

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

RENATA OLZON DIONYSIO DE SOUZA

**PNEUMONIA E VULNERABILIDADE SOCIAL:
UM OLHAR PARA FAMÍLIA.**

São Carlos
2016

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

RENATA OLZON DIONYSIO DE SOUZA

**PNEUMONIA E VULNERABILIDADE SOCIAL:
UM OLHAR PARA FAMÍLIA.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), como parte dos requisitos para obtenção do título de mestre em Ciências da Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Giselle Dupas

São Carlos
2016

Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da Biblioteca Comunitária UFSCar
Processamento Técnico
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

S729p Souza , Renata Olzon Dionysio de
Pneumonia e vulnerabilidade social: um olhar para
família / Renata Olzon Dionysio de Souza . -- São
Carlos : UFSCar, 2016.
138 p.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de
São Carlos, 2016.

1. Enfermagem pediátrica . 2. Doença respiratória
. 3. Hospitalização . 4. Humanização da assistência.
5. Vulnerabilidade social família . I. Título.



Folha de Aprovação

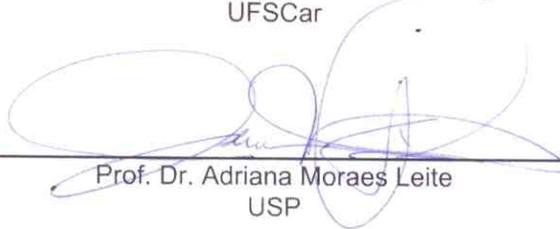
Assinaturas dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Renata Olzon Dionysio de Souza, realizada em 29/08/2016:



Profa. Dra. Giselle Dupas
UFSCar



Profa. Dra. Maira Deguer Misko
UFSCar



Prof. Dr. Adriana Moraes Leite
USP

Ao cuidado, que quando realizado com amor,
nos torna mais próximo de Deus.

AGRADECIMENTOS:

Agradeço inicialmente a Deus, pela vida, e pela oportunidade de aprender e crescer como pessoa.

Agradeço meus pais, sempre presentes, que foram meus guias na infância, e são minha direção até hoje, pois imprimiram em mim valores que me tornam quem sou.

Agradeço aos meus filhos, que são minha motivação e o sentido da minha vida.

Agradeço à Regina, que sempre presente, me apoiou nos momentos mais difíceis...

Agradeço minha professora Giselle Dupas, que direcionou meus estudos e nunca desistiu de mim, demonstrando sempre muita paciência.

Agradeço à Ana Clara que dedicou seu tempo e sua experiência em me auxiliar.

Agradeço às colegas de turma, especialmente Mayara, Vanessa e Fernanda, que se tornaram também uma amizade para os dias vindouros.

Agradeço ao Hospital Escola, local de trabalho e inspiração, e de tantas lembranças para toda vida.

Agradeço às famílias que participaram desta pesquisa, e abriram suas portas e seu coração, confiando-me sua realidade.



“No pequeno grupo doméstico inicia-se a experiência da fraternidade universal, ensaiando-se passos para os nobres cometimentos em favor da construção da sociedade equilibrada.” Joanna de Ângelis

RESUMO

Introdução e objetivo: Doença de grande impacto médico social, a pneumonia atinge especialmente a faixa etária de crianças menores de cinco anos. A família, como responsável pelo cuidado da criança deve ser compreendida neste contexto. Desta forma esta pesquisa objetivou “compreender a família como unidade de cuidado na situação de adoecimento da criança por pneumonia”. *Metodologia:* A pesquisa documental descritiva levou as famílias de crianças internadas por pneumonia, menores de 5 anos de idade provenientes de regiões de maior vulnerabilidade social, nas quais o Modelo Calgary de Avaliação Familiar (MCAF) foi aplicado para coleta de dados e análise dos resultados. *Resultados:* Foram analisadas 245 internações, que apontaram para 22 famílias que contemplavam o objetivo do estudo, das quais 14 efetivamente participaram da entrevista. A aplicação do MCAF nos permitiu observar famílias no ciclo vital de desenvolvimento de filhos pequenos, recebendo o apoio da família extensa, utilizando os diversos equipamentos de saúde, de forma não ordenada e não referenciada, com dificuldade de acesso. As atividades de vida diária permitiram observar o cuidado prestado à criança desde o momento do pré-natal, passando pela amamentação e pela puericultura, em cuidados relativos a prevenção e a situação de doença. A figura feminina esteve mais presente na forma da mãe e no apoio das avós, e as crenças permearam as atitudes relacionadas à doença na tentativa do seu controle. *Conclusão:* Esta pesquisa permitiu compreender como a promoção à saúde ocorre na unidade familiar, considerando seus apoios e o relacionamento com as redes de saúde. Quanto às instituições, observou-se a não efetividade na realização de seu papel. O modelo utilizado permitiu um olhar amplo e sistematizado à família, demonstrando a necessidade de compreender a singularidade de cada uma, movimento este, fundamental para a enfermagem, tornando possível a construção de soluções de forma conjunta, pontual e assertiva.

