* ou *morfoestase* define-se como um processo de auto-regulação que mantém a preservação do funcionamento e estabilidade do sistema, protegendo-o das mudanças que possam destruir sua organização, através de *feedbacks negativos* que corrigem os desvios do funcionamento frente as mudanças do meio. Já a *morfogênese* consiste na capacidade do sistema de se adaptar às situações de mudanças do meio através de seqüências de *feedbacks positivos* que amplificam o desvio de modo que o sistema, adaptando-se às condições do contexto, consiga sobreviver (Grandesso, 2000).

Nesta visão, o sujeito passa a ser percebido como uma organização emergente da dinâmica da trama relacional de sua sociedade. É partícipe ativo e co-artífice do mundo em que vive em múltiplas redes de conexões sociais: familiares, laborais recreativas, políticas, culturais, entre outras.

Um sistema social é capaz de se auto-organizar e dispõe de recursos poderosos derivados dos vínculos afetivo-sociais, sendo impossível ter com o sistema uma interação instrutiva e neutra, isenta de subjetividade. Pelo contrário, o cientista interage com ele, sem querer conduzi-lo a uma meta pré-determinada por suas convicções pessoais, teóricas ou técnicas, lidando tranqüilamente com a imprevisibilidade das direções que o sistema pode assumir. O pesquisador baseado neste paradigma, ao focalizar as relações entre os elementos do sistema, propiciará a redefinição do problema, passando a analisá-lo em relação aos elementos envolvidos (Aun, Vasconcellos e Coelho, 2005). Já não é simplesmente um dominador e explorador da natureza, e sim um sujeito do conhecimento, que

conhece o mundo reconhecendo-se como parte de todo conhecimento de cuja co-construção participa e de toda “realidade” que emerge em seus espaços de intersubjetividade (Najmanovich, 2002).

É também importante situar neste referencial epistemológico o entendimento que se tem de saúde nesta pesquisa. A abordagem sistêmica oferece importantes contribuições para a área da saúde, pois a compreensão da complexidade dos seres vivos precisa ser levada em conta na produção da saúde humana. Parte do entendimento de que há uma dinâmica interação entre os elementos do ecossistema e o bem-estar humano que exige novas metodologias de abordagem para a articulação entre os componentes da saúde, as questões sociais e o meio ambiente (Minayo, 2006c).

Pela afinidade epistemológica que também leva em conta a complexidade, entende-se também saúde a partir do paradigma que a concebe como um processo de produção social que expressa a qualidade de vida de uma população, entendendo-se qualidade de vida como a condição de existência dos homens no seu viver cotidiano individual, familiar e coletivo (Mendes, 1996).

De acordo com Minayo (2006a), saúde é um processo e as sociedades fazem escolhas conscientes e inconscientes para assegurar as condições nas quais as pessoas podem ser saudáveis. Este conceito sociológico de saúde retém ao mesmo tempo suas dimensões biológicas, estruturais e políticas e contém os aspectos histórico-culturais e simbólicos de sua realização.

Segundo a autora acima o pensamento sistêmico é ainda incipiente nos estudos em Saúde Coletiva por desconhecimento de que não é sinônimo das teorias funcionalistas que utilizam a metáfora do organismo biológico. “Ele traz ao contrário, a possibilidade de ter um olhar mais abrangente e complexo que atravessa as interconexões entre o biológico, o social e o ambiental” (Minayo, 2006c, p.138).

Nas teorias sistêmicas são as relações que precisam ser apreendidas, na busca de compreensão dos sentidos das mudanças, cujos rumos não são previstos, porque se abrem várias possibilidades e não há um retorno ao momento inicial, mas a possibilidade de retrocesso como de criação de maior complexidade

auto-organizativa. Minayo (2006c) afirma que enquanto no funcionalismo a realidade é concebida como um todo que busca sempre a homeostase, as teorias sistêmicas concebem todos os seres vivos como parte de uma totalidade com uma hierarquia e códigos próprios em constantes e permanentes interações entre elementos biológicos, até organizações sociais e políticas e podem estar longe do equilíbrio.

3.2. A FAMÍLIA COMO UM SISTEMA

Apresentamos neste tópico a compreensão da dinâmica familiar através da Teoria Relacional Sistêmica fundamentada pelo pensamento sistêmico, amplamente utilizado no entendimento da interface entre o desenvolvimento humano, a família (Dessen e Braz, 2005; Carter & McGoldrick, 2001; Dessen, 1997), a comunidade e outros sistemas humanos; e na psicoterapia relacional sistêmica no âmbito individual, casal e familiar (Vasconcellos, 2002; Carter & MacGoldrick, 2001; Papp, 1992; Andolfi, Angelo, Menghi & Nicolo-Corigliano, 1989; Minuchin, 1982). A Teoria Relacional Sistêmica, corpo teórico da Terapia Relacional Sistêmica proporciona bases teóricas para compreensão das relações interpessoais presentes na dinâmica das configurações do sistema familiar e de outros sistemas humanos.

Primeiramente é importante explicitar a intencionalidade do uso do termo *dinâmica relacional da família* no objetivo geral deste estudo. Entende-se que o termo ***dinâmica relacional***, adjetiva o que a teoria sistêmica entende sobre a maneira como a família se relaciona e interage ao longo das gerações e como seus membros se afetam recursivamente.

Nesta trama, relação e interação revelam nuances diferentes na maneira como os sujeitos estão conectados. O termo relação pressupõe ligação que se mantêm à distância e que não implica necessariamente uma ação presente entre as pessoas (Andolfi, 1996; Giacometti, 1981). Diz respeito a características da subjetividade que não são diretamente observáveis, mas que são repetições das relações das gerações presentes e passadas, mesmo as que não foram reveladas

(Andolfi, 1996). Já o termo interação pressupõe uma ação observável e implica necessariamente em troca no aqui e agora com a presença dos sujeitos envolvidos (Andolfi, 1996; Giacometti, 1981).

Ficará mais claro, através da fundamentação teórica a seguir, por que a denominação *relacional* é importante, pois diferencia outros enfoques sobre a dinâmica familiar, como o psicanalítico, que privilegia os aspectos intrapsíquicos de cada membro da família não trazendo no mesmo nível de análise aspectos as condições do contexto. Por sua vez, o pensamento sistêmico aplicado para pensar os problemas humanos gerou uma mudança de foco do indivíduo para os sistemas humanos, com ênfase nas interações entre seus membros, portanto do intrapsíquico para o inter-relacional (Grandesso, 2000).

Transportando as idéias desta teoria ao entendimento da família, esta é entendida como um sistema social complexo, ativo, auto-regulador e em constante transformação, que se altera com o passar do tempo para assegurar sua auto-perpetuação, e que ao mesmo tempo em que se mantêm enquanto uma unidade coesa, também assegura o crescimento psicossocial, a diferenciação, e a individuação de cada um de seus componentes (Boszormenyi-Nagy e Spark, 2003; Andolfi, Ângelo, Menghi e Nicolo-Corigliano, 1989; Minuchin, 1982).

A família é compreendida, como uma pequena sociedade cujos membros têm vínculos emocionais e uma história compartilhada (Minuchin; Colapinto e Minuchin, 1998). Segundo Minuchin (1982), a família tem como funções atuais, a proteção psicossocial de seus membros, a socialização e transmissão da cultura da qual faz parte, sendo que estas funções são suscetíveis às mudanças sociais de cada época histórica. Nessa perspectiva, a família deve ser vista em seu contexto social, sem o qual qualquer análise de sua dinâmica emocional poderá ser errônea ou incompleta.

Como outros sistemas vivos, as famílias são sistemas abertos em constante troca com o meio social, nos quais mudanças e reorganizações fazem parte do ciclo de vida. Tais mudanças se caracterizam como transições em que todos os membros do sistema participam. Recursivamente, a mudança em uma parte do sistema provoca mudanças em todas as outras partes e no sistema como um

todo, sendo que neste processo o ciclo de vida individual e o ciclo de vida familiar se entrecruzam de maneira complexa (Minuchin, 1985; Minuchin, 1982).

Qualquer sistema é perpetuado por padrões de relação e interação que mantêm a estabilidade do sistema e os elementos que fazem parte são interdependentes (Vasconcelos, 2002). Desta forma, tais padrões regulam o comportamento e o desenvolvimento dos membros do sistema familiar, de modo que nenhum deles pode ser compreendido como completamente independente, mas como elemento que deve ser visualizado no contexto (Minuchin, 1985).

Os comportamentos diferentes do esperado para os padrões do sistema familiar são regulados por meio de feedbacks corretivos que reestabilizam o equilíbrio do sistema e permitem constância das relações entre os membros e o meio. Tais processos fazem parte da auto-regulação e são, em sua maioria, adaptativos e voltados para proteção de mudanças que possam destruir sua organização (Vasconcelos, 2002; Minuchin, 1985).

Nesta perspectiva, em qualquer tipo de arranjo familiar, a questão da organização está presente segundo uma hierarquia com regras estabelecidas em relação ao status e poder de cada membro, cada qual com funções diferentes relacionadas intergeracionalmente, ou seja, entre as gerações da família. Nenhuma pessoa é considerada como possuidora de um controle unilateral sobre qualquer outra, pois o controle está na maneira pela qual o circuito relacional está organizado de forma circular. O indivíduo influencia seu contexto e é por ele influenciado, em seqüências de ações recursivas.

Esta concepção implica a percepção de uma circularidade e complementaridade entre os elementos da família e do meio social, entendendo que cada um tem seu papel, sua função e responsabilidade na manutenção da estrutura e dinâmica familiar atual e, por conseguinte, interfere na saúde ou doença de seus componentes (Minuchin; Colapinto e Minuchin, 1998; Papp, 1992).

3.2.1. Estrutura e Dinâmica Familiar:

A dinâmica relacional familiar está ancorada na estrutura e na dinâmica que não podem ser pensadas de forma separadas. Nesse entendimento, auxilia pensar na metáfora da moeda em que num lado temos a estrutura, ou seja, a forma que a família se organiza em termos de sua configuração; e no outro lado temos o funcionamento, ou seja, a estrutura da família em ação. Estas facetas interligadas mutuamente, geram significação para caracterização da dinâmica relacional da família (Moré, 2007).

Como teórico que criou o Modelo Estrutural dentre as modalidades da Terapia Familiar Sistêmica, Minuchin (1982) definiu a **estrutura familiar** como sendo o conjunto visível e invisível de regras funcionais governadas pelos padrões transacionais da família, definidos por pautas de interação recorrentes.

Para Berthoud (1997), baseando-se no modelo estrutural proposto por Minuchin, a **estrutura familiar** compreende características objetivas que permitem dar configuração ao grupo familiar, tais como número de componentes, sexo, idade, religião, moradia, nível econômico, profissão, escolaridade, tipo e tempo de casamento, quem trabalha, cor, raça, background étnico e cultural.

Outro conceito importante deste modelo é de funcionamento familiar, que diz respeito à dinâmica das fronteiras estabelecidas entre os subsistemas da família. (Minuchin; Colapinto e Minuchin, 1998; Minuchin, 1982). A **dinâmica familiar** forma de funcionamento da família, abrangendo motivos que viabilizem esse funcionamento e relações hierárquicas estabelecidas com relação ao poder e que compreende o “ideal da família, papéis familiares, relações hierárquicas e processo emocional de transição” (Berthoud, 1997, p.158). Compreende as características subjetivas referentes à maneira como os membros familiares se relacionam como estabelecem e mantêm vínculos, como lidam com problemas e conflitos, os rituais que cultivam a qualidade das regras familiares, a definição de sua hierarquia e o delineamento dos papéis assumidos pelos membros da família.

Entende-se, portanto nesta teoria que a estrutura familiar envolve uma organização, determinada pelas funções de cada membro, que intrinsecamente implica um funcionamento, que evidencia a trama das relações.

Nesta trama estão implicados os padrões familiares regidos por regras que por sua vez governam o funcionamento dos membros da família, delineando sua gama de comportamento e facilitando sua interação (Minuchin; Colapinto e Minuchin, 1998). “Transações repetidas estabelecem padrões de como, quando e com quem se relacionar e (...) regulam o comportamento dos membros da família” (Minuchin, 1982, p.57). No entanto, quando as circunstâncias mudam; devido alterações geradas por estressores internos ou externos; a estrutura familiar deve ser capaz de se adaptar, e ter flexibilidade para mobilizar padrões alternativos para se reestruturar.

3.2.1.1. Fronteiras e Padrões Transacionais Relacionais dos Subsistemas Familiares:

As interações familiares são conduzidas por fronteiras emocionais que separam os subsistemas inseridos num sistema mais amplo, governados por regras e padrões implícitos. Para Minuchin (1982), a família é um sistema hierarquicamente organizado, constituído por diversos subsistemas em constante relação e/ou interação como, o conjugal (marido e mulher), parental (pais e filhos) e o fraternal (entre irmãos), sendo que a mudança de um de seus subsistemas atinge o sistema familiar como um todo.

As interações das pessoas com e entre os subsistemas são reguladas por padrões recorrentes e estáveis que são criados e mantidos por todos os participantes e mudam ao longo do tempo em decorrência do desenvolvimento individual, familiar ou de fatores externos da rede social mais ampla.

As **fronteiras** são as regras que definem quem participa e como, com a função de proteger a diferenciação do sistema, e podem se apresentar de forma *nítida*, *difusa* ou *rígida*, sendo que respectivamente podem manter os membros *próximos*, *desligados* ou *emaranhados*. Estes padrões transacionais relacionais,

dependendo da sua intensidade, podem ser mais ou menos funcionais, de forma mais ou menos cristalizada no sistema familiar (Nichols e Schwartz, 1998; Minuchin, 1982).

Cada subsistema precisa ter bem definida sua função e que exigências serão feitas a seus membros. É o que Minuchin (1982) chama de **fronteira nítida**. Uma fronteira é definida como *nítida* quando os limites estão suficientemente bem definidos “para permitir contato entre os membros dos subsistemas e que levem a cabo as suas funções, sem interferência indevida”, mas permitindo transações flexíveis entre os subsistemas (Minuchin, 1982, p.59). Exemplificando, no caso do subsistema parental, são os pais que educam as crianças, que por sua vez quando forem adultos, educarão as crianças das gerações futuras.

Este modo de funcionamento promove um padrão de relacionamento saudável, ou também chamado de **relacionamento harmônico** definido como a experiência emocional de união entre dois ou mais membros familiares que nutrem sentimentos positivos um para com o outro e que possuem interesses, atitudes ou valores recíprocos. Inclui diferenciação dos membros entre si e com suas famílias de origem (Wendt, 2006). Por exemplo, um filho mais velho poderá ajudar nos cuidados com seus irmãos menores, mas a autoridade e a responsabilidade pelas tarefas inerentes à educação e cuidados com todos os filhos são de exclusividade dos pais (Piszezman, 2006).

De forma diferente, as fronteiras também podem se apresentar como *difusas* ou *rígidas*, quando a comunicação entre os subsistemas se torna difícil e as funções protetoras da família ficam prejudicadas. Na **fronteira rígida**, os subsistemas funcionam de uma forma autônoma e pode haver um senso distorcido de independência, carecendo entre os membros sentimentos de lealdade e de pertencimento, prejudicando a solicitação de apoio quando necessário. Há pouca ou nenhuma abertura para questionamento das regras que autoritariamente são exigidas em serem cumpridas.

Famílias com fronteiras rígidas apresentam funcionamento de desligamento, configurando **relacionamento distante** entre seus membros, há pouca capacidade adaptativa frente às mudanças exigidas em cada ciclo de vida,

sendo necessários níveis elevados de stress para acionar o apoio dos demais membros (Andolfi, Ângelo, Menghi e Nicolo-Corigliano, 1989; Minuchin, 1982). “Os papéis são tão rigidamente definidos que impedem a comunicação entre os membros da família. Por exemplo, um pai pode levar ao extremo sua função de chefe da família e tornar-se distanciado e isolado, impedindo que a esposa ou os filhos possam travar qualquer diálogo com ele” (Piszezman, 2006, p. 153).

Por sua vez, a **fronteira difusa** é considerada quando há indefinição, indiferenciação ou inexistência de limites entre os subsistemas. O comportamento de um membro afeta imediatamente os outros, ressoando em todos os subsistemas, apresentando o que Minuchin (1982) denomina de funcionamento emaranhado da família e que configura forma de **relacionamento muito estreito superenvolvimento** ou **fusional** (Bowen, 1991). Há grande proximidade entre os membros que integram a família, com intensa interação, mas há falta de diferenciação entre eles. No superenvolvimento há fusão e dependência emocional entre os membros familiares. Não há um nível de diferenciação entre os membros que permita a coexistência entre pertencimento e separação, predominando a noção de pertencimento (Bowen, 1991).

A fusão provém de fronteiras difusas estabelecidas entre si mesmo e os outros e pode conduzir à indiferenciação emocional, perceptiva e intelectual e à invasão dos territórios materiais dos diversos membros da família. Nestas famílias os membros confundem suas funções, eliminando os limites das fronteiras. Por exemplo, um filho assumindo a função paterna, ou um dos pais agindo como se fosse um dos filhos do casal (Piszezman, 2006).

Esta dinâmica pode produzir um aumento exacerbado do sentimento de pertencimento ao grupo. Esse sentimento implica uma significativa renúncia à exploração da autonomia e domínio de problemas e pode se transformar em um importante fator de desenvolvimento de sintomas e inibição de habilidades cognitivo-afetivas. Nessa situação cada um passa a pensar e a sentir no lugar do outro, “acossando a intimidade com a transgressão contínua das distâncias próximas; isto se acompanha de manifestações patológicas variadas:

somatizações, transtornos de comportamento, das condutas alimentares, etc” (Miermont, 1994, p.286).

O processo de separação e individuação requer que a família passe por períodos de desorganização, confusão e incertezas à medida que o equilíbrio de um estágio é rompido em preparação para um estágio mais adequado. A desorganização será diretamente proporcional ao significado e objetivo da mudança e à conseqüente reestabilização.

Contudo, um novo equilíbrio somente poderá ser alcançado se a família for capaz de tolerar a diferenciação de seus membros e a indiferenciação do sistema pode facilmente restringir as capacidades de adaptação diante de stress (Andolfi, Ângelo, Menghi e Nicolo-Corigliano, 1989; Miermont, 1994). Isto também pode levar a forma de **relacionamento fundido e conflitual** caracterizado por estreita dependência emocional e presença constante de conflitos entre os membros familiares (Wendt, 2006).

Minuchin (1982) coloca que as maiorias das famílias apresentam subsistemas com funcionamentos emaranhados e desligados, e ambos os tipos de relações causam problemas familiares. Conforme Haley (1979), quando uma pessoa apresenta sintomas, é porque a organização hierárquica da família está confusa. Isto ocorre por alianças, triangulações, coalizões, conflitos, rompimentos e relações vulneráveis em vários níveis de uma hierarquia, muitas vezes de forma secreta, e ao longo das gerações da família, que geram tensões subjetivas no sistema, devido à organização de seqüências de comportamento repetitivas e estereotipadas. “É exatamente uma seqüência rígida, repetitiva, e de uma amplitude estreita que define uma patologia” (p. 104).

Quando surgem situações de desequilíbrio do sistema, é comum que os membros da família achem que os outros estão quebrando as regras estabelecidas, desencadeando reivindicações de lealdade familiar (Minuchin, 1982). Analisando detidamente o significado, Boszormenyi-Nagy e Spark (2003) colocam que a lealdade dependerá da posição de cada indivíduo perante a história transgeracional da família. As **lealdades invisíveis** são como dívidas que consistem em manter a integridade familiar. Nas palavras destes autores: “Os

compromissos de lealdade são como fibras invisíveis, mas resistentes que mantêm unidos fragmentos complexos de “conduta” relacional, tanto nas famílias como na sociedade em seu conjunto”⁵ (p.57).

É certo que nas famílias são transmitidas pautas transgeracionais, muitas vezes patogênicas, regidas por leis de regularidade e preditibilidade da rede de hierarquia, próprias dos sistemas humanos, e a patologia diz respeito justamente, a quebra, mesmo que encoberta, destas lealdades familiares (Boszormenyi-Nagy e Spark, 2003). As lealdades invisíveis são à base das alianças, coalizões e triangulações.

A **coalizão** é uma forma de relacionamento caracterizado como uma propriedade específica das díades e “consiste na aliança de duas pessoas contra uma terceira” (Miermont, 1994, p.114). Por sua vez a **aliança** é uma forma de relacionamento em que dois membros se unem para alcançar um objetivo comum. Embora o termo suscite interações positivas, trata-se de uma ligação baseada nas lealdades invisíveis que interferem, também, no processo de diferenciação, porém em menor grau que o superenvolvimento (Boszormenyi-Nagy, 2003).

Já a **triangulação** é a configuração emocional de três pessoas, na qual a tensão entre duas pessoas membros de um sistema (o conjugal dos pais, por exemplo) atinge um nível insuportável e uma terceira pessoa, habitualmente um filho, é ‘triangulado’ para reduzir a tensão no seio do sistema em conflito, até que ela atinja um nível mais tolerável. Esta trama tem como objetivo evitar ou negar um conflito para proteção do sistema e se reencontre uma unidade em torno do terceiro elemento que passa a apresentar “problemas” por justamente ter de absorver a tensão e desviar o foco do que realmente teria que ser enfrentado (Meynckens-Fourez, 2000). A triangulação cumpre então a tarefa de aliviar a tensão para resolução do conflito da relação dual (Andolfi, 1989).

O resultado de tal triangulação pode ser o surgimento de coalizões inadequadas (ao interior ou ao exterior da família) e de um sintoma comportamental indesejável na criança (Bowen, 1991; Miermont, 1994). A pessoa

⁵ “Los compromissos de lealtad son como fibras invisibles pero resistentes que mantienen unidos fragmentos complejos de “conducta” relacional, tanto em las familias como em la sociedad em su conjunto.” (Boszormenyi-Nagy e Spark, 2003, p.57)

'triangulada' cumpre, desse modo, uma função periférica de regulação da tensão existente entre outras duas e, "na ausência de conflito explícito, encontra-se em um estado de insegurança e mesmo de sofrimento emocional. Em caso de conflito, o embaraço, ou o sofrimento, desvia-se e é transferido para os membros da díade, enquanto o terceiro vê-se aliviado" (Miermont, 1994, p.571).

Os conflitos podem levar a **rompimentos**. O rompimento é um relacionamento em que é mantida a ligação emocional entre as pessoas, apesar de não haver contato entre elas. Já no relacionamento vulnerável não há conflito explícito, mas, entretanto, apresentam risco de haver conflitos em condições adversas ou fases de transição (Bowen, 1991).

Na trama relacional pode-se identificar, quando as fronteiras apresentam-se difusas e/ou rígidas, **filhos parentais**, ou seja, quando um filho ocupa o papel dos pais para cuidar dos irmãos, ou até mesmo 'ser pais de seus próprios pais' (Meynckens-Fourez, 2000, p.37; Boszormenyi-Nagy, 2003). "A diferença das gerações se inverte e a criança parentalizada assume sentimentos de responsabilidade e culpabilidade, no contexto de uma desordem familiar cada vez maior. A competência que desenvolve muito pesada para ela, priva-a, ao mesmo tempo, das relações fraternas e da proteção parental. Por seu lado, o genitor se sente cada vez mais incompetente, e sua fragilidade passageira pode se tornar crônica" (Meynckens-Fourez, 2000, p.38). Estas crianças se não puderem futuramente se distanciar das diferentes emoções negativas que as levaram a agir de forma 'superfuncionante', super-exigente, correm o risco de reproduzir o mesmo modo relacional em suas relações conjugais, parentais, dentre outras, e em situações muito cristalizadas podem desenvolver problemas psicológicos, físicos e sociais, como por exemplo, tornarem-se agressores (Meynckens-Fourez, 2000).

O **relacionamento conflituoso** caracteriza-se pelas relações nas quais há constantes atritos que geram muita ansiedade e desavenças no meio familiar, traduzidos por dificuldades de comunicação, tais como desqualificações e desconfirmações do outro, podendo evoluir para padrões de comunicação simétricos capazes de gerar violência. Nas relações simétricas os sujeitos estão

no mesmo pé, acentuando as semelhanças, com o conseqüente perigo da escalada simétrica, na qual cada um na relação tenta conquistar a supremacia sobre o outro (Watzlawick, Beavin e Jackson, 1973).

3.2.2. Ciclo Vital da Família e Desenvolvimento Familiar

Como visto anteriormente, a família é o contexto primário de desenvolvimento humano. Partindo desta argumentação, concebe-se que o desenvolvimento individual desdobra-se dentro do desenvolvimento dos ciclos de vida da família (Dessen e Braz, 2005; Carter e McGoldrick, 2001). Oferecendo uma visão do ciclo de vida em termos do relacionamento intergeracional na família, Carter e McGoldrick (2001), referem que a perspectiva do ciclo vital entende o desenvolvimento humano em interdependência com as fases e transições vivenciadas pela família. Os estudos sobre o ciclo vital da família permitem conhecer aspectos do funcionamento da família em relação aos problemas que possam apresentar ao longo do tempo, e formula questões “acerca do curso que a família seguiu em seu passado, sobre as tarefas que está tentando dominar e do futuro para o qual está se dirigindo” (p.8). Além disso, estes estudos são importantes para a compreensão dos problemas emocionais, levando-se em conta que estes se desenvolvem à medida que as pessoas se movimentam juntas ao longo da vida.

Segundo Bronfenbrenner (2002), pensador da Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano, “ocorre uma transição ecológica sempre que a posição da pessoa no meio ambiente é alterada em resultado de uma mudança de papel, ambiente ou ambos” (p.22). Bronfenbrenner (2002) também afirma que as transições ecológicas se constituem como um experimento natural conveniente para pesquisa e o estudo sistemático dos fenômenos desenvolvimentais. As transições geram mudanças na percepção que as pessoas têm de si mesmas e dos outros, bem como das relações que estabelecem com outros significativos. As transições ocorrem durante todo o período de vida e são consideradas normativas e previsíveis quando são esperadas dentro do ciclo de vida da família, de acordo

com a cultura ou subcultura (ex. nascimento dos filhos). As transições consideradas não-normativas e imprevisíveis são aquelas não esperadas ou as esperadas que ocorrem fora do tempo previsto (ex. doença e gravidez na adolescência).

Segundo Carter e McGoldrick (2001), embora o processo familiar não seja de forma alguma linear, ele existe na dimensão do tempo, geralmente envolvendo simultaneamente, três ou quatro gerações convivendo juntas, que tentam se acomodar e se adaptar às transições do ciclo de vida. Os pontos de transição referem-se a momentos de passagem de um ciclo para o outro e exigem dos membros da família o exercício de novos papéis e funções, que geram estresses familiares, e freqüentemente criam rompimentos e produzem sintomas e disfunção.

A visão desenvolvimental da família em fases e transições, com tarefas diferentes permite a sua descrição no decorrer do tempo e ser estudada sob diversos ângulos. Autores como Carter e McGoldrick (2001), Cerveny, e Berthoud (1997), abordam estas fases de forma semelhante, porém com acréscimos ou subtrações do número de etapas ou pontos de transição.

O ciclo de vida familiar, segundo Carter e McGoldrick (2001) desenvolve-se em seis fases a considerar: 1) Jovens adultos solteiros; 2) O novo casal; 3) Família com filhos pequenos; 4) Família com filhos adolescentes; 5) Lançando os filhos e seguindo em frente; e 6) Famílias no estágio tardio da vida.

De forma particular, em pesquisa com famílias brasileiras, Cerveny, Berthoud e colaboradores (1997) descrevem o ciclo em quatro fases: 1) Fase de Aquisição; 2) Fase Adolescente; 3) Fase Madura; e 4) Fase Última. Será utilizado nesta pesquisa as denominações de Cerveny e Berthoud aliado ao entendimento de Carter e McGoldrick.

Apesar destas propostas de compreensão do ciclo vital familiar não incluem características próprias dos arranjos familiares com estruturas como as monoparentais, famílias recasadas, dentre outras com as especificidades de diferentes contextos sócio-culturais, elas ilustram as interconexões entre o

desenvolvimento da família e o desenvolvimento do indivíduo (Dessen e Braz, 2005).

Será comentado um pouco sobre cada momento do ciclo vital familiar, pois as famílias em estudo neste trabalho apresentam cada qual uma configuração familiar diferente e foram levantadas informações sobre no mínimo três gerações da família extensa, cada qual vivenciando um momento próprio do ciclo vital. Ou seja, uma família pode ter em vida três ou quatro gerações, e cada qual em um momento do ciclo vital familiar, afetando-se recursivamente.

Segundo Carter e McGoldrick (2001), a fase do jovem solteiro marca a busca da diferenciação do eu em relação à família de origem. Este é o período de escolher o que vão levar o que vão deixar da família de origem, bem como, o que vão construir sozinhos. É o momento de estabelecer objetivos pessoais, antes mesmo de juntar-se a outra pessoa e formar um novo subsistema familiar.

Na fase do novo casal (Carter e McGoldrick, 2001), Nichols & Schwartz (1998), denominada como **Fase de Aquisição** por Cerveny e Berthoud (1997), a tarefa de constituir um casal é a mais difícil do ciclo familiar. A dinâmica do casamento tem sofrido inúmeras transformações, desde o adiamento de ter filhos por vários anos após o casamento ou mesmo casar já grávidos ou com filhos, aumentando assim, as dificuldades a tornar-se casal, independente de ritos do casamento civil ou religioso.

Neste momento tem-se, dentre outras, a tarefa de separação da família de origem através do exercício de autonomia, do desenvolvimento de regras próprias e de negociações relacionais com a família do cônjuge. Conforme Carter e McGoldrick (2001), a escolha do parceiro está correlacionada com as lealdades com a família de origem que poderão influenciar positivamente ou negativamente na formação das próprias regras do novo casal, dependendo de como estas estão estabelecidas e/ou resolvidas. A não funcionalidade desta etapa está baseada nas formas de alianças rígidas com os pais, na competitividade entre os cônjuges estabelecendo uma escala simétrica relacional, ou seja, quem manda mais, quem pode mais.

Na Fase de Aquisição ou Fase de filhos pequenos, o nascimento de um novo membro solicita mudanças estruturais. A atenção da família está voltada para os novos pais e o filho pequeno, numa fase de grandes mudanças e desafios aos relacionamentos. Portanto, tornar-se progenitor é o fato que identifica esta fase. Esta nova função é constituída pelos aspectos psicológicos, sociais, e é mais do que um vínculo entre duas gerações. Requer do casal, uma revisão do contrato matrimonial buscando-se um equilíbrio entre os papéis conjugal e parental, criando assim, espaço para o filho.

Uma família pode ter dificuldade de estabilizar fronteiras firmes entre o subsistema conjugal e o subsistema parental, não respondendo de forma flexível às necessidades de seus filhos. Pode também acontecer de que incapazes de conter o conflito conjugal no subsistema marido e mulher, os pais utilizem a criança em funções mediadoras para tamponar o conflito existente, estabelecendo relação triangulada ou de coalizão entre cônjuges e filho.

Em seus estudos Dessen e Braz (2005a) colocam que os casais são mais capazes de se ajustarem à parentalidade quando seus relacionamentos forem satisfatórios. Casamentos nos quais os cônjuges sentem-se satisfeitos estão positivamente ligados à sensibilidade parental e os parceiros possuem maior coerência entre si e com seus filhos, enquanto a discórdia marital está relacionada a estilos parentais pobres e desfavoráveis às crianças. Quanto mais dificuldades o casal tem para se reorganizar e dividir as tarefas domésticas e de cuidado com o bebê, maior a diminuição da satisfação marital e risco de separações e divórcio.

Sabe-se que a incidência de divórcios ou separações é grande principalmente após o nascimento do primeiro filho. Com a chegada de mais filhos, os subsistemas conjugal e fraterno vão-se organizando com o passar do tempo. As relações fraternas relembram também, aquela dos pais com seus irmãos e irmãs de suas famílias de origem (Meynckens-Fourez, 2000). Isto será refletido tanto na relação do subsistema parental quanto no conjugal.

Além disso, este estágio tem um significado diferente para o homem e a mulher, pois conforme Carter e McGoldrick (2001), enquanto “sentir-se mãe” é algo esperado desde o início da gestação, “sentir-se pai” muitas vezes ocorre

após o nascimento do filho e apresenta impacto diverso na vida do homem e da mulher. Os padrões não funcionais nesta etapa podem emergir quando acontece uma parada no crescimento relacional do casal, triangulação com o filho ou quando a comunicação acontece através deste.

A **Fase Adolescente** da família (Cervený e Berthoud, 1997) ou também denominada fase de filhos adolescentes (Carter e McGoldrick, 2001), é caracterizada pelo momento familiar onde está ocorrendo um processo de transição tanto no desenvolvimento dos filhos, quanto dos pais. Na maioria destas famílias, os pais estão se aproximando da meia-idade e seu foco está nas questões maiores do meio de vida como, por exemplo, de reavaliar o casamento e a carreira profissional. Por outro lado, os filhos estão também em momentos de transições e mudanças inerentes aos aspectos da adolescência como a iniciação sexual, os riscos de violência, início de novos hábitos, escolha profissional, dentre outros. Esta fase exige mudanças estruturais e renegociações de papéis nas famílias, na qual a flexibilidade é a chave do sucesso para todo sistema (Carter e McGoldrick, 2001; Cervený e Berthoud, 1997).

Os conflitos podem emergir quando há dificuldade para reorganização hierárquica, a falta de acordo dos pais no estabelecimento de novas regras ou pela paralela crise de meia-idade. Outros aspectos também sinalizados pelos autores já citados referem-se aos padrões disfuncionais desta fase, relacionados à expulsão ou retenção dos filhos na tentativa de soluções que funcionaram no passado e não mais funcionam (Carter & McGoldrick, 2001).

Na fase de lançamento dos filhos, também denominada “ninho vazio” (Carter e McGoldrick, 2001), ou **Fase Madura** (Cervený e Berthoud, 1997), é marcado pela emancipação e saída dos filhos de casa e em muitas famílias coincide com o processo de aposentadoria dos cônjuges, ou mesmo com perdas de membros das gerações anteriores. É a fase nos quais relacionamentos ocorrem de adultos para adultos. O aspecto mais relevante nesta fase é que nela ocorre o maior número de saídas e entradas de membros nas famílias, começando com o lançamento dos filhos adultos para vida e prosseguindo com a entrada de seus cônjuges e filhos. Portanto, nesta etapa do ciclo de vida, há a

necessidade de adaptação a estas mudanças do contexto familiar, associadas às situações, como por exemplo, de tornarem-se avós, bem como, em muitos casos iniciarem os cuidados para com seus pais (Carter e McGoldrick, 2001).

Um padrão disfuncional pode ocorrer nesta fase em situações de não solidificação do casamento, e quando não é possível um novo investimento. Os pais em alguns casos se mobilizam para segurar o filho caçula, ou mesmo passam a controlar e impor normas no casamento dos filhos e deixam de reestruturar as suas vidas, já que não há mais preocupação por responsabilidades paternas, como nas fases anteriores (Carter e McGoldrick, 2001).

A família, na fase tardia da vida (Carter e McGoldrick, 2001) ou **Fase Última** (Cervený e Berthoud, 1997), tem como tarefa o enfrentamento de desafios no que diz respeito às mudanças com a aposentadoria, a viuvez, a condição de avós e as doenças. Estas mudanças requerem apoio familiar para auxiliar no ajustamento das perdas, na reorientação e reorganização do sistema. Os conflitos nesta fase podem acontecer nos casos em que existam dificuldades na elaboração das perdas e de encontrar novo espaço e apoio no contexto familiar. O ajustamento desta fase, assim como das outras do ciclo vital da família, está atrelado à flexibilidade na estrutura, papéis e respostas a novas necessidades e desafios desenvolvimentais.

Finalizando, dentre as transições não-normativas ou imprevisíveis, a doença aparece como um processo dinâmico e complexo em que uma diversidade de aspectos (biológicos, econômicos, sócio-culturais e psicológicos), provoca um impacto decisivo no ciclo vital da família, tendo as mais variadas conseqüências, gerando novas referências de ação e comunicação entre os membros de um sistema familiar (Bronfenbrenner, 2002; Carter e McGoldrick, 2001).

Enquanto um momento não previsível no ciclo vital, a doença aparece como um momento que estremece a vida da família. Segundo Brown (2001), as famílias em que um dos membros está acometido por uma doença sofrem stress prolongado, sentimentos de impotência e incerteza em relação ao curso da doença, sendo que o estado de incerteza pode esgotar emocionalmente a família.

Dentre as repercussões da doença de crianças na família, Castro e Piccinini (2002) referem que as relações entre os pais e as crianças tendem a ser permeadas pela superproteção, medo relacionado ao futuro da criança e culpa pelo seu adoecimento. Os irmãos da criança enferma, também podem desenvolver sintomas somáticos, depressão, dificuldades de aprendizagem e comportamento. Os autores destacam que o adoecimento constitui-se como fator de risco para o desenvolvimento físico e psicológico da criança.

Dentre as transições não-normativas, a migração aparece como um processo dinâmico e complexo em que uma diversidade de aspectos (biológicos, econômicos, sócio-culturais e psicológicos), provoca um impacto decisivo no ciclo vital da família, tendo as mais variadas conseqüências, gerando novas referências de ação e comunicação entre os membros de um sistema familiar. Assim como as outras transições ecológicas, exige do indivíduo ou família a aquisição de habilidades novas, o enfrentamento dos obstáculos do ambiente e um tempo de preparação e adaptação. Esta transição pode ser facilitada pela disponibilidade dos recursos pessoais, proteção social e orientação (Moré e Queiroz, 2007).

3.2.3. Resiliência Familiar

Os princípios relacionados sobre a estrutura e dinâmica familiar são genéricos, no entanto, deve-se levar em conta características especiais quando se pensa sobre famílias pobres que são afetadas por múltiplas crises. Em muitas destas famílias, a pobreza, a impotência e a desesperança são existenciais e estão arraigadas nos ciclos familiares destas populações (Minuchin; Colapinto e Minuchin, 1998).

Pensando nestes contextos, segundo Melillo (2005), os estudos sobre a resiliência têm como objetivo defenderem a necessidade de promover as características sadias e protetoras dos sujeitos, para poderem superar as condições vulneráveis que estiverem submetidas. Para o autor, este intento pode ser desenvolvido desde a mais tenra idade, “diretamente com os sujeitos ou por intermédio dos pais, educadores, cuidadores e membros da equipe de saúde, para

obter o desenvolvimento de um sujeito sadio, em uma família recuperada, se possível, numa comunidade interessada em sua ecologia vital: família, comunidade, cultura” (idem, p.12). Desta forma, a resiliência é uma competência que pode ser desenvolvida não somente por um sujeito resiliente, mas por grupos humanos resilientes, sendo a família um exemplo, comunidades resilientes e progressivamente os sistemas mais amplos (Melillo, 2005).

A resiliência⁶ é definida como “a capacidade humana para enfrentar, vencer e ser fortalecido ou transformado por experiências de adversidade”, em que o nível socioeconômico não está relacionado com a possibilidade de seu desenvolvimento (Grotberg, 2005, p.15). De forma similar, Rutter (1987) denominou “resiliência”⁷, como as diferenças individuais na resposta das pessoas ao estresse e adversidade. É um processo que relaciona mecanismos de proteção, que não necessariamente eliminam os riscos, mas encorajam a pessoa a se engajar na situação de superação dos mesmos (Rutter, 1987).

Para Silva, Elsen e Lacharité (2003), o conceito de resiliência faz referência à capacidade do ser humano responder de forma positiva às situações adversas que enfrenta, mesmo quando estas comportam risco potencial para sua saúde e/ou desenvolvimento. Esta é uma idéia que segundo Walsh (1996), contrapõem-se a visão de que os sujeitos que crescem em ambientes adversos estão fadados a se tornarem adultos com problemas.

Neste sentido, o conceito de “*família resiliente*” de Froma Walsh (1996) é muito importante, para pensar que mesmo em situações de miséria, cada família faz sua própria trajetória, e pode desenvolver padrões relacionais positivos no enfrentamento das adversidades a que está exposta. Walsh (1996) refere que a família resiliente se constrói numa rede de relações e de experiências vividas ao longo do ciclo vital e através das gerações, capacitando a família para reagir de forma positiva às situações potencialmente provocadoras de crises e promovendo sua adaptação de maneira produtiva a seu próprio bem estar.

⁶ Termo utilizado originalmente pela física, que se refere à capacidade dos materiais de voltar à sua forma, quando são forçados a se deformar.

⁷ “... resilience the term used to describe the positive pole of individual differences in people’s response to stress and adversity” (Rutter, 1987, p.316).

Para Walsh (1996) essas famílias enfrentam seus períodos de crise, resiste às privações prolongadas e efetivamente se reorganiza por apresentar padrões de vínculos e flexibilidade, sendo mais capazes de administrar privações e mobilizar forças que resultam em formas positivas diante da crise. A promoção da resiliência em famílias deve procurar identificar e implementar os processos-chaves que possibilitam não só a lidarem mais eficientemente com as adversidades permanentes, mas a saírem fortalecidas das mesmas.

Em vários estudos (Werner, 1986; Rutter, 1987; Lewis, Dlugokinski, Caputo, Griffin, 1988) o ambiente familiar apresenta-se como fundamental para a promoção de resiliência, por partirem da concepção que esta se constrói em uma rede de relações e de experiências vividas ao longo do ciclo vital e através das gerações (Silva; Elsen e Lacharité, 2003; Walsh, 1996).

Ressalta-se então a importância do conceito de resiliência para a saúde, pela perspectiva de desconstrução da desesperança atrelada sobre previsões negativas de que as pessoas que vivem em contexto de pobreza e/ou em ambientes em que existe a violência, a drogadição; dentre outros agravos; estão condenadas a desenvolverem problemas. No entanto, como bem pontuam Silva, Elsen e Lacharité (2003), este conceito não deve ser usado para responsabilizar a família para resolver condições cujas soluções são de âmbito macrossociais e de responsabilidade do Estado no exercício de proteção social aos cidadãos.

Será discutido um pouco mais sobre as implicações da resiliência como fator de proteção para o desenvolvimento da saúde criança no capítulo mais adiante sobre fatores de risco e proteção para desnutrição na infância.

3.3. A FAMÍLIA COMO QUESTÃO SOCIAL

Como visto até o momento, a família em sua complexidade é concebida como um contexto promotor do desenvolvimento primário, da sobrevivência e da socialização, espaço de transmissão de cultura e significados sociais. Sendo a família o produto do sistema social em muitas variáveis estão presentes, seu entendimento pode ser narrado a partir de diferentes campos de estudo,

resultando em diferentes visões, sem que no entanto, nenhuma das definições seja capaz de abranger o que é a família.

Os estudos históricos sobre o assunto mostram que, sob a denominação de família, existe uma pluralidade de composições que incluem laços sangüíneos, relações não formalizadas por parentesco, família conjugal, família extensa, núcleo doméstico, família não legitimada juridicamente, dentre outras (Cervený, 2000).

Independentemente da diversidade de tipos de famílias na atualidade, prevalece enraizada a tendência em manter o compromisso e suporte social e econômico para que a família ofereça a infra-estrutura necessária para o desenvolvimento da criança. Como afirmam Maurás e Kayayan (1994): “Não resta dúvida de que a situação de bem-estar das crianças e dos adolescentes encontra-se diretamente relacionada à possibilidade de manterem um vínculo familiar estável” (p.9). Visto a importância da missão da família na sociedade, para bem compreendê-la é necessário refletir sobre os aspectos sociológicos, políticos e econômicos envolvidos nos processos sociais nos quais a família é constituída.

A família, tal como a concebemos hoje, passou por um longo período de desenvolvimento, permeado não só por fatores culturais, sociais e religiosos como também políticos e econômicos. Estas influências esculpiram as configurações familiares a partir dos acontecimentos, baseados nos valores de cada sociedade, numa determinada época, na qual as modificações ocorriam de acordo com cada contexto. Nesta perspectiva Engels (2000) afirma que: “A única coisa que se pode responder é que a família deve progredir na medida em que progride a sociedade, que deve modificar-se na medida em que a sociedade se modifique; como sucedeu até agora. A família é produto do sistema social e refletirá o estado de cultura desse sistema” (Engels, 2000, p. 91).

Na contemporaneidade as modificações sócio-econômicas e culturais mobilizaram os membros das famílias a assumirem novos papéis e posições, levados a conviver com novos arranjos familiares.

3.3.1. Sobre a diversidade das configurações familiares:

Com o intuito de conhecer a diversidade das configurações familiares para bem conhecer a dinâmica relacional de cada família, entende-se de acordo com Macedo (1994), que o primeiro passo é respeitar as diferenças singulares entre elas, evitando comparações e preconceitos.

É possível afirmar que não existe hoje um modelo único e generalizado de família no Brasil (Sarti, 1996; Ferrari e Kaloustian, 1994). “Ao contrário, ela se manifesta como um conjunto de trajetórias individuais que se expressam em arranjos diversificados e em espaços e organizações domiciliares peculiares” (Ferrari e Kaloustian, 1994, p. 14).

De acordo com Neder (1994), devem-se evitar os paradigmas ideológicos, políticos e psicológicos preconceituosos envoltos na pobreza sócio-econômica das famílias das classes populares que culpabilizam a família pela evasão escolar, a violência, o adoecimento. Para a autora, pelo contrário, a pobreza sócio-econômica é determinante nas dificuldades de manutenção dos vínculos.

Algumas definições auxiliam a pensar sobre as várias organizações familiares mais apropriadas ao contexto brasileiro. Segundo Dessen e Braz (2005) as abordagens contemporâneas no estudo da família têm definido seu objeto respeitando algumas premissas: a definição de família deve estar baseada na opinião de seus membros, considerando a afetividade e a proximidade entre os envolvidos como critério para sua composição e; diversos são os tipos e as possibilidades de família não se restringindo a nenhuma forma.

Com uma concepção ampliada Zamberlan e Biasoli Alves (1997) definem família como um grupo mantido pelo parentesco e pelas relações interpessoais entre os seus membros e outras pessoas consideradas como parte deste, que são sustentadas pela afeição, apoio, partilha de tarefas domésticas, cuidados com a prole e cooperação mútua em várias outras atividades.

Outra perspectiva é a de família enquanto uma rede de relações, cuja compreensão baseia-se em um grupo de pessoas que mantém relações entre si, sem necessariamente conviverem em um espaço comum. Neste sentido, as

famílias devem ser olhadas através de suas especificidades próprias, capazes de serem entendidas somente a partir da compreensão das relações e inter-relações que se processam ao longo de sua vida temporal. O princípio definidor é, portanto, a rede familiar, que não se restringe à consangüinidade, mas alarga-se, muitas vezes, às relações de amizade ou vizinhança (Fonseca, 2000).

De forma similar, Cerveny (2000) conceitualiza como **Família Extensa** as relações consideradas como familiares que pressupõem parentesco sangüíneo ou por afinidade de pessoas ligadas entre si e que se articulam no presente. Especificamente entre os laços de parentesco, a família extensa tem desdobramentos nas famílias de origem. A **Família de Origem** inclui seus pais e todos os parentes por laços consangüíneos ou de parentesco numa ascendência e descendência progressiva (Cerveny, 2000).

Segundo Sarti (1996), o arranjo familiar que prevalece nas camadas populares brasileiras é o da **Família Nuclear** em fase de transformação como modelo de organização tradicional. Sarti a define como composta por pai, mãe e filhos naturais vivendo sob o mesmo teto, com papéis de gênero claramente definidos entre o homem como provedor e a mulher como responsável pela casa e do cuidado com os filhos. De forma semelhante, McGoldrick e Gerson (2001) definem como família nuclear intacta aquela formada por cônjuges em um primeiro casamento com seus filhos biológicos.

Verifica-se coincidência entre vários cientistas sociais brasileiros ao apontar que o modelo de família nuclear burguesa é insuficiente para compreender a realidade das famílias brasileiras, especialmente nas camadas populares (Bruschini, 1993; Fonseca, 2002; Sarti, 1996; Szymanski, 2005).

Segundo Bustamante (2005), este modelo ainda atualmente é considerado como padrão, e o fato de ser dominante, tem a ver com a influência de teorias funcionalistas, segundo as quais a família nuclear é considerada a mais adequada para garantir a sobrevivência e reprodução dos indivíduos dentro do sistema capitalista. A sociedade ainda persiste na transmissão deste modelo de família como o ideal, e vê com maus olhos as novas configurações familiares (Sarti, 1996; Bilac, 1995).

Por sua vez Bilac (1995) afirma que o modelo dominante na família das camadas populares é da **Família Monoparental**. Estas famílias, em sua grande maioria, são chefiadas por mulheres. Isto pode ser um fator que acentua a centralidade da relação mãe-filho nestas famílias, já que a mulher tornou-se a provedora. Antes as mães já estavam profundamente ligadas aos filhos, pois somente elas eram responsáveis pelos cuidados e afetos. As mulheres, agora, desempenham inúmeras funções na família e tornam-se peças-chave para sua organização e manutenção.

Ainda nos casos de famílias monoparentais, sua existência pode significar a impossibilidade de realização do modelo ideal: mãe em casa, pai no trabalho e criança na escola. Neste caso, as constantes e sucessivas uniões dessas mulheres, chamadas "monogamia seriada", podem significar um esforço para manter no lar a figura do provedor (Bilac, 1995).

Neste sentido, as **Famílias Recasadas** ou reconstituídas também vem crescendo em quantidade no Brasil. Estas são definidas pela convivência conjugal entre pessoas que possuem filhos de outros casamentos ou relacionamentos anteriores e que também venham a constituir filhos conjuntamente (McGoldrick e Carter, 2001). Nas camadas populares, este fenômeno muitas vezes está associado a busca de um homem ideal como provedor, causa de muitos recasamentos nessas famílias (Sarti, 2003).

Na **Família Ampliada** o compartilhamento do mesmo espaço acontece mais por razões práticas e econômicas necessária nas famílias de baixa renda para sua sobrevivência. "A convivência familiar entre os pobres é garantida a duras penas como estratégia indispensável à sobrevivência material e afetiva. A família nuclear é quase subsumida pela família ampla, formada por conterrâneos. (...) tais famílias se agrupam no espaço onde a rede de conterrâneos e parentes vivem" (Carvalho, 1994, p. 96). Nestes casos, a inclusão de parentes no mesmo domicílio ou terreno, e mesmo de pessoas sem laço de consangüinidade traz muitas vantagens, uma vez em que há aumento das fontes de renda, compartilhamento de problemas e do cuidado com as crianças (Dessen e Braz, 2005). Essa ampliação não se faz só com parentes, pois é também comum a

presença de amigos e irmãos postigos. Muitas vezes, a coabitação decorre do fato de esse outro não ter onde morar ou estar desempregado.

Isto significa que, concretamente, as famílias dessa população necessitam desenvolver estratégias de sobrevivência, e toda a rede familiar deve participar da manutenção do grupo, no que diz respeito tanto a prover materialmente quanto aos cuidados com seus membros, principalmente as crianças. Por isso promovem uma relação de solidariedade para, através do grupo, garantir a qualidade de vida de cada um. A lógica da solidariedade caracteriza a ação da família frente à sociedade e opõe-se à lógica do individualismo. Essa lógica reordena valores e subordina realizações pessoais a interesses ou necessidades do grupo familiar. A solidariedade é uma forma de a classe popular garantir a sua existência ante um contexto que oprime seu desenvolvimento. Esta solidariedade não se restringe ao grupo de parentes: muitas vezes é com a ajuda de um vizinho que toma conta das crianças que os pais conseguem sair para trabalhar e sustentar a família (Carvalho, 1994).

Outro aspecto que Fonseca (2000) chama a atenção nessas famílias é a indiferenciação entre o público e o privado. A rua torna-se um prolongamento da casa. As crianças convivem não só com o pai e a mãe, mas também com tios, avôs, madrinhas e vizinhos. Este fato, ao mesmo tempo em que indica a necessidade dessa família de contar com a solidariedade da comunidade para garantir sua existência, apresenta como contraponto uma ampliação das possibilidades de identificação para as crianças, o que é muito importante para o processo de socialização delas. Também as condições físicas da casa influenciam o prolongamento do lar para a rua. Habitações quentes, precárias, pequenas e desconfortáveis fazem com que estas famílias passem parte do seu tempo na rua e vivam muitas de suas experiências ali, junto com a comunidade.

No que tange ao modo de organização de famílias pobres, Sarti (1996, 1995) definiu que estas estão estruturadas como um grupo hierárquico, seguindo um padrão tradicional de autoridade patriarcal. Para Sarti (1996), na família pobre as relações entre seus membros seguem uma ordem moral de subordinação dos projetos individuais aos familiares e a insistência na hierarquia.