PALAVRAS - CHAVE: ENFERMAGEM PEDIÁTRICA. DOENÇA RESPIRATÓRIA. VULNERABILIDADE SOCIAL. FAMÍLIA. RELAÇÕES FAMILIARES. HOSPITALIZAÇÃO. HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA.

ABSTRACT

Introduction and purpose: Disease of important medical and social impact, pneumonia reaches, especially, the age of children under five years. The family, responsible for child care should be understood in this context. Thus this research aimed to "understand the family as a unit of care in the child's illness situation pneumonia." *Methodology:* Descriptive documentary research led families of children hospitalized for pneumonia, under 5 years of age from areas of greater social vulnerability, in which the Calgary Family Assessment Model (CFAM) was used for data collection and analysis of results *Results:* 245 admissions were analyzed, which pointed to 22 families who contemplated the purpose of the study, of which 14 effectively participated in the interview. The application of CFAM granted us to observed families in the life cycle of development of young children, receiving the support of the extended family, using the various health facilities, unordered form and not referenced, with difficult access. The daily activities allowed to observe the care provided to children from the moment of prenatal, through breastfeeding and the mothercraft, in care for the prevention and disease situation. The female figure was more present in the mother's form and support of grandparents, and beliefs permeated the attitudes related to the disease in an attempt to control. *Conclusion:* This research allowed us to understand how health promotion occurs in the family unit, considering its support and the relationship with the health networks. Regarding the institutions, it was found not to effectiveness in carrying out its role. The model allowed a comprehensive look and systematized the family, demonstrating the need to understand the singularity of each, a movement, essential for nursing, making it possible to build jointly solutions, timely and assertive.

KEY - WORDS: PEDIATRIC NURSING. RESPIRATORY DISEASE. SOCIAL VULNERABILITY. FAMILY. FAMILY RELATIONSHIPS. HOSPITALIZATION. HUMANIZATION OF ASSISTANCE.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Diagrama ramificado do Modelo Calgary de Avaliação da Família	28
Figura 2 - Percentagem de patologias em crianças Internadas de 0 a 14 anos no Brasil no ano de 2014*	35
Figura 3 - Número de internações mensais de crianças de 0 a 14 anos no Brasil em 2014.*	36
Figura 4 - Distribuição de patologias em crianças Internadas de 0 a 14 anos na Região Sudeste, no ano de 2014*	37
Figura 5 - Número de internações mensais de crianças de 0 a 14 anos na Região Sudeste em 2014 mensalmente*	38
Figura 6 - Percentagem de patologias em crianças Internadas de 0 a 14 anos no Estado de São Paulo no ano de 2014*	39
Figura 7 - Número de internações de crianças de 0 a 14 anos no Estado de São Paulo em 2014 mensalmente*	40
Figura 8 - Percentagem de patologias em crianças Internadas de 0 a 14 anos na Cidade de São Carlos no ano de 2014*	41
Figura 9 - Número de internações de crianças de 0 a 14 anos na Cidade de São Carlos em 2014 mensalmente*	42
Figura 10 - Internações no Hospital Escola (H1) no ano de 2014	44
Figura 11 - Número de crianças de 0 a 12 anos internadas mensalmente no H1 em 2014 mensalmente de acordo com a patologia	45
Figura 12 - Percentagem de internações de crianças de 0 a 12 anos internadas por doença respiratória no ano de 2014 no HE. Entre parênteses se encontra o número de casos	46
Figura 13 - Internações por Pneumonia em crianças de 0 a 12 anos no HE no ano de 2014	46
Figura 14 - Comorbidades associadas em crianças menores de 5 anos internadas por Pneumonia no HE no ano de 2014	47
Figura 15 - Mapa de localizações do Índice Paulista de Vulnerabilidade Social	48

Figura 16 - Mapa de localizações do Índice Paulista de Vulnerabilidade Social	49
Figura 17 - Legenda Genograma e Ecomapa	51
Figura 18 - Diagrama Modelo Calgary adaptado com foco para “Estrutura”	66
Figura 19 - Diagrama Modelo Calgary adaptado com foco para “Funcional”	84
Figura 20 - Diagrama Modelo Calgary adaptado com foco para “Desenvolvimento”	110

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Grupos de Vulnerabilidade segundo o IPVS	30
Tabela 2 - Razão do número de internações por problemas respiratórios	43
Tabela 3 - Identificação das famílias entrevistadas	50
Tabela 4 - Informações relacionadas a classe social e ambiente familiar	78
Tabela 5 - Informações sobre a gestação e a criança	91
Tabela 6 - Características relacionadas ao ciclo de cada Família.	113

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	
1.1 Motivação do estudo.....	16
1.2 Doenças respiratórias na infância e fatores de risco associados	17
1.3 Hospitalização e o sofrimento da criança e de sua família.....	19
1.4 Justificativa do estudo.....	22
2 OBJETIVOS	
2.1 Geral	24
2.2 Específicos	24
3 METODOLOGIA	
3.1 Caracterização do estudo	26
3.2 Participantes do estudo	26
3.3 Aspectos éticos	27
3.4 Modelo Calgary de Avaliação da Família	27
3.5 Coleta de dados	29
3.5.1 Primeira Fase – Análise dos Prontuários	29
3.5.2 Segunda Fase – Entrevista com Famílias	30
4 RESULTADOS	
4.1 Informações Epidemiológicas sobre o Problema Respiratório	34
4.2. Busca dos participantes do estudo	43
4.2.1 Consulta aos prontuários do Hospital	43
4.2.2 Análise da vulnerabilidade das famílias em questão	47

4.3 Entrevistando as famílias	50
4.3.1 Características, Genograma e Ecomapa de cada família	51
4.3.2 Aplicação do Modelo Calgary de Avaliação da Família (MCAF)	66
Estrutural	66
Funcional	84
Desenvolvimento	110
5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	115
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	124
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	127
ANEXOS	133

APRESENTAÇÃO

Cuidar de crianças sempre foi algo que aspirei, e só depois de alguns anos de trabalho hospitalar na área de adultos, circunstâncias externas me encaminharam para trabalhar em uma unidade de pronto atendimento e internação infantil. Neste caminho, a busca pelo conhecimento me levou à pós-graduação, onde me deparei com uma professora que tinha como objeto de estudo a família. De início, estranhei a importância do assunto, mas me detive em procurar entendê-lo. Tentei então me adaptar a este tema, mas na realidade era algo muito imaturo ainda. De forma paralela, durante minha atividade no hospital, sentia inquietação com a forma como as mães cuidavam de seus filhos, com as internações repetidas, e com a dificuldade em mudar o estilo de vida em favor da criança. Isso fazia com que minha aproximação às mães se tornasse difícil, pois não as acolhia. E como auxiliar quem não cativamos? Assim, mesmo me esforçando para auxiliá-las, nem sempre tinha sucesso, o que muito me incomodava.

Algo dentro de mim indicou um caminho quando observei, na atitude de uma profissional mais experiente que o acolhimento fazia a diferença. Penso agora, nelas, as mães, colocando-me em seus lugares e assim, me aproximando mais delas. Este era o caminho: conhecer sua realidade, me colocar mais próxima, sem julgar, conhecer seus saberes, suas limitações, seus medos e dificuldades, seu conhecimento da vida, o muito que elas sabem, e assim colocar o meu desejo de ajudá-las, e de transmitir algo de bom, buscando tornar a família uma unidade de cuidado efetiva a seus membros. Sim, acreditei que realmente seria possível, através do conhecimento da realidade daquela família, para a busca pela saúde de seu filho.