Em relação às posições de gênero, estas persistem nas relações familiares, porém muito mais enquanto um ideal a ser perseguido do que uma realidade concreta. No cotidiano destas famílias essa divisão de trabalho por sexo não mais se sustenta, principalmente nas famílias das camadas populares, onde o trabalho feminino é vital para a existência e, aliado a outros fatores, como desemprego masculino, uso de álcool e outras drogas, seguramente enfraquecem o poder do homem. A inserção da mulher no mercado de trabalho, a ampliação do papel paterno para além das tarefas de provedor, o aumento do número de separações conjugais, as uniões não formalizadas, assim como as mulheres sozinhas cuidando da família, são alguns dos inúmeros aspectos que têm contribuído para mudanças nas organizações familiares.

Em tal contexto surge uma oportunidade para o homem expressar sentimentos, participando ativamente no cuidado dos filhos, e tendo relação igualitária e fluida com a parceira, o que se expressa na divisão de tarefas. A fragilidade deste discurso é advertida não apenas nas expectativas contraditórias em relação aos homens. Espera-se que eles participem ativamente da esfera econômica, que sejam provedores da família, construam sua identidade masculina através do papel de trabalhadores, ao mesmo tempo em que estejam presentes em casa, dividindo o cuidado das crianças com a parceira. Estas exigências estão calcadas na multiplicidade de formas de exercer a paternidade, vinculadas a diversos processos sociais e culturais (Lewis e Dessen, 1999).

No Brasil, há poucos estudos sobre paternidade e pelos estudos de Lewis e Dessen (1999), Lyra e Medrado (2000), isto tem a ver com uma tendência a naturalizar o lugar das mulheres como cuidadoras da família, o que se expressaria inclusive em considerá-las informantes privilegiadas, ou quase exclusivas, quando se trata de pesquisar a família.

Segundo Fonseca (2000), a família pelas vivências anteriores de seus membros, pelas suas condições emocionais e psíquicas, bem como pelas relações que estabelecem com o meio exterior, constroem dinâmicas mais próximas ou não de um viver saudável, cujo nível de bem-estar e sofrimento varia para os seus membros, o que vai determinar também as suas condições para o

exercício da proteção social.

3.3.2. Família e Proteção Social

Afirmada a compreensão da família como campo relacional privilegiado de proteção, socialização e pertencimento, esta condição a introduz como centro das políticas de proteção social do Estado. A solidariedade familiar só pode ser reivindicada se for entendido que a família “carece de proteção para processar proteção”, principalmente aquela em situação vulnerável de pobreza e exclusão (Carvalho, 2005, p.19).

“As políticas sociais e os sistemas de proteção social exprimem um duplo compromisso contido no conceito de solidariedade: conciliar independência individual com responsabilidade coletiva” (Viana, Elias e Ibañez, 2005, p.9). Os modernos sistemas de proteção social foram construídos em decorrência do compromisso do Estado como responsável em prover a segurança individual e familiar, e não do indivíduo mesmo com o esforço das correntes liberais em reafirmar o primado da responsabilidade individual para o enfrentamento dos riscos sociais (idem).

O objeto da proteção social refere-se às formas de dependência, intrínsecas à condição humana. “A proteção social consiste na ação coletiva de proteger indivíduos contra os riscos inerentes à vida humana e/ou assistir necessidades geradas em diferentes momentos históricos e relacionadas com múltiplas situações de dependência. Os sistemas de proteção social têm origem na necessidade imperativa de neutralizar ou reduzir o impacto de determinados riscos sobre o indivíduo e a sociedade” (Viana e Levcovitz, 2005, p.17).

A operacionalização da proteção social demanda o acionamento de diversos atores, que formam o tripé da proteção social nas sociedades capitalistas: o Estado, a sociedade e a família. Em relação às práticas de proteção da saúde da criança, observam-se no país resquícios do movimento higienista, que retirou da família o saber sobre os filhos, cientificizou e medicalizou através da Pediatria, o cuidado das crianças saudáveis e doentes. Este movimento, a serviço

do controle social, trouxe a noção de culpabilização dos pais pelo cuidado inadequado dos filhos (Singer, Campos e Oliveira, 1978; Costa, 1983).

De qualquer forma, mesmo com as mudanças das relações familiares e com a criança, cabe ainda destacar que é muito recente a compreensão da criança como ser de direitos. No Brasil, é apenas a partir da década de oitenta, mais precisamente com a Constituição Federal de 1988, e com instituição do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em 1990, que se assegura um caráter diferenciado para a compreensão da infância, impondo-lhe uma dimensão de cidadania. A criança passa a ser entendida como sujeito de direitos e em pleno desenvolvimento desde seu nascimento. Segundo o artigo 4º do ECA: *“É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do Poder Público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária”* (1990).

No entanto, estes não são assegurados pelo Estado brasileiro que continua organizando suas ações contando com a capacidade da família de cuidar e proteger seus membros. Além disso, direciona as ações para as famílias que estão em risco de falhar ou naquelas que falharam em sua função de proteção (Lima, 2005).

Neste sentido, Carvalho (1997) caracteriza as políticas sociais brasileiras, apesar dos avanços, como marcadamente elitistas porque privilegia preferencialmente os segmentos minoritários da população e, assistencialista e tutelar quando direcionada aos segmentos empobrecidos; historicamente setorizada, centralista e institucionalizada, elegendo o indivíduo como o portador de direitos e elemento central e não elegendo os direitos coletivos como família e comunidade. Quando o Estado deixa de oferecer esses tipos de serviços, as famílias ficam sobrecarregadas, sendo que nas famílias com menores recursos (financeiros, familiares, comunitários e institucionais), maior é a dificuldade para enfrentar as suas funções cotidianas (Lima, 2005).

Segundo Ferrari e Kaloustian (1994) a família brasileira, em meio a discussões sobre a sua desagregação ou enfraquecimento, está presente e

permanece enquanto espaço privilegiado de socialização, prática de tolerância, divisão de responsabilidades, busca coletiva de estratégias de sobrevivência e lugar inicial para o exercício da cidadania. É o espaço indispensável para a garantia da sobrevivência, do desenvolvimento e da proteção integral dos filhos e demais membros, independente do arranjo familiar ou da forma como vêm se estruturando. É a família que propicia os aportes afetivos e, sobretudo materiais necessários ao desenvolvimento e bem-estar dos seus componentes. Ela desempenha um papel decisivo na educação formal e informal, em seu espaço que são absorvidos os valores éticos e humanitários, e onde se aprofundam os laços de solidariedade.

No entanto cumprir com esta missão requer da família uma sobrecarga de responsabilidade que, na maioria das vezes, não está ao seu alcance, pois se relaciona principalmente com a renda familiar e acesso trabalho, serviços públicos de saúde e educação. “A família, enquanto forma específica de agregação tem uma dinâmica de vida própria, afetada pelo processo de desenvolvimento sócio-econômico e pelo impacto da ação do Estado através de suas políticas econômicas e sociais”. Por esta razão, ela demanda políticas e programas próprios, que dêem conta de suas especificidades, pois a vulnerabilidade em que se encontram está diretamente associada à situação de pobreza e ao contexto social e econômico mais amplo (Ferrari e Kaloustian, 1994, p. 12).

Por detrás da criança em situação de risco está à família desassistida por políticas públicas e quando esta existe é inadequada, não correspondendo às suas necessidades e demandas de forma a oferecer o suporte básico para que a família cumpra suas funções integralmente, sendo que ainda carece estar de forma mais central na agenda da política social brasileira (Ferrari e Kaloustian, 1994; Carvalho, 1994).

Em estudo sobre famílias em comunidade brasileira, Lima (2006) discute que a proteção social está centrada na família que dentro dos seus limites e possibilidades busca corresponder ao papel que lhe é delegado pela sociedade e o Estado. No entanto, a proteção é realizada de forma precária, não por falta de

empenho e vontade da família, mas principalmente por questões estruturais que as privam do acesso aos direitos e à melhores condições de vida.

3.4. SOBRE AS REDES SOCIAIS E SIGNIFICATIVAS DA FAMÍLIA

Na ausência do Estado, a família sempre foi e continua sendo provedora de proteção, utilizando a solidariedade e a auto-ajuda entre as gerações, como também os vínculos de afetividade que estabelecem entre si, como mecanismos geradores de bem-estar. Nesse sentido, a rede social de relações familiares funciona como um fator importante para assegurar a proteção e evitar a desintegração social, é o que possibilita a inserção da família em uma sociabilidade sócio-familiar. Quanto maiores e mais intensos os vínculos relacionais, maiores as possibilidades e recursos a serem acionados para proteção social. Além de subsídios relacionais, nas famílias troca-se também subsídios econômicos, o que aparece como um recurso de proteção e ascensão de famílias (Lima, 2005).

O conceito de rede social é definido por vários autores. Soares (2002) define que a rede social é constituída por um conjunto de relações interpessoais a partir das quais uma pessoa mantém a própria identidade social que se refere aos hábitos, costumes, crenças e valores, conferindo à pessoa determinadas características. Da rede social a família recebe sustentação afetiva, ajuda material, serviços e informações, tornando possível o desenvolvimento de relações sociais.

As redes sociais podem ser primárias; composta por relacionamentos entre pessoas, sejam elas parentes, amigos, vizinhos, colegas de trabalho, entre outros, onde circula reciprocidade; e secundárias; constituída por instituições sociais sejam elas públicas, privadas ou filantrópicas. A rede secundária caracteriza-se pela troca fundada no direito, na prestação de serviços, cuja intervenção está de acordo com as demandas das famílias (Soares, 2002).

Para Dabas (2001), partindo da concepção sistêmica o conceito de rede social:

(...) implica un proceso de construcción permanente tanto individual como colectivo. En este punto diríamos que es un sistema abierto que a través de un intercambio dinámico entre sus integrantes y con integrantes de otros grupos sociales, posibilita la potencialización de los recursos que poseen. Cada miembro de una familia, de un grupo o de una institución se enriquece a través de las múltiples relaciones que cada uno de los otros desarrolla. Los diversos aprendizajes que una persona realiza se potencian cuando son socialmente compartidos en procura de solucionar un problema común (p. 21).

As redes sociais são os espaços privilegiados das interações humanas (Najmanovich, 2002). Segundo Speck (1989), rede social é um grupo de pessoas, membros da família, vizinhos, amigos e outras pessoas, com capacidade de aportar uma ajuda e um apoio tão reais como duradouros a um indivíduo ou família.

Sluzki (1997) compreende que a rede social “corresponde ao nicho interpessoal da pessoa e contribui substancialmente para seu próprio reconhecimento como indivíduo e para sua auto-imagem” (p.42). A rede pessoal social é a soma de todas as pessoas que o indivíduo percebe ou sente como significativas ou diferentes do universo relacional no qual está inserido, constitui-se como uma das chaves centrais da experiência individual e de identidade, bem-estar e competência, incluindo os hábitos de cuidado da saúde e a capacidade de adaptação em uma crise (idem).

No nível existencial, nos seres humanos a rede de relações sociais contribui para dar sentido à vida de seus membros. Favorece uma organização da identidade por meio do olhar e das ações dos outros. Disso deriva a experiência de existirmos para alguém ou servirmos para alguma coisa, o que estimula continuar vivendo (Sluzki,1997).

Segundo Sluzki (1997) a proposta de trabalho de rede expande as fronteiras de ação tanto do contexto como da prática clínica em si em três dimensões: 1) aumentando a capacidade ‘descritiva’, já que permite observar processos adicionais que na maioria das vezes permanecem desconhecidos ou

não foram reconhecidos; 2) 'explicativa', facilitando o desenvolvimento de novas hipóteses a respeito das variáveis envolvidas no processo clínico; e 3) 'terapêutica', já que permite sugerir novas intervenções transformadoras.

Sluzki (1997) identifica como funções de uma rede pessoal social significativa: a companhia social; o apoio emocional; serve como guia cognitivo; como regulador social; ajuda material ou de serviços; e acesso a novos contatos. O autor refere que a análise da rede social são instrumentos valiosos em trabalhos institucionais e comunitários já que permite tornar visíveis aspectos vitais e históricos da pessoa que procura ajuda, auxiliando-a tanto no reconhecimento de sua inserção em seu contexto, quanto em re-conhecer aspectos de sua história enquanto constituição de sua identidade

Pensar as redes sociais significativas toma especial importância nos contextos de pobreza. Para Sluzki, ser pobre gera marcas nos sujeitos e suas experiências ocasionam um sentimento de falta de controle sobre o meio em que vivem. Este fenômeno é denominado por Seligman (1975, apud Moré e Macedo, 2006) como "falta de esperança aprendida". Intervir nestas comunidades se apresenta como um grande desafio na construção da cultura da esperança (p.48).

Corroborando com este enfoque, Moré (2005), identificou a possibilidade de construção de redes sociais significativas em espaços comunitários, que independente de seu tamanho, tem uma relação direta com as realidades culturais diferentes, com o contexto das políticas públicas de saúde e as possibilidades de realizar trabalhos em saúde integrados. A autora refere que ao trabalhar com a família é necessário criar um contexto que permita a eles criarem uma nova perspectiva ou visão sobre si mesmos e sobre seus problemas. Através da percepção das próprias habilidades e possibilidades, criam-se tanto as bases para o resgate da auto-estima, como a possibilidade do exercício da cidadania, com a ativação de um suporte de rede social que potencialize as forças positivas individuais, familiares e comunitárias.

Para More e Macedo (2006), entrar em contato com o potencial para a mudança presente nas pessoas e no seu contexto, são elementos que no seu conjunto, estabelecem as bases para a implementação da promoção da saúde e

resgate da cidadania das pessoas envolvidas em sua rede pessoal significativa, trazendo à tona um sentimento de solidariedade, expresso no potencial de ajuda de cada indivíduo.

3.5. DESNUTRIÇÃO NA INFÂNCIA: CONTEXTO BRASILEIRO

O Ministério da Saúde brasileiro (Brasil, 2005) define a desnutrição como uma doença de natureza clínico-social multifatorial cujas raízes se encontram na pobreza. Por sua vez, a Organização Mundial da Saúde (OMS) denomina desnutrição como uma gama de condições patológicas com deficiência simultânea de proteínas e calorias, associadas quase sempre a infecções, ocorrendo com maior frequência em lactentes e pré-escolares (Carrazza, 2003; SISVAN, 2004).

Estas definições, no entanto, negligenciam a vinculação estreita da desnutrição com a estrutura da sociedade, berço de onde ela se constrói, ou seja, resultante de um processo de produção social (Monteiro, 2003; Freitas, 2003). Para entender este contexto se faz necessário um deslocamento do olhar do modelo biomédico para um modelo explicativo da doença ou de situações de vida e saúde numa perspectiva sócio-política.

Segundo a OMS (2002), a desnutrição continua a ser um problema universal de saúde pública, e conforme relatório do UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância) de 1994 (Sawaia, 1997a), é um problema grave, cúmplice secreto da pobreza que impede o crescimento físico e mental de uma em cada três crianças nos países em desenvolvimento. De acordo com Valente (2002), onde há crianças desnutridas há famílias com fome, analfabetas, sem autonomia para gerir sua própria vida. Desta forma a abordagem integral da desnutrição infantil implica, além dos aspectos clínicos, na consideração do contexto sócio-econômico e do contexto sócio-familiar em que a desnutrição está inserida.

O problema da fome no Brasil é indicador da visível produção da desigualdade social conseqüente de processos de exclusão social e dominação político e econômica. A fome, a desnutrição e o analfabetismo são facetas de uma vida de miséria imposta a uma parcela significativa da população brasileira pelo

processo histórico de exploração econômica que conta com a participação ativa de classes dominantes que se beneficiaram do mesmo processo (Freitas, 2003; Valente, 2002).

Segundo Freitas (2003), “a própria origem da palavra fome está associada ao aparecimento da desigualdade social no mundo. Derivada do latim *famulus* – escravos ou servos – na língua portuguesa vão gerar vocábulos como *fâmulo*, *famulentos*, *famélicos*, ou que têm fome. (...) *Famulus*, mais tarde, terá o mesmo significado que *família*, (...)” (p.13-14). Fome e família então vinculam-se na origem de suas expressões fundantes como *servidão*, *escravidão* e *pobreza*.

No mundo, estima-se que 200 milhões de crianças estão com desnutrição, sendo a doença nutricional que mais causa mortes em crianças em todo o mundo. Na América Latina, sua incidência é bastante elevada, existindo desnutrição com alguma intensidade, em 50% das crianças com idade inferior a 5 anos, sendo que em 57% da mortalidade desta faixa etária da infância, a desnutrição energético-protéica e/ou baixo peso de nascimento estiveram presentes (Carrazza, 2003).

No Brasil, nos últimos grandes levantamentos nutricionais, chamados Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (PNSN), e Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), realizados respectivamente em 1990 e 1996, foi constatado alta prevalência de desnutrição energético-protéica, de 10,4% em menores de 5 anos (Monteiro, 2003; Fernandes, 2003; Batista Filho e Rissin, 2003; Sawaia, 1997b). Baseado nos dados do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) de 1995, Carrazza (2003) confirma que no Brasil, há 6 milhões de crianças com idade inferior a 5 anos, com algum grau de desnutrição, sendo que 300.000 apresentam desnutrição grave.

A incidência varia de acordo com o desenvolvimento socioeconômico regional e, embora as estatísticas apontem o Norte e Nordeste, como as regiões mais atingidas pela deficiência nutricional (Lima, Motta, Santos e Silva, 2004; Machado e Vieira, 2004; Falbo e Alves, 2002.), em bolsões de pobreza das grandes cidades do Sudeste e Sul do país, ela também está presente de forma significativa (Teixeira e Heller, 2004; SISVAN, 2004; França *et al.*, 2001; Domene, Zabotto, Meneguello, Galeazzi e Taddei, 1999; Carvalhaes, 1999; Brunacci e

Carneiro, 1998; Sawaia, 1997b; Olinto; Victora; Barros e Tomasi, 1993; Reichenheim e Harpham, 1990).

Mesmo sendo um dos três países mais injustos do mundo, no que se refere à partilha social das riquezas produzidas, foi melhorado nos últimos 25 anos no Brasil, o acesso, a cobertura e resolutividade das ações de saúde; como pré-natal, assistência no parto, cobertura vacinal e o tratamento de doenças de alta prevalência como hipertensão e diabetes; e conjuntamente houve progresso no saneamento básico, acesso aos meios de comunicação e aumento da escolaridade das mães (Yunes, 2000; Monteiro, 2003). A soma desses fatores tem influenciado vagarosamente, mas de forma positiva, a diminuição da desnutrição infantil no território nacional em comparação com as décadas passadas (Monteiro, 2003; Batista Filho e Rissin, 2003; Monteiro, Mondini, Souza e Popkin, 2000; Benício, Monteiro e Rosa, 2000; Carvalhaes, 1999; Reichenheim e Harpham, 1990).

No nível clínico, a desnutrição pode ser leve, moderada ou grave segundo a intensidade, duração ou alterações encontradas no exame físico. Pode ocasionar lesões cerebrais permanentes, diretamente proporcionais ao grau da doença, ocasionando atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, baixo desenvolvimento cognitivo, deficiência crônica do crescimento estatural, além de menor resistência a doenças (Teixeira e Heller, 2004; Romani, 2003; Cunha, 2003; Carrazza, 2003; Costa Jr., 1992; Reichenheim e Harpham, 1990). No entanto, o atraso é reversível se a recuperação da criança seja realizada em condições socioculturais favoráveis, quando além das medidas nutricionais, efetua-se com a criança um programa de estimulação psicomotora, e conjuntamente, um programa de estimulação psicossocial e afetivo junto à família, para se influir sobre o ambiente de risco em que vivem (Carrazza, 2003).

Sobre os fatores etiológicos, é unânime entre vários autores (Lima *et al.*, 2004; Teixeira e Heller, 2004; Romani, 2003; Carrazza, 2003; Falbo e Alves, 2002; Solymos, 2002; Machado, 2001; França *et al.*, 2001; Carvalhaes, 1999; Ferrari, 1997; Puccini, Weschsler, Silva e Resegue, 1997; Sawaia, 1997b; Reichenheim e Harpham, 1990) considerar que a desnutrição resulta da pobreza, das más

condições ambientais, superpopulação, instabilidade social, insegurança e da marginalização social. A pobreza é sem dúvida, um contexto ambiental que aumenta a vulnerabilidade da família e gera uma condição de risco intrafamiliar e social permanente, principalmente para as crianças (Abreu, 2003; Cecconello & Koller, 2000).

Nas famílias de classes desfavorecidas, a pobreza crônica, de acordo com Garnezy (1994), favorece em si, o acúmulo de estressores que podem produzir uma cadeia de riscos cujos efeitos são capazes de reduzir e/ou destruir as possibilidades de resposta positiva da criança pobre às adversidades cotidianas. A cadeia de riscos geralmente começa com pré-natal precário, alimentação inadequada, seguida de desnutrição e doenças associadas.

Conforme os autores citados anteriormente, estes fatores estão presentes, principalmente em populações de zonas urbanas com conglomerados de baixa renda (favelas), que vivem em condições socioeconômicas desfavorecidas como: desemprego, educação precária, falta de saneamento básico, precárias condições de moradia, higiene precária da criança, atenção deficitária à saúde, acesso difícil ou inexistente ao sistema de saúde. Sobre os conglomerados urbanos, Reichenheim e Harpham (1990) alertam que apresentam internamente diferenças de “status” econômico, pois enquanto há famílias com renda de dois salários mínimos, também há na mesma favela, famílias vivendo abaixo da linha de pobreza.

Solymos (2002), em uma análise mais ampla do contexto da desnutrição, coloca que a pobreza é causada, além dos citados acima, por fatores macro-ambientais; como sistemas políticos, econômicos e sociais, mundiais e locais, distribuição desigual de riqueza, demografia (alta densidade populacional e crescimento), problemas agrícolas e sistema de saúde precário; que escapam do controle dos indivíduos.

Para Carraza (2003) e Ferrari (1997), todos estes fatores acima conjugados, levam a múltiplos processos infecciosos e baixa ingestão calórica e protéica, que se somam na determinação da desnutrição da criança. Ao mesmo tempo, Ferrari (1997), reconhece que os fatores desencadeantes não atuam

sempre da mesma forma e sua inter-relação não é direta, havendo algo da dinâmica familiar também influenciando o desenvolvimento da desnutrição. Em pesquisa realizada na favela Real Parque de São Paulo, Ferrari (1997) constatou que muitas crianças com desnutrição vivem em famílias com condições adequadas de provisão de alimentos. Em uma mesma família há filhos com desnutrição e outros eutróficos (ou seja, com peso adequado para a idade), e ainda numa mesma comunidade empobrecida, há famílias com crianças com desnutrição e outras não.

Da mesma forma, Costa Jr. e Zannon (1997), após revisarem estudos sobre desnutrição infantil, ressaltam que a correlação positiva entre desnutrição, recorrência de doenças infecciosas e baixo nível socioeconômico pode indicar um fator disposicional, mas não significa a existência de uma relação causal entre estes fatores.

Corroborando estes aspectos, Fernandes (2003), Oliveira e Minayo (2001), destacam o mesmo questionamento, considerando que em famílias da mesma classe social desfavorecida, com a mesma renda familiar e escolaridade materna, algumas crianças adoecem por desnutrição e outras não. Esses autores partem do pressuposto de que a dinâmica familiar cria condições para estados de saúde e de doença diferentes, subjacentes à condição social e econômica.

Da mesma forma, outros autores também têm mostrado que mesmo em condições macro-ambientais desfavoráveis, a desnutrição não ocorre em todas as crianças, pois também está relacionada a aspectos chamados micro-ambientais ou psicossociais do cotidiano da família da criança (Solymos, 2002; Dasen e Super *apud* Solymos, 2002; Frota, 2001; Bernstein, Hans e Percansky, 1991) como: grande número de filhos; alcoolismo dos pais; baixa escolaridade dos pais; conflitos conjugais; falta de envolvimento do pai; falta de amigos; contexto desfavorável de relacionamentos próximos (vizinhos ou parentes); ausência ou falha no uso de sistemas de suporte formais ou informais (fracasso em acessar o sistema de saúde e outros serviços); fragilidade da saúde das crianças (parasitoses, infecções e internações repetidas); restrições alimentares. Solymos (1997) também refere que em pesquisa com a díade mãe-criança com

desnutrição, observou certa ligação mais forte entre mãe e filho desnutrido, que contribui para o adoecimento da criança, na medida em que se identifica com fragilidades da mãe.

Contudo, as avaliações feitas nos estudos com famílias de crianças com desnutrição, ainda partem em sua grande maioria, de preconceitos e mostram que a desnutrição ocorre em lares denominados “desprivilegiados”, onde as mães são consideradas com um baixo nível de competência, e apresentam sintomas psiquiátricos. Tal orientação de valores leva a descrição das famílias de risco, com comportamentos maternos e práticas de cuidado com o crescimento da criança, sistematicamente traduzidas em termos negativos, como maternagem inadequada, família desagregada, desestruturada, fraco vínculo mãe-filho; negligência materna ou baixo nível mental da mãe (Fernandes, 2003; Cardoso, 2002).

3.5.1. Fatores de Risco e Proteção para Desnutrição na Infância

Antes de apresentar os fatores de risco e proteção para desnutrição, se faz necessário explicitar rapidamente, o que se pensa no presente estudo sobre os conceitos de risco, largamente utilizados atualmente em saúde pública, e presentes na literatura pesquisada.

Considera-se como risco a maior possibilidade que um indivíduo ou grupo de pessoas tem de sofrer no futuro um dano em sua saúde, e fatores de risco como características ou circunstâncias pessoais, ambientais, sociais dos indivíduos ou grupos associados, que possam aumentar essa possibilidade (Cecconello e Koller, 2000; Puccini *et al.*, 1997). Os fatores de risco fazem parte dos sistemas biológico, ecológico e sociocultural, e sua identificação e análise se faz segundo os princípios epidemiológicos da multifatorialidade e multicausalidade da doença (Puccini *et al.*, 1997).

Segundo Czeresnia (2003), o objetivo do estudo de risco é inferir a causalidade, avaliando a probabilidade da ocorrência de eventos de doença em indivíduos e/ou populações expostas a determinados fatores. No entanto, muitas

vezes, não se considera devidamente os limites estritos de aplicação das estimativas de risco, deixando de lado aspectos importantes dos fenômenos. Além disso, os estudos de risco em saúde pública, ainda trazem consigo uma herança pesada das práticas higienistas, reiterando por vezes, em certas políticas atuais, o controle das consideradas populações perigosas (Caponi, 2003). Concordando com Caponi (*idem*), os estudos de risco são importantes, mas “já não se trata de normalizar indivíduos pelo restabelecimento da norma da qual o paciente se desviara, mas de prever, antecipar a emergência/ aparecimento de acontecimentos indesejáveis, desvios possíveis do normal, entre populações estatisticamente detectadas como de risco” (p.74).

Considera-se, que o enfoque de risco seja utilizado como uma possibilidade de reconhecimento precoce e acompanhamento de determinados grupos sabidamente mais vulneráveis à morbimortalidade (Puccini *et al.*, 1997). Conjuntamente, deve-se prestar à devida importância, ao que o conceito de vulnerabilidade traz em si, como diferencial para o planejamento de ações de saúde (Ayres, França Jr., Calazans e Saletti Filho, 2003).

De acordo com Ayres *et al* (2003), vulnerabilidade é:

....a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como a resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos, contextuais, que acarretam maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos (p.123).

Este é um conceito que complementa o que falta ao conceito de risco, pois busca expressar os potenciais de adoecimento e não-adoecimento, relacionados a toda uma população, e ao mesmo tempo, a cada indivíduo que vive num certo conjunto de condições (Ayres *et al.*, 2003.).

Dentre os vários tipos de vulnerabilidade, a vulnerabilidade social diz respeito ao que integra a situação de pobreza. Ela indica precariedade de recursos e falta de defesa em relação às condições adversas, provocando insegurança e expondo continuamente as famílias a riscos e conflitos. Esta lógica

de exclusão característica da pobreza afeta as pessoas, gerando situação de privação coletiva que inclui discriminação, subalternidade, não-equidade, não-acessibilidade, não-representação pública, vivenciada por famílias como fator impeditivo para que as pessoas desenvolvam, em plenitude, suas potencialidades. (SOARES, 2002).

Com estas considerações em mente, a seguir, serão apresentados estudos que identificaram fatores de risco e proteção ao desenvolvimento da desnutrição infantil, imprescindíveis quando compreendidos, para o planejamento de estratégias tanto de promoção da saúde, quanto da prevenção de doenças e atenção curativa. Por fatores de proteção, entendem-se como eventos da vida, recursos, disposições ou demandas que podem proteger o indivíduo de eventos estressantes e ao desencadeamento de doenças (Cecconello e Koller, 2000).

Especificamente sobre desnutrição, a presença de condições como: renda inferior a dois salários mínimos; saneamento básico deficiente; desemprego; baixa escolaridade ou analfabetismo (Crepaldi e Hammes, 2004); idade materna inferior a 18 anos ou superior a 35 anos (Solymos, 2002); baixo peso ao nascer; gravidez na adolescência; desnutrição materna; intervalo entre os partos abaixo de dois anos; ausência de aleitamento materno ou desmame precoce; introdução de mamadeira em condições desfavoráveis; precário acesso aos serviços de saúde; pré-natal deficiente; número de filhos igual ou superior a três; se apresentam como fatores de risco de morbimortalidade e desnutrição infantil, amplamente estudado por vários autores (Lima *et al.*, 2004; Teixeira e Heller, 2004; Falbo e Aves, 2002; Solymos, 2002; França *et al.*, 2001; Lopes, 2001; Carvalhaes, 1999; Puccini *et al.*, 1997; Souza e Gotlieb, 1993; Reichenheim e Harpham, 1990; Giugliani, Seftrin, Goldani e Horn, 1989). É importante frisar que o alvo dos estudos é geralmente a mãe da criança, por ser a cuidadora, mas principalmente por ser a provedora do lar na maioria dos casos.

Dasen e Super *apud* Solymos (2002) apontam ainda, que a criança tem maior risco de se tornar desnutrida se for cuidada por mãe ou responsável que apresente algumas das características como: história de uma infância problemática; disposição a doenças mentais como “nervosismo”, ansiedade,

stress, depressão, apatia e personalidade imatura, e gravidez não desejada, sendo este último dado também encontrado por Crepaldi e Hammes (2004).

Também foi identificada como fatores de risco, a prematuridade (Falbo e Alves, 2002), higiene precária da criança e moradia de um só cômodo (Teixeira e Heller, 2004), habitação superlotada (Crepaldi e Hammes, 2004), criança de sexo masculino (Reichenheim e Harpham, 1990) e ter somente um eletrodoméstico em casa (França *et al.*, 2001; Olinto *et al.*, 1993). Especificamente em relação ao baixo peso ao nascer, foi encontrada correlação direta com falta de assistência pré-natal e peri-natal adequada, internação materna durante a gestação, gravidez na adolescência (Carvalhaes, 1999; Puccini *et al.*, 1997) e com desnutrição materna pré e pós-natal (Tonial, 2001; Carvalhaes, 1999).

Puccini *et al.* (1997), em sua pesquisa realizada com 1094 crianças com menos de 12 meses, em Embu, São Paulo, definiram como risco para a desnutrição infantil: morte de irmão menor de cinco anos, irmão desnutrido menor de cinco anos e intercorrências neonatais graves (anóxia grave, índice de Apgar inferior a seis, icterícias com transfusão sanguínea, infecções graves, distúrbios metabólicos, internações hospitalares).

Enfocando fatores relacionados à estrutura familiar, cuidado materno, saúde física e mental da mãe, Carvalhaes e Benício (2002) e Carvalhaes (1999), em pesquisas em Botucatu/SP, encontraram como risco para aumento de desnutrição: ausência de companheiro (fator que indicou aos pesquisadores estrutura familiar adversa); precária saúde mental da mãe expressa pela presença de três a quatro sintomas de depressão; presença de estresse familiar, indicado por alcoolismo em pelo menos um membro da família; retorno tardio da mãe ao trabalho; precária rede de apoio social. A ausência de companheiro das mães de crianças desnutridas, também foi fator de risco encontrado por Crepaldi e Hammes (2004) e França *et al.* (2001).

Além disso, Crepaldi e Hammes (2004) identificaram que a maioria das crianças com desnutrição pesquisadas, apresentava atrasos na área da linguagem e pessoal-social, e que havia presença de conflitos conjugais entre os pais e dificuldades destes na aplicação de limites na educação dos filhos. Focando a

família, Hasselman (2002), identificou que a agressão física marital aumentou o risco de desnutrição aguda grave em crianças.

Enquanto fatores de proteção, à volta da mãe ao trabalho quando a criança tem de quatro a doze meses, foi identificado no estudo de Carvalhaes (2002), confirmando os dados encontrados por Olinto *et al.* (1993). Também como fator de proteção, Teixeira e Heller (2004) identificaram a moradia com maior número de cômodos.

Segundo Fernandes (2003) as crianças são menos vulneráveis à desnutrição e outras doenças, quando a família apresenta: cuidados maternos, uniões conjugais satisfatórias, união entre seus membros, apoio social, oportunidades de emprego e serviços sociais, mobilidade social dos pais, atitudes positivas, iniciativas de adotar práticas mais modernas em relação a si mesmas e filhos, uso do serviço de saúde, planejamento familiar, aspirações e investimento de recurso em relação aos filhos.

Em sua pesquisa, Alvarez *et al.* (1991), identificaram que as crianças com desnutrição com coeficiente geral de desenvolvimento normal, apresentavam em sua história ter sido um filho desejado; ter menos separações de sua mãe e quando houve, a criança foi cuidada por uma avó; a mãe recebeu mais suplementação alimentar e orientações da equipe de saúde, do que as mães das crianças que apresentaram coeficiente de desenvolvimento abaixo da média.

Neste universo complexo em que as crianças estão expostas, os estudos que investigam os fatores de risco, de proteção para o desenvolvimento infantil, vão ao encontro das investigações da desnutrição, quando se tenta compreender porque e como algumas crianças, expostas as mesmas adversidades ambientais, desenvolvem o quadro de desnutrição e outras não.

No desenvolvimento infantil a definição de fatores de risco inclui a dinâmica de interação de uma série de condições biológicas e ambientais que impedem o pleno desenvolvimento da criança (Cicchetti e Garmezy, 1993; Bradley e Casey, 1992; Lewis, Dlugokinski, Caputo, Griffin, 1988). De acordo com Bradley e Casey (1992), já se aprendeu muito sobre como o ambiente familiar, contribui para a

qualidade de cuidado dos pais, que uma criança precisa para o seu desenvolvimento.

Em estudos com crianças nascidas com baixo peso, Bradley e Casey (1992), definiram como fatores a serem investigados quanto a possíveis riscos ao desenvolvimento: a) status sócio-econômico; b) problemas na gravidez; c) satisfação com os arranjos em que a família vive; d) estabilidade no casamento; e) número de problemas médicos pós-natais do bebê; f) responsividade parental; g) variedade de estímulos no ambiente da criança. Bradley e Casey (1992) alertam que a criança com baixo peso ao nascer são mais vulneráveis aos riscos quando a qualidade do cuidado é baixa.

Por sua vez, Lewis *et al.* (1988) afirmam que a identificação de crianças em risco deve incluir as seguintes dimensões: a) fatores de risco e proteção de base da criança (componentes biológicos, temperamento, sintomatologia e desenvolvimento de competência); b) fatores de risco e proteção da família (história parental e funcionamento familiar); c) fatores de risco e proteção do ambiente/comunidade mais amplo (nível sócio-econômico da família, suporte social, escola e contexto cultural). Embora descritos separadamente, todos os fatores constituem-se numa dinâmica de interação.

De forma parecida, Graminha e Martins (1997) salientam as desordens médicas genéticas, os danos biológicos pré, peri e pós-natal, e as experiências ambientais (ligadas às condições precárias de saúde, à falta de recursos sociais e educacionais, aos estressores familiares e às práticas inadequadas de cuidado e proteção), como três tipos principais de risco para atraso no desenvolvimento infantil.

Interagindo com os fatores de risco, os fatores de proteção podem estar presentes e se distinguem como características potenciais que protegem o ser humano, atenuando ou neutralizando os efeitos negativos dos riscos, e são promotores de resiliência (Silva; Elsen e Lacharité, 2003). Rutter (1987) estudou os fatores de proteção nas respostas das crianças ao estresse e desvantagens, e notou que, apesar de condições de extrema desvantagem social (como, pobreza, moradia precária e adversidades familiares), as crianças podem se ajustar bem e

mesmo, talvez, desenvolver algum tipo de habilidade de enfrentamento perante a vida. Os estudos sobre resiliência são preciosos, para auxiliar a compreensão dos questionamentos apresentados anteriormente, em relação ao que leva ao desenvolvimento da desnutrição infantil em algumas famílias e em outras não, mesmo vivendo em condições sócio-econômicas idênticas.

Como fatores de proteção ao desenvolvimento infantil, Rutter (1987) aponta o suporte familiar, as expectativas positivas depositadas na criança, as relações de apego seguro, e a existência de um adulto verdadeiramente interessado na criança, capaz de bem cuidá-la e protegê-la. Ressalta, ainda, que mesmo na ausência de um cuidador responsável, a existência de suporte social disponível é capaz de dar o apoio necessário à criança.

Da mesma forma, Werner (1986) definiu fatores chaves no ambiente cuidador que parecem contribuir na promoção da resiliência ao estresse de crianças que vivem em ambientes de pobreza crônica: 1) a idade do progenitor do sexo oposto (mulheres jovens para meninos resilientes e pais mais velhos para meninas resilientes); 2) o número de crianças na família (quatro ou menos); 3) o espaço de tempo entre um nascimento e outro entre os irmãos (mais que 2 anos); 4) outros cuidadores comparáveis à mãe (pai, avós, irmãos mais velhos); 5) a carga de trabalho materna; 6) a quantidade de atenção dada à criança pelo cuidador primário na infância; 7) o cuidado e a confiança dos irmãos na infância; 8) a estrutura e as regras da casa na adolescência; 9) a presença de amigos, incluindo, parentes, vizinhos, professores, que oferecem suporte em momentos de crise.

No importante estudo longitudinal de Werner (1986), os jovens resilientes não sofreram separação de seu cuidador primário por longos períodos durante a infância e o pesquisador identificou que a forma de tratamento por parte da mãe, durante o primeiro ano de vida da criança, era predominantemente positiva. Da mesma forma, os jovens resilientes que viveram na pobreza crônica, tiveram apoio emocional e suporte social de cuidadores alternativos (como avós, irmão mais velho) ou de seus pares de amigos para vencer o estresse associado à psicopatologia dos pais.

Segundo Rutter (1987) e Lewis *et al.* (1988), é necessário identificar os fatores de risco e proteção, e delimitar os mecanismos protetores que servirão como estratégias úteis de prevenção e intervenção remediativa frente aos eventos adversos, levando-se em conta a dinâmica do contexto total da vida da criança. Estas estratégias são importantes, pois se considera a criança como um ser atuante frente ao ambiente, e quanto mais for promovido resiliência às condições desfavoráveis, mais ativamente desenvolverá meios que a beneficiarão (Poletto, Wagner e Koller, 2004).

Além disso, as populações economicamente desfavorecidas, não podem continuar sendo vistas simplesmente como vítimas de um sistema social injusto, que as oprime e sobre a qual elas não têm nenhum poder. Ao mesmo tempo em que o Estado deve garantir os direitos sociais, reforça-se a atitude de resgatar e fortalecer as dimensões sadias das pessoas, pelas quais possibilitarão lutar e tentar superar as situações de risco a que estão expostas (Morais e Koller, 2004).

3.5.2. Intervenção sobre a Desnutrição na Infância na Atenção Primária de Saúde

As considerações descritas a seguir, são importantes para situar o leitor a respeito do que envolve hoje no país, a Atenção Primária de Saúde (APS) com crianças em estado de desnutrição, pois são neste nível de atenção, que as ações de promoção da saúde da criança e da família, a prevenção da doença, assim como a atenção curativa dos quadros de desnutrição e doenças associadas, deve ser prioritariamente garantida.

O conceito preconizado atualmente de APS, foi definido em 1978, na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, promovida pela OMS e pelo UNICEF, em Alma Ata, Rússia. Historicamente, esta conferência representou o momento da proposição mais sistematizada do modelo de APS, definindo-a como:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de auto-confiança e auto-determinação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (Starfield, 2004, p. 31).

Além disso, em Alma-Ata ficaram especificados como componentes fundamentais da APS: educação em saúde; saneamento ambiental, especialmente de águas e alimentos; programas de saúde materno-infantis, inclusive imunizações e planejamento familiar; prevenção de doenças endêmicas locais; tratamento adequado de doenças e lesões comuns; fornecimento de medicamentos essenciais; promoção de boa nutrição e medicina tradicional (Starfield, 2004).

Estudar a relação entre a vida familiar e a saúde cobra particular importância no momento atual, considerando a centralidade da Estratégia de Saúde da Família (ESF) enquanto política reorganizadora da Atenção Básica de Saúde e do Sistema Único de Saúde no Brasil, tendo a família como objeto de intervenção (Brasil, 1997). Esta política iniciou sua implementação em 1993, época que foi instituído internacionalmente o Ano Internacional da Família para 1994, pela crescente preocupação em retomar a família como prioridade política (Costa, 1994; Carvalho, 1994).

A ESF está configurada como proposta oficial para a reestruturação do Sistema Único de Saúde (SUS), e constituída como elemento fundamental na reordenação de todo o sistema de atenção à saúde, buscando articular seus

níveis de atenção – primário, secundário e terciário (BRASIL,1997a). É uma estratégia fundamentada pelo paradigma que concebe a saúde como um processo de produção social que expressa a qualidade de vida de uma população, entendendo-se qualidade de vida como a condição de existência dos homens no seu viver cotidiano individual, familiar e coletivo. Além disso, a prática da ESF se alicerça na proposta de Vigilância da Saúde, enquanto uma resposta social organizada às situações de saúde e doença, em todas as suas dimensões, e que se concretiza através da combinação da promoção da saúde, prevenção das enfermidades e acidentes e atenção curativa (Mendes, 1996).

A promoção da saúde busca a transformação dos processos individuais, e conseqüentemente coletivos, no sentido de desenvolver condições de vida mais favoráveis à saúde individual e coletiva e ao meio ambiente, sendo necessário à articulação de ações intersetoriais da sociedade organizada. A prevenção tem como objetivo evitar a enfermidade. Orienta-se por ações de detecção, controle e enfraquecimento dos fatores de risco ou fatores causais das enfermidades e acidentes, atuando sobre indivíduos ou grupos em risco (Buss, 2003; Mendes, 1996) Já a atenção curativa é uma ação que busca o prolongamento da vida, o restabelecimento da saúde, a cura, a diminuição das dores e sofrimento, a reabilitação das seqüelas, através da prática clínica de cuidado dirigido aos indivíduos ou grupos humanos (Mendes, 1996). Cabe destacar, de acordo com Calatayud (1991), que a promoção da saúde é uma das atividades centrais da Psicologia no campo da Atenção Primária, sem deixar de lado, logicamente a prevenção e atenção curativa.

O principal objetivo da ESF consiste em melhorar o estado de saúde da população através de um modelo de assistência voltado à família e à comunidade, que inclua desde a proteção e a promoção da saúde, até a identificação precoce e o tratamento das doenças. É de responsabilidade das equipes a resolubilidade de 80% das necessidades de saúde da população de seu território de responsabilidade. Para alcançar esse objetivo a ESF apresenta uma característica de atuação multiprofissional, fundamentada na interdisciplinaridade, na intersetorialidade, e na responsabilidade integral sobre a saúde da população que

reside na área de abrangência das Unidades Básicas de Saúde (UBS). (Brasil, 1997; 1997a) O compromisso das equipes é prestar toda a assistência necessária para o fortalecimento da família e da comunidade no desenvolvimento de seus papéis sociais.

No âmbito das políticas públicas destinadas a alimentação e nutrição, na esfera das estratégias governamentais de enfrentamento à pobreza, ressalta-se a Política Nacional de Alimentação e Nutrição- PNAN que tem como propósito “a garantia da qualidade dos alimentos colocados para consumo no País, a promoção de práticas alimentares saudáveis e a prevenção e o controle dos distúrbios nutricionais, bem como o estímulo às ações intersetoriais que propiciem o acesso universal aos alimentos” (Brasil, 2005, p. 17).

Na PNAN os problemas alimentares e nutricionais que gravitam em torno da desnutrição são enfocados por meio de uma abordagem familiar, reconhecendo que os fatores de risco se definem dentro de um contexto que pode ser considerado como vulnerável. Assim, a distribuição de alimentos e a educação alimentar constituem ferramentas indispensáveis para evitar a desnutrição ou seu agravamento (Brasil, 2005).

Estas diretrizes são fundamentais para a promoção da saúde das crianças no contexto de assistência à saúde. No entanto, os programas de combate à desnutrição no país, têm se mostrado ineficientes, porque não respondem de forma adequada às necessidades reais da população (Solymos, 2003). Como colocam Costa e Zannon (1997), há muita ênfase na recuperação do crescimento físico e da alimentação da criança (Castro e Monteiro, 2002; Maranhã, 1999), em detrimento do desenvolvimento psicológico, que exige programas de estimulação e acompanhamento.

Programas de recuperação nutricional e suplementação alimentar, embora necessários, parecem ser insuficientes, pois não recuperam funções do desenvolvimento, debilitadas pela desnutrição. É necessário suporte para famílias através de visitas domiciliares, reuniões de pais e atendimento familiar, que visem aumentar a competência do cuidado parental, estimulando a capacidade dos pais em fornecer estímulos e suporte a seus filhos, assim como intervenções de

estimulação diretas com a criança para o desenvolvimento de suas capacidades (Costa Jr. e Zannon, 1997; Bradley e Casey, 1992).

Domene *et al.* (1999) afirmam que a fim de promover o declínio da desnutrição é necessário entender, que sua determinação não é mais somente explicada pela dificuldade de acesso aos alimentos. Portanto, as ações de saúde não podem ser massificadas por programas de distribuição e suplementação alimentar. Deve-se considerar a importância do problema para cada grupo atingido, desenvolvendo um sistema de vigilância de saúde capaz de atuar em regiões onde as ações tradicionais não alcançam eficiência.

Além de políticas públicas adequadas, é muito importante a participação dos profissionais de saúde. Algumas pesquisas mostram que é para as Unidades de Saúde que as mães recorrem buscando ajuda para os filhos, e demonstram ter pouca percepção quanto ao estado nutricional destes (Machado e Vieira, 2004; Fernandes, 2003; Machado, 2001; Maranhã, 1999). Os dados destas pesquisas revelam que o relacionamento entre profissionais e mães de crianças cadastradas em programas de desnutrição infantil, é limitado, existindo uma dissonância entre eles evidenciada pela comunicação e interação prejudicadas. As mães relatam que os profissionais não as auxiliam a entender o que acontece com a criança, pois demonstram não conhecerem a realidade em que vivem. Machado e Vieira (2004) identificaram que as ações dos profissionais ainda estão enraizadas num determinismo biológico e verticalizadas por posições clientelistas/assistencialistas, que impedem a participação das mães como sujeitos e contribuem para a exclusão social das famílias.

Como bem discute Fernandes (2003), as equipes de saúde têm dificuldade em envolver-se com as famílias na solução do problema. A determinação social da desnutrição e o fato de ser um problema de saúde para o qual a solução não é somente terapêutica colocam em xeque todo o arcabouço teórico-prático no qual o profissional foi formado. Pesquisando de uma forma geral sobre o conhecimento de profissionais de saúde sobre desenvolvimento infantil, Figueiras, Puccini, Silva e Pedromônico (2003), avaliaram que médicos e enfermeiros da atenção primária, apresentam deficiências nestes conhecimentos e que a vigilância do

desenvolvimento não é realizada de forma satisfatória, sendo necessárias sensibilização e capacitação dos profissionais para esta prática.

Além disso, a dificuldade de compreensão também parte de uma visão homogeneizada das famílias das camadas pobres da sociedade, que impede entender as diferenças presentes entre cada uma delas (Fernandes, 2003). Ciamponi, Tonette, Pettengill e Chubaci (1999) em pesquisa com profissionais de enfermagem, concluíram que se reproduz na prática assistencial um forte código moral e higienista, que evidenciam uma concepção unicausal de processo saúde-doença. As representações sociais das mães de desnutridos destes profissionais são de que elas não estabelecem vínculo com os filhos, que os abandonam que não trabalham porque não quer, visão esta pautada na ótica liberal.

Os estudos sobre os fatores de risco e proteção da criança, foram citados detidamente anteriormente pela sua importância, tanto para ações de prevenção, quanto para intervenções em processos já instalados. Do ponto de vista preventivo, Graminha e Martins (1997) defendem que é necessário que crianças de grupos de risco social, mesmo que ainda não tenha desenvolvido doenças físicas, deveriam se beneficiar de programas de intervenção, geralmente freqüentados somente por crianças com risco duplo (biológico e social). Numa perspectiva ideal, os serviços devem estruturar estratégias que possibilitem localizar crianças em condição de risco, acompanhar seu desenvolvimento e informar os membros da comunidade sobre a existência destes serviços, numa tentativa de promover a prevenção nos níveis primário e secundário, minimizando os efeitos do risco e diminuindo a necessidade de intervenções no nível terciário (Graminha e Martins, 1997).

Sobre os fatores de risco à desnutrição, são recomendadas intervenções visando à redução da sua freqüência tais como, aumento da cobertura de assistência pré-natal, educação continuada para os profissionais atuantes na saúde da mulher, reformulação do programa de atenção da mulher, planejamento familiar, atividades educativas sobre sexualidade e anticoncepção para adolescentes (UNFPA, 2004; Puccini *et al.*, 1997; Carvalhaes, 1999; Tonial, 2001).

Em relação a propostas de intervenção em famílias, Muniz (2000) pesquisou uma proposta de trabalho educativo domiciliar através de agentes de saúde, com 64 crianças desnutridas em Vitória/Espírito Santo, sem suplementação alimentar, que se mostrou eficaz. Após três meses de intervenção, 73,3% das crianças que apresentavam desnutrição moderada ou grave, normalizaram o indicador peso/altura. Já para Falbo e Alves (2002), a ação que mais contribuiria para a prevenção das interações maléficas do binômio desnutrição-infecção, seria a prática da amamentação exclusiva até o sexto mês de vida.

Soares (2001) apresenta estudo com a metodologia de intervenção de rede social em famílias de crianças desnutridas, em tratamento no Centro de Recuperação e Educação Nutricional (CREN) de São Paulo. Os resultados encontrados revelam que, através da utilização de mapas explicitadores dos contextos sócio-relacionais junto às famílias, é propiciado ampliação do horizonte de compreensão da realidade familiar sócio-econômica, cultural e relacional; uma facilitação do processo de enfrentamento da situação de pobreza e desnutrição infantil; um fortalecimento das capacidades e desenvolvimento das potencialidades da família para maior autonomia e inserção na comunidade.

Levando-se em conta todos estes aspectos, esta pesquisa pretende mergulhar no universo relacional de famílias de crianças com desnutrição a fim de subsidiar informações sobre suas necessidades para construção de políticas públicas adequadas e voltadas para integralidade na atenção a saúde da criança e de suas famílias.

4. MÉTODO

4.1. CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Considerando que o fenômeno estudado está envolvido em um contexto de complexo e que para apurá-lo se fez necessário mergulhar na dinâmica implicada em cada família, nesta pesquisa adotou-se a epistemologia qualitativa, cujo aspecto central segundo Krause (1993) se caracteriza pela:

(...) convicção da impossibilidade de aceder ao conhecimento, separando o “objeto de estudo” da subjetividade tanto do investigado como do investigador. E mais, os resultados de estudos qualitativos emergirão como produto da relação entre estas subjetividades, sendo estas a intersubjetividade. Nesse sentido é uma “construção conjunta” (p. 1)⁸.

Nessa mesma lógica, para Biasoli-Alves (1998), já aludindo ao método qualitativo que este:

(...) se caracteriza por buscar apreensão de significados nas falas ou em outros comportamentos observados dos sujeitos, interligados ao contexto em que se inserem e delimitados pela abordagem conceitual do pesquisador, trazendo à tona, na redação, uma sistematização baseada na qualidade, sem a pretensão de atingir o limiar de representatividade (p.149).

A presente pesquisa também se caracteriza por ser exploratório-descritiva, pois tem como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias, assim como objetiva a descrição de uma determinada população (Gil, 1991; 1987).

⁸ (...) es la convicción de la imposibilidad de aceder al conocimiento, separando el “objeto de estudio” de la subjetividad tanto del investigado como la del investigador. Es más, los resultados de estudios cualitativos emergerán como producto de la relación entre estas subjetividades, es decir de la intersubjetividad. En ese sentido son una “construcción conjunta” (Krause, 1993, p.1).