1. INTRODUÇÃO

1.1 Motivação do estudo

A doença respiratória é de grande importância epidemiológica nas sociedades em desenvolvimento (ARANHA; GRISI; ESCOBAR, 2011). Enquanto a Organização Mundial de Saúde considera a infecção do trato respiratório baixo a segunda causa de morte mais importante em crianças com menos de cinco anos de idade, mas para alguns autores a infecção respiratória aguda representa a maior causa de adoecimento, e uma das mais importantes causas de mortalidade infantil ao redor do mundo (ALBUQUERQUE; VARELLA; SANTOS, 2012).

Para a UNICEF a mortalidade infantil é considerada um sensível indicador do desenvolvimento do país (UNICEF, 2008). O investimento na saúde de crianças e suas mães, não é apenas uma exigência de direitos humanos, mas também uma sólida decisão econômica por percorrer caminhos mais seguros, em direção a um futuro melhor.

No Brasil, segundo o caderno de informações de saúde mais recente do ministério da saúde, as doenças do aparelho respiratório se encontram em segundo lugar como causa de internação, perdendo apenas para os motivos de internação por gravidez, parto e puerpério. Desta forma, 13,8% das internações são por doenças do aparelho respiratório, sendo que a maior prevalência se encontra na faixa etária de menores de 10 anos (acima de 30%). A mortalidade para doenças respiratórias no Brasil é de 10,6%, sendo a faixa etária prevalente a de 1 a 4 anos, quando a mortalidade é de 17% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Da mesma forma no estado de São Paulo, as doenças do aparelho respiratório se encontram em segundo lugar como causa de internação com o valor de 11,6% das internações, sendo a maior prevalência para faixa etária menor de 10 anos, quando as internações são de no mínimo 28% de acordo com a faixa etária. É assim que a mortalidade por este motivo, nesta região é de 12,4%, sendo prevalente na faixa etária de 1 a 4anos com 18,3% dos óbitos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Estudo realizado com pacientes hospitalizados em uma cidade do estado do Rio de Janeiro demonstrou que as idades abaixo de um ano (46,3%) e de 1 a cinco anos (29,8%) foram as de maior incidência dessa patologia (ALBUQUERQUE; VARELLA; SANTOS, 2012).

A localidade em que se realizou o presente estudo, está situada no interior do estado de São Paulo, possui de cerca de 239 mil habitantes, conta com aproximadamente 35 mil com menos de 12 anos, segundo dados do (IBGE, 2015). A rede de saúde que equipa esta cidade é composta por doze Unidades Básicas de Saúde, três Unidades de Pronto Atendimento e dois Hospitais de pequeno porte, de nível secundário e que também funcionam como pronto socorro e atendem ao SUS (SÃO CARLOS, 2015). Um destes possui pronto atendimento de emergência e dezessete leitos de internação, dos quais, cinco são pediátricos, sendo o local de pesquisa para coleta de informações primárias que posteriormente foram tratadas, resultando em um grupo de amostragem e desenvolvimento do presente trabalho.

Através de pesquisa documental no hospital em questão, foi possível observar a internação de várias crianças por problemas respiratórios diversos, sendo que os cuidados a elas prestados pelos mesmos motivos se tornavam recorrentes, trazendo angústia não apenas à criança e seus familiares e/ou cuidadores, mas também à equipe hospitalar responsável por seus cuidados. Esse fato despertou interesse e desejo na autora de fazer “algo mais”, estimulando-a ao desenvolvimento do presente trabalho.

1.2 Doenças respiratórias na infância* e fatores de risco associados

A Pneumonia, doença inflamatória aguda de causa infecciosa que acomete as vias aéreas inferiores, se mantém como a doença de maior impacto médico social quanto à morbidade e aos custos relacionados ao tratamento, sendo que a criança menor de cinco anos se encontra nos grupos etários mais suscetíveis de complicações, fato que tem justificado a adoção de medidas de prevenção a este grupo (CORREA et al, 2009). O Brasil é um dos quinze países com maior número (1,8 milhão) de casos anuais de pneumonia nessa faixa etária. Embora ao longo dos anos tenha se observado um decréscimo no número de óbitos, a pneumonia se manteve ainda como a segunda causa de óbitos nessa faixa etária (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

* Definição de infância utilizada segundo o dicionário Houaiss (2001) da língua portuguesa, o período que vai do nascimento até o início da adolescência na vida de um ser humano; e ainda de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (2010), que “considera-se criança, para os efeitos desta Lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos”.

Nos casos de “Pneumonia Grave”, aquela em que há uma probabilidade maior de deterioração do quadro clínico ou alto risco de morte, a internação em Unidade de Terapia Intensiva é indicada pela Sociedade Brasileira de Pneumonia e Tisiologia (UNICEF, 2008), devido à alta complexidade de diagnóstico e tratamento corroborando para o alto impacto relacionado aos custos de tratamento, já citados anteriormente (CARDOSO, 2010).

Quanto aos fatores de risco para doenças respiratórias, estudos mostram que o estado de saúde das pessoas está fortemente associado às condições sociais (ARANHA; GRISI; ESCOBAR, 2011; CHALFUN *et al*, 2009; WONODI *et al* 2012). Da mesma forma acredita-se que as condições econômicas interferem na gravidade da doença, necessitando até de tratamento em unidades de terapia intensiva (CORRÊA *et al* 2009).

Estudo realizado em sete países em desenvolvimento demonstrou que os fatores de risco para a pneumonia se caracterizam principalmente pelo baixo nível sócio econômico, baixa escolaridade materna, baixa renda familiar, tipo de ocupação no trabalho, falta de acesso ao cuidado da saúde, número elevado de pessoas que dividem a mesma habitação, e poluição do ar (WONODI *et al* 2013). Outro estudo (CHALFUN *et al*, 2009), com crianças de um a três anos, observou elevada frequência de baixa escolaridade e baixa renda familiar, além de outros fatores como prematuridade, baixo peso e aleitamento materno.

Em um estudo sobre a associação entre fatores socioeconômicos e mortalidade infantil por diarreia, pneumonia e desnutrição, a relação entre saúde e diferenças sociais foram comprovadas por evidências, demonstrando a necessidade de manter a atenção a esta camada de baixa renda da população, onde sabidamente a maior parte de mortes infantis por causas evitáveis ocorrem (FRANÇA *et al*, 2001). A íntima associação entre a incidência de pneumonia e áreas privadas de condições socioeconômicas, indicando a necessidade de preocupações vacinais com estas regiões, (THORN *et al*, 2011) nos faz pensar na necessidade de um olhar para estas crianças e suas famílias, na busca de compreender as suas realidades e o sua forma de cuidar da saúde.

Visando avaliar esse aspecto, o SEADE (Sistema Estadual de Análise de Dados), baseado em informações do censo 2000, criou o IPVS, Índice Paulista de Vulnerabilidade Social. Este índice é um instrumento para identificar os locais

prioritários para intervenção do estado através de políticas públicas, buscando localizar espacialmente os locais onde se concentram a residência de segmentos populacionais mais frágeis. Do ponto de vista de conceito, o IPVS apoia-se em dois pressupostos: o fato de que a vulnerabilidade social deve considerar inúmeras dimensões da pobreza e a consideração de que a segregação espacial é um fenômeno presente e que contribui de forma decisiva para a permanência dos padrões de desigualdade social. Assim, para o SEADE, o conceito adotado de Vulnerabilidade Social refere-se ao fato de que o indivíduo, a família ou o grupo social possui maior ou menor vulnerabilidade de acordo com a sua capacidade de controlar as forças que afetam seu bem estar (SEADE, 2010).