Partindo destas características, foi planejada uma combinação de instrumentos e procedimentos para coleta e análise dos dados, adequados para descrever a realidade do contexto em que a pesquisa foi realizada.

4.2. CAMPO DE PESQUISA

A pesquisa teve como referência, uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Florianópolis/SC, que atendia pelo Sistema Único de Saúde (SUS) uma comunidade circunscrita em uma área de abrangência urbana, com aproximadamente 13.576 pessoas pelo Censo 2000 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE (Florianópolis, 2005). Esta comunidade fica situada na parte insular do município, em área costeira à Baía Norte e com extensão territorial até os altos dos morros.

A UBS contava durante o período da pesquisa, com três equipes de saúde da família e com outros profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e técnicos) que também compunham o quadro funcional da instituição. Este número de equipes era insuficiente em relação à população e condições vulneráveis de várias micro-áreas da área de abrangência.

Na área de abrangência desta comunidade constavam os seguintes serviços públicos de proteção social: a UBS com atenção primária e secundária de saúde; dois hospitais (um infantil e outro de adolescentes e adultos) com atenção secundária e terciária de saúde; um Centro de Reabilitação; um CAPS-Centro de Atenção Psicossocial de adultos; um CAPSi- Centro de Atenção Psicossocial de Crianças e Adolescentes; o Juizado da Infância e da Juventude; a Cidade da Criança – com oferta de diversos serviços e programas sócio-assistenciais dentre alguns deles o Florir Floripa, Acorde, Sentinela, SOS Criança, Liberdade Assistida, Promenor; uma Casa Lar para crianças e adolescentes portadoras de HIV/AIDS; a Casa do Hemofílico; a Delegacia da Mulher; uma Casa de Passagem para Mulheres e Crianças; uma Escola Estadual com oferta de educação infantil, ensino fundamental e médio; uma Escola Municipal com oferta de educação infantil e ensino fundamental; três Creches Municipais.

Outros serviços assistenciais gratuitos também eram oferecidos através de diversas ONG's; instituições religiosas; e a Pastoral da Criança. Além destes apresentavam-se na área serviços privados de saúde (diversas Clínicas e uma Maternidade); e Escolas privadas de educação infantil e ensino fundamental.

A comunidade caracterizava-se por condições sócio-econômicas heterogêneas, apresentando famílias de diferentes classes sociais entre os extremos de classe alta, residentes em casas ou condomínios de luxo; e às de classe popular, entre eles os pobres e extremamente pobres, residentes em favelas ou próximos à elas, sendo estes os usuários que mais buscavam a UBS.

As favelas encontravam-se em áreas dos Morros do bairro, cada qual com uma denominação (que não cabe aqui nomeá-las para preservar o anonimato dos participantes) com casas construídas com alvenaria ou madeira, sem planejamento urbano adequado em becos e vielas, algumas sem calçamento e pouco iluminadas. Nas partes mais altas e íngrimes dos Morros situavam-se as microáreas mais pobres das favelas, com barracos construídos com materiais reaproveitados, lonas e papelão, no meio das matas, sem saneamento básico, esgoto a céu aberto, com acesso somente pelo meio de escadarias improvisadas com pedras e troncos de árvores.

Por estar em área balneária à Baía Norte de Florianópolis, o bairro contava com ampla ciclovía a beira-mar, no entanto utilizada quase somente pelos moradores mais abastados economicamente do bairro para práticas de lazer e esportes. Havia uma praça para lazer e recreação infantil em parte plana da área de abrangência, sendo que em somente um dos Morros havia uma pequena praça de recreação infantil. Encontravam-se também dois campos de futebol de areia, um da Associação de Moradores do bairro situado ao lado do Feirão Municipal de Frutas e Verduras e outro construído clandestinamente no alto do Morro de uma das favelas.

A organização comunitária se dava através das Associações de Moradores dos três principais Morros da região. A comunidade dispunha de transporte urbano público nas principais ruas do bairro, não alcançando as vias mais íngrimes e

estreitas, nas quais se andava somente a pé. Destaca-se que para os moradores das favelas a UBS ficava distante de suas casas.

Nas favelas dos Morros havia forte presença do crime organizado ligado ao narcotráfico, com o envolvimento de vários moradores em delitos, muitos deles presidiários ou ex-presidiários. Cabe apontar a proximidade de uma das favelas com o Presídio Estadual, favela esta considerada pela polícia local e pelos moradores como a mais violenta do bairro. Vários pontos de venda de drogas, chamados de “bocas de fumo”, foram identificados pela pesquisadora e confirmados pelos participantes entrevistados e Agentes Comunitários de Saúde da UBS.

Apresentavam-se neste contexto como principais problemas a pobreza, o desemprego, saneamento básico precário, violência, tráfico de drogas, falta de escolas e creches, falta de espaços de lazer, crianças em situação de risco, desnutrição infantil e gravidez na adolescência (Florianópolis, 2005).

Especificamente para crianças em risco nutricional e em estado de desnutrição, eram coordenadas ações assistenciais nesta unidade, através do Programa Hora de Comer⁹. O mesmo fazia parte do planejamento político-assistencial da Secretaria Municipal de Saúde, instituído no ano de 1998, como alternativa de combate à desnutrição infantil. O Programa era gerenciado pela Associação Florianopolitana de Voluntários-AFLOV e destinado a crianças na faixa etária entre seis meses a seis anos incompletos de idade em situação de risco nutricional ou com desnutrição.

O Programa tinha como objetivo recuperar estas crianças através das seguintes ações: a) acompanhamento mensal da criança em consulta médica, cuja coleta de peso e cálculo do percentil¹⁰ é uma rotina; b) participação dos familiares em reuniões educativas mensais e; c) distribuição de uma cesta

⁹ FLORIANÓPOLIS. PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. Hora de Comer: Eficiência no combate à desnutrição. Publicação em folder distribuído em 2006

¹⁰ O Ministério da Saúde preconiza como classificação do estado nutricional infantil o percentil. Percentil é a medida estatística para classificação do estado nutricional na distribuição do padrão antropométrico de referência. (Fagundes *et al.*, 2004; BRASIL, 2005).

nutricional¹¹ a ser consumida somente pela criança cadastrada no Programa; d) acompanhamento domiciliar pelos Agentes Comunitários de Saúde da UBS. Para as crianças de 6 meses a 3 anos cadastradas no Programa, também era fornecida suplementação alimentar de leite especial para a faixa etária.

O acesso da criança ao Programa se dava quando em visita domiciliar do Agente Comunitário de Saúde era levantada e encaminhada para a UBS para ser avaliada pelos profissionais de saúde; ou quando em consulta médica a criança era diagnosticada em risco nutricional ou com desnutrição e encaminhada à reunião educativa do PHC para ser devidamente cadastrada.

As condicionalidades para permanência no Programa se davam pela obrigatoriedade da frequência mensal na consulta médica para avaliação da criança e na reunião educativa, para então receberem autorização de entrega da cesta nutricional. Os faltosos no Programa eram listados pela AFLOV para busca-ativa pela equipe da respectiva ULS da área de abrangência em que reside a família. A coordenação do PHC referiu que esta busca ativa não era realizada pela ULS por falha das equipes locais.

O indicador antropométrico adotado pelo Programa Hora de Comer para diagnosticar o estado nutricional das crianças era o índice P/I (peso por idade). Este é o padrão de referência considerado pelo *National Center for Health and Statistics* – NCHS de 1977, recomendado pela Organização Mundial da Saúde e adotado pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional-SISVAN do Ministério da Saúde (Fagundes *et al.*, 2004).

Seguindo este indicador eram cadastradas no programa crianças em risco nutricional (percentil ≥ 3 e percentil < 10), com baixo peso ($<$ percentil 3 e \geq percentil 0,1), ou muito baixo peso ($<$ percentil 0,1). As crianças com baixo peso e com muito baixo peso eram diagnosticadas respectivamente com desnutrição moderada e grave.

Além do fator idade, o Programa preconizava que o tempo de permanência para recuperação do estado nutricional era de no máximo 9 meses, sendo que era

¹¹ A cesta nutricional é composta pelos seguintes alimentos: açúcar, aveia, amendoim, arroz, feijão, farinha de trigo, biscoito, macarrão, sal, leite em pó integral, frango, frutas da época, gelatina, margarina, óleo de soja, verduras da época, ovos.

considerado critério de desligamento da criança quando esta chegava e permanecia com o percentil ≥ 10 (estado de eutrofia¹²) durante três meses consecutivos.

Nesta pesquisa priorizou-se incluir as crianças com diagnóstico de desnutrição, que pelos indicadores do SISVAN (Fagundes *et al.*, 2004) estavam com percentil ≥ 3 , por ser um importante indicador de vulnerabilidade social em crianças.

É importante destacar que ao escolher uma comunidade como campo de pesquisa, como bem destacam Moré e Crepaldi (2004), levou-se em conta que o campo comunitário é um contexto que “precisa ser ‘desbravado’, pois há necessidade de maior número de pesquisas que evidenciem metodologias, para um melhor reconhecimento da complexidade do mesmo”, em termos de dificuldades e possibilidades, tanto para a coleta, quanto para análise qualitativa dos dados (p.4).

4.3. PARTICIPANTES

Os participantes desta pesquisa foram dez crianças com diagnóstico de desnutrição e suas respectivas famílias integrantes do Programa Hora de Comer, usuárias da Unidade Básica de Saúde referência da pesquisa. Estas crianças faziam parte em Março de 2006 de um universo de 66, cadastradas no Programa Hora de Comer. Todas as famílias participantes eram de classe desfavorecida sócio-econômicamente, residentes nas favelas dos “Morros” do bairro ou ruas próximas a elas.

As crianças e suas famílias foram intencionalmente escolhidas preferencialmente de acordo com os seguintes critérios estabelecidos para inclusão dos participantes: 1) tempo de permanência da criança cadastrada no Programa por no mínimo 6 meses; 2) criança com diagnóstico de desnutrição de moderada a grave; 3) idade da criança ser entre 6 meses a 4 anos; 4) idade da mãe, pai ou responsável superior a 18 anos; 5) família com mais de uma criança

¹² Crescimento normal.

com desnutrição que estejam cadastradas, ou com irmãos que já saíram do Programa pela idade; 5) família com arranjo familiar¹³ estável por no mínimo 6 meses.

Os dados referentes à identificação das crianças com desnutrição foram obtidos através dos relatórios do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional-SISVAN, disponíveis no Sistema INFOSAÚDE de prontuários eletrônicos da Unidade Básica de Saúde, e documentos de cadastro da Associação Florianopolitana de Voluntários (AFLOV) que gerencia o Programa Hora de Comer.

A faixa etária das crianças foi estabelecida entre 6 meses e 4 anos, por serem os primeiros anos de vida em que a criança é mais suscetível a seqüelas no desenvolvimento bio-psicológico e fase do ciclo vital do indivíduo e da família, em que as ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, e atenção curativa da doença devem ser mais ágeis.

Das 66 crianças cadastradas, 16 estavam diagnosticadas com baixo peso ou muito baixo peso, ou seja, com desnutrição e destas todas com faixa etária de 6 meses a 4 anos aceitaram participar da pesquisa, perfazendo o número de 8 crianças. Foi necessário então incluir duas crianças com 5 anos de idade para completar o número de participantes almejado. Cabe mencionar que nenhuma das crianças estudadas apresentava doença de base anterior a desnutrição.

Em relação à faixa etária dos responsáveis pela criança, foi estabelecida a idade mínima de 18 anos por já poderem responder legalmente pelos seus atos. Conforme previsto no projeto da pesquisa, buscou-se entrevistar os pais ou responsáveis legais da criança.

No caso dos pais ou responsáveis que moravam juntos, buscou-se entrevistá-los conjuntamente, e no caso contrário, tentou-se entrevistá-los separadamente. Quanto à participação nas entrevistas: duas foram feitas com o casal, duas com o casal e com a presença de filhos, três somente com as mães,

¹³ Entende-se por arranjo familiar os membros da família, consangüíneos ou não, residentes no mesmo domicílio. Segundo o IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2002) o conceito de arranjo familiar é "equivalente ao conceito de família que denota a forma de organização de seus membros". Na presente pesquisa, o arranjo familiar também é definido pelo tipo de união existente entre os genitores ou responsáveis da criança com desnutrição alvo do estudo.

duas com as mães e a presença de filhos e uma com a mãe e uma amiga. Os pais e mães das crianças foram considerados os informantes principais, sendo que nos casos em que outras pessoas (filhos e amiga) foram autorizadas por estes para estarem presentes, estas também foram incluídas na entrevista. No total, 21 membros das famílias participaram das entrevistas, dentre eles 15 adultos, 7 crianças e 1 adolescente (ver Tabela 1). Nos casos em que as mães eram separadas ou não viviam com os pais das crianças, não foi possível entrevistá-los por pedido das próprias mães ou por falta de informação sobre como encontrá-los.

4.4. INSTRUMENTOS

A coleta de dados foi constituída por: 1) entrevista semi-estruturada que subsidiou a construção do genograma familiar; 2) observação participante com registro em diário de campo; 3) pesquisa documental de prontuários e cadastros.

A entrevista semi-estruturada foi adequada neste estudo, pois aprofunda um determinado domínio ou verifica a evolução de domínios já conhecidos pelo pesquisador (Ghiglione e Matalon, 1993). Implica em compor um roteiro de tópicos ou perguntas, selecionados e elaborados, de tal forma a serem abordados por todos os entrevistados, seguindo uma formulação flexível, de modo que a seqüência e minuciosidade ficam por conta do discurso do entrevistado e da dinâmica da entrevista.

As questões devem ser abertas e elaboradas de modo a suscitar uma verbalização que expresse o modo de pensar e agir dos participantes sobre os temas perguntados (Biasoli-Alves, 1998; Biasoli-Alves e Silva, 1992). Este tipo de entrevista, conforme discute esta autora, é uma ferramenta importante para contextualizar o comportamento dos participantes, vinculando-o com sentimentos, atitudes, motivos, intenções e valores, permitindo também obter dados sobre o passado e a maneira como ele se reflete hoje na vida dos participantes.

O roteiro de entrevista foi constituído de forma semi-estruturada em tópicos selecionados, organizado em quatro blocos: 1) a identificação da família, 2) dados

da criança com desnutrição, 3) a família e a desnutrição da criança, 4) a vida em família. (ver roteiro na íntegra no Apêndice)

Com o instrumento, buscou-se reconhecer a dinâmica relacional familiar e como interpretavam e avaliavam a vivência da situação de saúde do(s) filho(s). O roteiro de entrevista teve como base o questionário sobre Ciclo Vital Familiar, desenvolvido pelo NUFAC- Núcleo de Família e Comunidade da PUC - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (Cervený, 1997b).

Esse roteiro abarcou a investigação da temática central do presente projeto de pesquisa e subsidiou a construção do Genograma Familiar. O Genograma é um instrumento comumente utilizado na clínica da Terapia Relacional Sistêmica Familiar que vem sendo utilizado em pesquisas científicas. Através dele se obtém uma visão ampliada histórico-contextual da família participante, representando o mapeamento gráfico da história transgeracional e do padrão familiar, mostrando a estrutura básica, a demografia, o funcionamento e estrutura do ciclo vital familiar, configurando-se como um gráfico sumário dos dados coletados (Mcgoldrick e Gerson, 2001).

Este recurso explora os esquemas familiares e explicita a estrutura familiar ao longo de várias gerações, das etapas do ciclo de vida familiar, além dos movimentos emocionais a ele associados e dos recursos utilizados pela família para lidar com doenças e crises inesperadas anteriores, nas gerações atuais e prévias (Rolland, 2001). (ver no Anexo 2 os símbolos e siglas da legenda do Genograma).

Evidenciam-se, ainda, no Genograma: a) os nomes e idades de todos os membros da família; b) datas exatas de nascimentos, casamentos, separações, divórcios, mortes, abortos e outros acontecimentos significativos e, c) indicações datadas das atividades, ocupações, doenças, locais de residência e mudanças no desenvolvimento vital.

Em síntese, Asen e Tomson (1997) definem que a árvore familiar ou genograma é uma maneira de reconstruir a família sobre o papel, e diante dele explorar os padrões de enfermidade e de relações ao longo das gerações, pois:

- Combina informação biomédica e psicossocial;

- Clarifica padrões transgeracionais de enfermidade e condutas problemáticas;
- Situa o problema atual em um contexto histórico;
- Permite ao clínico e ao paciente estudar como explorar os mitos e modificar esquemas familiares; e,
- Tem um grande valor diagnóstico e terapêutico.

Assim, neste estudo a construção do Genograma foi subsidiada pela entrevista semi-estruturada, que investigou a estrutura e dinâmica das famílias de crianças que possuíam um ou mais membros com desnutrição, mapeando concomitantemente as configurações relacionais destas, através do levantamento dos seguintes aspectos:

- Do surgimento e da evolução da desnutrição infantil;
- Mantenedores do fenômeno da desnutrição infantil;
- Subsistemas familiares impactados com o fenômeno;
- Organização relacional da família;
- Como essas famílias solucionavam seus problemas; e,
- Padrões familiares de desnutrição ao longo das gerações;

Para a coleta de dados também foi realizada Observação Participante com registro cursivo em Diário de Campo das reuniões educativas do Programa Hora de Comer e de todos os demais momentos em que a pesquisadora esteve no campo de pesquisa.

A observação participante de campo é definida por Schwartz e Schwartz (1955 apud Minayo, 2006d) como um processo pelo qual mantém-se a presença do observador numa situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica. “O observador está em relação face a face com os observados e, ao participar da vida deles, no seu cenário cultural, colhe dados. Assim o observador é parte do contexto sob observação, ao mesmo tempo modificando e sendo modificado por este contexto” (pp.273-274).

O registro cursivo em diário de campo objetiva o registro detalhado e de acordo com a seqüência temporal do que foi observado, além de se tentar

apreender os pressupostos implícitos nos mesmos (Moré e Crepaldi, 2004). Por meio desse tipo de registro, é possível descrever comportamentos, interações, dinâmicas relacionais e particularidades específicas do cotidiano no campo de pesquisa, inclusive com percepções subjetivas do próprio pesquisador (Moré e Crepaldi, 2004; Moré, 2000; Dessen e Borges, 1998).

No processo de coleta dos dados foram registrados no diário de campo Notas de Campo e Notas do Pesquisador. Nas primeiras foram registrados em termos de descrições, dados referentes ao contexto físico, cultural, social e afetivo que se está estudando: tudo o que se observou o mais objetivamente possível no ambiente, e os diálogos, acompanhados de todas as expressões verbais e não verbais que ocorreram. Nas Notas do Pesquisador, constaram às reflexões do pesquisador, referentes ao que o contexto observado despertava. As anotações foram realizadas durante todo o processo de levantamento de dados.

Com o intuito de uma melhor organização da observação participante, foram estabelecidos os seguintes critérios na coleta de dados: a) descrever as reações, ações e comportamentos envolvidos na relação entre a equipe de saúde-famílias; c) descrever as impressões e as metacomunicações percebidas no contexto; d) descrever como o campo afetava o pesquisador; e) descrever a relação da equipe local com a pesquisadora.

A pesquisa documental foi necessária para coleta de dados de prontuários clínicos da criança, e dos cadastros das famílias do Programa Hora de Comer. Os prontuários e cadastros são documentos da instituição, que registram as informações dos pacientes e intervenções realizadas pela equipe de saúde. Assim, estes documentos serviram como fonte de informações para: a) a caracterização clínica da doença da criança; b) organização familiar e condições sócio-econômicas (nome, idade, gênero, escolaridade, endereço, condições de moradia, renda e trabalho dos pais ou responsáveis, c) verificação da presença de outras crianças da família cadastradas no Programa Hora de Comer. Estas informações foram colhidas principalmente para seleção dos participantes na pesquisa, e foram investigadas também no momento da entrevista.

Todos os dados coletados através destes instrumentos foram integrados e analisados, a fim de caracterizar e contextualizar os participantes pesquisados.

4.5. PROCEDIMENTOS

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina. Antes foi também submetida e aprovada em todos os níveis decisórios na Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis com aprovação no Colegiado do Programa Docente-Assistencial, no Departamento de Atenção Básica, na Coordenação da Unidade Básica de Saúde e pela Coordenação do Programa Hora de Comer.

Completados os trâmites iniciais a pesquisadora apresentou o projeto de pesquisa à equipe de saúde¹⁴ responsável pelas reuniões educativas e acompanhamentos clínicos do Programa Hora de Comer na UBS. Cabe pontuar que a inserção no campo de pesquisa foi facilitada devido à pesquisadora trabalhar na UBS em questão como Supervisora Local de Psicologia do Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família/Modalidade Residência da UFSC.

4.5.1. Coleta de Dados

Durante todo o período de inserção no campo, a pesquisadora ficou atenta ao que Moré e Crepaldi (2004, p.4) denominam de “aliança estratégica do pesquisador”, e buscou vincular-se com os integrantes da equipe e do grupo comunitário, evitando desta forma o “impacto do estranhamento da presença do pesquisador no contexto” como bem alertam as autoras (*idem*, p. 5).

O período destinado especificamente à coleta de dados ocorreu de março a novembro de 2006. Primeiramente a pesquisadora realizou o processo de seleção

¹⁴ A equipe era formada por Residentes e Supervisores Locais (médico, nutricionistas, odontólogo, assistente social, farmacêutico) do Curso de Especialização em Saúde da Família/Modalidade Residência da UFSC, pediatra e agentes comunitários de saúde da UBS, estagiários de graduação de Serviço Social e Nutrição da UFSC e funcionários da AFLOV.

das famílias através da análise dos prontuários e cadastros seguindo os critérios de inclusão dos participantes na pesquisa.

Concomitantemente, a pesquisadora iniciou o processo de observação participante na reunião educativa mensal do Programa em Março de 2006. Este processo teve como finalidade apresentar às famílias os objetivos de sua presença no contexto, entender a dinâmica da instituição, estabelecer um primeiro contato com as famílias das crianças selecionadas, assim como conhecer a dinâmica da relação equipe-famílias. Através da sua participação nestes encontros, a pesquisadora teve oportunidade de esclarecer o motivo de sua presença e os objetivos do estudo sempre que necessário.

Como condição para participar das reuniões educativas, a equipe de saúde solicitou à pesquisadora que participasse das reuniões de planejamento e avaliação da atividade em horários agendados pela equipe.

Ao final de cada reunião educativa era realizado o convite aos participantes para as entrevistas de forma individualizada e reservada, visto que pessoalmente era mais bem aceito pelos familiares das crianças do que por telefone, além do que, algumas famílias não tinham telefone no domicílio. O contato com os Agentes Comunitários de Saúde somente aconteceu quando necessário para auxiliar na seleção e localização dos participantes,

No contato com as famílias, após ser explicitado os objetivos da mesma e a identificação da pesquisadora, em acordo com os mesmos era marcado dia e horário da entrevista conveniente para os mesmos, a ser realizada em seu domicílio ou na Unidade Básica de Saúde conforme sua preferência. A pesquisadora oferecia a realização na UBS inclusive a noite pelo serviço funcionar em terceiro turno, o que facilitou a adesão dos participantes.

Duas famílias aceitaram realizar a entrevista, mas somente em horário a noite, sendo que por conta da violência a pesquisadora e os participantes concluíram que só poderíamos nos encontrar na UBS. As demais aceitaram realizar em seus domicílios mesmo que em dias de fins de semana.

No momento da entrevista, todos os participantes receberam informações orais e escritas sobre os objetivos da pesquisa, a responsabilidade do

pesquisador, o método empregado e o direito a recusar a participação. A pesquisadora solicitou autorização da família, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo1) que foi lido e assinado em acordo, sendo esclarecidos os objetivos da pesquisa e dúvidas dos participantes.

As entrevistas foram gravadas e depois transcritas na íntegra. Compreendeu-se que o recurso da gravação e posterior transcrição foram de extrema utilidade, pois possibilitou a vantagem de maior preservação do discurso dos entrevistados, e o entrevistador não precisava se ocupar com a tarefa de anotar as respostas durante a entrevista (Biasoli-Alves e Silva, 1992).

A construção do genograma foi realizada no momento da entrevista, em conjunto com os participantes. À medida que falavam sobre suas relações interpessoais, a pesquisadora mostrava os traçados de cada tipo de relacionamento que constavam na legenda do Genograma, explicava-os, para então serem escolhidos pelos próprios participantes de acordo como o modo como significavam relações com os membros familiares.

A pesquisadora se colocava a disposição dos participantes para mais encontros, caso solicitassem, pela mobilização que podia lhes ser causada tanto pelas perguntas realizadas, quanto pela construção do Genograma Familiar. Corroborando como o que Moré e Crepaldi (2004) alertam sobre a ética em pesquisa, considerou-se este cuidado com os participantes, um princípio ético metodológico importante da prática de investigação científica, além de ser aspecto fundamental da profissão do psicólogo, regido pela preocupação com a família, para além dos objetivos propriamente ditos da pesquisa psicológica.

Ao término, foi agradecida a disponibilidade dos participantes e informado a possibilidade de devolução dos resultados da pesquisa, caso fosse do interesse dos participantes. Da mesma forma, os resultados serão devolvidos à instituição de saúde envolvida.

4.5.2. Análise dos Dados

Para análise dos dados desta pesquisa, foi utilizada como referência a "Grounded Theory" (Teoria Fundamentada Empiricamente), proposta por Anselm Strauss e Juliet Corbin (Moré, 2000; Yunes e Szymanski, 2005; Strauss e Corbin, 1990; Strauss e Corbin, 1990a; Krause, 1992), a qual permite trabalhar com dados verbais de diferentes origens (entrevistas, documentos escritos, relatos de observações). Neste estudo, o desafio foi integrar os dados advindos da entrevista semi-estruturada, do genograma familiar e do diário de campo em torno dos objetivos propostos.

Especificamente, a análise gráfica e clínica dos genogramas construídos com base nos dados das entrevistas, foram realizadas a priori ancoradas na literatura e na experiência clínica da pesquisadora e da orientadora, para bem delimitar os padrões relacionais existentes em cada família. Desta forma, adequados ao referencial teórico, alguns relacionamentos foram modificados em relação ao que os participantes haviam delimitado. Estes dados foram incluídos como elementos temáticos para formação das categorias e subcategorias.

Apresentam-se a seguir os passos percorridos na análise dos dados como proposto por Strauss e Corbin (1990):

1) Após a coleta, o primeiro momento do processo de análise foi o da 'interação dos dados' para favorecer o mergulho no corpo dos dados. Com este objetivo, foram realizadas várias leituras sucessivas do material textual das entrevistas e dos dados identificados no genograma, assim como das anotações do diário de campo, com o intuito de compreender e ampliar o significado do discurso apresentado pelos participantes;

2) O segundo momento foi o processo chamado de 'codificação aberta', definida como o processo de desmembramento, exame, comparações, conceitualizações e categorização dos dados. Foram extraídas linha por linha, as propriedades e dimensões dos dados para chegar aos códigos. Por meio deste processo de comparação dos dados, foram analisados aspectos em comuns ou

semelhantes, características diferenciais entre as famílias e o inédito de cada uma para formar categorias;

3) Desse processo emergiram pontos nucleares que foram se mantendo na diversidade e na complexidade dos dados. Tais pontos serviram como base de referência para estabelecer e nomear as categorias principais de análise. Esta nomeação foi modificada tantas vezes quanto necessário até que se chegasse a representações dos significados dos códigos agrupados e a saturação teórica;

4) A partir das categorias principais foram relacionadas subcategorias e seus respectivos elementos de análise, os quais auxiliaram para uma melhor descrição, compreensão e sustentação das categorias principais. Este momento é denominado 'codificação axial' definido como um conjunto de procedimentos onde os dados são agrupados de novas formas se necessário através das conexões entre as categorias;

5) Finalmente buscou-se o fenômeno central que estabeleceu a integração entre as categorias para formar a teoria fundamentada nos próprios dados analisados.

5. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

5.1. CARACTERIZAÇÃO DAS FAMÍLIAS PARTICIPANTES

Em continuação, apresentamos os dados sócio-demográficos obtidos sobre a caracterização da estrutura das famílias participantes referentes aos componentes no domicílio, idades, escolaridade, ocupação, quem trabalha, renda familiar, condições de moradia, cidade de origem da família, tipo e tempo de casamento. Ao todo foram entrevistadas 21 pessoas, entre eles seis mães, quatro casais (pais da criança), quatro irmãos, uma amiga da família e quatro das crianças alvo da pesquisa.

Para uma melhor visualização destes dados, o leitor pode se reportar a Tabela 1 (ver Apêndice 2), organizada no intuito de melhor agrupar a diversidade de dados que surgiram sobre a configuração familiar.

Em relação às crianças com desnutrição a maioria era do **sexo** masculino com a **idade** entre 1 ano e 7 meses e 5 anos e freqüentavam o Programa Hora de Comer desde os seis meses de vida. Duas famílias tinham mais de um filho cadastrados no Programa.

Em relação à **cidade de origem dos pais**, oito famílias eram **migrantes** do interior de Santa Catarina, de cidade da Grande Florianópolis, do interior do Paraná, do interior e capital do Rio Grande do Sul. Destas, cinco casais migraram depois de casados e os demais migraram com suas famílias de origem.

A **escolaridade** da maioria dos membros das famílias concentrou-se entre a 1ª e a 8ª série do Ensino Fundamental e poucos alcançaram as séries do Ensino Médio. Observou-se que no total, as mães alcançaram mais escolaridade que os pais.

As **ocupações** mais freqüentes entre os adultos foram: serviços gerais, doméstica, diarista, pedreiro e desempregado. Constatamos também que a maioria dos empregos era de caráter informal, somente as mulheres tinham garantia de empregos formais com carteira assinada e nenhuma das mulheres estava desempregada.

O número de **componentes no domicílio** variou de três a sete pessoas. Pelos dados sobre as condições de moradia, constatou-se que as casas eram próprias ou alugadas. As famílias mais numerosas residiam em moradias de três a quatro cômodos com somente um quarto para o número de três a sete adultos e crianças. As demais famílias eram menos numerosas, por sua vez possuíam renda maior e encontrava-se em moradias de quatro a seis cômodos com dois quartos.

Todos os domicílios apresentaram-se em área com **saneamento básico** e coleta de lixo três vezes por semana. Os domicílios eram de alvenaria ou madeira. Das 10 famílias pesquisadas, maior número encontrava-se em **área violenta** por conta da violência urbana e narcotráfico, sendo que somente duas famílias residiam em áreas próximas a estas condições, mas não dominadas pelos traficantes de drogas, consideradas pelos participantes como não violentas.

O **número de filhos** dos pais das crianças com desnutrição, variou de um a 10 filhos do próprio casal ou de filhos de outras uniões. Dentre as 10 crianças com desnutrição pesquisadas, a maioria freqüentava **creche** por período integral, sendo que somente duas não freqüentavam por conta da preferência dos pais. Dentre os demais filhos que viviam juntos com a criança índice, todos estavam matriculados em **escolas e projetos sociais** em turno alternado, com exceção de duas famílias que apresentaram evasão escolar de filhos adolescentes. Tanto as escolas municipal e estadual, quanto os projetos freqüentados (Promenor, Florir Floripa, ambos oferecidos pelo município de Florianópolis; e Ação Social, de uma Igreja Católica) ficavam situados no próprio bairro.

A **renda mensal** de cada família foi calculada pela soma das remunerações das pessoas que trabalhavam e divididas pelos residentes no domicílio. Optou-se em utilizar os parâmetros do Programa Bolsa Família¹⁵ e do DIEESE- Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Sócio-Econômicos¹⁶ para

¹⁵ O Programa Bolsa Família é um programa de transferência direta de renda vigente no Brasil que denomina como pobres famílias com renda mensal de 50,00 a 100,00 per capita; e extremamente pobres famílias com renda mensal de 50,00 per capita (Brasil, 2007).

¹⁶ Pelo DIEESE (2007), o salário mínimo vigente no período da coleta de dados era de R\$350,00, enquanto o salário mínimo necessário para viver no Município de Florianópolis deveria ser de R\$1.613,08. Este calculo é feito pelo DIEESE com vistas a que o salário mínimo atenda as

analisar a renda familiar. Entre as famílias pesquisadas três foram consideradas na linha de pobreza; sendo duas famílias consideradas extremamente pobres; e uma como pobre. As outras sete famílias encontravam-se acima da linha de pobreza, mas, no entanto, nenhuma delas possuía renda mensal no valor mínimo necessário para atender as necessidades vitais básicas e da família, conforme preconizado pela Constituição Brasileira.

É importante ressaltar que nenhuma das famílias que estavam na linha de pobreza recebia os benefícios assistenciais de transferência direta de renda pelo Programa Bolsa Família. Em seis casos as famílias apresentaram independência financeira das famílias de origem e quatro eram dependentes destas. Aliado a este dado, nas famílias recasadas e monoparentais verificamos negligência paterna quanto a pensão alimentícia, sendo que em somente uma família a mãe abriu processo judicial contra o pai da criança.

A realização das entrevistas da maioria dos participantes em seus domicílios foi de fundamental importância para o conhecimento da pesquisadora sobre o contexto de vida das famílias. Observamos que nenhuma das famílias morava nas áreas mais precárias das favelas. Desta forma, possível apreender pelas caminhadas nos morros e nas entrevistas com os participantes as diferenças de classe existentes dentro das próprias favelas.

5.2. DADOS GERAIS DOS GENOGRAMAS DAS FAMÍLIAS PARTICIPANTES

A seguir, apresentamos os dados gerais dos genogramas que evidenciam os padrões transacionais recorrentes nas dinâmicas relacionais de cada família participante e seus subsistemas. Na Tabela 2 (ver Apêndice 3) estes dados estão organizados e destacados em negrito. Os dados destacados em itálico referem-se a padrões que se repetiram com menos intensidade nos sistemas das famílias.

necessidades vitais básicas da família, como moradia, alimentação, educação, saúde, lazer, vestuário, higiene, transporte e previdência social, conforme preconizado pela Constituição da República Federativa do Brasil (capítulo II, Dos Direitos Sociais, artigo 7º, inciso IV). A família considerada é de dois adultos e duas crianças, sendo que estas consomem o equivalente a um adulto.

Para preservar o anonimato dos participantes, representamos cada família por um número.

Foram colocadas no Anexo 4 todas as figuras dos genogramas das dez famílias pesquisadas, sendo que foram modificados os nomes das cidades de origem e dos locais de moradia. Os membros componentes do núcleo familiar da criança índice (CI) foram identificados pela inicial da denominação correspondente na família (P=pai; M=mãe; I=irmão). Todos os símbolos, traçados e identificações utilizados nos genogramas estão descritos nos Anexos 2 e 3.

Em síntese, as famílias apresentaram os seguintes aspectos dos padrões relacionais no **subsistema parental**: a) figura materna superenvolvida com a CI; b) figura paterna ausente ou superenvolvida com a CI; c) mãe como cuidadora e provedora principal; d) ausência de limites principalmente com a CI; e) violência doméstica. Especificamente, no **subsistema conjugal** evidenciamos: a) conflitos conjugais; b) separações e recasamentos; c) relação fundida e conflituosa entre os parceiros; d) triangulação com a CI; e) distanciamento sexual; g) problemas de comunicação: desqualificações, escalada simétrica; h) violência doméstica contra a mulher. No **subsistema fraterno** verificamos: a) relação conflituosa com superenvolvimento ou distanciamento; b) ciúmes, principalmente da CI.

Além disto, estas famílias apresentaram repetidamente: a) fronteiras difusas; b) condutas anti-sociais do pai; c) predomínio de transtornos mentais como alcoolismo e dependência química do pai e depressão da mãe; d) processos de migração.

Quanto à **família de origem paterna** destas famílias, identificamos os seguintes padrões repetitivos: a) predomínio de fronteiras rígidas; b) relacionamento distante devido a conflitos e/ou superenvolvimento em relação ao sistema familiar da CI; c) relações conjugais distantes ou emaranhadas e violentas; d) separações e recasamentos; e) relações emaranhadas ou distantes no sistema parental; f) conflitos e distanciamento no sistema fraterno; g) violência doméstica contra mulher, crianças e adolescentes; h) predomínio de transtornos mentais de figuras masculinas, principalmente alcoolismo e dependência química; i) condutas anti-sociais de figuras masculinas; j) adoções entre parentes.

Quanto à **família de origem materna**, evidenciamos os seguintes padrões repetitivos: a) predomínio de fronteiras difusas; b) relacionamento com superenvolvimento ou distante com o sistema familiar da CI; c) figuras paternas ausentes ou violentas; d) relação conjugal conflituosa e violenta; e) separações, divórcio e recasamentos; f) conflito e distanciamento no sistema parental; g) superenvolvimento e distanciamento no sistema fraterno; h) violência doméstica; i) transtornos mentais de figuras masculinas, principalmente alcoolismo e dependência química; j) predomínio de doenças biológicas de mulheres e risco nutricional e desnutrição na infância.

5.3. APRESENTAÇÃO DAS CATEGORIAS, SUAS RESPECTIVAS SUBCATEGORIAS E ELEMENTOS DE ANÁLISE

No **Quadro 1**, visualiza-se a compilação dos dados coletados através das entrevistas semi-estruturadas, dos genogramas e do diário de campo, em categorias, suas respectivas subcategorias e elementos de análise. Ao todo somam-se 6 categorias e 22 subcategorias.

QUADRO 1. APRESENTAÇÃO GERAL DAS CATEGORIAS, SUBCATEGORIAS E ELEMENTOS DE ANÁLISE:

Categorias	Subcategorias	Elementos de Análise
<p>1. ESTRUTURA FAMILIAR:</p> <p>Características das configurações familiares, as percepções da famílias sobre sua condição sócio-econômica e sobre o contexto comunitário em que vivem.</p>	<p>1.1. Configurações familiares: Compreende características da organização da família sobre o tipo de arranjo familiar, a fase do ciclo vital em que se encontravam, membros considerados como integrantes e condições especiais.</p> <p>1.2. Percepções¹⁷ da família sobre sua condição sócio-econômica: Apresenta a maneira como os familiares definem sua condição sócio-econômica de vida.</p> <p>1.3. Percepções da família sobre o contexto comunitário: Apresenta os significados atribuídos pelos familiares sobre o contexto comunitário em que vivem.</p>	<p>Arranjos familiares diversos: nuclear, recasada, monoparental e ampliada; Famílias em diferentes fases do ciclo vital familiar; Família extensa com ou sem laços de parentesco; Doações e adoções de filhos entre os parentes e amigos; Famílias fragmentadas pelos processos de migração;</p> <p>Instabilidade de condições trabalhistas; Presença de facilitadores e dificultadores da condição sócio-econômica; De melhoria do poder aquisitivo; Da situação pobreza;</p> <p>Comunidade violenta; Local impróprio para o desenvolvimento dos filhos; Abandono do Estado;</p>

¹⁷ Entende-se percepção como o processo psicológico pelo qual o ser humano analisa e atribui significado às informações sensoriais, às representações e vivências que recebe.

<p>2. VULNERABILIDADE DO CONTEXTO DE DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA COM DESNUTRIÇÃO:</p> <p>Apresenta as implicações da vulnerabilidade presente no contexto de desenvolvimento da criança em seu processo de adoecimento.</p>	<p>2.1. Estressores vivenciados no ciclo vital familiar:</p> <p>Descreve as circunstâncias biológicas, psicológicas, familiares e sociais vulneráveis vivenciadas pela família durante a gestação e desenvolvimento da criança índice que contribuíram para o surgimento e evolução do seu processo de adoecimento.</p> <p>2.2. Aspectos específicos do desenvolvimento da criança que contribuem para a sustentação da desnutrição:</p> <p>Descrevem as circunstâncias biológicas e psicológicas vulneráveis presentes no desenvolvimento da criança que contribuíram para a sustentação da situação de desnutrição no sistema familiar.</p>	<p>Gestação vulnerável da criança:</p> <p>Medos maternos,</p> <p>Doenças gestacionais e puerperais,</p> <p>Intercorrências na gravidez;</p> <p>Doenças dos membros familiares;</p> <p>Dilemas relacionais familiares;</p> <p>Dificuldades sócio-econômicas;</p> <p>De ordem somática;</p> <p>Da ordem do desenvolvimento psicológico na infância;</p> <p>De ordem relacional mãe-filho;</p> <p>De ordem inespecífica;</p>
---	---	--

<p>3. DINÂMICA RELACIONAL FAMILIAR:</p> <p>Descreve a dinâmica de padrões relacionais entre os membros da família através de características subjetivas referentes à maneira como se relacionam como estabelecem e mantêm vínculos, como lidam com problemas e conflitos, as regras e valores que cultivam, a definição de sua hierarquia e o delineamento dos papéis assumidos.</p>	<p>3.1. Metas das famílias:</p> <p>Descrição do que mobiliza e preocupa a família na fase atual do ciclo vital familiar e o que desejam para o futuro.</p> <p>3.2. Papéis familiares:</p> <p>Definem a posição do indivíduo na família e evocam comportamentos apropriados a esses papéis. Dizem respeito à funções familiares, quem faz o quê e porquê.</p> <p>3.3. Relações hierárquicas de poder e tomada de decisões:</p> <p>Definem a maneira segundo a qual interagem entre si, quem manda, quem toma as decisões na família.</p>	<p>Saúde da CI;</p> <p>Provisão das necessidades básicas dos filhos;</p> <p>Melhorar situação sócio-econômica;</p> <p>Resolução de processo de paternidade dos filhos;</p> <p>Figura Materna como principal cuidadora e provedora;</p> <p>Figura Paterna periférica: ‘ajuda’ e não sustenta a família;</p> <p>Filhos mais velhos cuidando dos irmãos menores e da casa;</p> <p>Figura Feminina com o poder decisório;</p> <p><u>Subsistema Parental:</u> Pai autoritário e punitivo; Mãe dominadora e permissiva;</p> <p><u>Subsistema Conjugual:</u></p> <p>discordância entre o casal sobre poder de decisão, dificuldades dos casais na resolução de problemas, problemas de comunicação, transição de relações de gênero mais igualitárias;</p> <p>Auxílio de parentes na resolução de problemas;</p>
---	--	---

<p>3. DINÂMICA RELACIONAL FAMILIAR:</p>	<p>3.4. Regras familiares: Definem as normas e expectativas que governam a vida familiar. As regras descrevem como um sistema familiar funciona e, em geral, exercem uma poderosa influência controladora, embora possam não ser conscientes pelos membros da família.</p> <p>3.5. Valores familiares: Descrevem sobre o que há de melhor na família atual e do que aprenderam com as famílias de origem.</p> <p>3.6. Padrões relacionais das famílias: Descrição do padrão familiar da família, com informações sobre os relacionamentos, comunicação e comportamentos entre os seus componentes, principais estressores como enfermidades e condutas problemáticas que contribuem na manutenção e no enfrentamento da situação de adoecimento da criança.</p>	<p>Regras familiares rígidas e/ou permissivas; Proibição de condutas adictas; Comemoração de datas festivas e conquistas para agregar a família; Dialogar sobre situações boas e ruins; União familiar nos momentos tristes;</p> <p>União familiar; Batalhar pela vida; Honestidade; Rejeição de alguns valores da família de origem;</p> <p>Predomínio de fronteiras difusas; Figura Materna superprotetora e hiperfuncionante; Figura Paterna irresponsável e passiva; Violência doméstica; Condutas adictas e anti-sociais do pai; Mãe depressiva; Relações fundidas e conflituais no subsistema conjugal; Pai e Mãe superenvolvidos e triangulados com o filho com desnutrição; Presença de muitos estressores verticais durante o ciclo vital familiar; Resiliência Familiar;</p>
--	--	---

<p>4. PADRÕES RELACIONAIS TRANSGERACIONAIS DAS FAMÍLIAS DE ORIGEM:</p> <p>Mapeamento transgeracional dos relacionamentos que definem os padrões familiares ao longo das gerações.</p>	<p>4.1. Padrões relacionais da família de origem paterna: Descrição dos padrões familiares da família de origem paterna, com informações sobre a maneira como os membros familiares se relacionam nos e entre os subsistemas, e particularmente com a família da criança índice, assim como as enfermidades e condutas problemáticas mais presentes.</p> <p>4.2. Padrões relacionais da família de origem materna: Descrição dos padrões familiares da família de origem materna, com informações sobre a maneira como os membros familiares se relacionam nos e entre os subsistemas, e particularmente com a família da criança índice, assim como as enfermidades e condutas problemáticas mais presentes.</p> <p>4.3. Estressores verticais da história de vida dos pais da criança: Descreve as circunstâncias vulneráveis do contexto da história parental da criança, a influência que tiveram em sua vida adulta e na formação de seu próprio sistema familiar.</p>	<p>Predomínio de fronteiras rígidas; Conflitos no subsistema conjugal; Separações e recasamentos; Violência doméstica; Relações fusionais e distantes no subsistema parental; Conflitos e distanciamento no subsistema fraterno; Relacionamento conflituoso e distante com a família da CI; Adoções de filhos entre parentes; Predomínio de transtornos mentais; Condutas anti-sociais;</p> <p>Predomínio de fronteiras difusas; Conflitos no subsistema conjugal; Violência doméstica; Separações, divórcio e recasamentos; Conflito e distanciamento no subsistema parental; Relações fusionais e distantes no subsistema fraterno; Relacionamento de superenvolvimento e distante com a família da CI; Adoções e doações de filhos entre parentes; Transtornos mentais; Predomínio de doenças somáticas;</p> <p>Morte dos pais durante suas infâncias; Morte de parentes da rede social significativa na infância; Violência doméstica; Abandono dos estudos; Função de filhos parentais nas famílias de origem; Adoções por parentes; Tragédias com parentes; Contexto de Pobreza;</p>
--	---	--

<p>5. CONHECIMENTOS E RECURSOS DE ENFRENTAMENTO DAS FAMÍLIAS SOBRE A DESNUTRIÇÃO DA CRIANÇA</p> <p>Discorre sobre os conhecimentos dos familiares sobre a condição de saúde da criança com desnutrição, assim como os recursos cognitivos e emocionais de enfrentamento da problemática.</p>	<p>5.1. Sobre a condição de saúde do filho: Descreve os conhecimentos e opiniões dos familiares a respeito da desnutrição enquanto um problema, ou não, de saúde na criança.</p> <p>5.2. Sobre as causas da desnutrição: Descrevem os conhecimentos, crenças e opiniões dos familiares sobre as causas da desnutrição da criança.</p> <p>5.3. Sentimentos dos pais acerca da desnutrição do filho: Apresenta os recursos emocionais dos familiares frente a situação de saúde do filho com desnutrição.</p> <p>5.4. Sobre a solução da desnutrição: Discorre sobre as abordagens de solução dos familiares no enfrentamento da desnutrição da criança</p> <p>5.5. Mudanças na família com a desnutrição do filho: Apresenta a descrição das mudanças ocorridas no sistema familiar frente ao adoecimento da criança.</p>	<p>Em termos de diagnóstico médico; Em termos de crenças sobre os diagnósticos; Em termos de negação da extensão do problema; Negligência por Superproteção;</p> <p>Crenças; “O não saber”; Naturalização da condição de desnutrição; Tratamento de saúde insuficiente; Falta de questionamento para a equipe de saúde;</p> <p>Em relação à criança; Em relação à equipe de saúde; Em relação à rede de apoio; Culpabilização familiar;</p> <p>Expectativas com relação à criança; Expectativas com relação à equipe de saúde Postura passiva: “Temos que ser educados”; Expectativa em relação ao Programa Hora de Comer;</p> <p>Maior preocupação com o filho; Perpetuação da naturalização x Desnaturalização da desnutrição; Acesso ao Programa Hora de Comer; Educação alimentar da família; Exclusão dentro do sistema familiar de origem;</p>
---	---	---

<p>6. REDE SOCIAL SIGNIFICATIVA DAS FAMÍLIAS: Define o conjunto de relações sociais consideradas como significativas para os familiares, que lhes servem de suporte no cotidiano e quando necessitam de ajuda.</p>	<p>6.1. Rede social primária das famílias: Define a composição da rede social significativa em que a família busca ajuda, composta por relacionamentos entre parentes, amigos, vizinhos, colegas de trabalho, entre outros, onde circula reciprocidade e solidariedade.</p> <p>6.2. Rede social secundária das famílias: Define a composição da rede social significativa em que a família busca ajuda, constituída por instituições sociais sejam elas públicas, privadas ou filantrópicas, caracterizada pela troca fundada no direito, na proteção social do Estado, via organizações governamentais ou não governamentais.</p> <p>6.3. Empobrecimento das redes sociais: Apresenta algumas razões pelas quais ocorre o empobrecimento das redes sociais das famílias.</p>	<p>Predomínio de redes primárias formadas por parentes, amigos, empregadores; Redes pequenas e empobrecidas; Ausência de rede;</p> <p>Predomínio de acesso a serviços de saúde e educação; Vínculo positivo com serviços públicos de saúde, educação e sócio-assistenciais; Vínculo positivo com ONG's; Vínculo com instituições filantrópicas religiosas; Conflito com Conselho Tutelar;</p> <p>Isolamento social na comunidade por conta da violência; Abandono do Estado na proteção social das famílias; Processo de migração; Conflitos familiares com as famílias de origem; Padrões transacionais de relações emaranhadas e/ou rígidas; Falta de apoio de pessoas da família;</p>
---	--	--

<p>6. REDE SOCIAL SIGNIFICATIVA DAS FAMÍLIAS: Define o conjunto de todas as relações sociais consideradas como significativas para os familiares, que lhes servem de suporte no cotidiano e quando necessitam de ajuda.</p>	<p>6.4. Relação família-equipe de saúde: Identifica a dinâmica de relacionamento que a família estabelece com a equipe de saúde e expectativas em relação a esta.</p> <p>6.5. Relação equipe de saúde-família: Identifica a dinâmica de relacionamento que a equipe de saúde estabelece com a família e expectativas em relação a esta.</p> <p>6.6. Sugestões para melhoria das ações do serviço de saúde e do programa de atenção à desnutrição: Apresenta as sugestões dos familiares para melhoria das ações dos serviços de saúde e especificamente do programa de atenção à desnutrição do município.</p>	<p>Busca por orientações básicas sobre cuidado com os filhos; Supervalorização x insatisfação com o atendimento médico; Postura passiva, submissa frente aos profissionais;</p> <p>Concepção biologicista x Concepção da determinação social da desnutrição; Conflitos dentro da equipe de saúde; Preconceito sobre as famílias como negligentes; Comunicação assimétrica entre equipe-família; Descompasso entre interesses da família e da equipe; Saber dos profissionais x Saber popular; Frustração pelo desinteresse das famílias sobre mobilização comunitária e controle social;</p> <p>Em relação ao atendimento na Unidade Básica de Saúde; Em relação às reuniões educativas; Em relação à cesta nutricional; Em relação a visitas domiciliares; Em relação a serviços de nível secundário e terciário de saúde.</p>
--	---	--

6. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Em continuação, analisar-se-á os resultados do presente trabalho, os quais foram nucleados num conjunto de seis categorias, que pretenderam dar visibilidade à complexidade da temática da dinâmica relacional familiar envolvida na situação de desnutrição de crianças, objetivo da presente pesquisa. Cabe apontar que o trabalho de construção das categorias foi árduo e difícil, na medida em que, muitas informações se somavam, seja em termos de seus aspectos diferenciais e/ou em comum. Nesse universo de dados, caminhamos na busca de elementos chaves do conteúdo à luz dos objetivos propostos. Certamente a riqueza original dos dados tentou ser resgatada através da organização das categorias, subcategorias e elementos de análise que se caracterizam por ser os parâmetros guias resultantes da análise de conteúdo.

6.1. CATEGORIA 1- ESTRUTURA FAMILIAR:

Nesta categoria, conforme apontado anteriormente reunimos um conjunto de características das configurações familiares, as percepções das famílias sobre sua condição sócio-econômica e sobre o contexto comunitário em que vivem. Essas características somadas aos dados sócio-demográficos apresentados no capítulo anterior, permitiram ter acesso à estrutura dos grupos familiares que estabeleceram as bases sobre as quais se sustentaram à trama das relações das famílias.

No que diz respeito à subcategoria das **Configurações familiares** estas incluíram características da organização da família, no que se refere ao tipo de arranjo familiar; a fase do ciclo vital em que se encontravam; membros considerados como integrantes; e condições especiais.

Observamos nas *famílias* participantes, *arranjos diversos* entre eles, a família nuclear, recasada, monoparental e extensa, com predomínio da nuclear e monoparental sobre os demais modelos. Estes dados vão ao encontro do que

Sarti (1996) e Bilac (1995) afirmam sobre serem estes arranjos os mais frequentemente encontrados nas camadas populares da população.