Segundo o IPVS versão, na 2010, ao ser analisada do ponto de vista da Vulnerabilidade Social, a população da cidade onde foi realizada a pesquisa, apresenta a seguinte situação: 59% se encontra no grupo 2 (vulnerabilidade muito baixa), em seguida 14,7% se encontra no grupo 3 (vulnerabilidade baixa), logo após o grupo 5 (vulnerabilidade alta), o qual se destaca com 12,9% (IPVS SÃO CARLOS, 2010). Os demais grupos (1 (vulnerabilidade baixíssima), 4 (vulnerabilidade baixa) e 7 (vulnerabilidade alta setores rurais)) se seguem com 7,6%, 5,7% e 0,1% respectivamente.

1.3 Hospitalização e sofrimento da criança e de sua família

Entende-se por hospitalização o período de tratamento que ocorre para a criança internada dentro do hospital. O dicionário define hospitalização como a ação ou o efeito de hospitalizar-se, ingressar como paciente em um hospital (HOUAISS; VILLAR, 2001). Para a criança, este período se traduz como traumático, em que ela se encontra longe do seu ambiente familiar, em um ambiente estranho, frio, impessoal e hostil e da mesma forma para a família surgem inseguranças quanto à capacidade de retomar o equilíbrio e muitas dúvidas relacionadas a esta situação (MORAIS; COSTA, 2009).

A permanência de familiares durante a hospitalização tem o objetivo de minimizar os sentimentos adversos presentes na criança internada, bem como aliviar o “stress” de seus familiares. A presença do cuidador principal, permite que o cuidado seja realizado de forma mais humana, mais familiar, de acordo com o contexto dos que são responsáveis pela criança. Assim, a humanização, se dá não

apenas para a criança, mas também para a sua família, que se torna então uma outra unidade de cuidado.

O Estatuto da Criança e do Adolescente reforça essa ideia, nos artigos 2º ao 4º que ressaltam nos direitos reservados à criança, a família como guardiã e promotora não apenas do seu cuidado físico, mas também moral e emocional (ECA, 2012).

Para o desenvolvimento deste trabalho entende-se por família duas ou mais pessoas que estão unidas por laços de partilha e proximidade emocional, e que se identificam como sendo uma família (FRIEDMAN; BOWDEN; JONES, 2003). Para Hanson (HANSON; DUFF; KAALINEN, 2005), a unidade familiar é um fator importante na manutenção ou desequilíbrio do estado de saúde e bem estar dos indivíduos. Comportamentos saudáveis e de risco são aprendidos dentro do contexto familiar; sendo que a saúde dos membros dessa família pode ser afetada pelo seu modo de viver.

Compreende-se ainda a família, como pilar fundamental das sociedades humanas, pois é nela que as pessoas crescem, nutrem-se física, psicológica e socialmente; ganham um sentido de si e de coletividade enquanto unidade cultural familiar; cultivam crenças e valores acerca da vida e progridem ao longo do ciclo vital, até a sua terminalidade. Enquanto valor, a família ocupa um lugar primordial, na saúde, na doença, na alegria, nas adversidades, enfim, na vida dos indivíduos (MARTINS; FERNANDES; GONÇALVES, 2012).

Em seu estudo sobre o cuidado centrado na família e sua aplicação na enfermagem pediátrica, Pinto e colaboradores (PINTO et al, 2010) reforçam essas afirmativas, ressaltando a necessidade da inclusão da família como unidade de cuidado, destacando assim a necessidade de planejamento em torno dela e a importância dos profissionais de saúde desenvolverem habilidades para atuarem com maior competência junto a ela.

Na doença respiratória, múltiplos fatores se encontram envolvidos e ao buscar promover a saúde na criança reconhecendo o grupo em que ela está inserida, utilizou-se uma abordagem que reconhece a família como unidade de cuidado, permitindo-lhe um trabalho de parceria em conjunto com os profissionais da saúde. Este tipo de abordagem leva a uma tomada de decisão entre família e

profissional de saúde, abordagem esta que tem sido considerada padrão de implementação em muitos ambientes, entretanto insuficientemente implementada na prática (KUO *et al*, 2012).