Cabe apontar que nas famílias nucleares, monoparentais e recasadas residiam no domicílio membros de duas gerações apenas (pais, filhos e enteados). Nas famílias extensas residiam no domicílio membros de três gerações (avós maternas, pais, filhos e sobrinho da mãe). Acreditamos que a presença de várias gerações convivendo num mesmo espaço habitacional, gera tramas conversacionais em que regras, valores e relações hierárquicas, sofrem o embate constante das diferenças geracionais, gerando contextos complexos tanto dificultadores da delimitação entre as fronteiras dos diversos sistemas que nesse espaço confluem, quanto facilitadores em relação à presença de redes de apoio.

Nesta diversidade, *as famílias apresentaram-se cada qual vivenciando diferentes fases do ciclo vital familiar* estando a maior parte na Fase de Aquisição, como já era esperado, por ser uma pesquisa com famílias de crianças pequenas. Como visto na literatura, a principal tarefa desta fase é dos pais tornarem-se progenitores, e nos casos em que os genitores vivem juntos, requer do casal, uma revisão do contrato matrimonial buscando-se um equilíbrio entre os papéis conjugal e parental, criando assim, espaço para o filho (Berthoud e Bergami, 1997).

Verificamos que três famílias apresentavam-se na Fase Adolescente, em que aspectos como a evasão escolar, início da dependência química e condutas anti-sociais de filhos adolescentes, estavam presentes. Por sua vez, duas famílias encontravam-se na Fase Madura, uma delas vivenciando a prisão do filho mais velho por tráfico de drogas e outra em conflito por conta das relações envolvidas no casamento também do filho mais velho. Este último conflito está exemplificado no relato da mãe participante:

“O único probleminha que existe é da minha nora comigo, a gente não se bica muito. Eu tenho pena porque ele vive lá com a família dela. Os irmãos dela são todos da droga e ele é que acaba sustentando todos eles. Então a gente sofre, criou um filho prá agora ficar sustentando malandro” (MF6).

Estes dados evidenciaram a dupla tarefa que estas famílias precisavam cumprir ao terem de resolver as demandas próprias da fase atual, e ao mesmo

tempo em que lidavam com as exigências do cuidado de filhos pequenos, não planejados nesta altura do ciclo vital familiar. Consideramos, portanto, o nascimento da *criança índice* como um estressor não esperado nessas famílias em diferentes fases do ciclo vital, ou seja, a presença de filhos pequenos tornou conturbado o cumprimento das tarefas parentais e conjugais, devido à falta de diferenciação dos papéis e a falta de habilidade na transmissão efetiva das regras, talvez já apresentados no exercício parental com os primeiros filhos e amplificados com o nascimento de um temporão. Percebemos que filhos pequenos nestas etapas do ciclo vital familiar, acirraram o superenvolvimento materno com os filhos e principalmente com a *criança índice*.

Os dados informados sobre a composição de quem era a família, expressaram a compreensão de *família extensa* pelos participantes, devido a inclusão de pessoas sem e com laços de parentesco das famílias de origem materna e paterna no sistema familiar. Entre estes se incluíram bisavós, avós, tios-avós, tios, primos, irmãos, enteados dos pais, padrastos, madrastas, cunhados, sobrinhos, de quatro a três gerações consideradas no presente. Além destes, foram incluídos amigos íntimos e inclusive de pessoas provenientes de casamentos e de recasamentos. Através dos genogramas visualizaram-se configurações numerosas de 38 a 123 integrantes, para além dos membros que conviviam no domicílio, considerados como familiares pelos participantes, o que revela de certo modo, o grau de pertença a um determinado grupo.

Estes dados demonstraram, conforme aponta Bowen (1991), que quanto maior a família e a referência de lembranças e conhecimentos sobre os personagens da história familiar das gerações anteriores, abrem-se mais possibilidades para os profissionais de saúde obterem maior esclarecimento e recursos para auxiliarem as famílias a lidarem com as transmissões transgeracionais dos padrões relacionais e superá-los quando necessário.

Além disso, assim como descreve Sarti (1996; 1995), observamos que a família em seus diversos arranjos, necessita da rede da família extensa, já que a solidariedade entre os parentes, e mesmo entre os vizinhos, é condição primordial para a sobrevivência em situações de carência financeira. Constatamos que são

os laços históricos e de solidariedade que, de fato, contam na formação desses vínculos, não somente os laços de sangue e/ou parentesco.

As relações de solidariedade envolveram retribuições e trocas de favores, aproveitamento dos recursos entre os familiares, sendo que as famílias em melhores condições de vida auxiliavam as que estavam em dificuldade, por motivos geralmente ligados a criação, educação e encaminhamento dos filhos no trabalho. Isto foi verificado também no fato de algumas famílias morarem no mesmo terreno com parentes das famílias de origem. Estes dados corroboram o que Carvalho (1994), Dessen e Braz (2005) justificam como estratégias movidas pelas famílias por razões práticas, econômicas e afetivas no compartilhamento do mesmo espaço, pois assim encontram fontes de renda, compartilhamento de problemas e do cuidado com as crianças.

Com relação às condições especiais presentes nas configurações, em sua maioria, as *famílias se apresentaram fragmentadas pelos processos de migração*, destacando-se como principais motivadores dos mesmos: a) a busca por qualidade de vida; b) maior oferta de emprego; c) maior acesso a programas sociais, serviços e benefícios assistenciais de saúde e educação; d) condição climática mais favorável; e) incentivo dos familiares e f) expectativa de reunir as famílias de origem.

“Foi porque o meu marido acertou lá na firma prá sair, não conseguiu outro emprego porque lá é horrível de emprego e nós viemos prá cá prá trabalhar. Aqui tem tudo. Tem aula de tênis, de teatro, de dança, tem tudo pras crianças. (...)E lá faz muito frio. Aqui o clima é bom, traz bem menos problema” (MF5).

Além destes aspectos, encontramos a expectativa de resolução do conflito conjugal e conflitos com a família de origem, também como motivadores da migração.

“Porque ele começou a arrumar mulher, aí eu comecei a querer as coisas mais do meu jeito. Vir prá cá foi assim, ele não queria vir, mas eu é que quis. Eu vim mesmo prá ver se eu dava um jeito nele, tava incomodando e aprontando” (MF4).

Independente do motivo que levou a família a migrar, entendemos como More; Queiroz (2007) e McGoldrick (2001), que a migração constitui-se como um

estressor para a família, mesmo sendo entre cidades da região sul do país, pois há exigência de adaptação a uma nova cultura e reconstrução das redes de apoio. Verificamos que a transição da família foi facilitada quando encontrou disponibilidade das redes pessoais e de proteção social.

Além destes aspectos, três famílias apresentaram situações de *doações e adoções de filhos* entre os membros das famílias de origem ou por pessoas conhecidas; por morte dos pais; abandono ou doação dos genitores das crianças pesquisadas. Estas adoções foram motivadas pelo reconhecimento dos pais biológicos de sua impossibilidade em criar o filho, seja por condições econômicas precárias, seja por dificuldade de apego pela presença de doença mental da mãe.

A subcategoria **Percepções da família sobre sua condição sócio-econômica** apresenta a maneira como os participantes definiram sua condição sócio-econômica de vida. Aqui foram condensados dados sobre a *instabilidade de condições trabalhistas* presente por conta do desemprego ou do contrato informal em que direitos sociais não estão contemplados, principalmente acontecendo com os homens. Verificamos que há maior oferta de trabalho formal para as mulheres, sendo este um dos motivos da mulher destacar-se como provedora principal nas famílias.

“Bom, porque ele não tem emprego fixo prá gente poder guardar um dinheirinho. Se ele conseguir arrumar um emprego daqui prá frente, a gente vai poder comprar alguma coisa, financiar né. O que eu ganho é só prá sustentar a casa” (MF9).

Esta subcategoria também agrupou aspectos que se mostraram como *facilitadores da condição sócio-econômica* como separação conjugal, migração e acesso aos serviços de saúde e de educação.

“A vida com meu ex-marido era um inferno, ele jogava o dinheiro todo fora do mesmo jeito” (MF2).

“Lá não é como aqui que você ganha os medicamentos tudo no posto” (MF5).

Os *aspectos dificultadores* diziam respeito a negligência paterna em relação aos filhos nas famílias monoparentais e recasadas; tais como: a) o marido não querer trabalhar; b) irresponsabilidade dos homens por conta de perder dinheiro

no jogo e no vício de álcool e drogas; c) baixa escolaridade; d) insatisfação da mulher em ter que trabalhar.

Estes dados englobam o que Sarti (1996) pontua sobre o cotidiano destas famílias em que a divisão de trabalho por sexo não mais se sustenta principalmente nas famílias das camadas populares, onde o trabalho feminino é vital para a existência e, aliado a outros fatores, como desemprego masculino, uso de álcool e outras drogas, que seguramente enfraquecem o poder do homem.

Além disso, descrevemos a *percepção dos participantes sobre melhoria do poder aquisitivo* mesmo recebendo baixos salários, por conta da possibilidade atual de economia da renda familiar com prioridade para compra ou reforma da casa própria; custo de vida mais barato do que na cidade de origem; possibilidade de viajar para visitar as famílias de origem; possibilidade de provisão das necessidades básicas da família e de alugar casa maior.

“Naquela época eu ganhava mais e não conseguia vencer tudo. Aqui eu ganho menos, mas tem meses que sobra um pouquinho” (PF5).

Ao mesmo tempo, as famílias mais pobres apresentaram *percepção da sua situação pobreza* por conta da dificuldade de sustento da família e dependência da ajuda da família de origem, de amigos e patrões na provisão das necessidades básicas, evidenciando a presença de redes de apoio, aspecto este que foi comum às demais participantes, independentemente da situação de pobreza.

Nas **Percepções da família sobre o contexto comunitário**, os participantes aludiram a seu contexto de moradia como uma *comunidade violenta* por conta da guerra do tráfico de drogas entre gangues e com a polícia; tiroteios e assassinatos para acertos de contas e brigas entre os moradores do local. A convivência com a violência que circundava as moradias despertava medo da vizinhança, o que ficou evidente na descrição abaixo:

“Não sei se já ouvisse falar, mas esse o “Morro X” agora tá um dos mais perigosos. Antes o lixo passava todo dia de noite, agora vêm só três vezes na semana de manhã porque eles têm medo de subir a noite por causa dos tiroteio. Semana passada na quinta feira à tarde teve batida da polícia aqui e foi coisa mais horrível o tiroteio. Eles passam correndo em volta da nossa

casa. Não dá nem pro nosso filho brincar no terreno, a gente tem medo de uma bala pegar nele. A gente morre de medo, eu não saio nem prá rua” (MF3).

Este contexto foi percebido pelos participantes como *impróprio para o desenvolvimento de seus filhos*, pois havia falta de áreas para crianças brincar devido ao espaço físico restrito gerado pela ocupação desordenada do local. O *abandono do Estado* foi citado pela falta de segurança urbana e pela falta de perspectiva de melhorias na comunidade. Estes dados revelaram a falta de controle das famílias sobre o seu meio, o que cultiva a cultura da desesperança, fenômeno já bem descrito por Moré (2000). Isto é evidenciado nas falas a seguir:

“Morar no morro não é um lugar confiável, não pode deixar as crianças brincar de noite, tem que tá sempre dentro de casa. Infelizmente a gente tem que morar aqui porque ainda não tem condições de morar num lugar melhor, mais seguro prá criar elas. Como a gente mora em morro, eu acho até muito mais difícil criar menino do que menina, porque tem muita droga, muita coisa ruim. De que adianta ter um filho homem e cair nas drogas e se meter com o que não pode” (MF10).

Os aspectos desta categoria somados aos dados sobre as características sócio-econômicas e demográficas das famílias, assim como a baixa escolaridade dos pais, principalmente dos homens; baixa renda e desemprego colocam em evidência o que foi encontrado também, na revisão de literatura sobre os fatores de risco para a desnutrição na infância (Lima *et al.*, 2004; Teixeira e Heller, 2004; Falbo e Aves, 2002; Solymos, 2002; França *et al.*, 2001; Lopes, 2001; Puccini *et al.*, 1997; dentre outros).

Sem dúvida, como destacam Abreu (2003), Cecconello e Koller (2000), a pobreza e a marginalização social apresentaram-se como um contexto ambiental que aumenta a vulnerabilidade da família e gera uma condição de risco intrafamiliar e social permanente, principalmente para as crianças.

6.2. CATEGORIA 2 - VULNERABILIDADE DO CONTEXTO DE DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA COM DESNUTRIÇÃO:

Os dados desta categoria reúnem o conjunto de aspectos considerados como vulneráveis, no sentido da fragilização do contexto de desenvolvimento da

família e da criança, que contribuíram para tanto para o surgimento, como sustentação e evolução do processo de adoecimento por desnutrição.

A primeira subcategoria trata dos **Estressores vivenciados no ciclo vital familiar**, evidenciados pelo contexto de circunstâncias biológicas, psicológicas, familiares e sociais vulneráveis, vivenciadas pela família durante a gestação e desenvolvimento da criança índice..

Em todas as famílias desta pesquisa, a *gestação* da criança índice foi marcada por diversos fatores de vulnerabilidade, sendo apontado pelas mães como a gestação mais difícil, quando comparado as dos outros filhos. Este momento do ciclo vital foi abalado por *medos maternos* referentes a um conjunto de sentimentos de fragilidade da mãe que envolveu na sua maioria: a) medo por história de abortos anteriores; b) medo da mãe de estar infectada com HIV;

“Foi bem ruim. Eu não queria outro filho, cheguei a tentar abortar com chá. Mas comecei a passar mal e fiquei com medo. Minha vida tava um inferno. Quando eu tava de uns sete meses o meu marido ficou com tuberculose e descobriram no hospital que ele tem AIDS. Me apavorei, mas o meu exame já tinha dado negativo no Posto. Então eu rezava muito para este filho vir saudável e para eu não ter AIDS” (MF2).

c) medo da mãe por conta da idade avançada ao engravidar; d) medo por conta de perda de filho anterior natimorto; e) medo de nascer mais um filho homem pela preferência das mães por meninas, por considerarem ser mais fácil criar do que meninos.

“Veio temporão né, eu nem esperava mais engravidar, achava que já estava entrando na menopausa. Foi um susto. Até fiquei muito preocupada porque já tinha acontecido do filho anterior nascer morto, e eu já estava mais velha, com 42 anos. Agora ta esse neném aqui prá eu cuidar, ele é a minha vida” (MF6).

f) doença e morte de parentes maternos queridos durante a gravidez da criança que ocasionaram esfacelamento da rede de apoio da família;

“Dá prá dizer que eu tive depressão sim, porque eu sofri muito com a morte da mãe, foi bem no início da gravidez. E depois eu tive que vir morar aqui no meio da família do meu marido, eu chorava muito. Sofri tudo sozinha. Todo mundo se dispersaram depois da morte da mãe, cada um ficou prum lado. Ela é unia a família, me faz muita falta” (MF3).

Além disso, o período gestacional e puerperal foi marcado pela presença de *doenças de ordem somática* como: a) problema reprodutivo da mãe; b) inapetência; c) anemia; d) baixo peso; e) hipertensão arterial sistêmica; f) eclâmpsia; g) parto prematuro; h) complicações no parto; i) internação da mãe no pós-parto por “fraqueza”.

Destacamos também presença *doenças de ordem mental* que se referiram: e depressão durante a gravidez e pós-parto, sem tratamento adequado, sendo que anteriormente já havia uma história pregressa de depressão pós-parto, sem tratamento recebido nos serviços de saúde.

“Foi depois que começaram a nascer os filhos. Quando a primeira filha tava com dois anos e meio eu já tava tomada conta da depressão. Eu nem tinha saído da depressão do nascimento da segunda e aí veio o pequeno. A gravidez dele foi horrível (choro). O meu marido ficou meio fora da cabeça e disse que ele não queria mais filho porque já estava muito difícil para nós sustentar as duas meninas. Eles queriam que eu abortasse” (MF5).

As mães relataram a indiferença médica frente às suas queixas sobre sintomas depressivos durante a gravidez e no puerpério.

“Depois do nascimento eu ainda me sentia deprimida, mas o médico não falou nada, nem deu bola pro que acontecia comigo” (MF2).

Uma mãe referiu que somente melhorou seu quadro depressivo depois de receber tratamento psicológico quando a criança índice já estava com três anos de idade. Sua história foi marcada pela violência física na infância, e que por sua vez, repetia essa situação com suas filhas o que, no nosso entender, poderia ter sido trabalho e prevenido se recebesse um acompanhamento adequado, por partes dos profissionais de saúde.

“Com a psicóloga aqui no posto de saúde. Foi muito bom prá mim! Eu não conseguia entender o que acontecia comigo e com as minhas filhas. Agora eu sei que foi por causa de tudo que eu vivi na minha vida, eu tava descontando tudo nas crianças. Você vê que eu ainda só de falar do meu passado começo a chorar, então acho que ainda tem um pouco da depressão dentro de mim” (MF5).

Além disso, estavam presentes neste momento de vida dessas famílias, *intercorrências* tais como: serviço pesado da mãe durante a gestação; falta de vaga para ultrassonografia na UBS; parto prematuro; complicação no parto. De

forma diferente duas mães aludiram à gestação como uma época sem maiores intercorrências, no entanto e de acordo com os registros de prontuários, as mesmas apresentaram baixo peso e nascimento prematuro dos filhos. Percebemos a naturalização de eventos que exigiam uma atenção maior, devido à falta de conhecimento e/ou informação a respeito das implicações, tanto para sua saúde, como da criança, destacando-se que essas mães já tinham outros filhos com desnutrição.

Destacamos positivamente que em todos os casos estudados houve assiduidade mensal das mães nas consultas de pré-natal. No entanto, merece uma reflexão o que acontece na assistência pré-natal, no sentido de criar um contexto de educação em saúde, que contemple as condições singulares dessas mães, seja em termos de história de vida, de escolaridade e situação de pobreza, no processo de apropriação do conhecimento, que gere tanto a prevenção, como a promoção da saúde, aspecto este já evidenciado pelos trabalhos de Machado, Vieira (2004) e Ciamponi *et al.* (1999).

Diversas situações de adoecimento foram apresentadas pelas famílias durante o desenvolvimento da criança, inclusive pela mãe após a gravidez e parto. As *doenças de ordem biológica* referiram-se ao adoecimento do pai por AIDS e tuberculose; hipertensão arterial da mãe; câncer da avó adotiva; e *de ordem mental* referiram-se a dependência química do pai e irmão; alcoolismo, jogo compulsivo, depressão e psicose da figura paterna; ansiedade, depressão da mãe; problema de comportamento, dificuldade de aprendizagem e enurese noturna por parte dos irmãos.

Destacamos ainda, os *dilemas relacionais familiares* apresentados subdivididos entre os vivenciados durante a gestação e após o nascimento da criança. Durante a gestação as famílias apresentaram: a) gravidez logo após reconciliação conjugal, b) mãe solteira, c) pai que não assumiu paternidade;

“Durante a gravidez foi muito difícil foi bem complicado. Que assim, é uma época em que você precisa da atenção de todo mundo principalmente do pai da criança. Então ele não me deu. Ele virou as costas” (MF7).

d) rejeição do pai pela gravidez (por conta do sexo da criança, por conta de baixa renda da família), e) rejeição da gravidez pelas famílias de origem, conflito com família de origem;

“Meu marido queria muito um menino. Aí veio mais uma menina e então ele ficou assim, meio angustiado... A gente planejou engravidar, mas prá vir um menino. Isso me afetou bastante. Ele não me dava quase atenção” (MF10).

f) falta de planejamento familiar e discordância do casal sobre a gravidez.

“Eu queria, mas no momento a mãe tava doente e o momento foi difícil porque eu tava cuidando da mãe. A gente não tinha pensado nisso, se descuidamo e eu engravidei. Era prá ter vindo agora que a gente tem a nossa casa” (MF3).

Dilemas como conflitos conjugais; violência doméstica contra a mulher (física, sexual e psicológica), crianças e adolescentes (física, psicológica e negligência); e condutas anti-sociais do pai (tráfico de drogas, prisão por furto, tentativa de assassinato); conflitos com famílias de origem paterna, estavam presentes na gestação e se perpetuaram após o nascimento da criança. Também focando à família, Hasselman (2002), identificou que a agressão física marital aumentou o risco de desnutrição aguda grave em crianças.

A separação conjugal esteve presente em algumas famílias, assim como a morte de parentes significativos para a família.

“A minha mãe faleceu esse ano, agora pouco tempo. Agora que eu já tô mais acostumada, já faz 8 meses, mas nos primeiros meses foi difícil. A pequena era muito apegada com ela. Para ela foi muito difícil perder a vó. De uns dois anos prá cá, acho que morreram a metade dos meus tios. As mortes deles marcaram muito, porque a nossa família é assim tudo distante um do outro, mas é uma família unida. Um tá sempre ajudando o outro, e agora cada vez tem menos gente” (MF10.)

Dificuldades sócio-econômicas relacionados à esta subcategoria dizem respeito ao desemprego do pai; situação financeira ruim por baixa renda; dificuldade na compra da casa própria. No caso exemplificado pela fala do pai de uma das crianças com desnutrição, percebemos o declínio da situação financeira da família, associado à depressão deste pelo processo de luto de seu próprio pai.

“Foi tudo junto! A morte do meu pai também foi horrível prá mim, ele era o esteio prá gente. Em seguida eu perdi meu emprego. Minha vida desandou. Já vão fazer uns três anos que eu não saio da depressão” (PF6).

O conjunto de aspectos encontrados nesta subcategoria está de acordo aos vários fatores de risco envolvidos a probabilidade da criança se tornar desnutrida e com atrasos no desenvolvimento, como por exemplo, se for cuidada por mãe ou responsável que apresente disposição a doenças mentais, alcoolismo dos pais, que se fossem devidamente tratados, se constituiriam como fatores de proteção à criança (Solymos, 2002; Carvalhaes e Benício, 2002). A gravidez não desejada e a ausência de companheiro foram encontradas, também por Crepaldi e Hammes (2004) e Carvalhaes e Benício (2002).

A segunda subcategoria condensa **Aspectos específicos do desenvolvimento da criança que contribuem para a sustentação da desnutrição** que descrevem as circunstâncias biológicas e psicológicas vulneráveis presentes no desenvolvimento da criança que contribuíram para a sustentação da situação de desnutrição no sistema familiar.

Os aspectos *de ordem somática* presentes nas crianças desta pesquisa, referiram-se ao baixo peso ao nascer; prematuridade; amamentação mista ou artificial; fadiga; doenças (como refluxo gastroesofágico, renite, infecções respiratórias, intestinais recorrentes); e internações hospitalares.

“Ela mamou no peito só durante três meses. Por ela mamar toda hora eu achava que não sustentava. O médico disse que não tem leite fraco, leite forte, mas eu achava meu leite muito fraco, mas ele disse que isso não existe. Só que depois que eu tirei do peito ela começou a perder mais peso. Daí eu tentei botar no peito de novo, mas aí não deu mais certo” (MF9).

Os aspectos *de ordem do desenvolvimento psicológico na infância* relatados pelos pais incluíram: criança manhosa; birrenta; extremo egocentrismo; auto-agressão; hetero-agressão dirigida aos pais; ansiedade; falta de limites; atraso no desenvolvimento psicossocial e psicopatologias da criança índice, como de linguagem, atraso no controle de esfíncteres, enurese, dificuldade de socialização escolar.

“Com uns quatro anos começou a dá para entender o que ele falava. Com os meus outros filhos foi a mesma coisa. (...)Eu tentei colocar na escola com 4 anos, mas ele só ficou na creche três dias, não quis mais ir, só chorava, daí eu tirei. (...)Às vezes eu ainda boto a fralda prá ele dormir, senão ele faz xixi na cama” (MF6 – CÍ6 tem 5 anos de idade).

“Ele é muito nervoso (...)a ponto de morder a gente, bate com a cabeça no piso, se joga, arranha. Se não fizer o que ele quer, ele faz isso. Não sei se ele foi mimado demais que ficou desse jeito. Resumindo, a gente não acha ele uma criança normal. Eu não conheço nenhuma até hoje que faz isso o que ele faz. Olha, nosso primeiro filho e uma complicação dessa!” (PF3). “Parece que tem alguma coisa perturbando ele. Eu acho que tem olho grande em cima dele. Nunca mais eu quero ter filho” (MF3).

Corroborando com estes dados, Crepaldi e Hammes (2004) identificaram que a maioria das crianças com desnutrição pesquisadas, apresentava atrasos na área da linguagem e pessoal-social, e que havia presença de conflitos conjugais entre os pais e dificuldades destes na aplicação de limites na educação dos filhos.

Todavia, constatamos como relevante que estas crianças reagiam relacionalmente de forma diferente no ambiente escolar, apresentando comportamentos adequados ao que eram exigidos pelo ambiente e esperados para sua idade, como por exemplo, se alimentarem normalmente e sozinhos com talheres. Diferentemente em casa, com os pais estas crianças pareciam cumprir o script familiar determinado para ela, de ser o centro das atenções. A dinâmica relacional da família colabora para a dificuldade no momento de socialização da criança.

“É que também as professoras não aceitam ter que levar a criança de cinco anos no banheiro, a criança tem que ir sozinha e ele não vai sozinho. Por isso a gente não coloca ele na escola” (PF6).

Pelos relatos reunimos informações que evidenciaram a importância do papel da escola e dos projetos sociais, no suporte aos pais na socialização e estimulação ao desenvolvimento saudável da criança.

“Mas também isso é só com nós, ele vai prá creche lá ele come, ele brinca, ele não chora. Aí chega em casa ele folga” (PF3).

Estes dados nos mostraram o quanto as crianças apresentavam bons recursos de desenvolvimento não potencializados pelos pais em casa. Nos exemplos a seguir ressaltam-se também aspectos relacionais condizentes aos hábitos das famílias em torno da alimentação, influenciando o comportamento da criança e o conflito entre os pais sobre regras de cuidado da alimentação desta.

“A gente quase não come em casa junto, só mais final de semana” (MF1). “A gente também quase não senta na mesa, eu como na frente da televisão. Ele adora ir no bar comprar coxinha, salsicha, não quer é a comida de casa. Eu era assim também, a mãe dizia que eu era ruim de comer. Não se pode forçar, respeitar a criança” (PF1). “Mas coxinha não é comida forte!” (MF1). “Mas é o que ele gosta, iogurte, bolacha...” (PF1).

No que diz respeito aos aspectos da *relação mãe-filho* girava em torno das demandas de alimentação da criança que se tornavam o centro da vinculação entre a díade. Evidenciou-se um impasse em torno da dificuldade do desmame e a introdução de outros alimentos, devido no nosso entender, a posição de super-proteção da mãe e do movimento impositivo da criança, na recusa do desmame e na resistência em não aceitar a comida. Associado a isto, encontramos outros aspectos considerados *de ordem inespecífica* e que se referiram ao relato dos pais, sobre a inapetência; vômitos; recusa alimentar de outros alimentos além do leite artificial ou materno.

“Mais com três anos ele teve que aprender mesmo de soco para mamar e a comer para eu poder fazer a laqueadura. Ele não queria comer de jeito nenhum. Fazia greve de fome para ver se eu devolvia o peito. Eu sei que não pode, então eu só deixo para ele lá de vez em quando” (MF5).

“Ela quer mais é o peito. Não larga o peito e já ta com quase quatro anos. Eu fico até cansada. Eu falo com ela quando ela vai deixar de mamar?” (MF4).

Somados, todos os aspectos apresentados nesta categoria alertaram para o reconhecimento de fatores da dinâmica familiar também influenciando o desenvolvimento da desnutrição na criança. Conforme apresentado no referencial teórico, os estudos de vários autores como Ferrari (1997), Solymos, 2002, Fernandes (2003), Oliveira e Minayo (2001), partem do pressuposto de que a dinâmica familiar, relacionada a aspectos chamados micro-ambientais ou psicossociais do cotidiano da família da criança, cria condições para estados de saúde e de doença.

Segundo Fernandes (2003) as crianças são menos vulneráveis à desnutrição e outras doenças, quando a família apresenta cuidados maternos protetores, uniões conjugais satisfatórias, união entre os membros da família, planejamento familiar, aspirações e investimento de recurso em relação aos filhos,

aspectos estes que podem ser promovidos e potencializados com intervenções adequadas às famílias.

Com foco na recursividade presente nas relações familiares, serão detalhados na categoria a seguir, as características da dinâmica relacional entre os membros do núcleo familiar da criança com desnutrição.

6.3. CATEGORIA 3 - DINÂMICA RELACIONAL FAMILIAR:

Esta categoria retrata a dinâmica de padrões relacionais entre os membros da família através de características subjetivas referentes à maneira como os membros familiares se relacionavam, como estabeleciam e mantinham vínculos, e como lidavam com problemas e conflitos. Esta categoria engloba subcategorias que detalham com seus respectivos elementos de análise as metas das famílias, os papéis familiares, as relações hierárquicas de poder e tomada de decisões, as regras e valores familiares, que em seu conjunto sustentam os padrões relacionais das famílias.

As **Metas das famílias** revelaram o que mais mobilizava e preocupava os pais na fase atual do ciclo vital familiar e o que desejam para o futuro. Segundo os dados coletados, as principais metas referiram-se: a) a *saúde da criança índice*;

“O que mais me preocupa é o nosso menino. Ele estando bem pra mim tá bom” (MF1) “É com a saúde dele” (PF1).

b) *provisão das necessidades básicas dos filhos* como educação, amor e proteção.

“Ah... Acho que é tentar dar uma vida assim melhor pros nossos filhos. A gente quer o melhor pros nossos filhos. Ter o que comer em casa, roupa boa, estudo, educação. Eu quero dar pra elas o que eu não pude ter” (MF10).

Como metas também foram mencionadas *melhorar situação sócio-econômica* através de emprego; adquirir bens perdidos na separação conjugal; adquirir ou reformar a casa própria; sair do “Morro” por conta violência.

“A gente mora aqui é de aluguel. Não é a nossa casa própria e pelo que a gente conversa, a nossa preocupação é de ter a nossa casa, já que temos filhos aqui tudo, pagamo no que não é nosso” (MF9).

Também foi colocada como meta por duas famílias a *resolução de processo de paternidade das filhas*.

“Na verdade a minha preocupação maior com elas é em relação aos pais das meninas, principalmente da (C17). É difícil chegar para ela e dizer que o pai nunca quis saber dela. Ela é realmente filha dele e tem direito” (MF7).

A análise dos dados sobre as metas familiares, evidencia claramente as preocupações imediatas sobre aspectos relacionados tanto a criança, como a sobrevivência, ou seja, não se visualizaram metas a longo prazo.

Os **Papéis familiares** das famílias definiram a posição do indivíduo nas mesmas e evocaram comportamentos relacionados a esses papéis e dizem respeito às funções familiares: quem faz o quê e por quê.

Sobre isto, destacamos a *figura materna como principal provedora* da família, cuidadora dos filhos e das tarefas domésticas. Ao mesmo tempo, detectamos a *figura paterna como periférica* e desqualificada pela mulher na medida em que o homem não é reconhecido pela mulher como alguém que consegue ajudar no cuidado e no sustento da família, o que era inclusive motivo de conflitos conjugais.

“Ele cuida quando eu não tô, mas não é a mesma coisa. Fico tranqüila, mas eu cuido melhor, tem coisa que como ele diz não sabe fazer, não presta atenção” (MF1). “É ela que cuida das crianças, de dar banho, o remédio que é pra dar eu não sei” (PF1).

Por sua vez observamos que havia casais que distribuíam as tarefas domésticas, havendo uma predominância da visão do homem como provedor da casa, mesmo quando ele não o era. Ficou visível a fragilidade da figura masculina muito atrelada ao desemprego, abuso de álcool e drogas, sendo que os homens, como já discutido anteriormente, estão sendo mais atingidos pela instabilidade trabalhista do que as mulheres.

“Eu acho que é ele que tem que sustentar. Mas eu se eu pudesse não trabalharia, iria ficar só em casa cuidando da casa e dos filhos. Se a gente

tivesse condições melhores eu não trabalharia” (MF1) “Eu acho que sustentar a casa é dos dois, se eu não posso comprar uma carne, ela pega e compra” (MF1).

Verificamos a presença da transição de uma visão calcada no machismo para uma mais igualitária e compartilhada no que se refere à assumpção das tarefas entre o casal e os filhos, com flutuação no exercício dos papéis familiares.

“Hoje em dia é dividido, mas antes não era assim, era eu pra tudo. Hoje se for preciso hoje em dia em ir numa reunião de escola ele vai, coisa que ele não fazia, ele não ia. O almoço, janta, as crianças, a casa para organizar, é sempre mais eu, mais quando ele chega ele ajuda” (MF5).

O cuidado com as crianças era dividido também com a família extensa nos momentos em que a mãe estava ou não em casa, evidenciando a solidariedade entre os membros da família e da comunidade.

Os resultados mostraram que a dinâmica da maioria dessas famílias gira em torno das mulheres. Como encontrado na literatura (Bilac, 1995), as mulheres tornaram-se figuras fortes e marcantes e recursivamente as figuras masculinas aparecem como muito frágeis. Esta fragilização é manifestada através do desemprego, envolvimento com a polícia, abuso de drogas e álcool, que contribuem para a deterioração da imagem masculina nestas famílias.

As **Relações hierárquicas de poder e tomada de decisões** definiram a maneira segundo a qual os integrantes interagiam entre si, sobre quem mandava e tomava as decisões. No contexto das famílias pesquisadas, e tendo como base os dados da subcategoria anterior, destacamos a *figura feminina com o poder decisório*.

No que se refere ao *Subsistema Conjugal* constatamos: *discordância entre o casal sobre poder de decisão, dificuldades na resolução de problemas e problemas de comunicação* tais como a escalada simétrica e desqualificações; sendo a mulher vista pelo homem como aquela que dificulta a resolução de problemas, e o homem era visto pela mulher como aquele que é passivo ou que toma decisões erradas.

“Eu decido” (PF1). “Que decide o quê! Eu quando quero comprar alguma coisa com o meu dinheiro eu pego e compro, eu trabalho e posso decidir o que eu

preciso. Mesmo que ele diga não, se eu acho que devo fazer eu faço e pronto” (MF1).

No *Subsistema Parental* as relações hierárquicas mostraram o *pai como autoritário e punitivo*, que educa pelo medo e pela violência; e de forma complementar a *mãe como dominadora e permissiva* sem autoridade com os filhos, principalmente com os adolescentes, criando uma situação de dupla vinculação de mensagem na comunicação do sistema parental, afetando decididamente as relações hierárquicas na família, fenômeno descrito por Watzlawick, Beavin e Jackson (1973).

“Dos menino tá bem difícil, eles não tão querendo me obedecer. O pai não tá mais e eles não me obedecem. O de 11 e o de 15 anos não tão estudando. Esse eu digo prá eles, vai estudar meu filho e eles não querem” (MF4).

Por sua vez, as **Regras familiares** se constituíram como subcategoria a partir da análise sobre o que era permitido ou não nas relações, definindo as normas e expectativas que governavam a vida familiar. As regras se caracterizaram por serem: a) *rígidas e/ou permissivas*;

“Às vezes sou até rígido e bato prá ensinar os guris, mas eu aprendi assim, a ter que respeitar os mais velhos, os outros, a não pegar o que não é seu” (PF6).

b) *pela proibição de conductas adictas*; c) *pela comemoração de datas festivas e conquistas para agregar a família*; *dialogar sobre situações boas e ruins*; *união familiar nos momentos tristes*;

“Quando alguém consegue uma coisa boa, todo mundo fica feliz, quando chega fim-de-semana faz um churrasquinho, almoça junto, num aniversário faz um bolinho” (MF2).

De certo modo se evidenciam regras familiares, que estão presentes na denominada família tradicional e da importância da coesão familiar para essas famílias.

A subcategoria **Valores das famílias** descreve o que havia de melhor na família atual e o que aprenderam com as famílias de origem. Concernentes a eles

estão: a) a *união familiar* que envolve os filhos como maior conquista; o carinho dos filhos; aprender a ser mãe; união entre o casal; harmonia em casa;

“O carinho das minhas filhas. Tem sido difícil criar elas sozinhas, mas quando elas vêm pro meu colo e me fazem um carinho tudo vale a pena. Não tem o que pague isso que eu tenho com elas” (MF7).

b) *batalhar pela vida*, pela educação, dignidade e trabalho; c) *honestidade* como valor moral a ser mantido pelas famílias proibindo atos como não roubar, não se prostituir, ter respeito pelo próximo, ter boas relações com as pessoas.

“O respeito pelos outros, não mexer no que não é seu. Lá em casa meu pai e minha mãe são tudo mais certinho sabe, todo mundo tem que trabalhar. Ninguém, Deus o livre é de usar droga. Não é como a família do meu ex-marido que é todo mundo metido com droga e bandidage” (MF2).

Alguns participantes referiram *rejeição de alguns valores da família de origem* condizentes ao respeito com os filhos e o cônjuge, tais como: não violentar os filhos e o cônjuge, não ter vícios de drogas, álcool e jogo, não abandonar os filhos.

“A criação com o meu pai foi diferente do que hoje eu estou dando prá minha filha. O meu pai não conversava, não perguntava como foi na escola: o que tu fizeste, o que tu aprendeste? Mas eu to tentando dar prá ela uma educação que eu não tive no passado com o meu pai” (MF9).

Novamente ao igual que as metas familiares, apresentam-se aspectos, dos valores da família tradicional, cuja implementação era vista como difícil pelos participantes devido ao contexto social de exclusão e marginalização, ao qual se soma as vulnerabilidades próprias das famílias, em relação ao desenvolvimento de fatores de proteção necessários para acolher a criança com desnutrição.

A subcategoria **Padrões relacionais das famílias** tratou da descrição do padrão do núcleo da família da criança com desnutrição, e inclui informações sobre os relacionamentos, formas de comunicação e comportamentos entre os seus componentes, principais estressores, como enfermidades e condutas problemáticas que contribuíram na manutenção e no enfrentamento da situação de adoecimento da criança. Os resultados evidenciaram que o contexto

macrossocial e a dinâmica familiar se afetam recursivamente promovendo e mantendo a situação da família e da criança.

Os padrões relacionais das famílias foram definidos pelo *predomínio de fronteiras difusas* entre os familiares, caracterizando-se pela presença da *figura materna superprotetora e hiperfuncionante* e de forma recursiva a *figura paterna coadjuvante e periférica*. Estes aspectos promoveram como principais padrões transacionais entre os subsistemas: triangulação, relacionamento conflitual, relacionamento fundido e conflitual, coalizão e alianças.

Reportando-nos a Minuchin (1982) e Bowen (1991), a dinâmica de emaranhamento encontrada nestas famílias mostrou-se como importante fator de desenvolvimento de inibição de habilidades cognitivo-afetivas, manifestações psicopatológicas variadas como transtornos de humor, do comportamento, das condutas alimentares, dependência química, alcoolismo e condutas violentas.

Mergulhadas nesta dinâmica, as famílias pesquisadas evidenciaram *relações fundidas e conflituais no subsistema conjugal*, permeadas por separações, *violência doméstica* contra a mulher de ordem física, sexual e psicológica, inclusive com presença de risco de infecção de DST/AIDS relatado por uma das mães participantes. Segue seu relato abaixo:

“Às vezes eu bebia com ele, mas daí as briga começaram a ficar muito feia e comecei a ficar com medo dele me matar junto com as crianças. Uma vez ele me deu com um pau na cabeça, minha irmã me levou pro hospital toda ensangüentada. Outra vez ele me deu duas facadas e uma pegou no braço do meu filho mais velho que se meteu na minha frente pra me proteger. Não sei como não aconteceu uma desgraça. Ele cheira cocaína fica louco. Graças a Deus isso pra mim acabou, me pergunto porquê eu não me separei antes. Era medo dele” (MF2).

Como colocamos anteriormente, nas relações de poder entre casais estavam presentes a disputa pelo poder, muitas vezes operacionalizadas através de problemas de comunicação como a escalada simétrica e as desqualificações capazes de gerar violência. Nas relações simétricas, segundo Watzlawick, Beavin e Jackson (1973), os sujeitos estão no mesmo pé, acentuando as semelhanças, com o conseqüente perigo da escalada simétrica, na qual cada um na relação tenta conquistar a supremacia sobre o outro.

As uniões pelo casamento foram relatadas em alguns casos como alternativa para sobrevivência na pobreza; uniões precoces, principalmente da mulher na adolescência.

“Eu me arrependo de ter casado muito cedo, me arrependo de não ter aproveitado a vida, não ter estudado. Nós casamos mais pela necessidade. Em dois ficava mais fácil prá conseguir as coisa. Mas foi coisa sem pensar muito. Hoje não faria nada disso. Se fosse prá casar no dia de hoje não casaria. Eu sempre digo prá essa aqui (olha para filha mais velha) não fazer a besteira que eu fiz” (MF10).

Detectamos também como fonte dos problemas conjugais, conflitos entre as famílias de origem e o casal, como por exemplo, rejeição da família de origem com noras e genros; coalizão entre família de origem e os cônjuges.

“Mas daí quando a família dele veio pra cá e nós viemos junto tudo desandou. Ele começou a beber mais e a usar droga e se meter com os traficantes da família dele.(...)A minha sogra me via apanhando e levando facada e não fazia nada. Pelo contrário, ainda achava que eu merecia. Ela sempre apanhou do velho e acha que todo mundo tem de sofrer também”(MF2).

“No começo minha mãe tava sempre se metendo no nosso casamento. Aí, depois assim, que ela viu que não ia conseguir separar nós dois, então ela deixou né. Não sei por quê. Até cheguei a me separar umas duas vezes, mas aí a gente acabou voltando por causa da neném. Foi bem difícil para nós” (MF10).

De forma emaranhada, as relações conjugais se conflitaram com as relações parentais, exemplificados pelos ciúmes do marido com os filhos e discordâncias sobre educação destes.

“Ele reclamava que era muito tola pelos filhos, não gostava quando eu falava do jeito dele com as crianças. Tudo tinha que ser do jeito dele. A gente até brigava muito por causa dos filhos” (MF4).

Os casais apontaram vida sexual pouco ativa; sexo como obrigação e obediência ao marido, sendo este um aspecto presente na maioria das famílias entrevistadas.

“Nós já tamo velho né nego. Nem tem como, nosso filho dorme com a gente quase todo dia” (MF6).

Todos estes depoimentos relativos aos relacionamentos no subsistema conjugal destas famílias, colocaram em evidência o desentendimento de casais ou na relação entre os genitores da criança como um processo permanente de interação negativa, provocando intensificação dos problemas, que por sua vez, resultaram separações conjugais em alguns casos. Sobre estes aspectos Dessen e Braz (2005a) colocam que a discórdia marital está relacionada a estilos parentais pobres e desfavoráveis às crianças. Quanto mais dificuldades o casal tem para se reorganizar e dividir as tarefas domésticas e de cuidado com o bebê, maior a diminuição da satisfação marital e risco de separações e divórcio.

Estes dados corroboram o que Minuchin (1982) considera sobre a dificuldade que o casal pode ter de estabilizar fronteiras firmes entre o subsistema conjugal e o subsistema parental, não respondendo de forma flexível às necessidades de seus filhos.

Além disso, os casais mostram-se *superenvolvidos e triangulados com o filho com desnutrição*. Especialmente, grifamos o relacionamento de superenvolvimento e superproteção com a criança índice, estabelecido principalmente pela mãe. Incapazes de conter o conflito conjugal no subsistema marido e mulher, os pais utilizavam a criança em funções mediadoras para evitar se defrontar com o conflito existente entre eles, estabelecendo relação triangulada ou de coalizão entre cônjuges e filho.

Neste padrão relacional as mães foram consideradas pelos participantes da pesquisa, como aquelas que mais se preocupavam com a criança índice, e o pai quem se preocupava menos. Observamos inclusive, disputa dos pais pela criança, sendo que esta dormia constantemente na mesma cama com o casal. As falas a seguir ilustram estes apontamentos:

“Na hora de dormir os dois tem que ir prá cama com ele. Não sei, eu acho que ele tem medo que a gente se separe. Uma vez a gente se brigou na frente dele daí ele ficou revoltado” (MF3).

“Com o neném é que ele dá mais atenção, não sei porquê. Ele vem aqui pede prá ver o pequeno, traz rancho de comida. Com os outros filho ele não era assim (...)Eu acho que é porque ele quer que eu volte prá ele, então fica agradando o menino. Parece que quer me agradar agradando o menino” (MF2).

A triangulação apareceu permeada por segredo em torno da origem verdadeira da criança em um casal recasado, no qual o padrasto assumiu a paternidade.

“O pai dela é o meu marido. Nem sabe que o pai dela é outro. Ele até queria registrar, mas eu me informei e disseram que o pai dela teria que deixar, então deixei prá lá” (MF9).

Cabe apontar que os casais que apresentaram uniões, em que as relações eram estabelecidas de forma mais complementar, tinham relações mais positivas com famílias de origem. Indo ao encontro destes aspectos, em seus estudos Dessen e Braz (2005a) afirmam que os casais são mais capazes de se ajustarem à parentalidade quando seus relacionamentos forem satisfatórios. Partilhamos a idéia das autoras de que os casamentos nos quais os cônjuges sentiam-se satisfeitos, estavam positivamente ligados à sensibilidade parental.

Complementando o que foi evidenciado no subsistema conjugal, no subsistema parental ressaltam-se conflitos, coalizões e alianças entre pais e filhos, entre madrastas e enteadas. Observou-se pelos relatos da maioria dos participantes, apego excessivo com os filhos; permeado pela ausência de limites, desautorização do pai pela mãe em sua educação, principalmente com a criança índice, dados que demonstram indício de despreparo dos pais para parentalidade.

“Ele é manhoso porque ela não deixa eu dar um jeito nele. Eu às vezes pego a cinta, só mostro para ele, mas ela pula em mim. Ela acha que eu vou bater, mas não vou bater, só quero educar ele” (PF5).

Em algumas famílias estava presente a *violência doméstica* de ordem física e psicológica contra crianças e adolescentes. Corroborando com este resultado, também focando a família, Hasselman (2002), identificou que a agressão física marital aumentou o risco de desnutrição aguda grave em crianças.

“Ele era muito bruto. Ele não batia muito, muito, mas quando batia não sabia bater, dava soco, pontapé. Se pergunto prá eles se eles querem o pai de volta, eles dizem que não. Eu não gosto de bater neles, mas ta difícil eles me respeitar” (MF4).

“Eu tive tanta paciência com os filhos dos outro e não tinha paciência com a minha filha mais velha. Eu era tão contra, sempre jurava antes de ser mãe que

eu nunca ia bater nos meus filhos. Eu acho que já veio de lá da época da minha mãe que me abandonou, do pai que me maltratava (choro)” (MF5).

No subsistema fraterno apontamos as relações fundidas e conflituais, principalmente por ciúmes da criança índice. Os irmãos também apresentam psicopatologias e história de atraso no desenvolvimento;

“Eu dou amor pros três igual. Nenhum teve nada diferente do outro. A única coisa que as meninas dizem é que eu dou muita ganja pro pequeno, elas reclamam. Mais eu digo para elas que ele sempre foi mais doente do que elas” (MF5).

Com respeito à presença de muitos estressores verticais durante o ciclo vital familiar, foram considerados os eventos e momentos marcantes para as famílias vivenciados no presente ou no passado, além dos já mencionados na categoria 2 onde mais detidamente foram trabalhados os dados sobre o desenvolvimento da criança. Os estressores aqui descritos referem-se a abortos consecutivos; doenças neonatais dos filhos; ameaças de morte pelo envolvimento da família paterna com o narcotráfico; assassinatos de parentes; *condutas adictas e anti-sociais* principalmente do pai, como por exemplo, alcoolismo e dependência química e envolvimento no tráfico de drogas; mortes e doenças de parentes; conflitos com as famílias de origem; transtornos mentais como alcoolismo, dependência química, jogo compulsivo, psicose, apresentados pelo pai, bem como ressaltou-se também a depressão materna.

“Doença mental no caso a mãe do meu marido. Ele também teve parecido como o caso dela, esquecia das coisas, ficou igual uma criança. Eu cuidava dele, depois ele melhorava, daí voltou mais uma vez de novo, e depois nunca mais deu. Tomou muitos remédio. Ele dizia que via o diabo, que o diabo falava com ele. A mãe dele também era assim. (MF4).

“O que eu não gosto é que ele sai, joga baralho, perde dinheiro” (MF1).

Os resultados levantados neste estudo confirmam os encontrados por Orth (2005) que os relacionamentos dos parceiros afetados pela drogadição apresentam intenso conflito, competitividade, desequilíbrio na complementariedade dos papéis bem como co-dependência, resultando assim, em atitudes paradoxais, ora de união, ora de separação, com prejuízo da formação da identidade do casal. O fenômeno da adição e de outras doenças

mentais podem se repetir em várias gerações, pois estes são apreendidos e influenciam fortemente as pessoas envolvidas pela convivência.

Da mesma forma associamos o que foi mapeado, com o que Minuchin (1982) confirma sobre quanto mais a família é desengajada nas suas relações interpessoais, maior o risco de desenvolverem comportamentos anti-sociais e problemas com a lei.

Ressaltamos de forma positiva nesta subcategoria, a *resiliência familiar* no enfrentamento das dificuldades e alcance das metas, através do aproveitamento dos recursos positivos aprendidos nas famílias de origem, ou pela tentativa de quebrar com o círculo vicioso dos padrões relacionais negativos vivenciados e aprendidos. Estes aspectos ficam mais claros exemplificados nas falas dos participantes abaixo:

“Perdi tudo que eu tinha pra bem de me separar, tenho que adquirir tudo de novo. Mas prefiro assim, eu vou batalhar prá adquirir tudo de novo. O resto já tá tudo melhor (...)Me sinto bem falando sobre tudo isto, da violência que eu vivi. Parece que quanto mais eu falo disso mais forte eu fico. Antes eu vivia parece que cega, sem força, agora sou mais forte.” (MF2).

“A morte da minha mãe foi complicado para mim porque eu tinha só cinco anos e eu vi assim minha mãe morrer na minha frente. Praticamente eu e minha irmã é que tinha que cuidar dela. Do pouco tempo que eu convivi com ela, era boa para gente. Essa força eu guardo dentro de mim, de ter sido amada pela mãe. Então essa força eu guardo dentro de mim. Quando eu tive a minha filha que dependia de mim, a minha vontade de lutar aumentou a garra de conseguir as coisas, ficou muito mais forte. Eu não sei nem explicar. A vida e o amor da mãe é que me ensinou a ser hoje a pessoa que eu sou hoje” (MF7).

Neste entendimento, resgatamos o conceito de *“família resiliente”* de Froma Walsh (1996). A autora auxilia a pensar que mesmo em situações de miséria, cada família faz sua própria trajetória, e pode desenvolver padrões relacionais positivos no enfrentamento das adversidades a que está exposta. Nas famílias consideradas resilientes no presente estudo, observamos o que Walsh (1996) refere sobre a resistência destas pessoas às privações prolongadas, mas que efetivamente se reorganizam por apresentar padrões de vínculos e flexibilidade, sendo mais capazes de administrar privações e mobilizar forças que resultam em formas positivas diante das crises.

Entendemos que a família resiliente pode oferecer maiores condições para promoção dos fatores de proteção ao desenvolvimento infantil. De acordo com Rutter (1987) o suporte familiar, as expectativas positivas depositadas na criança, as relações de apego seguro, e a existência de um adulto verdadeiramente interessado na criança, capaz de bem cuidá-la e protegê-la, são considerados importantes fatores de proteção à criança.

A categoria descrita a seguir auxilia a pensar sobre as adversidades vivenciadas pelos genitores das crianças em suas famílias de origem e os recursos aprendidos para superação ou perpetuação das dificuldades.

6.4. CATEGORIA 4 - PADRÕES RELACIONAIS INTERGERACIONAIS DAS FAMÍLIAS DE ORIGEM:

Esta categoria trata do mapeamento dos relacionamentos que definiram os padrões familiares ao longo das gerações e influenciaram a dinâmica do núcleo familiar da criança com desnutrição.

Os **Padrões relacionais das famílias de origem paterna e materna** trataram da descrição dos padrões familiares de cada família de origem, com informações sobre a maneira como os membros familiares se relacionavam nos e entre os subsistemas; e particularmente com a família da criança índice; assim como das enfermidades e condutas problemáticas mais presentes.

Nas **famílias de origem paterna** havia *predomínio de fronteiras rígidas* que sustentavam como principais padrões transacionais entre os subsistemas: triangulações; coalizões; *relações conjugais emaranhadas e violentas, separações e recasamentos; relações emaranhadas e distantes no sistema parental; conflitos e distanciamento no sistema fraterno; violência doméstica* cometida pela figura paterna contra a mulher, crianças e adolescentes.

“A família do William, eles não se dão muito. Com quem eu me dou bem é com a minha sogra, mas ela nem conhece a minha mãe, nunca quis ir lá em casa. Ele conhece o pai dele, mas não é chegado com o pai dele. O pai dele nunca vai lá em casa, não quer saber muito da gente. E moramo tudo no mesmo terreno. (MF8).

Todos estes aspectos foram citados de forma negativa pelos participantes como motivadores do relacionamento conflituoso e distante do sistema da família de origem paterna com o sistema da família da criança índice.

“Por enquanto é tudo ligado com rabicho, um puxa o rabicho do outro. Mora todo mundo em volta, nossa casa fica no meio de todo mundo. Mas se a gente precisa de um copo de água quando falta a nossa ninguém dá. Olha, quando falam que morar perto de parente é bom, mas no nosso caso essa experiência é muito ruim. Agora o resto dos meus irmãos lá embaixo são os meus pais que sustentam” (PF5).

As informações explicitam o que Minuchin (1982) teorizou sobre o quanto nas famílias com fronteiras difusas ou *rígidas* as funções protetoras ficam prejudicadas. Segundo o autor, na fronteira rígida, os subsistemas funcionam de uma forma autônoma e pode haver um senso distorcido de independência, carecendo entre os membros de sentimentos de lealdade e de pertencimento, prejudicando a solicitação de apoio quando necessário, o que leva ao funcionamento de desligamento. Além do distanciamento mencionado com a família de origem paterna, verificamos que este padrão estava também reproduzido ora entre os cônjuges, ora entre pais e filhos, e entre os irmãos.

Além disso, estas famílias apresentaram estressores verticais como *adoções de filhos entre parentes, predomínio de transtornos mentais* de figuras masculinas *como* dependência química por drogas e álcool, jogo compulsivo; e esquizofrenia da avó; *condutas anti-sociais dos homens* como tráfico de drogas, furtos, assassinatos.

“Meu marido é de família bem pobrezinho. Teve que sair de casa por falta de condições da família, de alimentação e foi morar com a minha irmã. A minha irmã praticamente que criou ele desde novinho. Foi assim que eu conheci ele. (MF10).

Por sua vez, **na família de origem materna** havia predomínio de fronteiras difusas sustentando conflitos no subsistema conjugal com presença de separações, divórcio e recasamentos; conflito e distanciamento no subsistema parental marcado pelo desconhecimento e abandono da figura paterna; coalizão; relações emaranhadas e distantes no subsistema fraterno; violência doméstica contra mulher, crianças, adolescentes pela figura paterna.

“Minha mãe nunca se deu com a minha avó porque ela cuidou do meu vô e do meu tio que bebe até hoje, é a cruz dela coitada. A minha mãe não suporta isso, briga com a vó de monte por conta dela sustentar ele que nem a mulher dele agüentou. (MF2).

Estes dados delinearão padrão de *relacionamento de superenvolvimento e distante deste sistema com a família da CI*; determinado pelo superenvolvimento com a figura materna e figuras paternas ausentes ou quando presentes eram violentas.

“A mãe era bem chegada comigo. Eu morava com ela, ela cuidava junto dos meus filhos. Ela achava que a mais precisada era eu. Dizia que quanto mais os outro falasse mais ela ia ajudar eu. Por isso algumas das minhas irmãs não gostam muito de mim” (MF4).

As relações de superenvolvimento e aliança foram expressas como positivas pelas mães, por conta do apoio que através deste padrão era recebido, inclusive de ajuda material. No entanto, assim como marcado nos estudos de Bowen (1991), o superenvolvimento revelou a não-diferenciação dos pais da criança índice com suas famílias de origem que por sua vez fora transmitido aos filhos, o que influenciava de forma negativa o desenvolvimento de autonomia dos mesmos.

De forma similar as famílias de origem paternas, foram encontradas *adoções e doações de filhos entre parentes; transtornos mentais* como alcoolismo e dependência química de figuras masculinas; psicose, internação psiquiátrica por causa desconhecida, demência e depressão de figuras femininas.

“O pai do meu pai, meu avô bebia um monte. Meu Deus quanta gente que bebe né” (risos) (MF3).

Todavia, estas famílias apresentaram *predomínio de doenças somáticas* principalmente de figuras femininas como enfarte; mortes precoces de crianças por causa desconhecida; hipertensão arterial sistêmica, acidente vascular cerebral, enfisema pulmonar; doença cardíaca; câncer; meningite; AIDS; deficiência física e diabetes. Além destas, destacam-se raquitismo, risco nutricional e desnutrição.

De forma geral, em ambas as famílias maternas e paternas, estavam presentes sérios conflitos relacionais principalmente conjugais e parentais que se mantiveram perpetuados em algum grau nos padrões das famílias atuais das crianças com desnutrição. Isto ocorria mesmo naquelas em que apresentavam características resilientes.

A subcategoria **Estressores verticais marcantes da história de vida dos pais da criança** destaca a descrição de circunstâncias vulneráveis do contexto da história parental da criança e a influência que tiveram em sua vida adulta e na formação de seu próprio sistema familiar. Os principais estressores englobaram: *mortes dos pais durante suas infâncias; mortes de parentes da rede social significativa na infância; violência doméstica; abandono dos estudos; adoções por parentes; tragédias com parentes* como incêndios e afogamento; e *contexto de pobreza*. Identificamos que alguns participantes exerciam a *função de filhos parentais nas famílias de origem*.

“Eu fui adotada pelos meus tios, irmã da minha mãe. A minha mãe verdadeira não me quis e ia me deixar lá no hospital prá irmã dela dar prá quem ela quisesse. (...)No dia de Natal meu pai se vestia de papai Noel, em vez dele dar os presentes ele batia em mim com cabo de vassoura que deixavam os hematomas roxos. Eu odiava Natal, odiava festa. (choro). A última tunda que eu tomei dele foi com 19 anos no meio da rua. Eu tô pedindo prá Deus que me ajude de tirar tudo que eu tenho dele dentro de mim, mas é difícil” (MF5).

“Faltava o que comer, eu não podia estudar. Minha mãe era deficiente(...)Até o meu irmão mais velho minha mãe não tinha condições de criar ele. A mãe se virava. Isso me ensinou a valorizar o que eu conseguia e batalhar prá ter as coisas. A mãe criou os filhos sem ter as pernas, então como eu não ia conseguir!” (MF10)

Ancorando-nos em autores como Walsh (1996), Melillo (2002), os dados mapeados pelas lembranças dos participantes, confirmaram que mesmo com estas vivências adversas, estes desenvolveram recursos positivos de enfrentamento que hoje se demonstraram como facilitadores para a proteção do desenvolvimento da criança com desnutrição.

Ponderamos, entretanto, que nas tramas relacionais podemos identificar que alguns participantes em suas formações familiares atuais, apresentaram dificuldade em se distanciar das diferentes emoções negativas que as levavam a

agir de forma super-funcionante, super-exigente, incorrendo no risco de reproduzir o mesmo modo relacional em suas relações conjugais e parentais e algumas delas tendo desenvolvido problemas psicológicos, físicos e sociais, como por exemplo, tornarem-se agressores, como no caso de alguns genitores que foram filhos parentais em suas infâncias.

Ressaltamos que a visualização de três a quatro linhas geracionais mapeadas nos genogramas, nos permitiu evidenciar a perpetuação dos padrões relacionais nas diferentes gerações das famílias das crianças índices.

6.5. CATEGORIA 5 - CONHECIMENTOS E RECURSOS DE ENFRENTAMENTO DAS FAMÍLIAS SOBRE A DESNUTRIÇÃO DA CRIANÇA:

A presente categoria discorre sobre os conhecimentos dos familiares sobre a condição de saúde da criança com desnutrição, assim como os recursos cognitivos e emocionais de enfrentamento da problemática.

A subcategoria **Sobre a condição de saúde do filho** descreve os conhecimentos e opiniões dos familiares a respeito da desnutrição enquanto um problema ou não de saúde na criança. Estas relataram que *em termos de diagnóstico médico* os participantes demonstraram saber o nome da patologia da criança.

Verificamos também que as mensagens médicas apresentaram-se contraditórias para os participantes que referiram não entenderem porque a criança está no Programa se é dito que ela é normal.

“O médico disse que ele não é baixo peso e nem desnutrido. Ele é pequeno. Ele não tem desnutrição. Quando ele entrou no programa, ele tava só um pouquinho abaixo do peso. Daí o médico falou que é normal, que ele ta se desenvolvendo. Ele ta crescendo. (...) Pois é, eu não entendendo porque ele tá no Programa.” (MF8).

“Como o médico diz que ela é normal se está fora da curva normal do mapa” (MF10).

Em termos de crenças sobre os diagnósticos as famílias referiram crença de hereditariedade.

“O médico diz que ele tem peso baixo, mostrou o mapinha do crescimento dele, mas a gente já falou que com os outros filhos é a mesma coisa. O meu mais velho hoje tem só 1,60 m, até queria tomar hormônio de crescimento. É de família, meus outros filhos também eram assim, são magrinhos e pequenos, mas nunca nenhum médico disse o dizem agora. Eu levava eles no médico do mesmo jeito”. (MF6).

Quanto à negação da extensão do problema alguns participantes expressaram discordância sobre o diagnóstico médico de desnutrição; naturalização do padrão de desenvolvimento do filho engloba visão de que a desnutrição não é um problema e que não exige preocupação.

“A mãe diz que eu era igual à ele. Eu era ruim de comer, era magrinho, miudinho, mas era forte igual à ele. Ele só não come” (PF1).

“É normal ter peso baixo. Nem sei se é isso mesmo. Esses mapas de médico acho que não tem nada haver” (MF8).

A segunda subcategoria **Sobre as causas da desnutrição** trata dos conhecimentos, crenças e opiniões dos familiares sobre as causas da desnutrição da criança. As causas relatadas estavam relacionadas a crenças dos familiares sobre: alimentação inadequada para a idade dada pelos pais ou pela creche; seletividade da criança por determinados alimentos pouco nutritivos; leite materno fraco; doenças de base; tentativa tardia de desmame; falta de tempo dos pais para cuidá-la e baixa renda da família.

“Eu acho que eu devia ter tirado o peito mais cedo e deixar ela só com a comida. As outras mães fazem isso e eu não fiz assim com ela. É muito sofrido essa hora, prá criança e prá mãe. É muito cansativo tirar do peito, então acabei deixando” (MF10).

Os pais também demonstraram *não saber* o que causava a inapetência e recusa alimentar da criança. Referiram que não sabiam onde poderiam estar errando no cuidado com o filho e que já haviam feito várias tentativas para fazerem o filho se alimentar.

“Mas é isso que até hoje a gente não consegue entender. Ninguém sabe aonde que está o erro. Se tem alguma coisa de errada em casa. Eles tinham as melhores comida. Só que ele não comia direito. A irmã que não come nada é mais gorda que ele” (MF5). “A gente faz tudo que o médico manda, a lavar as mãos, lavar as frutas e as verduras. A gente nem deixa ele brincar na terra para ele não se sujar muito. Deixamo ele pegar um pouquinho de sol por que o

médico diz que faz bem. A gente faz tudo e parece que não resolve e vê que outras crianças que brincam na terra que vivem sujos tem mais saúde do que o nosso filho” (PF5).

Além disso, relacionaram como causa o *tratamento insuficiente* pela baixa qualidade dos serviços públicos de saúde por falta de avaliação, tratamento e orientações médicas inadequadas; diagnóstico médico tardio.

“O pediatra falava que não fazia mal o menino só mamar no peito e na mamadeira. Mas a gente pensava que não era normal ele não querer comer nada e só ficar no peito. Criança de dois anos só mamando não prestava” (PF5).

Naturalização da condição de desnutrição, parâmetro dos genitores de acordo com baixos índices de desenvolvimento e crescimento das crianças.

“Eu achava ela uma criança gordinha. Até pensei mas como que ela ta desnutrida? Nunca pensei, porque ela mamava, só não queria comer quase nada, mas pensava que o leite sustentava” (MF4).

Os **Sentimentos dos pais acerca da desnutrição do filho** revelaram os recursos emocionais dos familiares frente à situação de saúde do filho com desnutrição. *Em relação à criança* foram revelados sentimentos de preocupação dos pais com o diagnóstico médico; tristeza; culpa pela condição do filho; angústia por não saber a causa; impotência; medo de seqüelas e da morte da criança; vergonha por ter que ir às reuniões do Programa Hora de Comer.

“Tenho que levar todo mês no médico, fico preocupada se isto vai deixar ele com algum problema mais tarde na cabeça, não sei” (MF2).

“E o médico disse que se ele continuar assim vai ficar uma criança raquítica. A gente ta apavorado, não sabemos mais o que a gente vai fazer” (MF3).

Em relação à equipe de saúde foi revelado o quanto os familiares se sentem estigmatizados como negligentes e desonestos pelos profissionais de saúde por serem pobres e por manter a criança desnutrida para ganhar a cesta nutricional; indignação frente ao tratamento médico ineficiente; baixa auto estima; vergonha da ignorância; insegurança versus dependência do médico; e até pensarem ser desnecessário estar no Programa já que a criança não apresenta melhora.

“Eles falam assim nas reuniões fica um clima como se as mãe fossem culpadas, que só querem a cesta e não alimentam a criança. Eu sei que tem umas que façam-me o favor, que não cuidam mesmo, mas não é o nosso caso. Isso não é legal” (MF5).

“Dá prá contar os osso dele, só ta na caveira! A gente vai no médico, o médico diz que lava as mão que não tem mais o que fazer por ele. Se ele que é médico não sabe, como é que a gente vai saber Se ele fala pruma mãe, um pai que é mais cabeça fraca ela vai fazer o quê! Devia dizer: Vamo luta, vamo dá um jeito nessa criança, não pode ficar assim!” (PF3).

Os sentimentos *em relação à rede de apoio* estavam relacionados ao estigma social sofrido de que pais de crianças com desnutrição são negligentes. Isto é sentido tanto da equipe de saúde, quanto da comunidade e da própria família. Somados, todos estes fatores geram a *culpabilização familiar* pelo fenômeno.

“Fico muito preocupada. Como eu disse é muito triste saber que meu filho tem isso, não engorda. Pros outro pode parecer que eu não cuido, mas eu já faço de tudo, mas não sei mais o que fazer” (MF2).

A subcategoria **Sobre a solução da desnutrição** discorre sobre as abordagens de solução dos familiares no enfrentamento da desnutrição da criança. Há *expectativa com relação a criança* que tem que comer os alimentos e desmamar do peito. Ao mesmo tempo há *expectativa de que a equipe de saúde* ofereça tratamento mais adequado e de forma geral todas as famílias apresentam *postura passiva de serem educadas* sobre o que fazer para que a criança alcance os padrões de normalidade de crescimento.

“Se fosse dado algum remédio pra aumentar o apetite dele e largar o peito. Também precisa ensinar a dar o alimento mais certo, o que é melhor, o que não é bom dar pra ele. De repente a gente não sabe o que é melhor prá ele” (MF2).

“As escola e creches devem oferecer cursos de orientação, informação para os pais. Deve ter palestra para as crianças aprenderem sobre saúde para ensinarem os pais. A Secretaria de Desenvolvimento Social e Igreja além das cestas básicas devem dar palestras para os pais que querem aprender a cuidar melhor dos filhos e grupos para as crianças” (Registro do diário de campo sobre falas dos familiares em reunião educativa do Programa)

Alguns participantes explicitaram que a cesta do Programa Hora de Comer não resolve o problema, pois em seus relatos afirmaram que não há falta de comida em casa.

“Se mês que vem ela alcançar o peso e cortarem a cesta, não faria falta. Eu não dependo da cesta prá alimentação dela. Graças a Deus não é uma coisa que a gente precisa da cesta” (MF9).

Diferentemente, as famílias mais pobres referiram que a cesta auxilia muito a prover a carência alimentar pela condição de pobreza em que se encontram.

“Eu vivo bem apertada de dinheiro, mas a prioridade é a alimentação aqui em casa. A cesta ajuda muito. Eu sou sozinha então ajuda.” (MF2).

As **Mudanças na família com a desnutrição do filho** apresentam a descrição do que os participantes consideraram que mudou no sistema familiar após o adoecimento da criança. Foram ressaltadas as seguintes mudanças: a) *maior preocupação com o filho* após o diagnóstico médico e inclusão no Programa; b) *desnaturalização* da criança de baixo peso, antes visto como sendo algo normal do desenvolvimento infantil dentro da família; c) *maior acesso ao serviço de saúde através do Programa Hora de Comer*; d) *educação alimentar da família*. Alguns destes aspectos estão evidenciados nas falas dos participantes:

“O pai dele agora dá mais atenção” (MF2).

“Se eles não tivessem dito que ele é muito magrinho eu não ia saber” (MF2).

“A alimentação em casa. Agora a gente passou a cuidar mais. Antes a gente dava muita bobagem, bolacha, bala. Eu passei a cuidar mais. Ela comia muito doce, chocolate, mas agora eu cuido mais. Fico com medo dela ficar mais desnutrida” (MF10).

Além destes aspectos de mudança, foi referida também a *exclusão dentro do sistema familiar de origem* por conta de preconceito sobre a doença da criança.

Como bem discute Fernandes (2003), as equipes de saúde têm dificuldade em envolver-se com as famílias pelo fato de ser um problema de saúde para o qual a solução não é somente terapêutica, colocando em xeque todo o arcabouço teórico-prático no qual o profissional foi formado.

Assim como encontrado por Figueiras, Puccini, Silva e Pedromônico (2003), percebemos que profissionais de saúde desconhecem ou desenvolvem de forma insatisfatória a vigilância do desenvolvimento, sendo necessárias sensibilização e capacitação dos profissionais para esta prática. Isto auxiliaria muito as equipes a empatizarem com as necessidades das famílias sobre as demandas de cuidado com os filhos.

Além disso, do ponto de vista preventivo para crianças de grupo social vulnerável, concordamos com Graminha e Martins (1997) que defendem intervenções específicas para elas mesmo que ainda não tenham desenvolvido doenças físicas. Numa perspectiva ideal, os serviços devem estruturar estratégias que possibilitem localizar crianças em condição de risco, acompanhar seu desenvolvimento e informar os membros da comunidade sobre a existência destes serviços, numa tentativa de promover a prevenção nos níveis primário e secundário, minimizando os efeitos do risco e diminuindo a necessidade de intervenções no nível terciário (Graminha e Martins, 1997).

6.6. CATEGORIA 6 - REDE SOCIAL SIGNIFICATIVA DAS FAMÍLIAS:

Esta categoria define o conjunto de relações sociais consideradas como significativas para os familiares, que lhes serviam de suporte no cotidiano e quando necessitavam de ajuda.

Parte da rede social significativa estava definida pela **Rede social primária** constituída por relacionamentos entre parentes, amigos, vizinhos, colegas de trabalho, entre outros, onde circula reciprocidade e solidariedade com quem a família busca e recebe ajuda. Observamos *predomínio de redes primárias formadas por parentes, amigos, empregadores; redes pequenas e empobrecidas ou mesmo ausência de rede.*

“Tem a sogra da minha irmã. Eles moram aqui em baixo. A dona Iracilda é como uma mãe prá mim” (MF7).

“Conto com esse meu tio que mora aqui. Ele é como se fosse meu pai, o pai que eu não. O meu pai mesmo eu nem conheci. O meu tio é ajudou a me criar e agora ajuda a criar as minhas filhas” (MF10).

Outra parte da rede social significativa foi definida pela **Rede social secundária** constituída por instituições sociais sejam elas públicas, privadas ou filantrópicas, caracterizada pela troca fundada no direito, na proteção social do Estado, via organizações governamentais ou não governamentais, citadas como significativas para as famílias. Observamos *predomínio de acesso a serviços de saúde e educação; vínculo positivo com serviços públicos de saúde, educação e sócio-assistenciais e com ONG's; vínculo com instituições filantrópicas religiosas; e conflito com Conselho Tutelar.*

“No Gente Amiga eles me ajudam também. No posto de saúde, a assistente social me ajudou muito, me encaminhou pro CEVIC, lá tão fazendo toda a minha separação, a pensão das crianças. E no programa lá do posto que a criança ganha a cesta” (MF2).

“Eu até concordo que o Conselho chame, mas que seja prá ajudar, porque as mãe não consegue fazer os filho ir prá escola. Eu agora tô sozinha. Os filhos agora dizem pros pais que não podem bater, senão dão parte no Conselho. Aqui o Conselho é pior, se os filho não vão prá escola os pai vão preso. Isso é errado, tira a autoridade dos pai ensiná os filho. Mas aí se o filho vira isso ou aquilo é culpa dos pai. Claro não é bater de espancar, isso também não concordo, tem que saber bater, conversar o porquê tá apanhando, mas não machucar” (MF4).

As entrevistas nos confirmaram que um dos mecanismos de proteção empregados pelas famílias é a rede de relações em que está inserida. A rede de relações familiares, comunitárias e com a rede secundária, funcionava como um fator importante para assegurar a proteção e evitar a desintegração social. Assim, quanto maiores e mais intensos os vínculos relacionais, maiores as possibilidades e recursos a serem acionados para proteção social (Soares, 2002).

Entendemos como algumas **causas do empobrecimento das redes sociais das famílias** o *isolamento social na comunidade por conta da violência e o abandono do Estado na proteção social das famílias*, contribuem de forma determinante para o empobrecimento de suas redes de proteção.

Estas constatações vão ao encontro da afirmação de que na ausência de políticas públicas ou na ineficiência destas, as famílias ficam sobrecarregadas. À

medida que o Estado amplia os serviços destinados à família fornecendo-lhe apoio nos aspectos emocionais e materiais de forma ampla e universal, maior é a possibilidade da família desempenhar adequadamente suas funções cotidianas (Lima, 2005).

Também interferem no empobrecimento das redes os processos de *migração; os conflitos familiares com as famílias de origem ocasionados por padrões transacionais de relações emaranhadas e/ou rígidas; a falta de apoio de pessoas da família.*

“Eu acho que eles não vêm aqui por causa da doença do nosso filho, porque pensam que aqui tem um vírus, uma doença contagiosa. (...)eu é que me deixam de fora. Foi depois que eu me casei, mas foi só comigo. Pros outros eles deram casa tudo. Não sei se foi porque eu cortei com a igreja prá me casar? São fanáticos pela igreja e como eu larguei a igreja, agora pensando, pode ser por isso não é? Agora pensando nisso ...” (PF3).

“Eu nunca peço ajuda prá ninguém da minha família. Graças a Deus nunca precisei passar por isso. Quando tem qualquer problema aqui, a gente dá conta. Não sou de por qualquer coisa ir lá pedir ajuda prá mãe. Eu tento resolver aqui” (MF9).

Podemos inferir que a desnutrição da criança também traduz a desnutrição da família pela carência de rede que lhe apóie e proteja, especialmente no contexto de pobreza. Para Sluzki (1997), ser pobre gera marcas nos sujeitos e suas experiências ocasionam um sentimento de falta de controle sobre o meio em que vivem. Intervir nestas comunidades, segundo Moré e Macedo (2006) se apresenta como um grande desafio na construção da cultura da esperança como base para a implementação da promoção da saúde e resgate da cidadania e autonomia das pessoas.

A subcategoria **Relação família-equipe de saúde** expressa a dinâmica de relacionamento que a família estabelecia com a equipe de saúde e expectativas em relação a esta. As famílias nesta relação *buscam orientações básicas sobre cuidado com os filhos; supervalorizam ao mesmo tempo em que demonstram insatisfação com o atendimento médico.* Ao mesmo tempo em que os familiares seguiam a risca as orientações médicas, frustravam-se quando as orientações

médicas eram entendidas como inadequadas ou quando percebiam descaso médico com a situação da família e da criança. Também foi detectado impotência frente ao diagnóstico médico; *postura passiva e submissa dos pais frente aos profissionais* que pouco questionavam-nos sobre suas dúvidas em relação à condição de saúde de seu filho. Os relatos a seguir confirmam estes aspectos:

“Será que só falta alimento? Será que a saúde está fazendo o que deve? O ACS faz o que deve? Não adianta dar comida sem dar orientação da família. As famílias não precisam só de cesta básica. A hora da reunião é errada. É hora que as pessoas trabalhem. Vocês não conhecem a realidade da gente do Morro. O ACS ganha para trabalhar e não faz o que precisa ser feito” (Registro do diário de campo: fala de um líder comunitário em uma reunião educativa).

Através dos dados sobre a **Relação equipe de saúde-família** foi identificada a dinâmica de relacionamento que a equipe de saúde estabelecia com a família e expectativas em relação a esta. Pudemos apurar que havia conflitos dentro da equipe de saúde por divergências de concepções como a *biologicista versus a concepção da determinação social da desnutrição* o que influenciava sobremaneira as condutas adotadas pelos membros da equipe de saúde nas intervenções com as famílias nas reuniões educativas. Estes aspectos ficam exemplificados em algumas falas e discussões entre os profissionais anotados no diário de campo como a descrita a seguir:

“Há famílias que estão usando a cesta para a família toda, sendo que deve ser usada só com a criança do Programa. Não podem fazer isto, pois a cesta “é um remédio” dado para recuperar o peso da criança doente. É sabido que na hora da entrega da cesta, os adultos já comem as frutas na frente do pessoal da AFLOV. Se a criança não melhorar não vai desenvolver o cérebro e não vai poder competir no mercado de trabalho” (Registro do diário de campo da fala de um profissional durante uma reunião educativa).

Avaliamos que esta concepção mostrava-se permeada de *preconceito sobre as famílias como negligentes*, culpabilizava e responsabilizava as famílias sobre a situação da criança estabelecendo com elas uma *comunicação assimétrica* de poder. As ações do Programa estavam centradas na distribuição da cesta nutricional a ser dado como remédio para a criança e na consulta médica. Entendemos que esta programação partia da concepção biomédica da

desnutrição e não como um problema social, em que se faz necessário conhecer e intervir nas necessidades de cada família.

Presenciamos debates importantes mobilizados entre a equipe de saúde sobre o impasse relativo ao choque entre concepções antagônicas.

“Questionamos os argumentos sobre o que é dito sobre a cesta nas reuniões: a cesta como remédio, que a desnutrição pode deixar a criança com retardo mental, uso indiscriminado do termo “desnutrido”. Percebemos que Isto causa repercussão na vida das famílias que se sentem desqualificadas, alvo de preconceitos e sentem culpa pela situação da criança” (Registro do diário de campo sobre reunião de avaliação da reunião educativa entre os profissionais).

Ao mesmo tempo, havia *descompasso entre os interesses da família e o da equipe*. Tolhidos com as melhores intenções, os profissionais buscavam trabalhar com os familiares os determinantes sociais da desnutrição. Nas discussões mobilizadas nas reuniões educativas, as falas dos participantes apresentavam-se contraditórias. Ora expressavam conformismo e espera pelo assistencialismo do governo e de outras instituições sociais, e ora expressavam maior conscientização de luta pelos direitos sociais. No entanto, a equipe algumas vezes atuava de forma hiperfuncionante, colocando muitas vezes o saber profissional acima do saber popular das famílias.

Paralisados pela desmotivação das famílias frente aos problemas sociais que os rodeavam e pela falta de apoio e direcionamento mais adequado pela gestão do Programa, os profissionais tendiam a frustração pelo *desinteresse das famílias sobre mobilização comunitária e controle social*.

Pesquisas com famílias e desnutrição (Machado e Vieira, 2004; Fernandes, 2003; Machado, 2001; Maranhã, 1999) revelam, como encontramos neste estudo, que o relacionamento entre profissionais e mães de crianças cadastradas em programas de desnutrição infantil, é limitado, existindo uma dissonância entre eles evidenciada pela comunicação e interação prejudicadas. Da mesma forma como evidenciamos aqui, os participantes relataram que os profissionais não os auxiliavam a entender o que acontecia com a criança, com ações enraizadas num determinismo biológico e verticalizadas por posições clientelistas/assistencialistas, que impediam a participação destes como sujeitos e contribuía para a exclusão social das famílias.

Por fim, como **Sugestões para melhoria das ações do serviço de saúde e do programa de atenção à desnutrição em relação ao atendimento na Unidade Básica de Saúde** as famílias sugeriram mais vagas para consultas; acesso para atendimento de urgência na UBS; mais respeito pelas famílias; contratação de mais pediatras e não de clínicos gerais; maior oferta de serviços de saúde a noite para os trabalhadores; trabalho mais direcionado para as mães solteiras; atendimento focado para a família como um todo e não só para a criança.

Em relação às reuniões educativas sugeriram que seja modificada dinâmica das reuniões educativas; reuniões educativas muito pesadas; diminuir número de participantes nas reuniões educativas; não modificarem constantemente o local das reuniões; organizar local mais confortável para as reuniões educativas; não restringir educação alimentar sobre alimentos somente da cesta; trabalho educativo mais direcionado para as necessidades das famílias no cuidado com a criança;

Em relação à cesta nutricional solicitaram que sejam modificados alguns ingredientes da cesta; distribuição da cesta para a família e não somente para a criança; a cesta não resolve; cesta com alimentos mais atrativos para a criança.

“Eles falam que não pode consumir aqueles produtos que vem na cesta prá família inteira, mas como eu vou fazer uma panela com comida só prá criança e outra separada prá família? Se fizer isto a comida estraga. Se fosse assim, eu não poderia dar outra comida fora do que tem na cesta” (MF10).

Em relação a visitas domiciliares: visita domiciliares pela equipe de saúde para educação em saúde; presença do Agente Comunitário de Saúde no domicílio. *Em relação a serviços de nível secundário e terciário de saúde:* vagas para exames e consultas especializadas.

Estas demandas demonstraram as lacunas que existiam no que tange principalmente a falta de integralidade na prática dos profissionais e na programação das ações de saúde, tanto em relação ao processo de acolhimento e acompanhamento do usuário e sua família no nível primário de atenção, quanto nos demais níveis de atenção.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo procurou caracterizar a dinâmica relacional de famílias de crianças com desnutrição. A busca foi motivada pela necessidade de tentar contribuir para a prática profissional das equipes de saúde na Atenção Primária com famílias em situação de vulnerabilidade social, como as escolhidas para esta pesquisa, através da leitura da teoria relacional sistêmica sobre as relações familiares e comunitárias, conhecimento este, pouco difundido entre as equipes.

O principal objetivo desse trabalho foi inserir a família no contexto de tratamento da desnutrição infantil. A visão sistêmica do problema propiciou compreender que a desnutrição vai além da criança, quebrando assim a visão linear e mitificada de que este é um problema da pobreza que pode ser resolvido com uma cesta básica ou um Programa que dê refeições à criança, reforçando crenças que perpassam todas as instâncias do poder político e social: o governo, seus ministros, técnicos, os serviços públicos de assistência, seus profissionais e técnicos.

Estes atores que deveriam cumprir a função de proteção das famílias, para que estas, por sua vez, ofereçam proteção aos seus membros, pelo contrário, as culpabilizam por todas as mazelas dos seus filhos, tanto orgânicas, quanto psicológicas. Julgadas como culpadas, pelo menos ao invés de hostilizar as famílias, teriam que ao menos procurar saber por que não cumprem o que dela se espera. Se isto fosse feito como procedimento de praxe, poderiam então se conscientizar de quantas questões específicas fazem parte deste contexto e de quão grandes são as necessidades das famílias não só em termos sócio-econômicos, mas de informação, apoio e assistência.

O desafio então foi abraçado nesta pesquisa, pelo entendimento de que tão importante quanto conhecer a presença dos fatores epidemiológicos de risco em torno da criança com desnutrição, foi tentar compreender a forma como eles se relacionam com os demais elementos da vida familiar e social local do contexto comunitário. A atitude de pesquisar os aspectos psicossociais da condição de vida destas famílias foi avaliada como importante, pelos dados que vieram à tona, pois

são os mais invisíveis, tanto para os profissionais de saúde, como para os gestores das políticas públicas, presentes nos programas de atenção a saúde.

Para cumprir esta tarefa, e de acordo com os objetivos propostos, identificamos a estrutura familiar, no que se refere a sua configuração e o funcionamento familiar, evidenciado através da análise das metas, papéis, valores, regras, relações hierárquicas de poder e padrões transacionais presentes no sistema familiar. Através desta caracterização detectamos os aspectos da dinâmica relacional facilitadores e dificultadores no cuidado com a criança com desnutrição. Além disso, detectamos a rede social significativa da família e os recursos dos pais acionados no enfrentamento da desnutrição da criança.

Evidenciamos que a dinâmica relacional familiar afeta recursivamente o desenvolvimento da criança, assim como a desnutrição da criança afeta o relacionamento entre os membros familiares. Sistemicamente podemos inferir que a desnutrição da criança simbolicamente, apresentou-se como um conjunto de metáforas¹⁸ significativas, que nos auxiliaram a transcender, em termos de uma metacompreensão da complexidade presente na temática objeto desta pesquisa:

- ***Metáfora¹⁹ dos conflitos intrafamiliares***, principalmente os de ordem conjugal evidenciada pela característica relacional de triangulação entre a criança com desnutrição e seus pais.

Para resolver o conflito conjugal e manter os pais unidos, a criança parece cumprir o script de manter-se “um bebê que não pode crescer”. Isto é entendido como próprio da dinâmica de famílias marcadas pelo superenvolvimento, em que há dificuldade de diferenciação entre os seus membros, sendo que crescer e se desenvolver pode ser entendido nas entrelinhas do sistema, como desagregação e enfraquecimento dos vínculos. Neste contexto, “não comer” pode significar uma tentativa de independentização da criança frente aos apelos dos pais, procurando

¹⁸ Designação de um objeto ou qualidade mediante uma palavra que designa outro objeto ou qualidade que tem com o primeiro uma relação de semelhança (Dicionário Eletrônico Houaiss da Língua Portuguesa).

¹⁹ No sentido de que o problema apresenta-se como metáfora de outros problemas relacionais que causam repercussões em outros relacionamentos na família (Madanes, 1989).

controlar a relação, recusando o que justamente se transforma no foco das atenções, no caso, a comida.

Entendemos que este movimento perpetua transgeracionalmente os padrões da dependência e da não-diferenciação, aliado ao desenvolvimento de violência doméstica (contra crianças, adolescentes e mulheres) e transtornos mentais, principalmente de dependência química e alcoolismo nos homens e a depressão de mulheres nestas famílias.

As relações parentais apresentaram-se frágeis no que concernia à educação dos filhos, evidenciada pela dificuldade dos pais em colocar limites com autoridade aos filhos, ao mesmo tempo em que estes utilizavam, em quase todos os casos, a violência física (o “bater”) como recurso educativo, contra crianças e adolescentes. Na falta de autoridade dos pais, ao contrário, os filhos impunham as regras e ditavam a dinâmica de convivência em casa. Não havia por parte dos filhos a introjeção das necessárias fronteiras nas relações hierárquicas entre pais-filhos.

Complementarmente a esta dinâmica entre os pais, destacamos que as relações maternas se apresentaram fortemente vinculadas com as crianças com desnutrição, até ao ponto do superenvolvimento e superproteção extremo. Em alguns casos, a superproteção beirou a negligência, pelo apego exagerado da mãe com seu filho, devido sua dificuldade em compreender a situação de adoecimento da criança, chegando a naturalizar a desnutrição. Estas considerações questionam e desmistificam a premissa do fraco vínculo entre a díade mãe-filho com desnutrição.

Através dos dados relativos aos estressores vivenciados no ciclo de vida familiar, podemos evidenciar que o superenvolvimento da criança com a mãe estava relacionado às variadas perdas sofridas por esta como: perda laços afetivos significativos, perda da confirmação da mãe como genitora, como mulher, como cidadã. O filho ocupava então o lugar daquele que deve suprir estes laços afetivos e sociais fundamentais.

Ressaltamos a importância da análise referente à relação de apego entre quem exerce maternagem e um filho, o que por si só mereceria toda uma análise

com aportes teóricos específicos sobre a temática do apego. No entanto, dado as limitações deste trabalho, mantivemos o foco em evidenciar as características da dinâmica relacional entre os membros do sistema familiar que promoveram e/ou dificultaram o desenvolvimento do apego como imprescindível para a proteção da criança.

Aliado a este fenômeno, o funcionamento familiar estava configurado de forma complementar entre os cônjuges. As mulheres dominadoras, hiperfuncionantes, provedoras do lar e os homens por sua vez, desqualificados, periféricos e não-provedores. No entanto, de forma paradoxal, a cultura das relações de gênero permaneceu calcada no modelo tradicional patriarcal do homem provedor, autoritário, violento e da mulher como cuidadora, submissa e permissiva.

Além destes aspectos, evidenciamos na história transgeracional das famílias a incidência de abuso e dependência química, assim como das condutas anti-sociais e do jogo compulsivo, manifestou-se mais na família de origem paterna, e em menor intensidade na família de origem materna. As famílias participantes revelaram casos de adicção, principalmente entre membros masculinos da geração atual desenhando assim, a transgeracionalidade do comportamento adicto, ou seja, a repetição da dinâmica adicta ao longo da história familiar, com as mulheres superenvolvidas de forma conflituosa com estes parceiros, assim como da repetição da violência doméstica nos sistemas atuais. Já a violência doméstica contra a mulher, as crianças e adolescentes estava presente em ambas as famílias de origem dos pais. Estes fatores ocasionavam afastamentos e conflitos entre os sistemas nucleares e extensos.

- **Metáfora da falta e do empobrecimento dos laços da rede social significativa** das famílias, tanto dos vínculos primários com parentes, amigos e comunidade;

- **Metáfora da falta de proteção social** às famílias evidenciado pelo abandono do Estado no cumprimento dos direitos sociais;

A falta e empobrecimento dos vínculos primários foram marcados por distanciamentos, conflitos e rompimentos entre os membros da família extensa,

que poderiam ser evitados, assim como por processos macro sociais como a migração.

Em relação à vulnerabilidade presente no contexto de desenvolvimento da criança, verificamos que o núcleo familiar apresentou muitos estressores verticais não esperados durante seu ciclo vital e mesmo os estressores horizontais esperados no ciclo, também foram experienciados com dificuldade pelas famílias. Tais eventos foram amplificados negativamente pela condição sócio-econômica desfavorável em que se encontravam, sem o devido amparo de proteção social para exercer proteção adequada aos seus membros. Avaliamos então, que o contexto familiar e o contexto social da criança, influenciaram sobremaneira no seu processo de adoecimento e sustentação da situação de desnutrição.

Ressaltamos de forma especial em algumas famílias a resiliência familiar, pelos recursos positivos apresentados no enfrentamento das dificuldades e alcance das metas através do aproveitamento dos recursos positivos aprendidos nas famílias de origem, pela tentativa de quebrar com o círculo vicioso dos padrões relacionais negativos vivenciados e nelas aprendidos. Estes recursos demonstram-se como facilitadores para a proteção do desenvolvimento da criança com desnutrição e devem ser promovidos e potencializados através de intervenções em saúde com o grupo familiar.

Com este trabalho procuramos incentivar a importância de conhecer mais de perto como se dão as relações entre os membros da família, visto que os profissionais de saúde diante dos problemas de ordem social, tendem a tomar posições precipitadas e muitas vezes vestidas de preconceito, sem investigações adequadas. Como encontrado no presente estudo, cada profissional enfatizava a explicação do fenômeno da desnutrição a partir da visão de um determinado modelo explicativo dos problemas sociais, tendendo a classificar, muitas vezes de forma extremada, os mais diferentes casos em esquemas biologicistas ou sociológicos simplificados. Desta forma, distanciavam-se da complexidade intrínseca subjacente em casos que exigem atenção integral de saúde.

As dinâmicas familiares evidenciadas neste estudo nos fizeram pensar sobre a limitação dos serviços de saúde, estruturados com base em ações

pontuais, que não conseguem atender as necessidades integrais de cada sujeito, de cada família. Conforme observado na dinâmica da equipe com as famílias participantes das reuniões educativas, os profissionais de saúde querem ver rapidamente as conseqüências e resultados de seu trabalho e se frustram facilmente diante de dinâmicas muito enraizadas historicamente nas histórias de vida. Vasconcelos (2003) nos auxilia a refletir que mesmo em países desenvolvidos, como Suécia e Inglaterra, em que os direitos sociais estão assegurados, continuam existindo famílias, em geral acometidas por problemas psicossociais, que não conseguem tomar a iniciativa de utilização plena dos serviços a que têm direito.

A magnitude desta questão exige no processo de cuidar de famílias em situação vulnerável, um ato constante de transformação das práticas dos serviços de saúde. Implica em se embrenhar no cotidiano da dinâmica familiar, propiciado à medida que se estabelece um vínculo de confiança com seus integrantes, ou com quem se mostrar disponível em pensar a promoção da saúde e buscar soluções para os problemas.

Os programas de cuidado da criança e de combate à desnutrição infantil, estão estruturados em torno dos indicadores epidemiológicos, que apesar de significarem avanço em relação ao reconhecimento da equidade na atenção a saúde de crianças de risco (com baixo peso ao nascer, baixa escolaridade da mãe, etc), limita a intervenção em atividades biomédicas e de cunho individual (consultas médicas, aferição de peso e altura, distribuição de cesta nutricional) ou grupal de forma massificada, como foi identificado nesta pesquisa.

As políticas públicas focalizadas em segmentos específicos e centradas nos aspectos clínicos e econômicos, que desconsideram o contexto familiar e social e, portanto, a gênese da desnutrição, centra-se na eliminação do problema aparente. Por não intervirem nas situações que levem ao aparecimento da desnutrição em crianças de uma mesma comunidade, essas políticas não são resolutivas no que se refere à dimensão e reprodução do problema na sociedade.

Não se pode mais incorrer no erro da massificação do entendimento sobre a situação das famílias, não realizando um levantamento das necessidades de

cada caso com planejamento de intervenções interdisciplinares sistematizadas, com o devido monitoramento da evolução do desenvolvimento de cada criança e de sua família; e envolvimento com a situação das crianças que são abandonadas pelo Programa quando completaram seis anos.

Por fim, neste trabalho buscamos evidenciar as características que estão nas entrelinhas da dinâmica familiar, das sutilezas que se não forem percebidas, farão falta no ato de cuidar da saúde da criança e de sua família. Constatamos a importância do desenvolvimento da escuta das necessidades dos usuários, tão importante para efetivar a prática da integralidade para o desenvolvimento do protagonismo das pessoas na gerência de sua própria saúde.

Ações como a vigilância do desenvolvimento infantil, estimulação neuropsicomotora da criança, grupos de preparação de pais para a parentalidade e conjugalidade, planejamento familiar, enfim ações que auxiliem à família em suas transições no ciclo de vida, são tarefas que precisam ser priorizadas na Atenção Primária de Saúde. Cabe apontar que o Psicólogo deve ter como compromisso auxiliar a desenvolver e executar estas intervenções junto às equipes de saúde da família.

Terminamos esta jornada de pesquisa, com a frase de uma das mães que nos ensinou muito sobre o quanto precisamos caminhar para efetivar uma prática de atenção integral:

“Agora eu acho que não deviam se preocupar só com a criança, com a gestante e idoso, mas com a família toda, né. Na família não é só um que está com problema e precisa ser ajudado, mas todos!” (MF10)

8. CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

Neste capítulo, enquanto mestranda tenho a oportunidade de expressar o impacto que o contexto causou em minha formação enquanto pesquisadora e profissional de saúde. O método escolhido e estruturado oportunizou que eu me aproximasse mais concretamente do mundo da pobreza e rompesse com a prática hegemônica enraizada em nós profissionais de saúde, em ficarmos protegidos dentro dos serviços de saúde, movidos pelo medo, comodismo e preconceitos.

A realização das entrevistas com a maioria dos participantes em seus domicílios, foi de fundamental importância para o conhecimento da pesquisadora sobre o contexto de vida das famílias. Observei que nenhuma das famílias morava nas áreas mais precárias das favelas. Desta forma, foi possível apreender as diferenças existentes dentro das próprias favelas.

As andanças pela comunidade foram permeadas por sentimentos de tristeza, medo, perplexidade em conhecer uma Florianópolis que eu pensava não estar tão dominado pela violência. Aos poucos foram se transformando em indignação e coragem. Aprendi há reconhecer um pouco a linguagem deste contexto, quando é permitido ou não entrar nele. Eu sempre subia os morros de jaleco branco e crachá da Unidade de Saúde; já que evitava pedir aos Agentes Comunitários de Saúde para me acompanharem para preservar o sigilo com os participantes; recurso que me assegurou o passaporte para ser aceita, mesmo em dias de forte tensão.

À medida que subia a favela, esta se mostrava em sua precariedade e em alguns dias chegava a “sentir no ar” a tensão da violência pelas expressões dos moradores e comportamentos dos olheiros armados do tráfico de drogas. Depois de um tempo aprendi a definir onde estavam os pontos de droga e me acostumei com a venda explícita e com as armas a mostra como signo de poder e controle.

Em uma situação, na pressa de precisar terminar a coleta, subi o morro em dia não recomendado pelos Agentes Comunitários de Saúde e vivenciei momentos tensos, em que a polícia realizava operação contra traficantes. Neste dia, presenciei civis e crianças sendo revistados, encostadas num paredão de

pedra no horário de volta da escola dos alunos. Todos passavam e pareciam acostumados com esta rotina, ao mesmo tempo em que baixavam a cabeça para os policiais. Submissão ao tráfico, submissão à polícia! Que outra opção estas pessoas têm?!

Estes foram alguns dos grandes aprendizados que tive oportunidade de receber neste trabalho e que influenciaram no planejamento da coleta dos dados, pois a todo o momento precisou ser revisto para adaptar-se ao contexto comunitário. A coleta de dados demorou mais do que o previsto, pois priorizei entrevistar os casais em seus domicílios para poder ter acesso a diferentes visões de cada cônjuge sobre a dinâmica relacional familiar e conhecer o contexto de moradia. Foi necessário cancelar e reagendar novas datas várias vezes, por conta da violência nos morros e pelos horários de trabalho das pessoas. Para poder entrevistar os homens, precisei ter persistência e flexibilidade com horários adequados à disponibilidade deles.

Em relação ao método de pesquisa empregado, este conseguiu cumprir com os objetivos propostos. A observação participante foi fundamental, tanto para minha incursão no campo como pesquisadora, quanto para levantamento de dados referentes à relação famílias-equipe de saúde. O fato de também fazer parte desta equipe enquanto docente facilitou sobremaneira este trabalho. Participava das discussões com a equipe de saúde e estes solicitavam minhas impressões na colaboração dos planejamentos das reuniões educativas. Desta forma, fui incluída como co-estruturadora das ações da equipe, pois ao mesmo tempo em que coletava os dados, dividia com eles algumas questões sobre o que observava.

O registro em diário de campo mostrou-se como um espaço de suporte de diálogo na pesquisa que me auxiliou a tornar conscientes as marcas que o contexto deixava. O ato de transcrever e escrever meus pensamentos e emoções após cada experiência vivida na pesquisa, nas entrevistas e contatos com os participantes, nas reuniões educativas, reuniões com a equipe de saúde, foi-me encorajando a aperfeiçoar os contatos e perceber o sentido do que antes estava timidamente colocado no projeto da pesquisa. O conteúdo registrado muito me

auxiliou para neste momento difícil de síntese do trabalho, expressar o que compreendi do fenômeno estudado.

Resgatando o referencial epistemológico de base desta pesquisa, pelo pressuposto da intersubjetivamente implicada na ciência da complexidade, o pesquisador é partícipe e se envolve no campo levando em conta o que ele aponta como caminhos. Deparava-me observando ao mesmo tempo em que me observava; dinâmica esta pensada por Von Glaserfeld (1984 *apud* Vasconcelos, 2002a) como sistemas observantes. No processo de produção de conhecimento era retroalimentada recursivamente na medida em que o entrosamento com a coleta e análise dos dados acontecia.

A conciliação entre o genograma familiar e a entrevista, enquanto instrumento principal possibilitou obter dados que nenhuma outra estratégia talvez conseguisse, em se tratando de pesquisa com famílias. O genograma, grande aliado desta empreitada, revelou-se como instrumento que não só conseguiu auxiliar a sintetizar os labirintos da dinâmica relacional das famílias ao longo de até quatro gerações, mas que ao mesmo tempo resultou em forte impacto nos entrevistados. Cabe destacar que as entrevistas com os casais genitores em conjunto mostraram-se muito mais ricas do que aquelas realizadas com apenas um dos genitores da criança, pela possibilidade de averiguar os padrões relacionais conjugais, parentais e das famílias de origem de ambos, na visão de cada um, além do que, pude observar “ao vivo” cenas da dinâmica familiar no domicílio.

O mapa familiar foi construído em conjunto com os participantes, assim como a primeira escolha dos traçados dos padrões relacionais foram identificados por eles de acordo com a explicação sobre o que significavam. Alguns traçados foram modificados depois da análise global da dinâmica relacional e a luz da teoria, mas a co-construção mostrou-se fundamental.

Desta forma, pelo envolvimento promovido com os participantes no momento da entrevista, ao se depararem com um retrato de suas próprias histórias desenhadas no papel, muitas vezes demonstraram-se abismados com aspectos que até então não havia se dado conta em suas trajetórias de vida.

Alguns participantes expressaram forte emoção ao “abrirem a caixinha das lembranças”, como disse uma mãe em sua entrevista. Foram vários os momentos em que solicitavam orientações sobre suas dúvidas, que se desdobraram em alguns casos, em encaminhamentos para psicoterapia individual, familiar ou para outros profissionais de saúde. Estas intervenções eram realizadas ao final das entrevistas.

A preocupação com o impacto causado por este modelo de entrevista, acompanhou-me durante todo processo de pesquisa e o fato de ser trabalhadora da Unidade Básica de Saúde de referência destes usuários, muito me tranqüilizava, pois através deste dispositivo os participantes puderam recorrer a mim para falar e solicitar encaminhamentos frente ao que foi despertado pelas entrevistas.

Por este motivo, entendo que o genograma familiar, enquanto instrumento originário da prática clínica da terapia familiar sistêmica necessita de um aplicador com formação especializada na área para que seja utilizado adequadamente em pesquisa. O processo de uma investigação científica com seres humanos não pode ficar restrito a conhecer e produzir conhecimento, mas deve incluir o oferecimento de suporte para o que for provocado durante o processo com os envolvidos e comprometimento com eles.

Além disso, avalio como importante à estratégia da realização da primeira entrevista como teste, momento em que se verificou se o roteiro responderia aos objetivos do trabalho e feito às modificações necessárias de forma que a temática fosse mais bem explorada.

Posso dizer que esta experiência do ato de pesquisar muito me fortaleceu como profissional de saúde. Poder sistematizar em conhecimento o que eu observava durante as intervenções com famílias na Unidade de Saúde e na comunidade, me oportunizou mais ferramentas de trabalho, ao mesmo tempo em que me fez compreender o quanto é complexo as variáveis em torno do processo de adoecimento e da promoção da saúde.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABREU, Sandra R. de (2003). O comportamento de cuidar em famílias em situação de risco psicossocial com crianças em cuidados alternativos. **Dissertação de Mestrado em Psicologia**. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- ALVAREZ, M. de la L.; CONCHA, X.; ELORDIL, M.; LAMILLA, C.; RAMOS, C.; PEREZ, P. (1991). Desnutrición infantil, coeficiente de desarrollo y su relación con el medio ambiente: un estudio piloto. **Revista de Saúde Pública**, v. 25, n.4, São Paulo, agosto. [SciELO]
- ALVES, Francieli L.; LIMA, Telma C. S. de; MIOTO, Regina C. T. (2004). **Em direção ao trabalho interdisciplinar: uma análise da relação família e trabalho nas famílias do Programa Hora de Comer da comunidade Saco Grande**. Trabalho apresentado no 1º EnUSF: Encontro Universitário em Saúde da Família. Universidade Federal de Santa Catarina. Texto mimeo.
- ANDOLFI, Maurizio (1996). **A linguagem do encontro terapêutico**. Porto Alegre: Artes Médicas.
- ANDOLFI, Maurizio; ANGELO, C.; MENGHI, P. & NICOLO-CORIGLIANO, A. M. (1989). O indivíduo e a família: dois sistemas em evolução. In: ANDOLFI, M.; ANGELO, C.; MENGHI, P. & NICOLO-CORIGLIANO, A. M.. **Por trás da máscara familiar: um novo enfoque em terapia da família**. Cap.1. (pp.17-26). Porto Alegre: Artes Médicas.
- ASEN, K. E. e TOMSON, Peter (1997). La familia dentro de nosotros. Genogramas. In: ASEN, K. E. e TOMSON, Peter. **Intervención Familiar: Guía práctica para los profesionales de la salud**. (pp. 39-51). Barcelona, Buenos Aires, México: Paidós.
- AUN, Juliana G.; VASCONCELLOS, Maria José E. de; COELHO, Sônia V. (2005). Pensamento Sistêmico Novo-Paradigmático: Novo-Paradigmático, por quê? In: AUN, Juliana Gontijo; VASCONCELLOS, Maria José E. de; COELHO, Sônia V. **Atendimento Sistêmico de Famílias e Redes Sociais**. (pp. 81-90). Belo Horizonte: Oficina de Arte e Prosa.

- AYRES, José R. de C. M.; FRANÇA Jr., Ivan; CALAZANS, Gabriela J. & SALETTI FILHO, Haraldo C. (2003). O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, Dina (org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências**. (pp.117-139). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- BATISTA FILHO, Malaquias e RISSIN, Anete (2003). A tendência nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19 (Sup. 1): pp.181-191.
- BENÍCIO, M^a H. D'A.; MONTEIRO, C. A. e ROSA, T. E. (2000). Evolução da desnutrição, da pobreza e do acesso a serviços públicos. In: MONTEIRO, César A. (org.) **Velhos e Novos Problemas da Saúde no Brasil**. (pp. 141-152). São Paulo: Hucitec.
- BERNSTEIN, V. J.; HANS, S. L. & PERCANSKY, C. (1991). Advocating for the young child in need through strengthening the parent-child relationship. **Journal of Clinical Child Psychology**, 20 (1), pp. 28-4. [Medline]
- BERTHOUD, Cristiana M. E. (1997). Um olhar na família paulista. In: CERVENY, Ceneide Maria de Oliveira; BERTHOUD, Cristiana Mercadante Esper. **Família e Ciclo Vital: nossa realidade em pesquisa**. Cap.1 (pp.151-184). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- BERTHOUD, Cristiana M. E.; BERGAMI, Nancy B. B. (1997). Família em Fase de Aquisição. In: CERVENY, Ceneide M^a de O.; BERTHOUD, Cristiana M. E.. **Família e Ciclo Vital: nossa realidade em pesquisa**. Cap.1 (pp.47-73). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- BIASOLI-ALVES, Zélia M^a M. (1998). A pesquisa em Psicologia: análise de métodos e estratégias na construção de um conhecimento que se pretende científico. In: ROMANELLI, Geraldo e BIASOLI-ALVES, Zélia M^a M. (Orgs.). **Diálogos Metodológicos sobre Prática de Pesquisa**. (pp. 135-157). Ribeirão Preto: Legis Summa.
- BIASOLI-ALVES, Zélia M^a M. e SILVA, M^a Helena G. F. D. da (1992). Análise qualitativa de dados de entrevista: uma proposta. **Paidéia, Cadernos de**

- Educação**, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, n.2, Fev/Jul.
- BILAC, E. D. (1995). Sobre as transformações nas estruturas familiares no Brasil: notas muito preliminares. In: RIBEIRO, I.; RIBEIRO, A. C. (Orgs.). **Famílias em processos contemporâneos: inovações culturais na sociedade brasileira**. (pp.43-61). São Paulo: Edições Loyolas.
- BOSZORMENYI-NAGY, Ivan y SPARK, Geraldine M. (2003). La teoría dialéctica de las relaciones. In: BOSZORMENYI-NAGY, Ivan y SPARK, Geraldine M.. **Lealtades Invisibles**. 1ª ed. 2ª reimp. (pp.33-53).Buenos Aires: Amorrortu editores.
- BOWEN, Murray (1991). **De la família ao indivíduo**. Barcelona: Paidós.
- BRADLEY, R.N.; CASEY, P. H. (1992). Family environment and behavioral development of low-birthweight children. **Developmental Medicine and Child Neurology**, 34 (9), 822-832.
- BRASIL (2007). Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Programa Bolsa Família**. Disponível em: www.mds.gov.br. Acesso em: 14/07/2007.
- BRASIL (2005). Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Manual de atendimento da criança com desnutrição grave em nível hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde.
- BRASIL (2005). Ministério da Saúde, Secretária de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição – PNAN**. 2ªedição revista. Brasília: Ministério da Saúde.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica (2000). **Cadernos de Atenção Básica: a implementação da Unidade de Saúde da Família**. Brasília: DAS/ Coordenação de Desenvolvimento de Práticas de Atenção Básica.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade (1997). **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. (1997a). **Programa de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde.
- BRONFENBRENNER, Urie (2002). Uma orientação ecológica. In: BRONFENBRENNER, Urie. **A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados**. 2ª impressão. (pp. 5-33). Porto Alegre: Artes Médicas.
- BRONFENBRENNER, Urie (1996). Ecologia da família como um contexto para o desenvolvimento humano. **Developmental Psychology**, vol.22, n.6, 723-742.
- BROWN, Fredda Herz (2001). O impacto da morte e da doença grave sobre o ciclo de vida familiar. In: CARTER, Betty, MCGOLDRICK, Mônica e colaboradores. **As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar**. 2ª ed. (pp.393-414). Porto Alegre: Artes Médicas.
- BRUNACCI, Júlio M.; CARNEIRO, Rosa Mª M. (1998). Indicadores de Saúde para a infância e adolescência. In: COSTA, Mª Conceição O. e SOUZA, Ronald P. de (orgs.). **Avaliação e cuidados primários da criança e do adolescente. (Manual elaborado para uso multiprofissional e multidisciplinar)**. (pp. 15-33). Porto Alegre: Artmed.
- BRUSCHINI, C. Teoria crítica da família. In: AZEVEDO, Mª Amélia; GUERRA, Viviane (orgs.) (1993). **Infância e violência doméstica: fronteiras do conhecimento**. (pp.49- 79). São Paulo: Cortez.
- BUSS, Paulo M. (2003). Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, Dina (org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências**. (pp.15-38).Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- BUSTAMANTE, Vânia (2005). Participação paterna no cuidado de crianças pequenas: um estudo etnográfico com famílias de camadas populares. **Cadernos de Saúde Pública**; Dezembro, v.21, nº6, p.1865-1874.
- CALATAYUD, Francisco J. Morales. (1991) La promoción de salud como problema de la Psicología en la Atención Primaria. **Rev. Cubana Med. Gen. Integral**. 7 (4): 362-370, octubre-diciembre.

- CAPONI, Sandra (2003). A saúde como abertura ao risco. In: CZERESNIA, Dina (org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências.** (pp.55-77).Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- CAPRA, Fritjof (1996). **A Teia da Vida: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos.** São Paulo: Cultrix.
- CAPRA, Fritjof (1987). **O Ponto de Mutação. A ciência, a sociedade e a cultura emergente.** São Paulo: Cultrix.
- CARDOSO, Jane L. (2002). Avaliação da recuperação nutricional e fatores associados à desnutrição, num programa municipal de suplementação alimentar infantil. **Curso de Mestrado em Ciências Médicas.** Universidade Federal de Santa Catarina.
- CARRAZZA, Francisco R. (2003). Desnutrição energético-protéica. In: MARCONDES, Eduardo; VAZ, Flávio A. C.; RAMOS, José L. A. e OKAY, Yassuhiko (coords.). **Pediatria Básica: Pediatria clínica geral.** Tomo II. 9ª ed. (pp. 324-331). São Paulo: Sarvier.
- CARTER, Betty; MCGOLDRICK, Monica (2001). **As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar.** 2ª ed. 2ª reimpressão. Cap.1 (p.7-29). Porto Alegre: Artmed Editora.
- CARVALHAES, Mª Antonieta de B. L. e BENÍCIO, Mª Helena D'Aquino (2002). Capacidade materna de cuidar e desnutrição infantil. **Revista de Saúde Pública,** v.36 n.2 São Paulo abril. [SciELO]
- CARVALHAES, Mª Antonieta de B. L. (1999). Desnutrição e cuidado infantil: um estudo de casos e controles. **Tese de Doutorado.** São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. [IBICT]
- CARVALHO, Mª do Carmo B. de (2005). O lugar da família na política social. In: CARVALHO, Mª do Carmo B. de (org.). **A Família Contemporânea em Debate.** (pp.15-22). São Paulo: EDUC/Cortez.
- CARVALHO, Mª do Carmo B. de (1994). A priorização da família na agenda da política social. In: KALOUSTIAN, Sílvio M. (org.). **Família brasileira, a base de tudo.** Cap. 6 (pp.93-108). São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNICEF.

- CASTRO, Elisa Kern de. & PICCININI, César Augusto (2002). Implicações da doença orgânica crônica na infância para as relações familiares: algumas questões teóricas. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 15 (3), 625-635. [SciELO]
- CASTRO, Inês R. R.; MONTEIRO, César A. (2002). Avaliação do impacto do programa “Leite é Saúde” na recuperação de crianças desnutridas no Município do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. V.5, n.1, São Paulo, Abril. [SciELO]
- CECCONELLO, Alessandra M. & KOLLER, Silvia H. (2004). Inserção ecológica na comunidade: uma proposta metodológica para o estudo de famílias em situação de risco. In: KOLLER, Silvia H. (Org.). **Ecologia do Desenvolvimento Humano: Pesquisa e Intervenção no Brasil**. (pp. 267-291). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- CECCONELLO, Alessandra M. & KOLLER, Silvia H. (2000). Social competence and empathy: study about resilience with children in poverty. **Estudos de Psicologia (Natal)**, vol.5, n.1, pp.71-93, Jan./Jun. [SciELO]
- CERVENY, Ceneide M^a de O.; BERTHOUD, Cristiana M. E. e colaboradores (2002). **Visitando a família ao longo do ciclo vital**. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- CERVENY, Ceneide M^a de O. (2002). Pensando a família sistemicamente. In: CERVENY, M^a de O.; BERTHOUD, Cristiana M. E. e colaboradores. **Visitando a família ao longo do ciclo vital**. Cap.1. (pp. 17-27). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- CERVENY, Ceneide M^a de O. (2000). Família e Sistema. In: CERVENY, Ceneide M^a de O. (2000). **A Família como Modelo. Desconstruindo a Patologia**. Cap. 1. (pp.19-34). Campinas: Editora Livro Pleno.
- CERVENY, M^a de O.; BERTHOUD, Cristiana M. E. e colaboradores (1997). **Família e Ciclo Vital: nossa realidade em pesquisa**. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- CERVENY, Ceneide M^a de O. (1997). Ciclo Vital. In: CERVENY, Ceneide M^a de O.; BERTHOUD, Cristiana M. E.. **Família e Ciclo Vital: nossa realidade em pesquisa**. Cap.1 (pp.23-30). São Paulo: Casa do Psicólogo.

- CERVENY, Ceneide M^a de O. (1997a). Anexo – Formulário. In: CERVENY, Ceneide M^a de O.; BERTHOUD, Cristiana M. E.. **Família e Ciclo Vital: nossa realidade em pesquisa**. (pp.259-287). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- CIAMPONE, M^a Helena; TONETE, Vera L. P.; PETTENGILL, Myriam Ap^a M.; CHUBACI, Rosa Y. S. (1999). Representações sociais da equipe de enfermagem sobre a criança desnutrida e sua família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.7, n.3, Ribeirão Preto, jul. [SciELO]
- CICCHETTI, Dante and GARMEZY, Norman (1993). Prospects and promises in the study of resilience. **Development and Psychopathology**, 5: 497-502.
- COSTA, Antonio C. G. da (1994). A família como questão social no Brasil. In: KALOUSTIAN, Sílvio M. (org.). **Família brasileira, a base de tudo**. Cap. 1 (pp.19-25). São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNICEF.
- COSTA, Jurandir Freire (1983). **Ordem Médica e Norma Familiar**. Rio de Janeiro: Graal.
- COSTA JUNIOR, Áderson L. (1992). Avaliação do desenvolvimento comportamental de crianças com e sem história de desnutrição. **Dissertação de Mestrado em Psicologia**. Universidade de Brasília, Brasília. [IBICT]
- COSTA JUNIOR., Áderson L.; ZANNON, Célia M^a L. da C. (1997). Desnutrição e desenvolvimento comportamental: questões metodológicas. **Estudos de psicologia**, 2 (2), 263-276. [SciELO]
- CREPALDI, M^a Aparecida; HAMMES, Patrícia S. (2004). **Identificando fatores de risco e proteção para o desenvolvimento de crianças desnutridas de 0 a 6 anos**. Relatório de Pesquisa. Departamento de Psicologia da Universidade de Santa Catarina. Texto não publicado.
- CUNHA, Sophie H. E. B. da (2003). Desenvolvimento infantil: fatores determinantes e impacto de um programa de estimulação psicossocial. **Tese de Doutorado**. Pós-Graduação de Nutrição. Universidade Federal de Pernambuco. [IBICT]
- CZERESNIA, Dina (2003). O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, Dina (org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências**. (pp.39-53).Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

- DABAS, Elina N. (2001). La intervención en red. In: DABAS, Elina N. (org.) (2001). **Red de redes: Las prácticas de la intervención en redes sociales**. 3ª reimpressão. (pp.15-32). Buenos Aires – Barcelona – México: Paidós.
- DASEN, P. R. & SUPER, C. M. *apud* SOLYMOS, Gisela M^a Bernardes (2002). **Vencendo a Desnutrição : Abordagem Psicológica**. São Paulo: Editora Saulus Paulista. (Coleção Vencendo a Desnutrição).
- DESSEN, M^a Auxiliadora; BRAZ, Marcela P. (2005). A família e suas inter-relações com o desenvolvimento humano. In: DESSEN, M^a Auxiliadora; COSTA JÚNIOR, Áderson L. (colaboradores). **A ciência do desenvolvimento humano: tendências atuais e perspectivas futuras**. Cap. 4. (pp. 113-131). Porto Alegre: Artmed.
- DESSEN, M^a Auxiliadora; BRAZ, Marcela P. (2005a). As relações maritais e sua influência nas relações parentais: implicações para o desenvolvimento da criança. In: DESSEN, M^a Auxiliadora; COSTA JÚNIOR, Áderson L. (colaboradores). **A ciência do desenvolvimento humano: tendências atuais e perspectivas futuras**. Cap. 4. (pp. 113-131). Porto Alegre: Artmed.
- DESSEN, M^a Auxiliadora; BRAZ, Marcela P. (2000). Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, vol.16, n.3, pp. 221-231, Set/Dez.
- DESSEN, M^a Auxiliadora; BORGES, L. M. (1998). Estratégias de Observação do Comportamento em Psicologia do Desenvolvimento. In: ROMANELLI, Geraldo e BIASOLI-ALVES, Zélia M^a M. **Diálogos metodológicos sobre prática de pesquisa**. (pp. 31-50). Ribeirão Preto: Legis Summa.
- DESSEN, M^a Auxiliadora (1997). Desenvolvimento Familiar: transição de um sistema triádico para poliádico. Sociedade Brasileira de Psicologia. **Temas de Psicologia**, 3, 221-232.
- DIEESE- DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SÓCIOECONÔMICOS (2007). **Salário mínimo nominal e necessário**. Disponível em: www.dieese.org.br. Acesso em: 14/07/2007.
- DOMENE, Semíranis M. Á; ZABOTTO, Cláudia B.; MENEGUELLO, Rachel; GALEAZZI, M^a Antonia M.; TADDEI, José A. de A. C. (1999). Perfil nutricional

- de crianças e suas mães em bolsões de pobreza do município de Campinas, SP-1996. **Revista de Nutrição**. V.12, n.2, Campinas, maio/agosto. [SciELO]
- DONZELOT, Jacques (1986). **A polícia das famílias**. Rio de Janeiro: Graal.
- ENGELS, F. (2000). **A origem da família, da propriedade privada e do Estado**. 15^a ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE** (1990). Lei Federal n.8.069 de 1990.
- FAGUNDES, Andhressa A. *et. al.* (2004). **Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN: orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos.
- FALBO, Ana R.; ALVES, João G. B. (2002). Desnutrição grave: alguns aspectos clínicos e epidemiológicos de crianças hospitalizadas no Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP), Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, n. 5, Rio de Janeiro, set/out. [SciELO]
- FERNANDES, Benedito S. (2003). Fome e Desnutrição: nova abordagem para o grave problema da desnutrição infantil. **Estudos Avançados**, v.17, n.48, São Paulo, maio/agosto. [SciELO]
- FERRARI, Alexandre A. (1997). Fatores de risco para desnutrição energético-protéica como base para programas de prevenção na comunidade. In: SAWAYA, Ana Lydia (org.) **Desnutrição urbana no Brasil em um período de transição**. Cap.6 (pp.111-126). São Paulo: Cortez.
- FERRARI, Mário; KALOUSTIAN, Sílvio M. (1994). Introdução. In: KALOUSTIAN, Sílvio M. (org.). **Família brasileira, a base de tudo**. (pp.11-15). São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNICEF.
- FIGUEIRAS, Amira C. de M.; PUCCINI, Rosana, F.; SILVA, Edina M.; PEDROMÔNICO, Márcia R. M. (2003). Avaliação das práticas e conhecimentos de profissionais da atenção primária à saúde sobre vigilância do desenvolvimento infantil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.19, n.6, Rio de Janeiro, nov./dez. [SciELO]

- FLORIANÓPOLIS. Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família/Modalidade Residência (2005). **Avaliação Semestral: Relatório do Planejamento Local de Saúde**. Florianópolis: UFSC.
- FONSECA, Cláudia (2002). Mãe é uma só? Reflexões em torno de alguns casos brasileiros. **Psicologia**, USP, 13: 49-68.
- FONSECA, Cláudia (2000). **Família, fofoca e honra: etnografia de relações de gênero e violência em grupos populares**. Porto Alegre: Editora UFRGS.
- FRANÇA, Elisabeth; SOUZA, José M. de; GUIMARÃES, Mark D. C.; GOULART, Eugênio M. A.; COLOSIMO, Enrico; ANTUNES, Carlos M. de F. (2001). Associação entre fatores sócio-econômicos e mortalidade infantil por diarreia, pneumonia e desnutrição em região metropolitana do Sudeste do Brasil: um estudo caso-controle. **Cadernos de Saúde Pública**, v.17, n.6, Rio de Janeiro, nov./dez. [SciELO]
- FREITAS, M^a do Carmo S. de. **Agonia da Fome**. Salvador: EDUFBA; FIOCRUZ, 2003.
- FROTA, Mirna A. (2001). Desnutrição infantil na família – causa obscura. **Tese de Doutorado**. Pós-Graduação de Enfermagem. Universidade Federal do Ceará. [IBICT]
- GARMEZY, Norman (1994). Reflections and commentary on risk, resilience, and development. In: HAGGERTY, Robert J.; SHERROD, Lonnie R.; GARMEZY, Norman; RUTTER, Michael. **Stress, risk, and resilience in children and adolescents. Processes, mechanisms, and interventions**. Cambridge: University Press. (pp.1-18).
- GHIGLIONE, Rodolphe & MATALON, Benjamin (1993). Como inquirir? As entrevistas. In: GHIGLIONE, Rodolphe & MATALON, Benjamin. **O inquérito: teoria e prática**. (pp. 69-113). Oeiras: Celta.
- GIACOMETTI, K. (1981). Terapia Familiar: um modelo de desarrollo y una propuesta de clasificación. **Revista de Terapia Familiar**. Buenos Aires, IV, 7/8, 181-213.

- GIDDENS, A. (2000). **O mundo em descontrole: o que a globalização está fazendo de nós**. Rio de Janeiro: Record.
- GIUGLIANI, E. R. J.; SEFTRIN, C. F.; GOLDANI, M.; HORN, J. F. C. M. (1989). Fatores de alto risco para desnutrição em populações urbanas periféricas. **Jornal de pediatria**. Vol. 65, pp. 114-117. [Medline]
- GIL, Antonio C. (1987). **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas.
- GIL, Antonio C. (1991). **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas.
- GRAMINHA, Sônia S. V. e MARTINS, M^a Angélica de O. (1997). Condições adversas na vida de crianças com atraso no desenvolvimento. **Medicina**, Ribeirão Preto, 30: 259-267, abr./jun.
- GRANDESSO, Marilene (2000). Um referencial sistêmico para a prática clínica. In: GRANDESSO, Marilene. **Sobre a Reconstrução do Significado: uma análise epistemológica e hermenêutica da prática clínica**. Cap. 2 (pp.115-142). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- GROTBERG, Edith H. (2005). Introdução: novas tendências em resiliência. MELILLO, Aldo e OJEDA, Elbio N. S. e colaboradores. **Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas**. Porto Alegre: Artmed. (pp.15-22).
- HALEY, Jay (1979). Comunicação: seqüência e hierarquia. In: HALEY, Jay. **Psicoterapia Familiar: um enfoque centrado no problema**. Cap.4. (pp. 100-125). Belo Horizonte: Interlivros.
- HASSELMAN, M^a Helena (2002). Violência familiar e a ocorrência de desnutrição grave na infância: um estudo caso-controle e suas investigações ancilares. **Tese de Doutorado em Saúde Coletiva**. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. [IBICT]
- IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (2002). **Síntese de Indicadores Econômicos**. Disponível em: www.ibge.gov.br. Acesso em: 14/07/2007.
- KRAUSE, Mariane Jacob (1993). **La construcción conjunta de la investigación – Metodologías cualitativas**. Material de trabajo para el Seminario realizado en INTERFAS. Texto mimeo.

- KRAUSE, Mariane Jacob (1992). Efectos subjetivos de la ayuda psicológica. Discusion teórica y presentación de un estudio empírico. **PSYCHE, Revista de la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile**, nº 1, Septiembre.
- LAKATOS, E. M. e MARCONI, M. A. (1991). **Fundamentos de metodologia científica**. 3ª ed. São Paulo: Atlas.
- LEWIS, C. H.; DESSEN, M^a Auxiliadora (1999). O pai no contexto familiar. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**; 15: 9-1.
- LEWIS, R. J.; DLUGOKINSKI, E. L.; CAPUTO, L. M.; GRIFFIN, B. B. (1988). Children at risk for emotional disorders: risk and resource dimensions. **Clinical Psychology Review**, 8: 417-440.
- LIMA, Eliete M^a de (2006). A proteção social no âmbito da família: um estudo sobre as famílias do Bairro Monte Cristo em Florianópolis. **Dissertação de Mestrado**. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Universidade Federal de Santa Catarina.
- LIMA, Marília de C.; MOTTA, M^a Eugênia F. A.; SANTOS, Eliane C. e SILVA, Gisélia A. P. da (2004). Determinants of impaired growth among hospitalized children – a case-control study. **São Paulo Medical Journal**, v.122, n.3, São Paulo, maio. [Medline]
- LYRA, J.; MEDRADO, B. (2000). Gênero e paternidade nas pesquisas demográficas: o viés científico. **Revista de Estudos Feministas**; 8: 145-168.
- LOPES, M^a do S. V. (2001). Cuidando de crianças desnutridas no contexto de sobrevivência e resistência. **Dissertação de Mestrado em Enfermagem**. Universidade Federal do Ceará. [IBICT]
- MACEDO, Rosa M. S. (1994). A Família do ponto de vista psicológico: lugar seguro para crescer? **Caderno de pesquisas**, São Paulo, n.91, p.62-68.
- MCGOLDRICK, Mônica e CARTER, Betty (2001). Constituindo uma Família Recasada. In: CARTER, Betty; MCGOLDRICK, Monica & colaboradores. **As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar**. 2ª ed. 2ª reimpressão. Cap.17 (p.344-369). Porto Alegre: Artmed Editora.

- MCGOLDRICK, Mônica e GERSON, Randy (2001). Genetogramas e o Ciclo de Vida Familiar. In: CARTER, Betty; MCGOLDRICK, Monica & colaboradores. **As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar**. 2ª ed. 2ª reimpressão. Cap.8 (p.144-166). Porto Alegre: Artmed Editora.
- MACHADO, M^a de Fátima A. de S.; VIEIRA, N. F. C. (2004). Participação na perspectiva de mães de crianças desnutridas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.12,n.1, Ribeirão Preto, jan./fev. [SciELO]
- MACHADO, M^a de Fátima A. de S. (2001). Participação materna em um programa de desnutrição infantil. **Dissertação de mestrado**. Pós-Graduação de Enfermagem. Universidade Federal do Ceará. [IBICT]
- MADANES, Cloé (1989). **A Família além do espelho**. Campinas/SP: Editorial Psy. Cap.5. (p.189).
- MARANHA, Lúcia Kurdian (1999). Mães de crianças desnutridas: estudo de seu papel junto a um programa de suplementação alimentar da rede municipal de saúde do município do Rio de Janeiro. **Dissertação de Mestrado**. Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. [IBICT]
- MAURÁS, Marta e KAYAYAN, Agop (1994). Apresentação. In: KALOUSTIAN, Sílvio M. (org.). **Família brasileira, a base de tudo**. (pp.9-10). São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNICEF.
- MELILLO, Aldo (2005). Prefácio. MELILLO, Aldo e OJEDA, Elbio N. S. e colaboradores. **Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas**. Porto Alegre: Artmed. (pp.11-13).
- MENDES, Eugênio Villaça (1996). **Uma agenda para a saúde**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO.
- MENDES, Eugênio Villaça (org.) (1993). **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Hucitec.
- MEYNCKENS-FOUREZ, Muriel (2000). A fraterna, o ponto de vista eco-sistêmico. In: TILMANS-OSTYN, Edith; MEYNCKENS-FOUREZ, Muriel (organizadoras). **Os Recursos da Fratria**. Cap.2 (pp.19-53). Belo Horizonte: Artesã.

- MINAYO, M^a Cecília de S. (2006). **O desafio do conhecimento científico: Pesquisa qualitativa em saúde**. 9.ed.revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec.
- MINAYO, M^a Cecília de S. (2006a). Introdução ao desafio do conhecimento. In: MINAYO, M^a Cecília de S. **O desafio do conhecimento científico: Pesquisa qualitativa em saúde**. 9.ed.revista e aprimorada. Cap. 1 (pp.21-34). São Paulo: Hucitec.
- MINAYO, M^a Cecília de S. (2006b). Contradições e consensos na combinação de métodos quantitativos e qualitativos. In: MINAYO, M^a Cecília de S. **O desafio do conhecimento científico: Pesquisa qualitativa em saúde**. 9. ed. revista e aprimorada. Cap.3 (pp.54-76). São Paulo: Hucitec.
- MINAYO, M^a Cecília de S. (2006c). Correntes de pensamento. In: MINAYO, M^a Cecília de S. **O desafio do conhecimento científico: Pesquisa qualitativa em saúde**. 9. ed. revista e aprimorada. Cap.4 (pp.81-142). São Paulo: Hucitec.
- MINAYO, M^a Cecília de S. (2006d). Técnicas de pesquisa. In: MINAYO, M^a Cecília de S. **O desafio do conhecimento científico: Pesquisa qualitativa em saúde**. 9. ed. revista e aprimorada. Cap.10 (pp.261-297). São Paulo: Hucitec.
- MIERMONT, J. (1994). **Dicionário de Terapias Familiares: teorias e práticas**. Porto Alegre: Artes Médicas.
- MINUCHIN, Patrícia; COLAPINTO, Jorge; MINUCHIN, Salvador (1998). El marco. Uma orientación sistêmica y un enfoque centrado en la familia. In: MINUCHIN, Patrícia; COLAPINTO, Jorge; MINUCHIN, Salvador. **Pobreza, institución, familia**. (pp. 22-46). Buenos Aires: Amorrortu editores.
- MINUCHIN, Patricia (1985). Families and individual development: Provocations from the field of family therapy. **Child Development**, 56, 289-302.
- MINUCHIN, Salvador (1982). Um modelo familiar. In: MINUCHIN, Salvador. **Famílias: funcionamento & Tratamento**. Cap. 3. (pp.52-69). Porto Alegre: Artes Médicas.
- MONTEIRO, César A. A dimensão da pobreza, da desnutrição e da fome do Brasil. **Estudos Avançados**, 17 (48), 7-20.

- MONTEIRO, César A.; MONDINI, L.; SOUZA, A. L. & POPKIN, B. M. (2000). Da desnutrição para a obesidade: a transição nutricional no Brasil. In: MONTEIRO, César A. (Org.). **Velhos e novos males da saúde no Brasil**. 2ª ed. (pp. 247-255). São Paulo: Hucitec.
- MORAIS, Normanda A. de; KOLLER, Sílvia H. (2004). Abordagem Ecológica do Desenvolvimento Humano, Psicologia Positiva e Resiliência: ênfase na saúde. In: KOLLER, Sílvia H. (Org.). **Ecologia do Desenvolvimento Humano: Pesquisa e Intervenção no Brasil**. (pp. 91-107). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- MORÉ, Carmen L. O. O.; QUEIRÓZ, Ângela H. de (2007). Migração, movimento e transformação: Irrupção do novo nas relações familiares. In: CERVENY, Ceneide Mª de O. (2007). **Família em Movimento**. 1ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- MORÉ, Carmen L. O. O. (2007). Comunicação Pessoal realizada em aula da Pós-Graduação em Psicologia no LABSFAC - Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde, Família e Comunidade da UFSC.
- MORÉ, Carmen L. O. O.; MACEDO, Rosa Mª E. (2006). Fundamentos epistemológicos e teóricos. In: MORÉ, Carmen L. O. O.; MACEDO, Rosa Mª E. **A Psicologia na comunidade: uma proposta de intervenção**. São Paulo: Casa do Psicólogo. (pp.29-54).
- MORÉ, Carmen L. O. O. (2005). As redes pessoais significativas como instrumento de intervenção psicológica no contexto comunitário. **Paidéia**, 15(31), 287-297.
- MORÉ, Carmen L. O. O.; CREPALDI, Mª Aparecida (2004). O campo de pesquisa: interfaces entre a observação, interação e o surgimento dos dados. In: **Anais da Conferência Internacional do Brasil de Pesquisa Qualitativa / NPF – Núcleo de Pesquisa da Família: Taubaté**. Publicado em CDroom.
- MORÉ, Carmen L. O. O. (2000). Atendendo à demanda: proposta de um modelo de sistematização de intervenção psicológica junto a Postos de Saúde comunitários. **Tese de Doutorado em Psicologia Clínica**. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo.

- MUNIZ, Helenice de F. (2000). Práticas sociais de cuidados infantis: uma proposta de intervenção domiciliar em desnutrição. **Dissertação de Mestrado**. Pós-Graduação de Psicologia. Universidade Federal do Espírito Santo. [IBICT]
- NAJMANOVICH, Denise (2002). El lenguaje de los vínculos. De la independencia absoluta a la autonomía relativa. In: DABAS, Elina; NAJMANOVICH, Denise (compiladoras). **Redes. El lenguaje de los vínculos: hacia la reconstrucción y el fortalecimiento de la sociedad civil**. Cap. 1 (pp. 33-76). Buenos Aires: Paidós.
- NARVAZ, Martha G. e KOLLER, Sílvia H. (2004). O modelo bioecológico do desenvolvimento humano. In: KOLLER, Sílvia H. (Org.). **Ecologia do Desenvolvimento Humano: Pesquisa e Intervenção no Brasil**. (pp. 51-65). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- NEDER, Gislene (1994). Ajustando o foco das lentes: um novo olhar sobre a organização das famílias no Brasil. In: KALOUSTIAN, Sílvia M. (org.). **Família brasileira, a base de tudo**. Cap. 2 (pp.26-46). São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNICEF.
- NICHOLS, Michael P.; SCHWARTZ, Richard C. (1998). **Terapia Familiar: conceitos e métodos**. (pp.46-74). Porto Alegre: Artmed.
- OLINTO, M^a Teresa A.; VICTORA, César G.; BARROS, Fernando C.; TOMASI, Elaine (1993). Determinantes da desnutrição infantil em uma população de baixa renda: um modelo de análise hierarquizado. **Cadernos de Saúde Pública**, v.9, supl.1, Rio de Janeiro. [SciELO]
- OLIVEIRA, Helena de; MINAYO, M^a Cecília de S. (2001). A auto-organização da vida como pressuposto para a compreensão da morte infantil. **Ciência & Saúde Coletiva**. V. 6, n. 1, Rio de Janeiro. [SciELO]
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE-OMS (2002). Disponível em: www.who.int. Acesso em 01/12/2005.
- ORTH, Anaídes P. da S. (2005). A dependência química e o funcionamento familiar à luz do pensamento sistêmico. Programa de Pós-Graduação em psicologia. **Dissertação de Mestrado**. Universidade Federal de Santa Catarina.

- PAPP, Peggy (1992). O dilema da mudança. In: PAPP, Peggy. **O Processo de Mudança**. Cap.2. (pp. 21-29). Porto Alegre: Artes Médicas.
- PISZEZMAN, M^a Luiza R. M. (2006). Família e estrutura: a abordagem estrutural e a terapia de família. In: CERVENY, Ceneide M^a de O. (org.). **Família e...** São Paulo: Casa do Psicólogo.
- POLETTI, Michele; WAGNER, Tânia M^a C.; KOLLER, Sílvia H. (2004). Resilience and child development of children who take care of children: a vision in perspective. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, vol.20, n.3, pp.241-250, Sept./Dec..
- POLONIA, Ana da C.; DESSEN, M^a Auxiliadora; SILVA, Nara, L. P. (2005). O modelo bioecológico de Bronfenbrenner: contribuições para o desenvolvimento humano. In: DESSEN, M^a Auxiliadora; COSTA JÚNIOR, Áderson Luiz (colaboradores). **A ciência do desenvolvimento humano: tendências atuais e perspectivas futuras**. Cap. 4. (pp. 71-89). Porto Alegre: Artmed.
- PUCCINI, Rosana F., WESCHSLER, Rudolf, SILVA, Edina M. K. e RESEGUE, Rosa (1997). Fatores de risco para morbidade e desnutrição em crianças acompanhadas em programa de atenção à saúde da criança. **Jornal de pediatria**. Vol. 73, nº 4, Rio de Janeiro, pp.244-251.
- REICHENHEIM, Michel E.; HARPHAM, Trudy (1990). Perfil intracomunitário da deficiência nutricional: estudo de crianças abaixo de 5 anos numa comunidade de baixa renda do Rio de Janeiro (Brasil). **Revista de Saúde Pública**, v.14, n.1, São Paulo, fev. [SciELO]
- REY, Fernando L. G. (2002). Diferentes abordagens para a pesquisa qualitativa; fundamentos epistemológicos. In: REY, Fernando L. G. **Pesquisa Qualitativa em psicologia: caminhos e desafios**. Cap.1 (pp.1-51). São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- REY, Fernando L. G. (1997). Epistemologia cualitativa, sus implicaciones metodológicas. **Psi. Rev.**, São Paulo, (5): 13-32, dez.
- ROLLAND, J. S. (2001). Doença crônica e o ciclo de vida familiar. In: CARTER, B.; MCGOLDRICK, M. e colaboradores. **As mudanças no ciclo de vida familiar:**

- uma estrutura para a terapia familiar.** Cap.18 (pp.373-391). Porto Alegre: Artes Médicas.
- ROMANI, Sylvia de A. M. (2003) Perfil nutricional e fatores determinantes do crescimento infantil – um estudo de coorte. **Tese de Doutorado.** Pós-Graduação de Nutrição. Universidade Federal de Pernambuco. [IBICT]
- RUTTER, Michael *apud* CECCONELLO, Alessandra M. & KOLLER, Silvia H. (2000). Social competence and empathy: study about resilience with children in poverty. **Estudos de Psicologia (Natal)**, vol.5, n.1, pp.71-93, Jan./Jun. [SciELO]
- RUTTER, Michael (1987). Psychosocial resilience and protective mechanism. **American Journal Orthopsychistry**, 57 (3): 316-331.
- SARTI, Cyntia A. (2005). Família e individualidade: um problema moderno. In: CARVALHO, M^a do Carmo B. de (org.). **A Família Contemporânea em Debate.** (pp.39-50). São Paulo: EDUC.
- SARTI, Cyntia A. (1996). **A família como espelho: um estudo sobre a moral dos pobres.** São Paulo: Cortez.
- SARTI, Cyntia A. (1995) O valor da família para os pobres. In: RIBEIRO, I.; RIBEIRO, A. C. (Orgs.). **Famílias em processos contemporâneos: inovações culturais na sociedade brasileira.** (pp.131-150). São Paulo: Edições Loyolas.
- SAWAYA, Ana Lydia (1997a). Desnutrição energético-protéica. In: SAWAYA, Ana Lydia. **Desnutrição urbana no Brasil em um período de transição.** Cap.1 (pp.19-33). São Paulo: Cortez.
- SAWAYA, Ana Lydia (1997b). Transição: Desnutrição energético-protéica e Obesidade. In: SAWAYA, Ana Lydia. **Desnutrição urbana no Brasil em um período de transição.** Cap.2 (pp.35-61). São Paulo: Cortez.
- SAWAYA, Ana Lydia (1997c). Alterações fisiológicas na desnutrição energético-protéica. In: SAWAYA, Ana Lydia (org.) **Desnutrição urbana no Brasil em um período de transição.** Cap.3 (pp.63-97). São Paulo: Cortez.
- SCHNITMAN, Dora F. (1996). Introdução: ciência, cultura e subjetividade. In: SCHNITMAN, Dora F. (org.). **Novos paradigmas, cultura e subjetividade.** (pp. 09-21). Porto Alegre: Artes Médicas.

- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS (2005). **Relatório do Programa Hora de Comer**, Mês de Agosto, Florianópolis, SC.
- SILVA, Mara R. S. da; ELSEN, Ingrid; LACHARITÉ, Carl (2003). Resiliência: concepções, fatores associados e problemas relativos à construção do conhecimento na área. **Paidéia**, 13(26), 147-156.
- SILVA, Rosalina C. da (1998). A falsa dicotomia qualitativo-quantitativo: Paradigmas que informam nossas práticas de pesquisas. In: ROMANELLI, Geraldo & BIASOLI-ALVES, Zélia M^a Mendes (Orgs.). **Diálogos Metodológicos sobre Prática de Pesquisa**. (pp. 159-174). Ribeirão Preto: Legis Summa.
- SINGER, Paul; CAMPOS, O. e OLIVEIRA, E. M. (1978). **Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- SISVAN-SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL (2004). Ministério da Saúde. **Boletim Nacional nº1**. Brasília, DF, INAN-Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição.
- SLUZKI, Carlos E. (1997). **A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas**. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- SOARES, M^a Luisa P. V. (2001). Rede social no Centro de Recuperação e Educação Nutricional: uma proposta de abordagem metodológica com famílias. **Dissertação de Mestrado**. Pós-graduação em Serviço Social. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. [IBICT]
- SOARES, M. L. P. V.(2002). **Vencendo a Desnutrição: abordagem social**. 1^aed. São Paulo: Salus Paulista. (Coleção Vencendo a Desnutrição).
- SOLYMOS, Gisela M^a B. (2003). Fome e Desnutrição: a batalha contra a desnutrição em São Paulo. **Estudos Avançados**. V.17, n.48, São Paulo, maio/agosto. [SciELO]
- SOLYMOS, Gisela M^a B. (2002). **Vencendo a Desnutrição: Abordagem Psicológica**. São Paulo: Editora Salus Paulista. (Coleção Vencendo a Desnutrição).

- SOLYMOS, Gisela M^a B. (1997). A experiência vivida de mães de desnutridos: um novo enfoque para intervenção em desnutrição infantil In: SAWAYA, Ana L. (org.) **Desnutrição urbana no Brasil em um período de transição**. Cap. 7 (pp.127-153). São Paulo, Cortez.
- SOUZA, R. K. T.; GOTLIEB, S. L. D. (1993). Probabilidade de morrer no primeiro ano de vida em área urbana da região sul, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, 27, São Paulo, pp.445-454. [SciELO]
- SPECK, Ross (1989). La intervención de red social: las terapias de red, teoría y desarrollo. In: ELKAÏM, Mony y otros. **Las Practicas de la Terapia de Red. Salud mental y contexto social**. (pp. 20-39). Barcelona: Gedisa editorial.
- STARFIELD, Bárbara (2004). Atenção primária e sua relação com a saúde. In: STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. (pp.19-42). Brasília: UNESCO, Brasil, Ministério da Saúde.
- STRAUSS, Anselm; CORBIN, Juliet (1990). **Basic of Qualitative Research: grounded theory procedures and techniques**. London: SAGE Publications.
- STRAUSS, Anselm; CORBIN, Juliet (1990a). Grounded Theory Research: Procedures, Canons, and Evaluative Criteria. **Qualitative Sociology**. London, 13, 3-21.
- SZYMANSKY, Heloisa (2005). Teorias e “teorias” de famílias. In: CARVALHO, M^a do Carmo B. de (org.). **A Família Contemporânea em Debate**. (pp.23-28). São Paulo: EDUC.
- TEIXEIRA, Júlio C.; HELLER, Léo (2004). Fatores ambientais associados à desnutrição infantil em áreas de invasão, Juiz de Fora, MG. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. V. 7, n. 3, São Paulo, set. [SciELO]
- TONIAL, Sueli R. (2001). Desnutrição e obesidade: Faces contraditórias na miséria e na abundância. **Tese de Doutorado**. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. [IBICT]
- TRAD, L. A. B., BASTOS, A. C. de S. (1998). O impacto sócio cultural do PSF: uma proposta de avaliação. **Cadernos de Saúde Pública**; 14: 429-435.

- UNFPA – UNITED NATIONS POPOULATION FUND (2004). **A Situação da População Mundial 2004. O Consenso do Cairo dez anos depois: População, Saúde Reprodutiva e Esforços mundiais para acabar com a pobreza.** New York, USA.
- VALENTE, Flávio L. S. **Direito Humano à Alimentação: desafios e conquistas.** São Paulo: Cortez, 2002.
- VASCONCELOS, Eduardo M. (2003). **O poder que brota da dor e da opressão: empowerment, sua história, teorias e estratégias.** São Paulo: Paulus.
- VASCONCELLOS, M^a José Esteves de (2002). Acompanhando as transformações do paradigma da ciência. In: VASCONCELLOS, Maria José Esteves de. **Pensamento sistêmico: O novo paradigma da ciência.** Cap. 3 (pp.67-99). 3^a edição. Campinas, SP: Papyrus.
- VASCONCELLOS, M^a José Esteves de (2002a). Distinguindo dimensões no paradigma emergente da ciência contemporânea. In: VASCONCELLOS, Maria José Esteves de. **Pensamento sistêmico: O novo paradigma da ciência.** Cap. 4 (pp.101-146). 3^a edição. Campinas, SP: Papyrus.
- VASCONCELLOS, M^a José Esteves de (2002b). Rastreamento das origens das abordagens teóricas dos sistemas. In: VASCONCELLOS, Maria José Esteves de. **Pensamento sistêmico: O novo paradigma da ciência.** Cap. 6 (pp.185-252). 3^a edição. Campinas, SP: Papyrus.
- VASCONCELLOS, M^a José Esteves de (2002c). Pensando o pensamento sistêmico como o novo paradigma da ciência: o cientista novo-paradigmático. In: VASCONCELLOS, Maria José Esteves de. **Pensamento sistêmico: O novo paradigma da ciência.** Cap. 5 (pp.147-184). 3^a edição. Campinas, SP: Papyrus.
- VIANA, Ana L. D'Á.; ELIAS, Paulo E. M.; IBAÑEZ, Nelson (orgs.). **Proteção social: dilemas e desafios.** (pp. 9-11). São Paulo: Hucitec.
- VIANA, Ana L. D'Á.; LEVCOVITZ, Eduardo (2005). Proteção social: introduzindo o debate. In: VIANA, Ana L. D'Á.; ELIAS, Paulo E. M.; IBAÑEZ, Nelson (orgs.). **Proteção social: dilemas e desafios.** (pp. 15-57). São Paulo: Hucitec.

- VON FOERSTER, Heinz (1996). Visão e conhecimento: disfunções de segunda ordem. In: SCHNITMAN, Dora Fried (org.). **Novos paradigmas, cultura e subjetividade**. Cap.3 (pp. 59-83). Porto Alegre: Artes Médicas.
- WALSH, Froma (1996). The concept of family resilience: crisis and challenge. **Family Process**, v.35, n.3, 261-281, September.
- WATZLAWICK, Paul; BEAVIN, J. H. & JACKSON, Don D. (1973). **Pragmática da comunicação humana: um estudo dos padrões, patologias e paradoxos da interação**. São Paulo: Cultrix.
- WENDT, Naiane C. (2006). Fatores de risco e de proteção para o desenvolvimento da criança durante a transição para a parentalidade. **Dissertação de Mestrado**. Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal de Santa Catarina.
- WERNER, Emmy E. (1986). A Longitudinal Study of Perinatal Risk. In: FARREN, D.C. & MCKINNEY, J. D. **Risk intellectual and psychosocial development**. (pp. 3-27). New York: Academic Press.
- YUNES, M^a Ângela M.; SZYMANSKI, Heloísa (2005). Entrevista Reflexiva & Grounded Theory: Estratégias Metodológicas para Compreensão da Resiliência em Famílias. **Revista Interamericana de Psicologia**, Vol.39, Num.3, pp.1-8.
- YUNES, R. C. (2000). Mudanças no cenário econômico. In: MONTEIRO, César A. (org.) **Velhos e Novos Problemas da Saúde no Brasil**. (pp. 33-60). São Paulo: Hucitec.
- ZAMBERLAN, M. A. T.; BIASOLI-ALVES, Zélia M. M. (orgs) (1997). **Interações familiares: teoria, pesquisa e subsídios à intervenção**. Londrina: U.E.L.

10. APÊNDICES

10.1. APÊNDICE 1

• ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA PARA CONSTRUÇÃO DO GENOGRAMA:

Família: _____

Data da Entrevista: ___/___/_____

- Assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
- Rapport (Aquecimento):

“Obrigado por terem aceitado participar da pesquisa. Como falei anteriormente, este é um estudo sobre o funcionamento de famílias com uma ou mais crianças com desnutrição. A entrevista consiste em duas partes: a primeira parte da nossa entrevista é a construção de um mapa familiar, onde desenharemos todas as pessoas que fazem parte da sua família, incluindo as famílias de origem do pai e da mãe: seus pais, irmãos, e inclusive aquelas pessoas que não são parentes, mas que estão muito próximas e são muito íntimas de vocês ou da (nome da criança), por exemplo algum vizinho, cuidador da criança, alguém que mora ou morou com vocês durante um período. Eu farei algumas perguntas sobre as relações entre vocês e os acontecimentos importantes. Nós marcaremos os homens com quadrados e as mulheres com círculos e somente as iniciais dos nomes de vocês aparecerão no mapa. Na segunda parte da entrevista utilizarei um roteiro com mais algumas perguntas. A entrevista poderá ser interrompida por mim ou por vocês e se houver necessidade, marcaremos um segundo encontro para terminarmos. Podemos começar agora?”

“Eu trouxe um esboço para iniciar o mapa, feito pelos dados que coletei dos prontuários e cadastros de vocês. Gostaria que vocês contassem quem são as pessoas que fazem parte da família”.

1) DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA FAMÍLIA:

- Nome das pessoas do arranjo familiar atual (mãe, pai ou responsável pela(s) criança(s), filhos, parentes, cônjuges, enteados, agregados)/ Idade / Escolaridade, frequência em escolas ou creches / Ocupação / Cidade de origem;
- Situação conjugal (tipo: solteiro, casado, união consensual, separado, divorciado, viúvo e tempo de união);
- Renda familiar / Quem trabalha / Emprego atual / Desemprego / Percepção sobre a condição sócio-econômica da família.

- Membros da família que não moram juntos;
- Famílias de origem (pai, mãe e irmãos dos pais ou responsável);
- Condições de moradia;

2) A VIDA EM FAMÍLIA:

Dia-a-dia da família / Funções familiares / Divisão de tarefas/ Regras /

Valores:

- Principal preocupação da família hoje;
- Principal dificuldade que a família enfrenta atualmente;
- O que há de melhor em sua família?
- O que de mais importante você aprendeu com sua família, que tem sido passado dos pais para os filhos (rituais, valores), que você faz questão de preservar?
- Quais os momentos que mais marcaram sua família? Podemos listar acontecimentos importantes e gostaríamos que vocês falassem **se** algum deles aconteceu com vocês ou com as demais pessoas da família e **quando**: adoção, aborto, divórcio, recasamento, prisão, morte, violência, migração, perda de emprego, aposentadoria, problemas com a justiça, outros.
- Quem cuida das tarefas domésticas?
- E do cuidado com os filhos?
- Quem cuida do sustento da família?
- Como são os momentos de tomar decisões? Alguém toma a iniciativa? Ou: Como a família costuma resolver seus problemas? Alguém geralmente é o responsável pela resolução dos problemas familiares?
- Na hora de resolver problemas quem facilita?
- Quem dificulta a resolução dos problemas?
- Quando alguém faz algo errado na família, o que acontece?
- E quando alguém faz algo importante? Algo de bom?
- Como a família costuma compartilhar suas alegrias e tristezas?

OBS: Em todas as perguntas sobre as relações investigar ligações especiais, próximas, emaranhadas, distantes/desligamentos/rompimentos,

para identificar como as fronteiras (nítidas, difusas, rígidas) se apresentam na hierarquia familiar.

Relação com os demais familiares e agregados (que vivem juntos e das famílias de origem):

- Como são as suas relações com seus parentes de origem (pais, irmãos, tios, etc)?
- Quem é mais chegado com quem?
- Rompimentos, distanciamentos, conflitos?
- Como são as relações entre as pessoas que moram com vocês (parentes, agregados)?
- História de violência em suas famílias de origem.
- História de vida dos pais da criança.
- Alguém mais da família tem ou teve desnutrição? Identificar a(s) criança(s) com desnutrição ou em risco nutricional (cadastradas ou que já saíram do PHC) / Sexo / Idade
- Alguém teve ou tem alguma doença física ou mental, ou é dependente de álcool ou alguma droga? Quem, desde quando, hospitalizações, uso contínuo de medicação.

Relacionamento parental e entre a fratria (Perguntar especialmente com a criança com desnutrição):

- Como é sua relação com seu(s) filhos?
- Como é a relação do pai com os filhos? Caso o(s) pai(s) das crianças não more junto, perguntar sobre sua relação com o(s) filho(s).
- Situações de violência entre pais e filhos.
- Se houver mais de um filho: Como é a relação entre os irmãos?
- Quem é mais apegado com quem?
- Como as crianças se relacionam com os demais parentes e agregados da família?

- Se for casal recasado com filhos anteriores: relação parental, quem sustenta, pensão, relação dos padrastos e madrastas com os enteados?
- Relação parental sem casamento: Como é sua relação com o pai (mãe) de seu (a) filho(a)?

Relação conjugal / Comunicação / Dificuldades (em caso de separação/divórcio, ver como era a relação conjugal):

- Qual sua opinião sobre seu casamento?
- Como é a relação entre você e seu marido/ esposa?
- O casal enfrenta ou já enfrentou alguma dificuldade, algum conflito? Se houver, perguntar qual a dificuldade?
- Como são as suas relações com as pessoas da família de seu marido/esposa?
- Com qual das partes há mais proximidade, solidariedade?
- Vocês vivem situações de violência em casa? Que tipo de violência?
- Como está a vida sexual de vocês?
- Que nota você dá para o seu casamento, de 1 a 10?
- Como era o casamento/relacionamento amoroso dos seus pais? E dos irmãos e demais parentes?
- Situações de violência nas relações conjugais de seus pais, irmãos e demais parentes.

3) A CRIANÇA COM DESNUTRIÇÃO

Contexto do nascimento e antecedentes:

- Como foi a gravidez da criança? Como foi o pré-natal?
- A gravidez foi planejada?
- Como foi o parto?
- Como foi a aceitação do nascimento da criança?
- Você teve depressão durante a gravidez?
- Você teve depressão antes desta gravidez ?
- E depois do parto você teve depressão?

- Você se sente deprimida atualmente? (no caso do pai ser o respondente perguntar sobre episódios de depressão da mãe da criança)
- Você enfrentou algum outro tipo de problema durante a gravidez?
- Se sim: E atualmente este problema persiste?

Desenvolvimento da criança /Características principais da criança:

- Como a criança era quando nasceu (quieta, agitada, chorosa, irritada)?
- Ela nasceu com algum problema?
- Como foi a amamentação da criança? Amamentou no peito ou mamadeira? A partir de quando?
- Atualmente mama no peito ou mamadeira? Faz uso de chupeta?
- Como foi a introdução de outros alimentos além da amamentação? Com que idade?
- Como foi o desenvolvimento até o momento? Como ela é agora?
- Com quem a criança dorme?
- Se maior de três anos: O que ela consegue fazer sozinha?
- História de doenças?
- A criança apresenta alguma dificuldade? Qual(is)?
- Se frequenta creche/escola: Como está o desenvolvimento na creche/escola?

Relacionamento de cuidado com a criança:

- Há alguém com quem a criança é mais ligada, mais próxima? Quem? Como é essa ligação?
- Quem cuida da criança? (Se nenhum dos pais cuida, perguntar como participam)
- E como ela é cuidada?
- Como é a participação do pai no cuidado com a criança?
- Quando ela faz algo que vocês acham errado, o que vocês fazem?
- Quem ela respeita mais?
- Como é a hora da alimentação da criança? O que acontece?
- Quem se preocupa mais com a criança?
- E quem se preocupa menos?

4) A FAMÍLIA E A DESNUTRIÇÃO DA CRIANÇA

Conhecimentos sobre a doença da criança:

- Você sabe o que seu filho tem?
- Você sabe o que é desnutrição?
- Qual a causa da desnutrição em seu filho?
- Quando começou?
- Quando iniciou no Programa Hora de comer?
- Como você se sente sobre a desnutrição de seu filho?
- Há dificuldade em ter acesso/comprar alimentação?
- Você considera a desnutrição como um problema/ motivo de preocupação?

Enfrentamento da desnutrição:

- Algo mudou na família depois que a desnutrição da criança começou?
- Quais as dificuldades para resolver a desnutrição da criança?
- O que seria necessário para resolver a desnutrição da criança?
- É necessário estar cadastrado no Programa Hora de Comer?
- O que você pensa sobre o Programa Hora de Comer?
- Você gostaria de sugerir algo para o serviço de saúde, para o Programa HC?

Rede social de apoio:

- Vocês têm recebido ajuda para resolver a desnutrição da criança? De quem?
Onde?
- Em outras situações, a quem você recorre quando precisa de ajuda? Quem ajuda?

10.2. APÊNDICE 2:

TABELA 1 - Dados Sócio-Econômicos e Demográficos da Estrutura das Famílias Participantes

Família	Informantes	Componentes no Domicílio	Tipo de União	Tempo de União	Cidade de Origem		Escolaridade		Idade		Ocupações		Renda Familiar Mensal	Condições de Moradia	Nº de Filhos do Pai e da Mãe	Nº de Crianças no PHC	Idade da CI	Sexo da CI	Quanto tempo no PHC	Escola / Projetos dos Irmãos	Escola da Criança Índice
					Pai	Mãe	Pai	Mãe	Pai	Mãe	Pai	Mãe									
1	casal	Casal, CI e 1 enteada	consensual	7 anos	Chapecó - SC	Laranjeiras do Sul - PR	1ª série ensino Fund.	4ª série ensino Fund.	28	33	jardineiro (Informal)	serv. gerais (formal)	R\$ 700,00	Casa própria, 4 cômodos (2 quartos, sala / coz. WC), saneamento básico, área violenta++	3	1	4 anos	Masc.	3 anos	Escola Regular e Promenor	Creche Integral
2	mãe	mãe, 5 filhos	separados judicialmente	17 anos	Canoinhas /SC	Canoinhas /SC	3ª série ensino Fund.	4ª série ensino Fund.	35	37	serv. Gerais (informal)	diarista (informal)	R\$150,00#	Casa alugada, 4 cômodos (quarto, sala, coz., WC), saneamento básico, área violenta++	5	1	3 anos	Masc.	2a6m	Escola Regular e Promenor	Creche Integral
3	casal	casal, filho **	civil	5 anos	Fpolis/SC	Lajes/SC	6ª série ensino Fund.	3º série ensino médio incomp.	27	22	desempregado	serv. gerais (formal)	R\$700,00	Casa própria, 4 cômodos (2 quartos, sala / coz. WC), saneamento básico, área violenta ++	1	1	1 ano e 7 meses	Masc.	1a2m		Creche Integral
4	mãe e 2 filhos (CI* e irmão)	mãe, 6 filhos	separados	22 anos	Santana do Livramento /RS	Santana do Livramento /RS	2ª série ensino Fund.	3ª série ensino Fund.	37	37	servente pedreiro (informal)	diarista (informal)	R\$550,00 ##	Casa própria, 4 cômodos (2 quartos, sala, coz. WC), saneamento básico, área violenta ++	10	1	3 anos	Fem.	1a9m	Escola Regular e Florir Floripa	Creche 1/2 período
5	casal, 3 filhos (CI e irmãs)	casal, 3 filhos, avó materna	civil	12 anos	Campos Novos/SC	Campos Novos/SC	8ª série ensino Fund. Incomp.	5ª série ensino Fund.	33	31	serv. gerais (informal)	empregada doméstica (informal)	R\$700,00	Casa alugada, 4 cômodos (quarto, sala / coz., WC, lavanderia), saneamento básico	3	1	3 anos	Masc.	1a1m	Escola Regular, Creche, Projeto Igraja, Promenor	Creche Integral
6	casal e CI	casal, 2 filhos	civil	26 anos	Santo Ângelo/RS	Porto Alegre/RS	1º série ensino médio	1º série ensino médio	47	47	biscate/ desempregado	diarista (informal)	R\$600,00	Casa alugada, 5 cômodos (2 quartos, sala, coz., WC), saneamento básico	4 (falecido)	1	5 anos	Masc.	2a1m	Escola Regular	os pais não querem
7	mãe	mãe, 2 filhas***	mãe solteira		Biguaçu/ SC	Biguaçu/ SC	Ensino médio	Ensino médio	32	26	mecânico (informal)	operadora telemarketing (formal)	R\$450,00	Casa alugada, 3 cômodos (quarto, coz., WC), saneamento básico, área violenta++	7	2	5 anos	Fem.	3 anos	Creche Integral	Creche Integral
8	mãe e amiga da mãe	Casal, 2 filhos **	consensual	5 anos	Fpolis/SC	Fpolis/SC	3ª série ensino Fund.	7ª série ensino Fund.	22	21	servente pedreiro (informal)	diarista (informal)	R\$120,00#	Casa própria, 3 cômodos (1 quarto, coz., WC), saneamento básico, área violenta ++	3	2	2 anos	Masc.	1a1m	Creche Integral	Creche Integral
9	mãe	mãe, padrasto, CI e 1enteada	consensual	2 anos	???	Fpolis/SC	7ª série ensino Fund.	3º série ensino médio incomp.	30	26	???	operadora de caixa (formal)	R\$1000,00	Casa alugada, 4 cômodos (1 quarto, sala, coz., WC), saneamento básico, área violenta ++	1	1	4 anos	Fem.	3a2m		os pais não querem
10	mãe, 2 filhas (CI e irmã)	casal, 2 filhas, sobrinho	consensual	15 anos	Rio Grande/RS	Chapecó/ SC	analfabeto	4ª série ensino Fund.	28	27	pedreiro (informal)	diarista (informal)	R\$700,00	Casa própria, 4 cômodos casa própria, 6 cômodos (2 quartos, sala, coz., WC, lavanderia), saneamento básico, área violenta ++	2 e gestação de 7 meses	1	4 anos	Fem.	3a1m	Escola Regular	Creche Integral

CI - Criança Índice / ** Moram no mesmo terreno da família paterna / *** Moram no mesmo terreno da família da tia materna /

Família considerada extremamente pobre / ## Família considerada pobre / ++ Área dominada pelo Narcotráfico

10.3 APPENDIX 3: Tabela 2 - Dados Gerais dos Genogramas que evidenciam os padrões transacionais das dinâmicas relacionais das famílias participantes:

Famílias da Criança Índice (CI)	Família 1	Família 2	Família 3	Família 4	Família 5	Família 6	Família 7	Família 8	Família 9	Família 10
Padrões Transacionais										
Do arranjo familiar (pai, mãe, avós, irmãos)	<p>Família recasada: casal, filho (CI), duas enteadas (uma mãe e outra do pai);</p> <p>- Figura Materna: superenvolvida com a CI, controladora;</p> <p>- Figura Paterna: superenvolvida com a CI, imaturo;</p> <p>- Fronteiras difusas;</p> <p>- Extremamente pobres, dependência financeira da família de origem;</p> <p>- Independência financeira das famílias de origem;</p> <p>- Pai da CI não auxilia financeiramente;</p> <p>- Transtornos Mentais: abuso de álcool e jogo compulsivo (pai), ansiedade (mãe);</p>	<p>Família monoparental: mãe, filho (CI), três filhas, um filho;</p> <p>- Figura Materna: superenvolvida com CI, frágil;</p> <p>- Figura Paterna: ausente, violento, negligente;</p> <p>- Fronteiras difusas;</p> <p>- Extremamente pobres, dependência financeira da família de origem;</p> <p>- Processo judicial contra pai sobre pensão alimentícia;</p> <p>- Transtornos Mentais: dependência química e alcoolismo (pai), abstinência de drogas e álcool, depressão (mãe), uso de drogas (filho mais velho);</p> <p>- Conduta Antissocial: tráfico de drogas (pai);</p> <p>- Outras doenças: AIDS e Tuberculose (pai), diabetes (filho mais velho);</p> <p>- Incesto;</p> <p>- Migrantes;</p>	<p>Família nuclear: casal, filho (CI);</p> <p>- Figura Materna: superenvolvida com a CI;</p> <p>- Figura Paterna: superenvolvida com a CI;</p> <p>- Fronteiras difusas; - Independência financeira das famílias de origem;</p> <p>- Transtornos Mentais: abstinência de álcool (pai), depressão pré e pós parto (mãe), problema de comportamento (CI);</p> <p>- Evasão escolar (irmãos);</p> <p>- Pobres, dependência financeira da família de origem materna;</p> <p>- Pai auxilia muito pouco financeiramente;</p> <p>- Transtornos Mentais: esquizofrenia, alcoolismo, jogo compulsivo (pai), uso de drogas (irmão), dificuldade de aprendizagem (irmão);</p> <p>- Conduta antissocial: prisão por tráfico de drogas (irmão mais velho);</p> <p>- Migrantes;</p>	<p>Família Nuclear: casal, filho (CI), duas filhas, avó materna; falecida;</p> <p>- Figura Materna: superenvolvida com a CI;</p> <p>- Figura Paterna: superenvolvida com a CI;</p> <p>- Fronteiras rígidas e difusas;</p> <p>- Independência financeira das famílias de origem;</p> <p>- Transtornos Mentais: depressão (mãe), enurese noturna (irmã mais velha);</p> <p>- Outras doenças: raquitismo (mãe);</p> <p>- Migrantes;</p>	<p>Família Ampliada: casal, filho (CI), duas filhas, avó materna;</p> <p>- Figura Materna: superenvolvida com a CI;</p> <p>- Figura Paterna: relação fundida e conflitual com a CI, frágil, desempregado;</p> <p>- Fronteiras rígidas e difusas;</p> <p>- Transtornos Mentais: depressão (pai); atraso no linguagem e enurese noturna (CI);</p> <p>- Outras doenças: hipertensão arterial (mãe), baixo peso na infância (irmãos), risco nutricional (sobrinha);</p> <p>- Dependência financeira das famílias de origem;</p> <p>- Migrantes;</p> <p>- Queda do padrão sócio-econômico após a migração;</p>	<p>Família Nuclear: casal, filho (CI), dois filhos;</p> <p>- Figura Materna: superenvolvida com a CI;</p> <p>- Figura Paterna: relação fundida e conflitual com a CI, frágil, desempregado;</p> <p>- Fronteiras rígidas e difusas;</p> <p>- Independência financeira da família de origem;</p> <p>- Migrantes;</p> <p>- Abandono dos pais, não auxiliam financeiramente;</p> <p>- Doenças: baixo peso e anemia durante a gravidez (mãe), risco nutricional recuperado (irmão);</p>	<p>Família nuclear: casal, filho (CI), um filho;</p> <p>- Figura Materna: superenvolvida com a CI;</p> <p>- Figura Paterna: negligente, violento, imaturo, desempregado;</p> <p>- Fronteiras difusas;</p> <p>- Transtornos Mentais: dependência química (pai); atraso no linguagem e enurese noturna (CI);</p> <p>- Extremamente pobres, dependência financeira da família de origem paterna;</p> <p>- Conduta anti social: prisão por tentativa de assassinato (pai);</p>	<p>Família recasada: mãe, padrasto, filha (CI), enteada;</p> <p>- Figura Materna: superenvolvida com a CI;</p> <p>- Figura Paterna: ausente, negligente;</p> <p>- Fronteiras difusas;</p> <p>- Independência financeira das famílias de origem paterna;</p> <p>- Pai da CI não auxilia financeiramente;</p>	<p>Família Ampliada: casal, filha (CI), filha, grávida de 6 meses, sobrinha materna;</p> <p>- Figura Materna: superenvolvida com a CI;</p> <p>- Figura Paterna: relação fundida e conflitual com a CI;</p> <p>- Fronteiras difusas;</p> <p>- Transtornos Mentais: uso de álcool e jogo compulsivo (pai);</p> <p>- Independência financeira das famílias de origem;</p> <p>- Migrantes;</p>	
Da família de origem paterna	<p>- Relacionamento emaranhado e distante com sistema recasado;</p> <p>- Relação conjugal emaranhada (avós);</p> <p>- Separação, Recasamento (avós);</p> <p>- Relações emaranhadas e distantes no sistema parental;</p> <p>- Triangulações;</p> <p>- Alianças no sistema fraterno;</p> <p>- Fronteiras difusas;</p> <p>- Transtornos Mentais: alcoolismo (avó, tios);</p> <p>- Outras doenças: enfarte, abortos;</p> <p>- Migrantes (2ª geração);</p>	<p>- Relacionamento emaranhado e conflituoso com sistema monoparental;</p> <p>- Relações conjugais emaranhadas e violentas;</p> <p>- Triangulações;</p> <p>- Relações emaranhadas no sistema parental;</p> <p>- Aliança (avó com irmã mais velha);</p> <p>- Superenvolvimento no sistema parental;</p> <p>- Fronteiras rígidas e difusas;</p> <p>- Transtornos Mentais: dependência química e alcoolismo (avó, tios, primos);</p> <p>- Conduta anti-social: tráfico de drogas, furtos, assassinatos;</p> <p>- Migrantes;</p>	<p>- Relacionamento distante e conflituoso com sistema nuclear;</p> <p>- Relações conjugais emaranhadas e violentas;</p> <p>- Traições masculinas;</p> <p>- Triangulações;</p> <p>- Coalizões;</p> <p>- Relações emaranhadas no sistema parental;</p> <p>- Aliança;</p> <p>- Conflitos no sistema fraterno;</p> <p>- Fronteiras rígidas;</p> <p>- Transtornos Mentais: alcoolismo (avó, tio-avó, tios, primo);</p> <p>- Alianças e relações conflituosas no sistema fraterno;</p> <p>- Dependência química e alcoolismo (tio), jogo compulsivo (avó, tio);</p> <p>- Sobrepeso e Obesidade (primos)</p>	<p>- Relacionamento distante com sistema monoparental;</p> <p>- Relações conjugais conflituosas;</p> <p>- Separações e recasamento (avós);</p> <p>- Conflito entre sogra e nora;</p> <p>- Alianças no sistema fraterno;</p> <p>- Fronteiras rígidas;</p> <p>- Transtornos Mentais: alcoolismo (avó, tio), esquizofrenia (avó);</p> <p>- Conduta anti-social: avó assassinado pelo enteado;</p>	<p>- Relacionamento de superenvolvimento com sistema ampliado;</p> <p>- Relações conjugais conflituosas;</p> <p>- Separações conjugais;</p> <p>- Relacionamento harmônico do pai com bisavós;</p> <p>- Relação materna de superenvolvimento;</p> <p>- Relação paterna distante;</p> <p>- Filho parental (pai);</p> <p>- Separações e recasamentos (avós, tios);</p> <p>- Relações conjugais conflituosas (tios);</p> <p>- Relações fundidas e conflituosas no sistema fraterno;</p> <p>- Fronteiras rígidas e difusas;</p> <p>- Resiliência;</p> <p>- Transtornos Mentais: alcoolismo (avó, ex-marido avó, tios, tias), dependência química e uso de drogas (tios, tias);</p> <p>- Conduta anti-social: prisão por tráfico de drogas (tio);</p> <p>- Migrantes (2ª geração);</p>	<p>- Relacionamento de superenvolvimento com sistema ampliado;</p> <p>- Relação de superenvolvimento com figuras masculinas (avó, tio);</p> <p>- Todos os tios são divorciados;</p> <p>- Fronteiras rígidas;</p> <p>- Doenças: AVC, HAS (avós);</p> <p>- Migrantes;</p>	<p>- Não há relação com famílias paternas;</p> <p>- Rompimento;</p> <p>- Fronteiras rígidas;</p>	<p>- Relacionamento emaranhado e conflituoso com sistema monoparental;</p> <p>- Relações conjugais emaranhadas;</p> <p>- Separações e recasamentos;</p> <p>- Figuras Paternas: ausentes, desqualificadas;</p> <p>- Figura Materna: provedora;</p> <p>- Coalizões: - Coalizão entre mãe e tio contra o pai;</p> <p>- Relações conflituosas no sistema parental;</p> <p>- Relações conflituosas no sistema fraterno;</p> <p>- Superenvolvimento entre a mãe, a avó e bisavó;</p> <p>- Fronteiras difusas;</p> <p>- Transtornos Mentais: abuso de álcool (avó), dependência química e alcoolismo (tio);</p> <p>- Conduta anti social: prisão por furto (tio);</p>	<p>- Não há relação com família paterna;</p> <p>- Rompimento;</p> <p>- Fronteiras rígidas;</p>	<p>- Relacionamento distante com sistema ampliado;</p> <p>- Relacionamento conjugal e parental distante;</p> <p>- Separação conjugal (tio);</p> <p>- Adoção do pai pela tia materna;</p> <p>- Sistema fraterno distante;</p> <p>- Fronteiras rígidas;</p> <p>- Transtornos Mentais: alcoolismo e abuso de álcool (avó, tios);</p>
Da família de origem materna	<p>- Relacionamento de superenvolvimento e distante com sistema recasado;</p> <p>- Superenvolvimento no sistema fraterno;</p> <p>- Coalizões;</p> <p>- Fronteiras difusas;</p> <p>- Transtornos Mentais: alcoolismo (tios);</p> <p>- Outras doenças: enfarte, risco nutricional (primo);</p> <p>- Migrantes (2ª geração);</p>	<p>- Relacionamento de superenvolvimento e distante com sistema monoparental;</p> <p>- Conflito fraterno;</p> <p>- Conflito e distanciamento parental;</p> <p>- Coalizão (pai e filha contra mãe);</p> <p>- Alianças e conflitos no sistema fraterno</p> <p>- Fronteiras difusas;</p> <p>- Transtornos Mentais: alcoolismo (bisavó, tio) e dependência química (sobrinha);</p> <p>- Outras doenças: morte precoce de crianças por causa desconhecida (tios), raquitismo (tio), risco nutricional (primo);</p> <p>- Estressor: assassinato (tio);</p> <p>- Migrantes (2ª geração);</p>	<p>- Relacionamento distante com sistema nuclear;</p> <p>- Relação Conjugal conflituosa e violenta (avós);</p> <p>- Separações e recasamentos;</p> <p>- Traições masculinas;</p> <p>- Superenvolvimento e Coalizão (mãe e avó contra avó);</p> <p>- Relação parental distante;</p> <p>- Conflitos no sistema fraterno;</p> <p>- Fronteiras rígidas;</p> <p>- Transtornos Mentais: alcoolismo (bisavó, avó, ex-marido avó, tia);</p> <p>- Migrantes;</p>	<p>- Relacionamento de superenvolvimento e conflito com sistema ampliado;</p> <p>- Relação Conjugal harmônica (avós);</p> <p>- Separação e recasamento (avós);</p> <p>- Superenvolvimento (mãe e avó);</p> <p>- Figura paterna: relação conflituosa e violenta (contra mãe da CI);</p> <p>- Alianças e relações conflituosas no sistema fraterno;</p> <p>- Fronteiras difusas;</p> <p>- Migrantes (2ª geração);</p>	<p>- Relacionamento de superenvolvimento e conflito com sistema ampliado;</p> <p>- Aliança no sistema fraterno;</p> <p>- Família com poucos membros (PE)</p> <p>- Fronteiras difusas;</p> <p>- Transtorno Mental: abuso de drogas (primo);</p> <p>- Outras doenças: HAS, AVC, enfisema pulmonar, cardiopatia;</p> <p>- Migrantes (2ª geração);</p>	<p>- Relacionamento de superenvolvimento com pais falecidos;</p> <p>- Aliança no sistema fraterno;</p> <p>- Família com poucos membros (PE)</p> <p>- Fronteiras difusas;</p> <p>- Transtorno Mental: abuso de drogas (primo);</p> <p>- Adoção informal da mãe e da tia por uma tia-avó após falecimento da avó;</p> <p>- Relacionamento distante com a família adotiva;</p> <p>- Relação harmônica no sistema fraterno;</p> <p>- Relações harmônicas com família de origem do marido da tia;</p> <p>- Sistema fraterno resiliente;</p> <p>- Fronteiras rígidas e difusas;</p> <p>- Transtornos Mentais: demência (bisavó), abstinência de álcool (tio-avó), depressão (tia-avó);</p> <p>- Outras doenças: Câncer de estômago (avó), Câncer de mama (tia-avó);</p> <p>- Migrantes (2ª geração);</p>	<p>- Relacionamento distante com sistema nuclear;</p> <p>- Relações Conjugais conflituosas e violentas (avós);</p> <p>- Muitas separações e recasamentos (avó, tias);</p> <p>- Figuras Paternas: desconhecidas, ausentes;</p> <p>- Relação harmônica entre a mãe e avó;</p> <p>- Distanciamento no sistema fraterno;</p> <p>- Fronteiras rígidas;</p> <p>- Transtornos Mentais: alcoolismo e dependência química/padrasto da mãe, tio);</p> <p>- Outras doenças: meningite e desnutrição (tio), desnutrição (prima);</p> <p>- Conduta anti-social: assassinato por tráfico de drogas (tio);</p>	<p>- Relacionamento conflituoso e distante com sistema recasado;</p> <p>- Conflito com figura paterna;</p> <p>- Rejeição do marido da mãe;</p> <p>- Relação distante entre a mãe e avó; - Distanciamento no sistema fraterno;</p> <p>- Fronteiras rígidas;</p> <p>- Outras doenças: mortes na infância por causas desconhecidas (tios), desnutrição e suspeita de infecção por HIV (primos), AIDS (tia e tio);</p> <p>- Migrantes;</p>	<p>- Relação de superenvolvimento com sistema ampliado;</p> <p>- Figura Paterna: desconhecida;</p> <p>- Figura Materna: superenvolvimento (com mãe da CI);</p> <p>- Relações harmônicas com tios-avós;</p> <p>- Fronteiras rígidas e difusas;</p> <p>- Doenças: Deficiência física e diabetes (avó), desnutrição (prima), câncer (tio);</p> <p>- Migrantes;</p>	
Do subsistema conjugal	<p>- Conflito conjugal;</p> <p>- Relação fundida e conflitual;</p> <p>- Triangulação com a CI;</p> <p>- Distanciamento: CI dorme com o casal;</p> <p>- Relações de Gênero: ambos trabalham, mulher como provedora principal; mas há crença do homem como provedor, mulher como mãe e dona de casa;</p> <p>- Comunicação: desqualificações;</p>	<p>- Conflito conjugal/ Separação;</p> <p>- Relação fundida e conflitual;</p> <p>- Violência doméstica, tentativa de assassinato (contra mulher);</p> <p>- Traições masculinas;</p> <p>- Triangulação com a CI;</p> <p>- Mulher como provedora após a separação conjugal;</p>	<p>- Conflito conjugal;</p> <p>- Relação fundida e conflitual;</p> <p>- Violência doméstica mútua;</p> <p>- Triangulação com a CI;</p> <p>- Distanciamento: CI dorme com o casal;</p> <p>- Comunicação: escalada simétrica;</p> <p>- Relações de Gênero: ambos trabalham, mulher como provedora principal; mas há crença do homem como provedor, mulher como mãe e dona de casa;</p>	<p>- Conflito conjugal, separação;</p> <p>- Relação fundida e conflitual;</p> <p>- Violência doméstica contra mulher;</p> <p>- Traições masculinas;</p> <p>- Triangulação com a CI;</p> <p>- Mulher como provedora mas com dificuldade em assumir este papel. Há crença do homem como provedor, mulher como mãe e dona de casa;</p>	<p>- Conflito conjugal em processo de separação;</p> <p>- Relação conjugal de aliança;</p> <p>- Resiliência;</p> <p>- Triangulação com a CI;</p> <p>- Distanciamento: CI dorme com o casal;</p> <p>- Separações e recasamentos (mãe);</p> <p>- Divisão de tarefas domésticas e de cuidado com os filhos;</p> <p>- Ambos trabalham, homem como provedor principal;</p> <p>- Relembrem a crença do homem como provedor, mulher como mãe e dona de casa;</p>	<p>- Relação de superenvolvimento;</p> <p>- Ambos trabalham, mulher como provedora principal. Há a crença do homem como provedor, mulher como mãe e dona de casa;</p> <p>- Triangulação com a CI;</p> <p>- Distanciamento: CI dorme com o casal;</p>	<p>- Repetição da história materna de relações amorosas sem casamento;</p> <p>- Figuras masculinas com violência de separações e recasamentos com filhos;</p>	<p>- Conflito conjugal;</p> <p>- Relação fundida e conflitual;</p> <p>- Traição masculina;</p> <p>- Marido não quer trabalhar;</p> <p>- Mulher como provedora;</p>	<p>- Relação de superenvolvimento;</p> <p>- Distanciamento: a CI dorme com o casal;</p> <p>- Triangulação com a CI;</p> <p>- Relações de gênero: ambos trabalham, mulher como provedora principal;</p> <p>- Divisão de tarefas domésticas e de cuidado com os filhos;</p> <p>- Relembrem a crença do homem como provedor, mulher como mãe e dona de casa;</p>	<p>- Relacionamento fundido e conflitual;</p> <p>- Coalizão entre sogra e esposa contra marido;</p> <p>- Triangulação com a CI;</p> <p>- Distanciamento: CI dorme com o casal;</p> <p>- Ambos trabalham, mulher como provedora principal. Há a crença do homem como provedor, mulher como mãe e dona de casa;</p>
Do subsistema parental	<p>- Superenvolvimento com a CI;</p> <p>- Conflitos com enteadas;</p> <p>- Mãe como cuidadora principal;</p> <p>- Pai frívolo e desleixado;</p> <p>- Ausência de limites com a CI;</p>	<p>- Violência doméstica física, negligência;</p> <p>- Coalizão (filho mais velho e mãe contra o pai);</p> <p>- Superenvolvimento com a CI;</p> <p>- Relação fundida e conflitual (mãe com filha mais velha);</p> <p>- Ausência de limites com a CI;</p> <p>- Mãe como cuidadora;</p>	<p>- Superenvolvimento com a CI;</p> <p>- Ausência de limites com a CI;</p> <p>- Inversão de papéis entre pais e filhos;</p> <p>- Disputa sobre o cuidado com o filho;</p>	<p>- Violência doméstica do pai (física, negligência) e da mãe física contra os filhos adolescentes;</p> <p>- Superenvolvimento da mãe com a CI;</p> <p>- Ausência de limites com a CI;</p> <p>- Mãe sem autoridade sobre os filhos;</p> <p>- Abandono paterno;</p> <p>- Mãe como cuidadora;</p>	<p>- Superenvolvimento com a CI;</p> <p>- Rejeição paterna da CI durante a gravidez até o nascimento;</p> <p>- Relação materna conflituosa com as filhas;</p> <p>- Violência física materna contra principalmente a filha mais velha;</p> <p>- Filha parental (filha mais velha);</p> <p>- Relação paterna de aliança e harmônica com as filhas;</p> <p>- Três abortos de meninas (mãe);</p>	<p>- Superenvolvimento, especialmente com a CI;</p> <p>- Conflitos;</p> <p>- Triangulação;</p> <p>- Coalizão entre filho mais velho e mãe contra nora;</p> <p>- Conflito com escolha conjugal do filho mais velho;</p> <p>- Neto em risco nutricional;</p> <p>- Ausência de limites com a CI;</p> <p>- Mãe como cuidadora;</p>	<p>- Relacionamento de superenvolvimento, proteção;</p> <p>- Mãe como cuidadora;</p>	<p>- Relação paterna negligente e violenta (física e psicológica);</p> <p>- Relação materna de superenvolvimento com a CI;</p> <p>- Mãe como cuidadora principal;</p>	<p>- Padrasto assumiu função paterna;</p> <p>- Superenvolvimento com a CI;</p> <p>- Inversão de papéis entre mãe e filha;</p> <p>- Ausência de limites com a CI;</p> <p>- Conflito com enteada;</p> <p>- Mãe como cuidadora;</p>	<p>- Rejeição paterna da CI durante gravidez e primeiros meses;</p> <p>- Ambos trabalham, mulher como provedora principal e aliança com as filhas;</p> <p>- Coalizão entre filha mais velha e a mãe contra o pai;</p> <p>- Mãe como cuidadora;</p>
Do subsistema fraterno	<p>- Aliança;</p> <p>- Conflito;</p>	<p>- Cimes da CI;</p> <p>- Relação distante;</p>	<p>- Conflitos;</p> <p>- Cimes da CI;</p>	<p>- Conflitos;</p> <p>- Cimes da CI;</p>	<p>- Superenvolvimento entre as irmãs;</p> <p>- Relação fundida e conflitual com a CI;</p> <p>- Cimes da CI;</p>	<p>- Relação conflituosa e distante;</p>	<p>- Relação fundida e conflitual;</p> <p>- Cimes da CI;</p>	<p>- Relação harmônica;</p>	<p>- Relação fundida e conflitual;</p>	

11. ANEXOS

11.1. ANEXO 1:



**Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Filosofia e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Mestrado em Psicologia**

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Meu nome é Fernanda Duarte da Luz Pedro e estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada “Dinâmica Relacional Familiar e Desnutrição na Infância”, que tem como objetivo caracterizar a dinâmica relacional presente em famílias de crianças com desnutrição. O trabalho é orientado pela Prof^a Dra. Carmen Leontina Ojeda Ocampo Moré, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Este estudo é necessário e relevante, pois poderá auxiliar os profissionais das equipes de saúde, no sentido de melhor desenvolver trabalhos junto às famílias, bem como facilitar a comunicação entre equipe e família.

Informo-lhe que através da participação das reuniões educativas do Programa Hora de Comer, do qual você participa, assim como, da consulta aos registros de cadastro e prontuário presentes na Unidade Local de Saúde, pudemos contatar com sua família para então convidá-lo a participar da pesquisa. Caso você aceite, gostaríamos de realizar uma entrevista, no local que você estipular, a qual será gravada. Seguindo os preceitos éticos asseguramos que sua participação será absolutamente voluntária e sigilosa, não constando seu nome ou qualquer outro dado que possa identificá-lo.

Você tem a total liberdade para recusar sua participação, assim como solicitar a exclusão de seus dados, retirando seu consentimento sem qualquer penalização ou prejuízo. Deixamos em continuação telefones de contato da

pesquisadora responsável na UFSC, para qualquer informação que você considere necessária. Fones: 3331.8214 / 3331.8579 / 91263271.

Agradecemos sua participação, enfatizando que a mesma em muito contribui para a construção de um conhecimento atual nesta área. Em seguida solicitamos a sua assinatura em duas vias, sendo que uma delas permanecerá em seu poder.

Tendo ciência das informações contidas neste Termo de Consentimento, eu, _____, autorizo a utilização, nesta pesquisa, dos dados por mim fornecidos.

Ass: _____

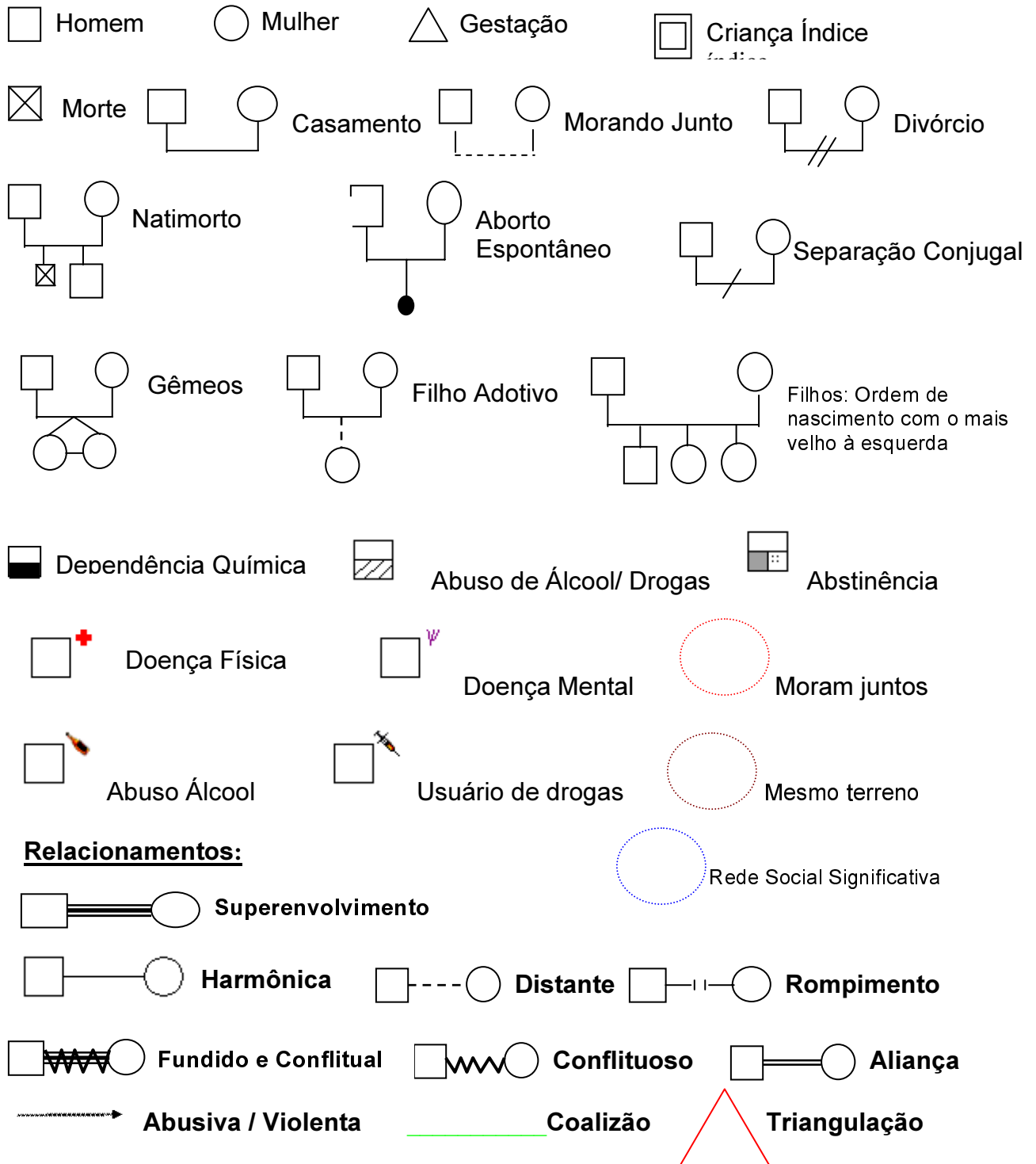
Florianópolis, _____ de _____ de 200__.

Profª Dra. Carmen Leontina Ojeda Ocampo Moré
Pesquisadora Responsável (Orientadora)

Fernanda Duarte da Luz Pedro
Pesquisadora Principal (Mestranda)

11.2. ANEXO 2:

Símbolos do Genograma



Legendas baseadas em McGoldrick e Gerson (2001) e no Programa Genogram-Maker.

11.3. ANEXO 3:

Siglas para o Genograma

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AT - Acidente de Trânsito

BP – Baixo Peso

CA – Câncer

CÍ – Criança Índice

DE - Desnutrição

DM – Diabetes Melitus

DF – Deficiente Físico

DP - Depressão

EN – Enfarte

Ex-PD – Ex-Presidiário

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

NG - Negligência

P – Percentil

PHC – Programa Hora de Comer

PD - Presidiário

RNL – Risco Nutricional

TB – Tuberculose

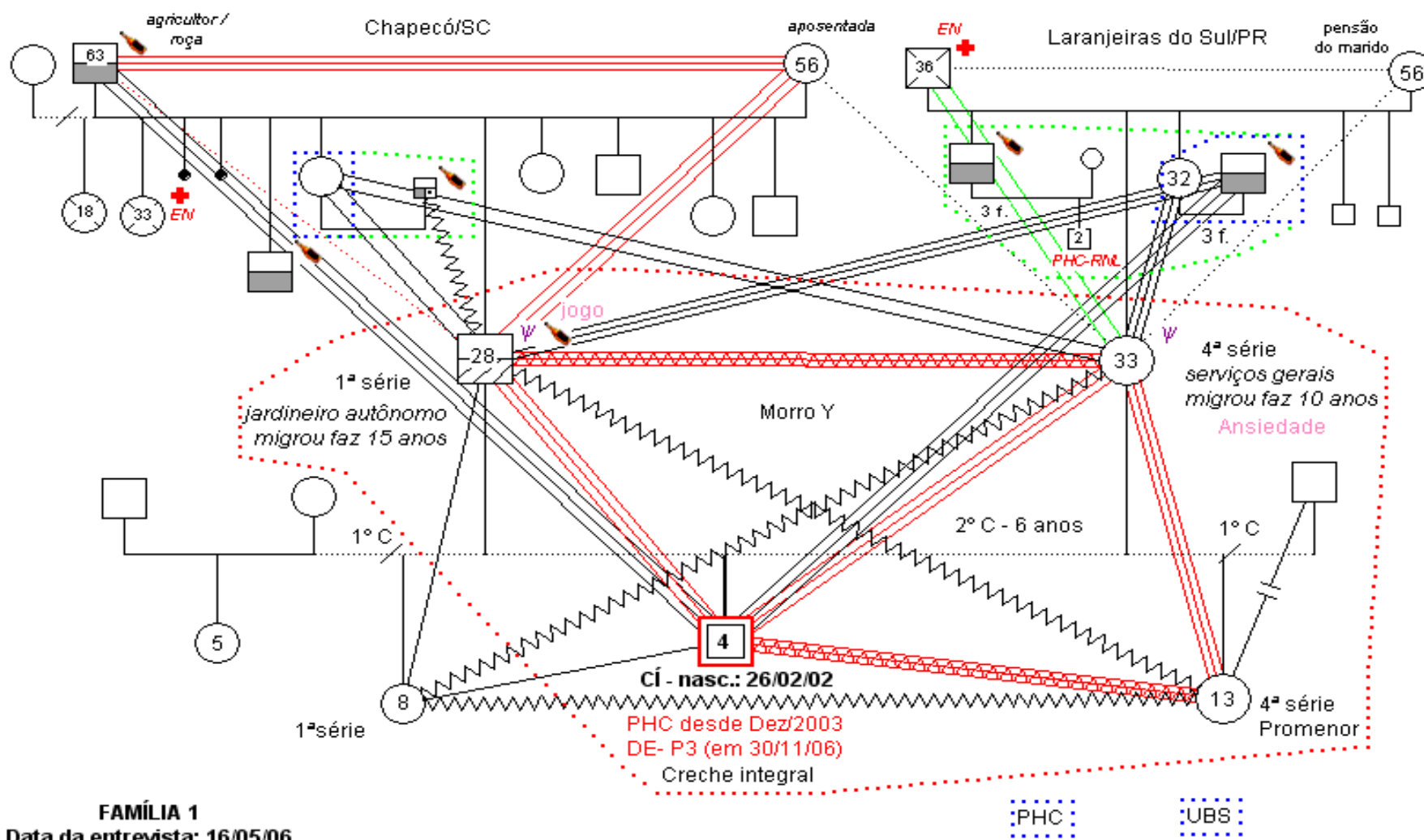
UBS – Unidade Básica de Saúde

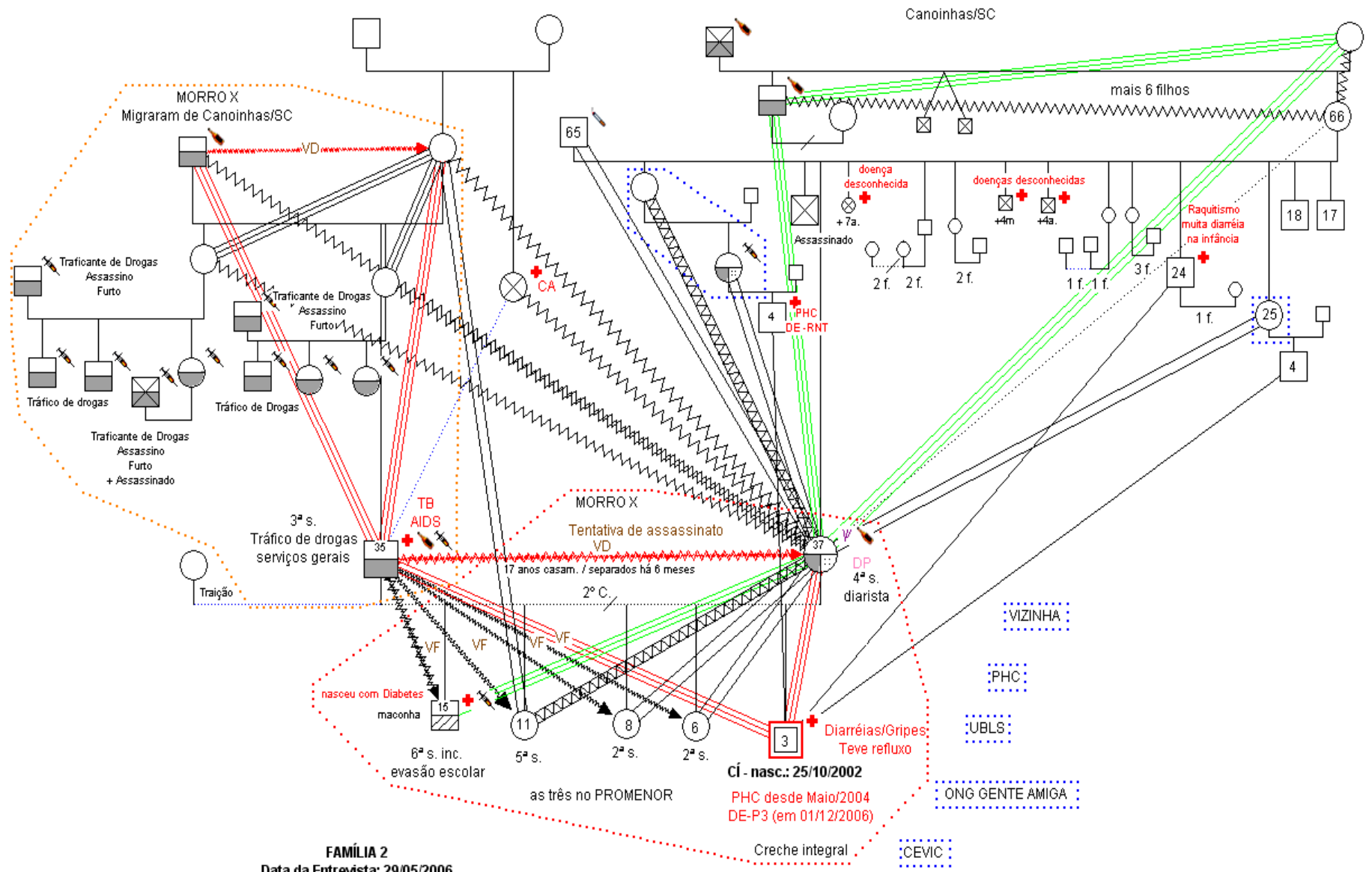
VD – Violencia Doméstica

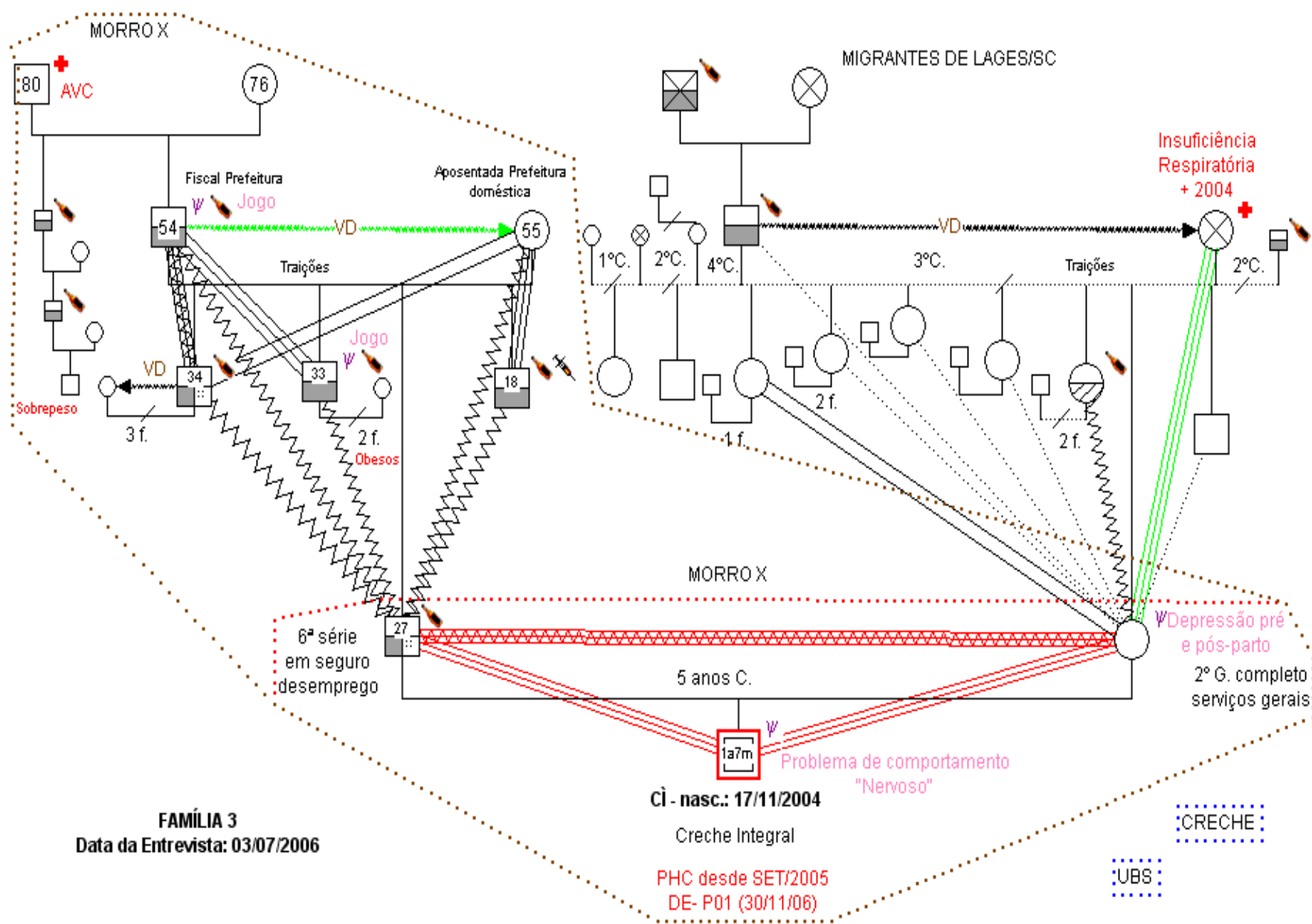
VF – Violencia Física

VP – Violencia Psicológica

11.4. ANEXO 4: FIGURAS DOS GENOGRAMAS FAMILIARES







FAMÍLIA 3
Data da Entrevista: 03/07/2006

Ci - nasc.: 17/11/2004

Creche Integral

PHC desde SET/2005

DE- P01 (30/11/06)

Insuficiência Respiratória + 2004

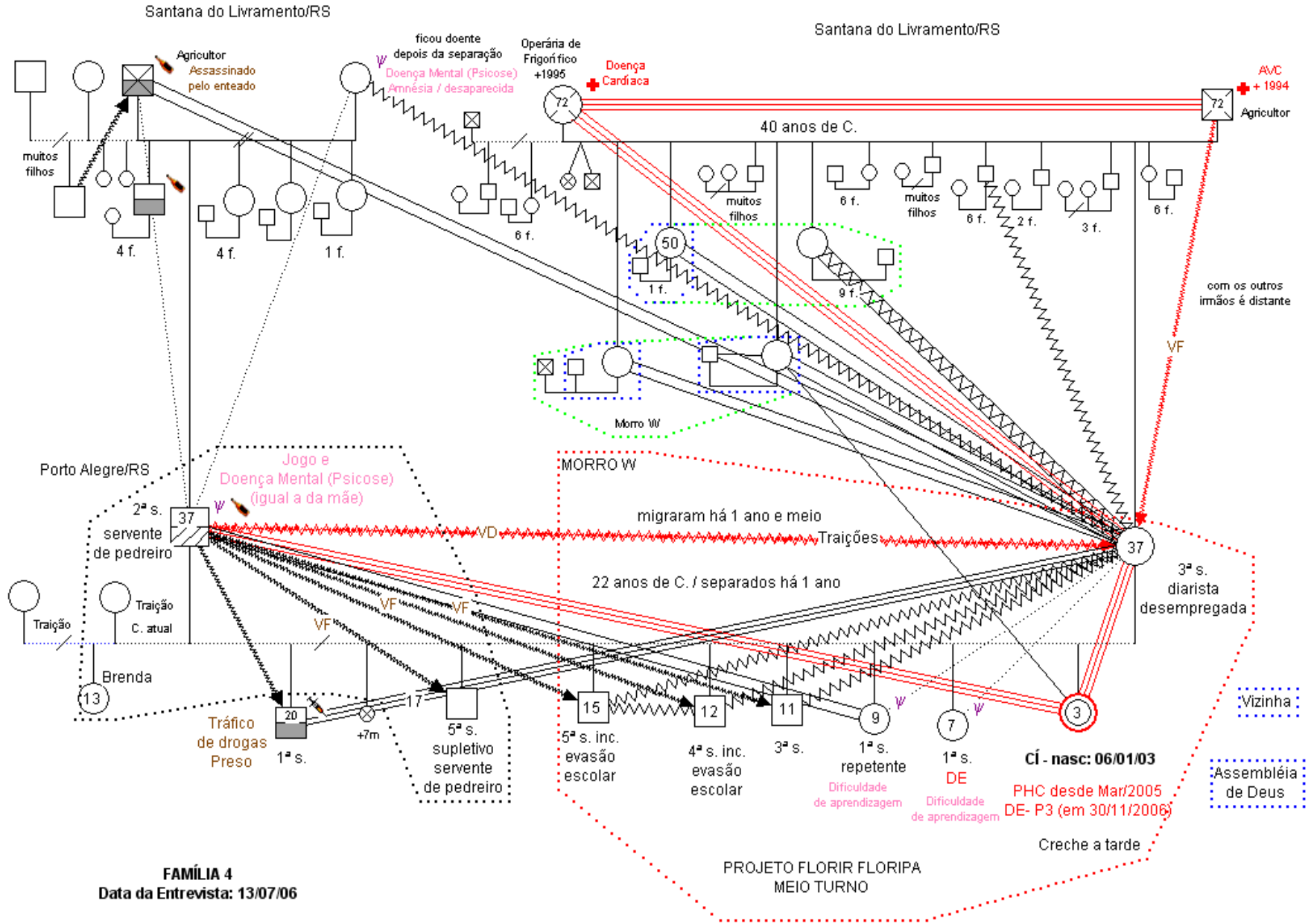
Depressão pré e pós-parto

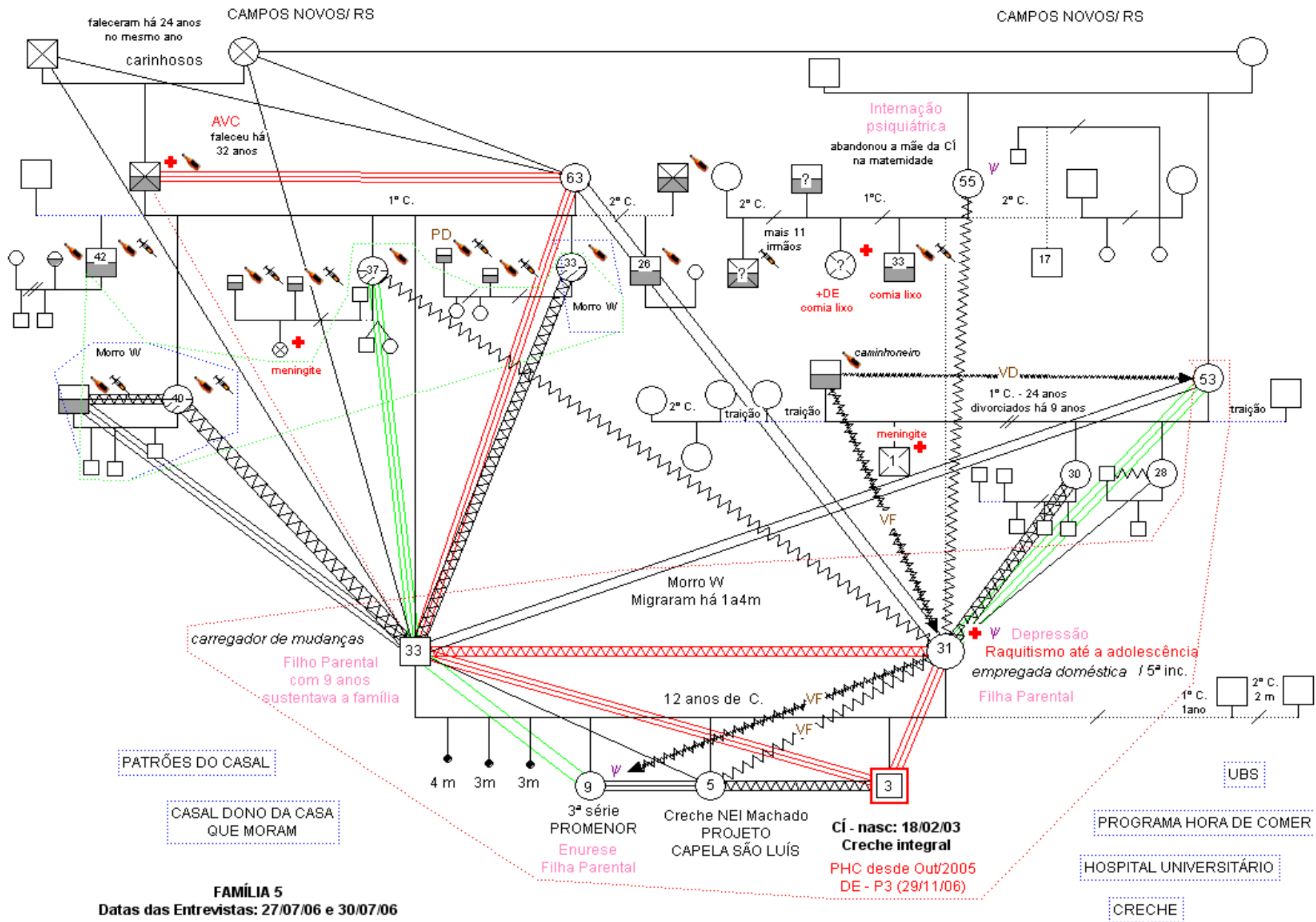
2º G. completo: serviços gerais

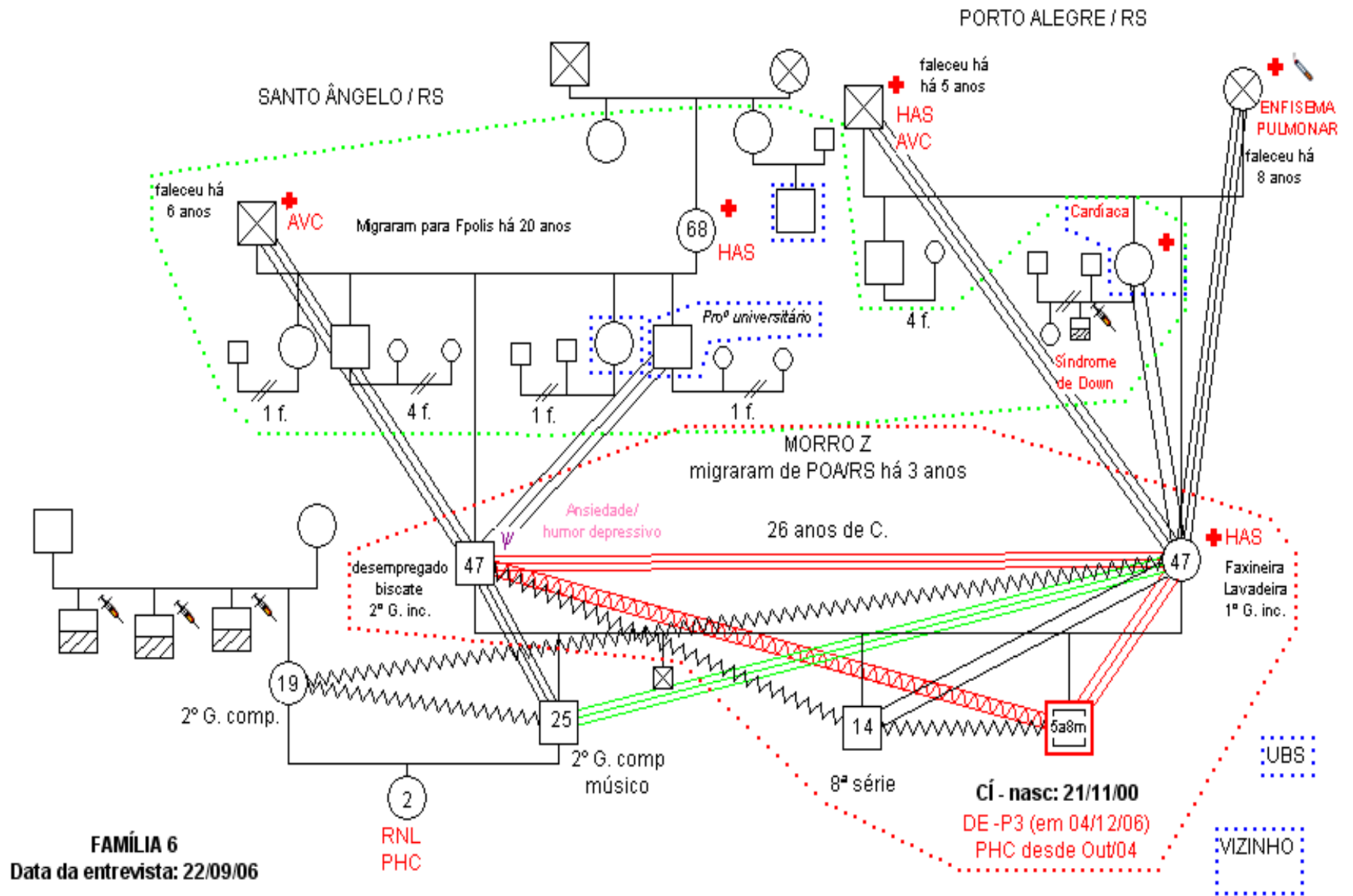
Problema de comportamento "Nervoso"

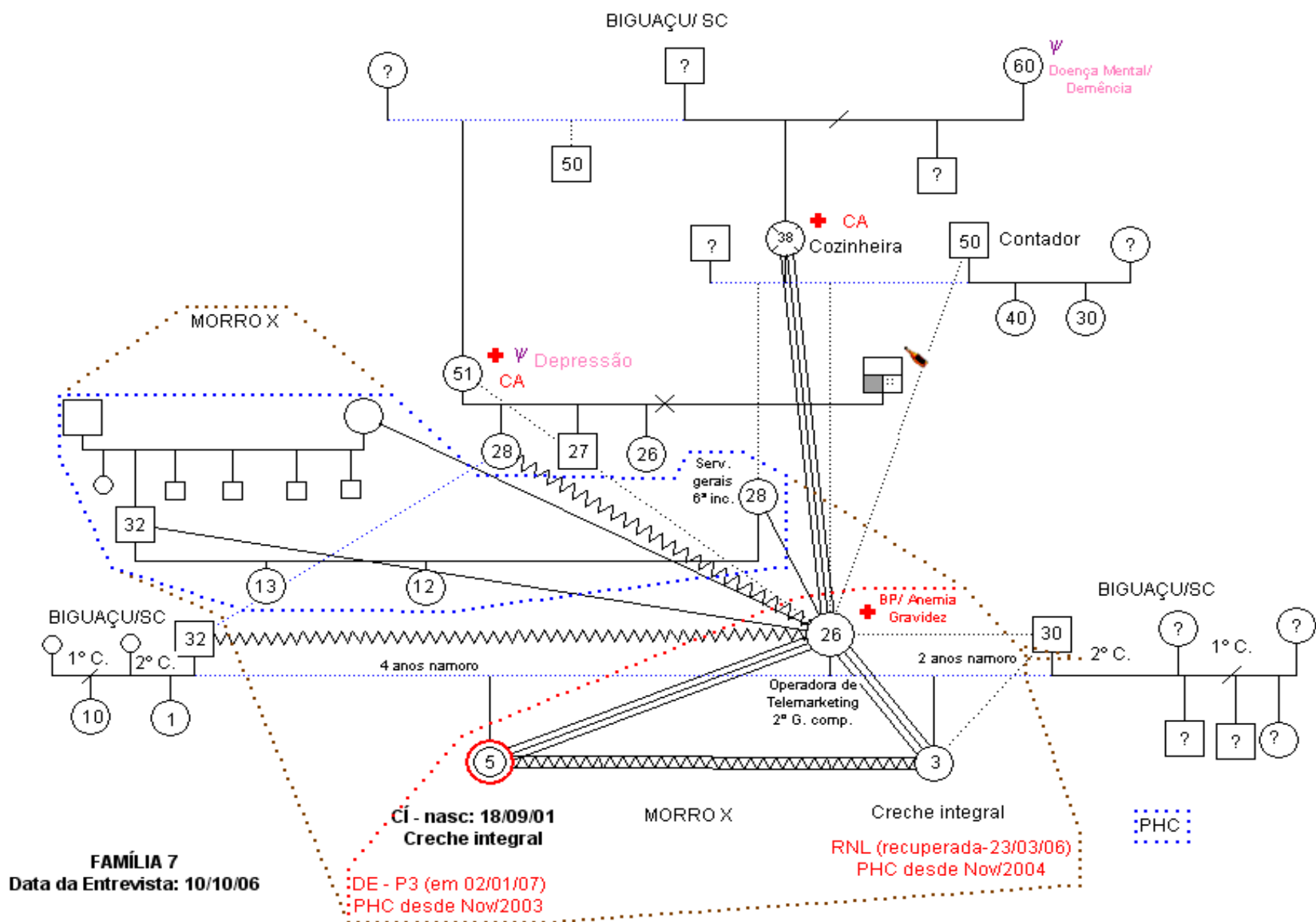
CRECHE

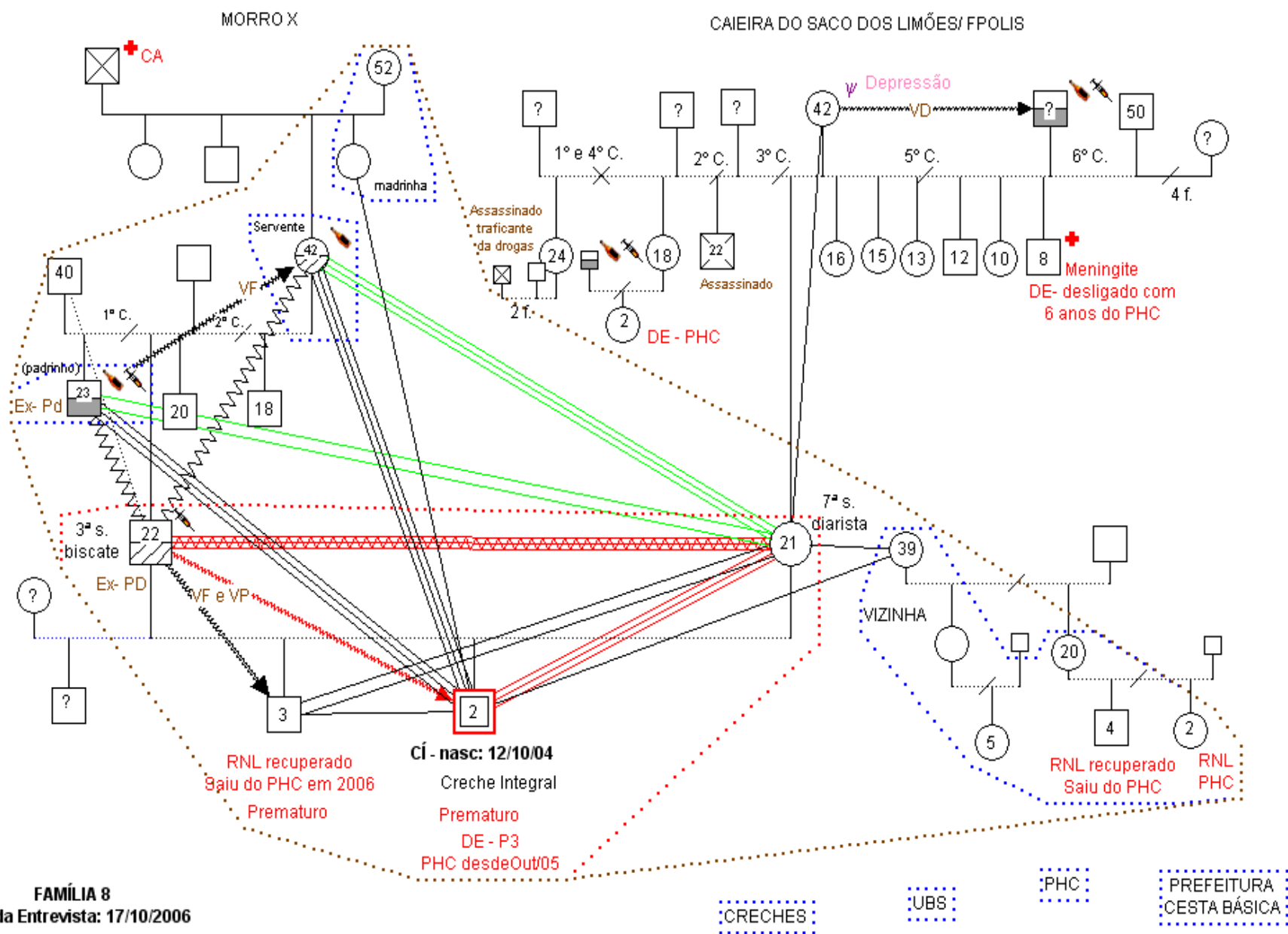
UBS

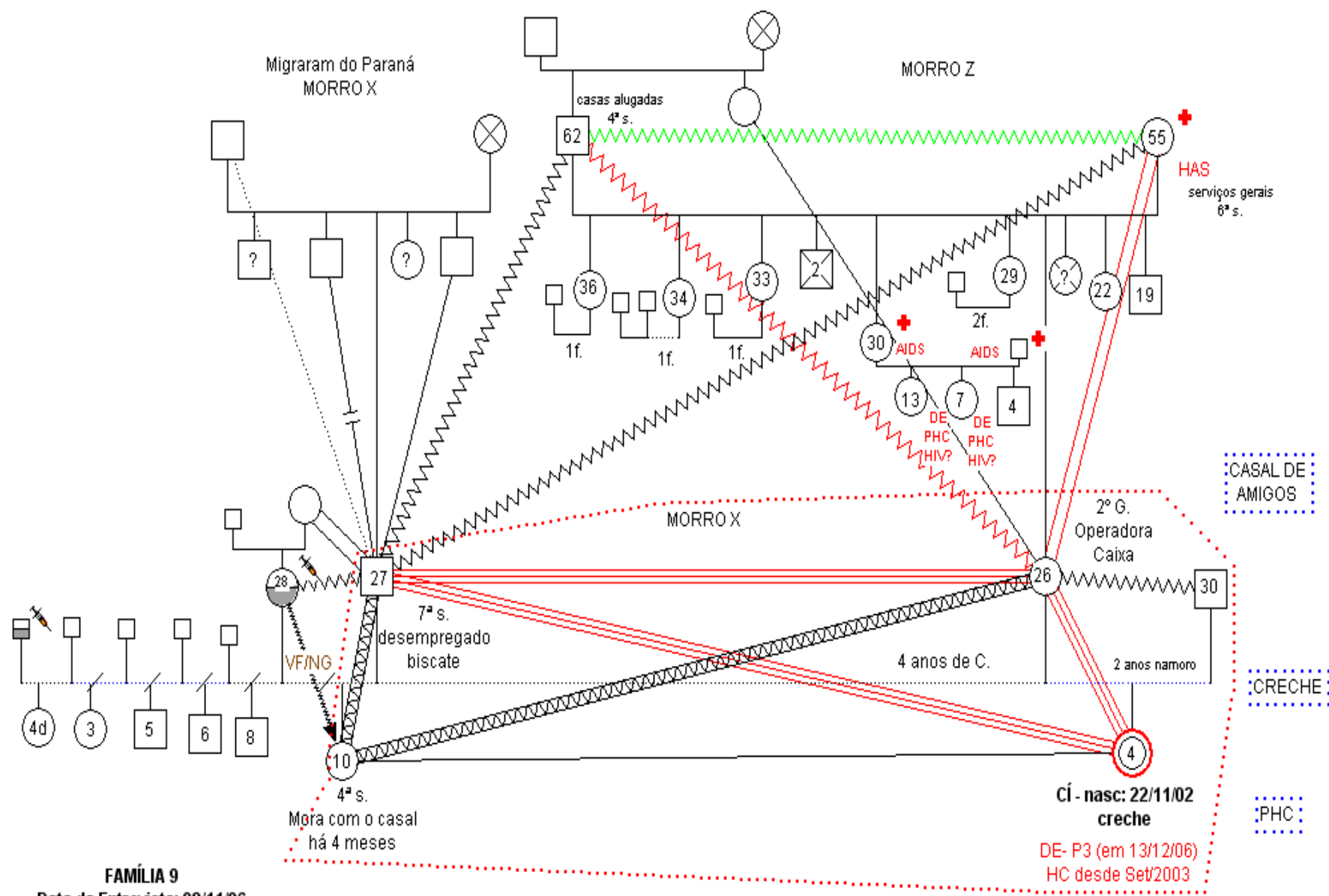


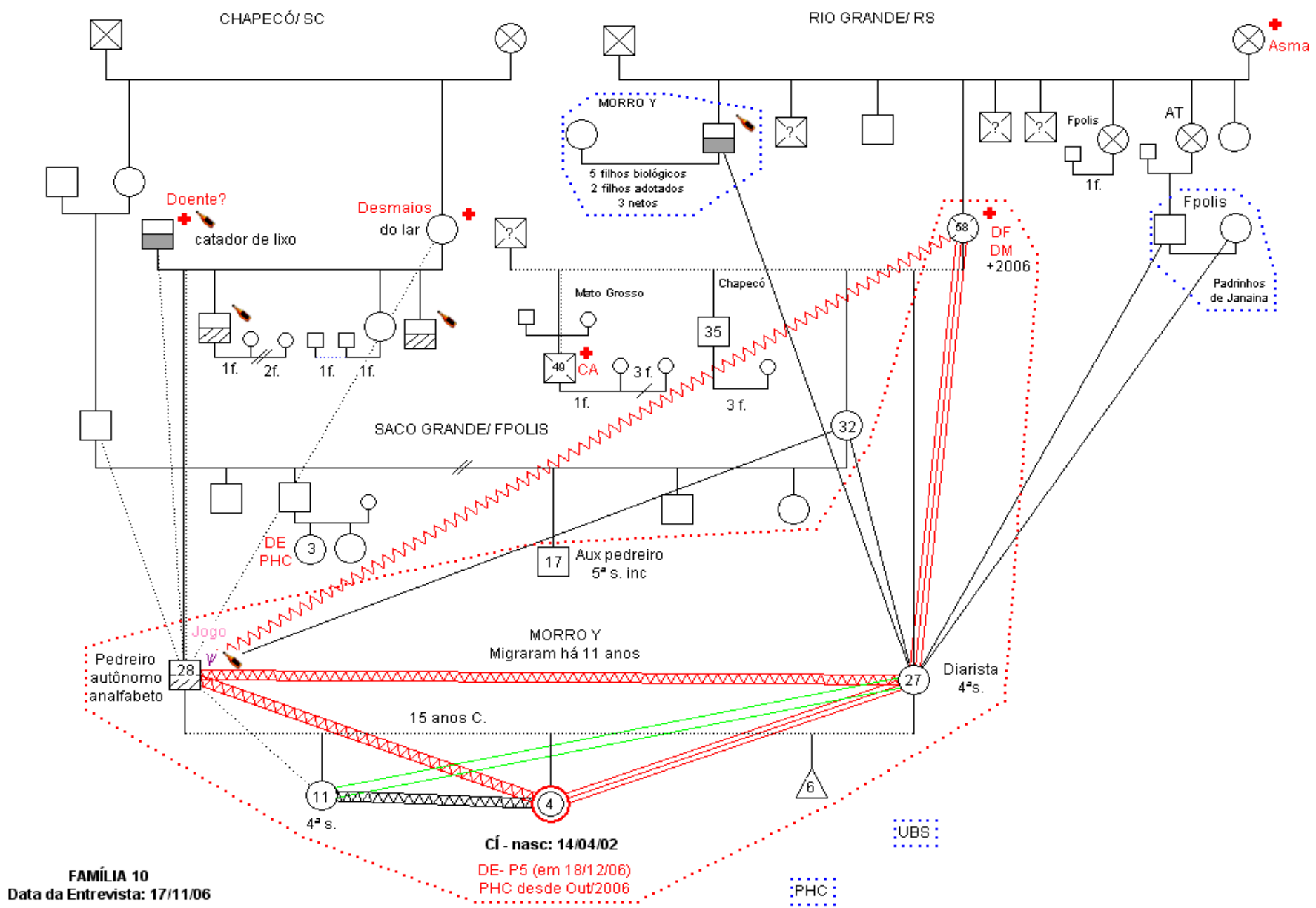












FAMÍLIA 10
Data da Entrevista: 17/11/06

11.5. ANEXO 5:

Entrevista da Família 3 (F3)

TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA COM O CASAL:

Pa: pesquisadora

P: Pai

M: Mãe

CÍ: Criança Índice

Data: 03/07/06 - Início: 13:25 - Término: 15:25

Local: no domicílio da família.

Participantes da entrevista: o casal. O filho estava na creche.

OBS: Apresentam-se as partes consideradas como principais da entrevista.

Pa: Como é morar aqui?

M: Não sei se já ouviu falar, mas esse morro agora tá um dos mais perigosos. Antes o lixo passava todo dia de noite, agora vêm só três vezes na semana de manhã porque eles têm medo de subir a noite por causa dos tiroteio. Semana passada na quinta feira a tarde teve batida da polícia aqui e foi coisa mais horrível o tiroteio. Eles passam correndo em volta da nossa casa. Não dá nem pro nosso filho brincar no terreno, a gente tem medo de uma bala pegar nele. A gente morre de medo, eu não saio nem prá rua.

P: Eles passam atirando, o menino chora, parece um faroeste.

Pa: A tua família então mora toda aqui perto?

P: Sim, mora todo mundo em volta, nossa casa fica no meio de todo mundo.

M: Mas se a gente precisa de um copo de água quando falta a nossa ninguém dá.

P: Olha, quando falam que morar perto de parente é bom, mas no nosso caso essa experiência é muito ruim. Aqui não dá prá tossir que um já sai comentando.

M: Se o menino chora aqui, né reinando, porque ele é muito nervoso, lá de baixo eles já gritam: o quê que ele tá chorando?

Pa: O que mais preocupa vocês enquanto família hoje?

M: Ah, o nosso filho.

P: Ele é uma criança que não tem apetite. Aqui tem de tudo, a gente não deixa faltar nada prá ele, mas ele não come.

M: Ele é muito nervoso...

P: Nervoso a ponto de morder ela, bate com a cabeça no piso, se joga, arranha. Se não fizer o que ele quer pronto.

Pa: Essa preocupação começou quando?

M: Começou esse mês, ele tava bem e aí foi ficando ruim, todo dia ruim, todo dia doente, pegou aquela virose lá. A gente já se preocupava ...

P: Ele só tá na caveira, só tem cabeça...

M: Ta bem magrinho.

P: Dá prá contar os osso dele. A gente vai no médico, o médico diz que lava as mão que não tem mais o que fazer por ele. Se ele que é médico não sabe, como é

que a gente vai saber? Ele disse: eu lavo as minhas mão, não sei mais o que fazer com esse guri! Se ele fala pruma mãe, um pai que é mais cabeça fraca ela vai fazer o quê! Devia dizer vamo luta, vamo dá um jeito nessa criança, não pode ficar assim!

Pa: Ele não passou segurança prá vocês então?

P: Não. O dia que eu chego lá e ele disse que eu lavo as minhas mão, que não sei mais o que faze com esse guri.

M: Em outras palavra ele falou isso.

P: Resumindo ele falou isso. Oh, não posso faze mais nada pelo teu filho. A gente chega lá ele pesa a criança, mede a criança e dá umas vitamina prá criança e pronto. Mas o que tem que faze é que a criança não come, não tem apetite.

M: A gente já sabe que quando ele tá em casa a gente tem que ficar só com ele, tem que tá tudo pronto dentro de casa, porque a atenção é só prá ele, só prá ele.

P: Mas também isso é só com nós, ele vai prá creche lá ele come, ele brinca, ele não chora. Aí chega em casa ele ...

P: Resumindo, a gente não acha ele uma criança normal. Eu não conheço nenhuma até hoje que faz isso o que ele faz.

Pa: O que vocês fazem quando ele faz isso?

M: A gente tenta distrair ele com alguma coisa.

P: Ele para sozinho. Parece que tem alguma coisa perturbando ele. Olha, nosso primeiro filho e uma complicação dessa!

M: Nunca mais eu quero ter filho.

Pa: Tá certo. Depois eu vou perguntar melhor como foi a gravidez tá bom? Ainda sobre essa preocupação maior, quais são as principais dificuldades prá resolver essa situação?

M: A gente quer saber o quê que ele tem no estômago...

P: Às veze ele come, mas vomita tudo de volta. Parece que tem alguma coisa no estômago que não aceita né.

M: E o comportamento dele também tá péssimo.

P: Não sei se ele foi mimado demais que ficou desse jeito. Eu acho que ele teve chamego demais, aí ficou confiado e ficou desse jeito

M: Eu não acho que é isso.

Pa: E quem que ele respeita mais?

M: Ele (o pai).

P: Ah, quando eu falo, ele pára. Mas tem vez que ele morde e dá cabeçada. Acho que é meio de defesa dele.

M: É, e bate na parede.

P: Se deixar ele nervoso... Agora como é que pode, ele brinca e tudo, mas não tem fome! Não é normal isso. Aí chega de noite ele dorme das sete da noite até as dez da manhã. Também não vamo acorda ele.

Pa: O que há de melhor entre vocês três?

P: O que tu acha?

M: Ai eu acho que agora de melhor não tem nada. Bom, pelo menos eu acho que o que tem de melhor é que eu e o A somos saudável.

P: E somo um casal unido que se damo bem né.

M: Ah, eu não sei. Eu acho que não tem nada de melhor.

Pa: O que vocês consideram que aprenderam de mais importante com as famílias de vocês?

M: O respeito eu acho, a educação.

P: Só educação porque o resto... São drogado, são alcoólatra, esse meu irmão mais jovem começa festa sexta e acaba na segunda. A mãe e o pai sustentam ele. Nós somos quatro irmãos, mas não dá pra contar com eles. Nós se ajudamos sozinho, meu pai e minha mãe nunca deram nada.

M: Nunca deram uma bala pra gente.

P: Essa casa aqui foi feita suado. Agora o resto lá embaixo são eles que sustentam. Meu irmão mais que tem três filhos, não trabalham, meu pai e minha mãe saem pra trabalhar, e eles ficam lá comendo lá em casa. O outro meu irmão também separou e também eles sustentam. Então é uma situação meio complicada.

M: Aqui mesmo é um lugar que não dá pra contar com ninguém.

Pa: Como a família costuma compartilhar suas alegrias e tristezas?

P: Sozinhos. Eles fazem as coisas lá não convidam a gente, são pai e mãe, mas eles não convidam. E se a gente convida eles, eles não vem. Agora se outros meus irmãos fazem eles vão.

P: E com a tua família?

P: Do pai dela? Desde que nós casamos ele nunca veio aqui, a gente é que vai lá de vez em quando.

M: É que o meu pai já era assim mesmo. É que ele já era separado da mãe, a gente foi criado só com a mãe.

P: Mas pai é pai.

M: A gente só foi se reunir tudo quando a mãe morreu. Aí só quando eu ganhei o G. é que o pai foi lá na maternidade.

P: Aí ele liga pra cá quando ele tá meio bêbado, e pra brigar com ela ainda.

M: É pra dizer porquê que eu não ligo pra ele. Mas assim as pessoas que eu tenho mais contato da minha família são as minhas irmãs que moram aqui.

Pa: Aniversário vocês comemoram?

P: Não.

M: Mas no aniversário do G. de dois aninhos a gente vai fazer um bolinho. No de um aninho ele tava doente, mas a gente beijou ele, abraçou bastante.

Pa: E as tristezas?

P: Só entre nós mesmo, não dá pra falar nada pra ninguém aqui que eles já saem falando pra todo mundo.

M: É, já saiu um boato por aí que uma das parentes do A....

P: É mulher do meu primo.

M: Ficou espalhando que o G. tem uma doença incurável.

P: Eu acho que eles não vem aqui por causa disso, porque pensam que aqui tem um vírus, uma doença contagiosa. Não deixam nem o Mateus chegar perto dele pra brincar com ele.

M: Tudo por causa do baixo peso dele.

P: A gente faz de conta que não vê.

M: Eles falam: ai como essa criança tá magra, tá na pele e no osso. Aí ficam jogando mais praga ainda, porque é a mesma coisa que jogar uma praga. A criança fica escutando isto já fica impressionada. A mãe dele só sabe vir aqui pra dizer que o menino tá magro. Eu digo que se ela não quer discutir que pare de

dizer que ele ta magro. Qualquer dia eu vou pegar o guri e vou sumir daqui prá ninguém mais falar.

Pa: Quais os momentos que mais marcaram sua família?

M: Prá mim foi quando a mãe morreu, foi bem difícil. Depois coisa boa foi quando o nosso filho nasceu.

Pa: Podem falar de outros momentos que podem ter sido marcantes: aborto, divórcio, prisão de alguém da família, mudança de casa...

M: Ah, foi. Quando eu me mudei prá cá eu chorava dia e noite. Eu não queria vir morar prá cá, sabia que eles iam botar olho grande no guri. Eu vim morar prá cá grávida, sumia roupinha grávida. Tinha um monte de gente com inveja que queria ter filho e não podia daí ficavam falando: ai como tua barriga ta bonita, não sei o quê, com uns olhão. Ficava com medo. Eu Acredito nessas coisas de olho grande. Aqui é o pior lugar do mundo prá morar.

Pa: Vocês decidiram juntos?

M: Foi por causa do terreno. Lá não dava prá morar porque só tem uma pecinha. A casa que o meu irmão mora só tem uma peça e a madeira já ta se acabando, o cupim ta comendo tudo. A vó dele não queria que a gente se mudasse prá cá, foi difícil segurar essa barra sozinho, ninguém vinha ajudar nós. A gente não tinha banheiro, ninguém oferecia nada, a gente tinha que se virar sozinho. Eu trabalhava a gravidez toda de doméstica.

Pa: E quando a tua mãe morreu, o que aconteceu com a tua família?

M: Todo mundo se dispersaram, cada um ficou prum lado.

Pa: A tua mãe conseguia reunir os filhos?

M: Sim, no domingo geralmente tava todo mundo junto. Foi um momento difícil quando ela foi pro hospital, a gente tinha que ficar lá direto. Aí todos os filhos iam. Depois que ela morreu a gente começou a se encontrar na casa do pai, todo mundo ia. Aí começaram as brigas. Começaram a dizer que quando a mãe era viva quase ninguém se reunia, aí agora ta todo mundo na casa do pai que nunca deu bola prá gente. Daí ninguém mais vai na casa de ninguém, só ligam assim de relance, eu também. Depois que a mãe morreu o salário dela a gente dividia eu, meu irmão e minha irmã. Depois que eu casei minha irmã disse que eu não merecia mais receber porque eu tava casada no papel. Depois eu fui descobrir que ela tinha feito um empréstimo e que tirou o dinheiro de mim prá pagar a dívida. Tudo isto foi motivo das briga e prá gente se afastar.

P: Essa irmã passou a perna, já tem uma casa no terreno da mãe dela e quer ficar com tudo prá ela.

M: Pior que agora ela tá numa situação pior do que a gente. Quando ela vem aqui, a gente ainda dá um pouco de comida prá ela.

Pa: E tu moravas com os teus pais?

P: Eu não, eu já fui pastor, fiquei três anos na igreja. Já fui prá Tijucas, ficava um mês numa igreja, um mês na outra.

M: Mas era bem melhor né, do que ficar morando aqui com essa corja.

P: Aí eu saí. Podia casar mas tinha que esperar a autorização. Se eu fosse ficar esperando até hoje eu ficava solteiro. Ela ía também na igreja, eu conheci ela e quis casar com ela. Quando a gente tava namorando eu morei um período com o meu pai até eu ir morar com ela.

Pa: E quem que te autorizou em construir a casa aqui?

P: Foi o meu pai, porque como parte da herança, uma parte desse terreno todo é dele, então ele me deu um pedaço.

Pa: Como vocês estão falando bastante da tua avó vou colocar ela aqui no mapa. E o teu avô?

P: Meu avô ta inválido, já teve três derrames, não conhece ninguém, ficou quase cego. Minha vó parece que tem 30 anos, vai fazer uns 80 e carpi tudo isso aqui e vive falando da vida dos outros.

Pa: Como é a tua relação com ele?

M: Eu vivo com ele no colo, eu dou carinho, converso bastante com ele, brinco com ele. Ah, ele ainda mama no peito.

Pa: É bem próxima a tua ligação com ele?

M: É, nossa, meu deus. Eu até mudei o meu horário de trabalho prá tá em casa quando ele chega da creche.

P: Tem que ta nós dois juntos em casa quando ele chega da creche, quando um dos dois não ta é um berreiro. Ele quer ver nós dois juntos. Ele vai dormi tem que ta os dois junto com ele.

M: Tem que deitar na hora que ele quer o dois junto com ele.

Pa: Ele tem medo de alguma coisa?

M: Não sei, eu acho que ele tem medo que a gente se separe. Uma vez a gente se brigou na frente dele daí ele ficou revoltado.

P: A gente sabe que isso não é bom. Foi desse tempo prá cá que ele ficou assim.

M: Ele ficou bem nervoso. Eu botei ele prá dormir no sofá e o bebê não parava de chorar. Aí eu vi que isso não era bom prá ele e parei.

M: O nosso filho é apegado demais comigo, acho que isso faz até mal prá ele, eu sou muito apegada com ele.

Pa: E a tua relação com o teu filho, como é?

P: É a mesma. Procuo brincar com ele, dou muito carinho.

Pa: E com quem ele é mais apegado?

P: Com os dois. Não estando um ele chora. Ele mama no peito, mas não fica sem ta comigo.

M: Ele gosta muito do pai, meu Deus!

Pa: E como é a relação da criança com os parentes de vocês? Tem alguém que ele é bem chegado?

P: Ele não fica com ninguém.

M: Ele gosta de brincar com uma priminha filha do meu cunhado, tem 5 anos. Com meus parentes não tem ninguém que ele gosta.

Pa: Mesmo tendo este conflito, como é a tua relação com a tua família?

P: Eu me dou com todo mundo, mas em termo de precisar de alguém não conto com ninguém. Não sou de mal com ninguém, mas também não sou chegado em ninguém.

Pa: E você com a família dele?

M: Não. E não me dou mesmo com uma prima dele, essa que eu falei que invejava a minha barriga e diz que nosso filho tem uma doença incurável. Eles têm um filho de nove meses bem gordinho e daí ela enche a boca prá falar do nosso filho.

Pa: Ele é filho de um irmão do teu pai?

P: É. Eu também não gosto deles. E com os pais deles também.

M: É eles são muito falsos. No início antes de eu engravidar eles vinham aqui em casa, almoçavam com a gente tudo, depois é que viraram tudo.

Pa: E com os teus sogros?

M: Falo assim, mas não me dão bola. Com as cunhadas também não me dou. Agora não tem cunhada nenhuma, tão tudo separado. Os irmãos dele são todos separados.

Pa: As separações são por conta do quê?

P: A mulher do mais velho teve coisa com uns baiano que vieram morar aí no morro. Quando descobriu ela tava botando chifre nele. Ela deixou as crianças com ele e foi embora. Ele não quer saber de nada da vida, só vive na igreja. O outro separou porque vivia jogando e bebendo no bar e a mulher encheu dele.

M: É mas ele é que faz tudo dentro de casa, ela não fazia nada, nem trabalhava e ela é que largou ele.

Pa: Depois eu vou voltar prá questão do alcoolismo tá? E com a tua família, tem alguém que vocês são chegados?

M: Sou mais chegada com a minha irmã, posso contar com ela pro que a gente precisar. A do Rio não veio nem no enterro da mãe. Mas não sou brigada com ninguém.

Pa: E com o teu pai?

M: A gente quase não se vê. É bem distante, só prá dizer que tenho pai mesmo.

Pa: E tu A como é com os teus pais? Como tu te sentes com eles?

P: Eu falo com eles mas dificilmente eu vou lá em casa, é bem distante mesmo sendo aqui do lado. A gente é bem sozinho, é difícil!

Pa: As pessoas da tua família são unidas?

P: É, eu é que me deixam de fora.

Pa: O que levou eles a fazerem isso?

P: Não sei. Foi depois que eu me casei, mas foi só comigo. Pros outros eles deram casa tudo. Não sei se foi porque eu cortei com a igreja prá me casar.

Pa: Teus pais são muito religiosos?

P: São fanáticos, pode ser por isso não é. Agora pensando nisso ...

M: Já na minha todo mundo é desgarrado mesmo, é diferente do caso dele.

Pa: Então tu estás mais acostumada com isto?

M: É, eu sou assim, sempre foi assim lá em casa, agora ninguém fica muito junto mesmo. Se a mãe tivesse viva tudo ia ser diferente, ela nem ia deixar a gente vir prá cá, íamos ficar lá junto com ela, tinha construído outra casa onde tá a velha.

Pa: Quem tem problema com bebida ou droga na família?

P: Todos os meus irmãos tem ou já tiveram. O mais velho era beberrão, daí ficou fanático da igreja e parou, é daquele que diz que deus proverá. O outro bebe e joga, trabalha mas gasta muito na bebida. O mais novo bebe e tá na maconha.

Pa: E o teu pai?

P: Sempre bebia muito, daí parou, mas agora voltou de novo, meu irmão fica convidando ele prá ir pro bar e ele vai.

Pa: E ele joga também?

P: Joga.

Pa: Perde dinheiro no jogo?

P: É.

Pa: Alguém tem algum outro problema, alguma doença?

M: Os sobrinho são tudo saudável. Tem um de um ano que é uma bola, o irmão de 11 anos também é obeso.

P: Eles são gordo demais, os dois são obesos.

Pa: E na tua família?

M: Não, ninguém tem doença.

Pa: E alcoolismo?

P: Ah, o pai dela é beberão também.

M: Meu pai era, agora bebe menos porque o médico mandou parar por causa do fígado. Já disse prá mulher dele não deixar ele beber.

Pa: Desculpem perguntar, mas algum de vocês já teve problema com álcool?

P: Eu antes de entrar prá igreja eu bebia.

M: Eu nunca bebi, nunca fumei, nunca usei droga.

Pa: Como tu conseguiste parar?

P: Por causa da igreja, houve uma libertação.

Pa: Dá prá dizer que era uma situação parecida com este teu irmão mais jovem está bebendo?

P: Não, eu era pior. Eu passava três quatro dia sem vir em casa.

M: Lá em casa ninguém podia beber que apanhava da mãe.

P: Mas a tua irmã bebe um monte fim de semana.

M: É quando ela sai prá dançar.

P: Oh, bebe um monte.

Pa: E como é que era o casamento dos teus pais?

M: Quando eles eram casados, o pai sempre vinha traindo a mãe, sempre, sempre. Aí depois a mãe conheceu outra pessoa depois de separar, que era muito beberrão também.

Pa: E os teus avós bebiam?

M: O pai do meu pai, meu avô bebia um monte. Meu Deus quanta gente que bebe né. (risos) Meu deus olha como ta o desenho!! (risos)

P: É legal!

Pa: E o casamento dos teus pais como é?

P: Muita briga. Meu pai chegava direto em casa bêbado, quebrava tudo, a ponto de bater na minha mãe, botava nós tudo prá rua prá bater na mãe. Agora não bate mais.

Pa: Ele batia em vocês?

P: Não, só na minha mãe.

Pa: E o que a tua mãe fazia?

P: Deixava baixar a poeira e depois ele voltava a fazer tudo que fazia antes. A mãe se acostumou com isto. Eu nem ligava, já era meio errado também, saía, acabava bebendo também. Eu saí, não queria ver aquilo, daí fazia coisa errada.

Pa: Teus irmãos faziam alguma coisa?

P: Meu mais velho já chegou até a bater no pai né, prá defender a mãe.

Pa: Nessa época o teu irmão também bebia?

P: Bebia. Antes tudo o que o meu pai fazia ele também fazia com a mulher dele. Foi depois que a mulher deixou dele porque cansou de apanhar, que ele entrou prá igreja e daí começou a defender a mãe. É, com a gente era assim também. No início eu batia nela, mas no meu caso era por ciúme. Eu não bebia mais, mas por ciúme eu chegava e agredia ela.

M: É no começo do namoro.

Pa: Um batia no outro?

M: Uma vez eu surrei ele por causa de uma vez depois de casado ele foi num jogo com os amigos e bebeu e chegou em casa e apanhou de mim.

P: Quando eu vi que não ia levar a nada eu parei. (risos)

M: Se tu não tivesse parado eu não tinha ficado contigo.

P: Ela não fazia nada, eu é que perdia o controle. Mas ela também é muito nervosa, ele já puxou também ela.

M: Foi ruim porque quando eu bati nele o neném viu e chorava um monte. Eu não devia ter feito aquilo. Machuquei de rosto dele todo com um tamanco. Botei ele prá fora aí ele começou a pedir desculpa de joelho. Pa: Vocês conversam sobre o que incomoda?

M: Agora a gente conversa bastante mas teve uma época que a gente só brigava.

Pa: Bem, e como é que vocês avaliam o casamento de vocês?

M: Ah, nós já passamos poucas e boas. (risos).

P: Agora o casamento ta bom, melhor do que isso estraga.

Pa: O problema antes era o quê?

P: as brigas né.

M: A gente não tava mais se entendendo.

P: Pai e mãe ao invés de ajudar só atrapalhavam.

Pa: Agora eu gostaria de falar um pouco sobre o dia-a-dia em casa. Quem cuida da casa?

P: Agora eu.

M: É, agora é ele (risos) Agora só eu to trabalhando e ele ta fazendo mais as coisa, leva e pega o bebê na creche.

Pa: E do cuidado com o filho?

P: Ela.

M: Banho eu que dou.

Pa: E brincar?

M: Nós dois, mas quando ele quer ir prá rua é o A. que vai.

Pa: E é função de quem o sustento da família?

P: É dos dois. Por enquanto eu não to trabalhando, mas recebo o seguro desemprego.

Pa: E na hora de tomar decisões, alguém toma a iniciativa?

P: Não, a gente decide tudo junto.

Pa: Na hora de resolver os problemas quem facilita e quem dificulta as coisas?

P: Ela é mais nervosa.

M: É mas ele também não é fácil. Tem coisas que eu prefiro que ele decida. As coisas de conserto da casa, das contas, é mais coisa de homem.

Pa: Vamos falar um pouco da criança. Como foi a gravidez dele?

P: Foi legal, tava tranquilo, a gente morava com a mãe dela.

M: É, mas eu trabalhava de doméstica.

Pa: A gravidez foi planejada?

M: Eu queria, mas no momento a mãe tava doente e o momento foi difícil porque eu tava cuidando da mãe. A gente não tinha pensado nisso, se descuidamo e eu engravidei. Era prá ter vindo agora que a gente tem a nossa casa.

Pa: Tu querias?

P: Eu queria.

Pa: Como foi a gestação? Você fez pré-natal?

M: Foi boa, fiz o pré-natal tudo direitinho, todo mês indo na consulta, fiz ultrassom e tudo.

Pa: E você teve depressão durante a gravidez ou depois do parto?

M: Dá prá dizer que sim, porque eu sofri muito com a morte da mãe, foi bem no início da gravidez. E depois eu tive que vir morar aqui, eu chorava muito.

Pa: E você chegou a pedir ajuda para alguém ou para um médico?

M: Não, sofri tudo sozinha. Ele é que me ajudava em tudo.

P: Na hora do parto foi meio preocupante. É que ele não chorou, o cordão umbilical tava enrolado no pescoço dele.

M: Foi normal, estourou minha bolsa dentro do ônibus. Só que ele nasceu muito pequenininho.

Pa: Ele nasceu com peso baixo?

M: Ahã. Nasceu com 2.600kg.

P: Talvez ele sempre foi magrinho porque o leite dela tem falta de alguma vitamina.

M: Também ele demorou prá chorar, só depois de 5 minutos. E demorou prá pegar o peito, só pegou no segundo dia.

Pa: E depois como foi o desenvolvimento dele?

M: Foi bom até os seis meses, daí ele não aceitava comer a papinha, não queria nada, nada, só queria o peito, mas o peito já não fazia a função de antes.

Pa: E de quanto em quanto tempo vocês levavam ele no médico?

M: todo mês.

Pa: E quando foi dito prá vocês que ele tinha baixo peso?

M: Com 11 meses. Ele disse que o menino tava com peso muito baixo.

Pa: E quando iniciaram no PHC?

M: O médico perguntou se eu queria participar do PHC. Eu disse que tanto faz, já tava desanimada mesmo, mas a gente não precisava ficar ganhando cesta, que não era por causa da comida que ele tava assim. Eu falei ainda pro médico que era por causa da comida que ele não ta engordando. Mas ele disse que era bom participar e eu aceitei.

P: A gente sempre teve de tudo prá comer em casa, nunca faltou nada, comprava de tudo prá ele. A cesta não era importante.

M: a comida não era problema. Agora a gente ta mais apertado, a gente não recusa a cesta, mas mesmo assim não resolve o problema.

Pa: E quando ele faz algo que vocês acham errado, o que vocês fazem?

P: Ah, eu falo com ele, mas tem hora que eu tenho que falar mais grosso e às vezes tenho que dar uns tapinha na bunda dele, mas aí ela acha ruim, só que se não ele fica muito confiado.

M: Eu não gosto que bate, às vezes o A. é muito grosso. Não quero que encoste um dedo nele.

Pa: Como é a hora da alimentação da criança? O que acontece?

M: Eu é que dou, é um trabalho, mas eu não insisto. É difícil ele comer alguma coisa. Daí pede um danoninho e eu dou.

Pa: Quem se preocupa mais com a criança?

M: Ah, é nós dois.

Pa: E quem se preocupa menos?

M: Ninguém.

Pa: E da família grande?

P: Ninguém. Pó, sábado ele teve que ir pro hospital, ficou na cama o dia todo, ninguém veio ver.

Pa: Quem tem ajudado vocês quando precisam? Podem considerar a escola, o posto de saúde...

M: A creche é ótima, as professoras incentivam muito ele a comer.

Pa: E quem mais vocês consideram que ajuda de alguma forma?

M: O posto também. Mas é só.

Pa: Vocês sabem o que é desnutrição?

M: Eu acho que é quando a criança ta com peso muito baixo.

P: Eu cheguei a faltar o serviço prá conversar com o médico prá ele explicar o que o meu filho tem e ele disse que lavou as mãos. Mas se o médico não tem competência prá resolver o problema, prá ajudar a criança então passa o serviço prá uma pessoa que tenha, que saiba. Teve um dia semana passada que ele tava com 40 de febre e não atenderam a gente no posto, tivemos que ir pro Infantil. Ficamos esperando mais de uma hora o médico e ele disse que não tava agendado e não ia atender.

R: A gente sente que o médico faz pouco caso da gente.

P: No meu ponto de vista ele já ta de saco cheio da gente, se pudesse nem atendia mais ele. Mas ele vai ter que atender e pronto. Eu não sou tolo, mas o trabalho dele não ta evoluindo nada.

Pa: Vocês consideram a desnutrição como um problema?

P: É.

M: E o médico disse que se ele continuar assim vai ficar uma criança raquítica. A gente ta apavorado, não sabemos mais o que a gente vai fazer.

Pa: O que vocês acham que ajudaria a resolver?

P: Se a gente tivesse condições levava pra atendimento tudo particular, prá fazer correr todos os exames que precisassem. No posto só sabem dizer quando precisa fazer exame que só tem uma vaga, então a criança morre e não é feito o exame que precisava.

M: Mas como a gente é pobre.

Pa: Você gostaria de sugerir algo para o serviço de saúde, para o Programa HC?

M: Eu gostaria, ah... não sei nem o que dizer.

Pa: É importante vocês falarem pois a pesquisa serve prá melhorar o atendimento de saúde.

M: Pois é, o que poderia mudar? O médico me disse: eu vou ser bem sincero, o filho de vocês é a única criança que ta com esse percentil um que é o último, né. Ele é o mais difícil de lidar porque ele não come. Eu queria que descobrissem o que ele tem. A gente não tem segurança.

P: Não é dito uma palavra que deixe a gente seguro. Deu um negócio nos ossos e disse só prá pegar sol, daí parece que esqueceu e não falou mais nada.

11.6. ANEXO 6:

Exemplo do Diário de Campo

08/05/06

Notas de campo

1- Reunião Educativa: Presentes- Equipe: assistente social, nutricionistas, médica (coordenadora hoje), pediatra, estagiárias Serviço Social, funcionário AFLOV; Participantes: 31 participantes e 10 crianças. Duas Agentes Comunitárias de Saúde ficaram responsáveis pela recreação das crianças.

Dinâmica 1: Com balões: os participantes não podiam deixá-los cair no chão. Discussão: sobre como coletivamente podemos resolver as dificuldades.

Dinâmica 2: Retomaram as causas da desnutrição já listadas e trabalhadas em encontros anteriores e localizaram no mapa da territorialização das famílias (que também já haviam feito) se as causas aconteciam na sua comunidade.

Respostas dos participantes “Desigualdade social- não; Falta de alimento – poucos disseram sim e a maioria não; Rede de esgoto ruim- não; Água fervida- a maioria disse sim e poucos não; Falta de limpeza na casa- não”.

Dinâmica 3: “Quais os locais/recursos que consideram que ajuda no combate à desnutrição”?

Sub-grupo do Morro X- “1) Escola e creche: devem oferecer cursos de orientação, informação para os pais. Devem ter um cardápio completo com o que a criança precisa, porque ela fica mais na escola do que em casa. Deve ter palestra para as crianças aprenderem sobre saúde para ensinarem os pais. A criança está desnutrida por causa da alimentação da creche. Professores devem ajudar os pais com orientação assim como se faz aqui; 2) Secretaria de Desenvolvimento Social e Igreja: ajudam com cesta básica. Podem dar palestras para os pais que querem aprender e grupos para as crianças”.

Sub-grupo do Morro Y- “1) Posto de Saúde: mas precisa haver medicação disponível no Posto. Tem famílias que ganham várias cestas básicas, mas a criança continua desnutrida. O problema é o que vem na cesta. Está faltando algo de nutriente. As mães não sabem usar a cesta. Falta higiene. Não adianta o

governo gastar e não ser aproveitado pelos pais. É importante a cesta e como usar. Os pais têm que ser educados; 2) Feirão Direto do Campo”.

Sub-grupo do Morro W- “1) Centro comunitário: tem que ter mobilização comunitária; 2) Lixeira: para melhoria das condições ambientais precárias, do lixo, esgoto”.

Fechamento da reunião: “Como foi para vocês pensarem sobre as causas da desnutrição e o que pode ajudar a resolver?”

Respostas dos participantes: “É difícil uma pessoa agir sozinha.” “Todos têm que colaborar”.

Encaminhamento para o próximo encontro: a equipe fará contato com lideranças comunitárias da região para pensar as condições de vida de cada Morro.

Notas do Pesquisador

- O local da reunião é limpo e arejado, com acústica ruim. O trabalho com as crianças é somente recreativo;
- Novamente não foi feita uma apresentação dos participantes novos. Em todos os encontros entram pessoas novas;
- Não está claro se as temáticas coordenadas pela equipe estão em sintonia com o que os participantes querem;
- Os participantes mostraram dificuldades em avaliar se determinadas causas existem ou não em sua área por falta de compreensão sobre o significado dos termos listados pelos profissionais. Ex: desigualdade social foi um termo listado pelos participantes em encontro anterior ou pela equipe. As pessoas demonstraram não compreenderem o significado, pois não incluíram como causa presente em sua área;
- Equipe preencheu os silêncios do grupo;
- Os participantes não foram envolvidos para fazer os contatos com os líderes comunitários;
- Percebi algumas pessoas tristes. Há um clima de apatia e impotência no ar. Não estão ali por vontade própria, mas por uma condicionalidade do Programa.