Historicamente, o foco do cuidado tem sido centrado na patologia. A família vem sendo relegada a segundo plano, percebida apenas como fonte de informações e como prestadora de cuidados. Torna-se necessário incluir o conhecimento produzido para transformar a atual realidade; o profissional de saúde deve desenvolver habilidades para cuidar da família como cliente, deve estar capacitado para cuidar desta unidade, promovendo o seu fortalecimento a fim de que esta se mantenha coesa para o desempenho de suas funções; as intervenções de saúde precisam contemplar a família e estender-se ao longo da trajetória da família com essa criança (BARBOSA; BALIERO; PETTENGILL, 2012). É desta forma que o modelo de atenção à família deve avançar no sentido de incluí-la no cuidado, tornando-a fortalecida, capaz de cuidar dos próprios problemas e tomar decisões (BARBOSA; BALIERO; PETTENGILL, 2012).

Assim, o presente trabalho é caracterizado como **pesquisa de família**, visto que busca compreender a unidade familiar na realização do cuidado à criança com pneumonia, considerando todos os membros da família, tendo esta criança como foco e considerando os relacionamentos entre os familiares (ANGELO *et al*, 2009). Busca ainda compreender o contexto familiar desta criança que passa por pneumonia. Para isso o Modelo Calgary de Avaliação na Família (MCAF), que tem sido adotado em vários estudos (MONTEFUSCO; BACHION; NAKATANI, 2008; SILVA; BOUSSO; GALERA, 2009; DIOGENES; OLIVEIRA; CARVALHO, 2011; FRAGUAS *et al*, 2011; MONTEFUSCO, 2007), foi escolhido, por contemplar fenômenos inerentes a essa unidade de cuidado. Dessa forma espera-se que conhecer a família como unidade, através do MCAF possibilitará potencializar a mesma como unidade de cuidado à saúde da criança.

1.3 Justificativa

Várias são as evidências científicas (ALVES, 2014; CALDART *et al*, 2016; COSTA *et al*, 2015; ARANHA; GRISI; ESCOBAR, 2011; ALBUQUERQUE; VARELLA, SANTOS, 2012) que demonstram os fatores que desencadeiam a pneumonia em crianças, especialmente abaixo dos 5 anos de idade, entretanto pouco consegue-se fazer no sentido de prevenir o adoecimento destes pequenos.

Compreender o contexto familiar em relação às atitudes de cuidado à criança com pneumonia, desenvolvidas em seu cotidiano, deve permitir propor intervenções para o cuidado integral à família nesta situação e foi a ideia central que norteou o presente trabalho.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Compreender a família como unidade de cuidado na situação de adoecimento da criança por pneumonia residente em região de alta vulnerabilidade social

2.2 Específicos

- a) Identificar as causas de internação por motivos respiratórios em um hospital de uma cidade no interior de São Paulo, correlacionando com dados do DATASUS;
- b) Correlacionar as internações por Pneumonia com a região de moradia da família, segundo o IPVS;
- c) Apreender das famílias de região de maior vulnerabilidade (G5) a relação entre condições familiares e internação por pneumonia, a partir do MCAF;
- d) Estabelecer norteadores para o cuidado integral à família nesta situação.

3 METODOLOGIA

3.1 Caracterização do estudo

Este trabalho foi dividido em duas etapas, sendo que a primeira delas abrange os primeiros dois objetivos específicos, e a segunda os demais.

1ª Etapa - Trata de pesquisa documental, descritiva. Os documentos, classificados como de primeira mão, sem qualquer tratamento analítico prévio, oriundos de arquivos particulares, foram registrados, analisados e ordenados (PRODANOV; FREITAS, 2013).

2ª Etapa – A abordagem utilizada nesta etapa foi a qualitativa, que busca apreender a realidade e compreende-la a partir da visão própria revelada pelos participantes, durante as entrevistas feitas com membros da família. Demonstra o movimento da sociedade, os vários grupos que a compõem e a desigualdade entre eles (HAGUETTE, 2010). Desta forma, como abordagem de análise, permite um olhar mais complexo das desigualdades sociais do mundo capitalista. Para a análise dos dados coletados, usou-se o Modelo Calgary de Avaliação em Família (MCAF), que é um modelo apropriado para esse fim (WRIGHT; LEAHEY, 2009).

3.2 Participantes do estudo

Para a seleção das famílias a serem entrevistadas, partiu-se de documentos, classificados como de primeira mão, sem qualquer tratamento analítico prévio, oriundos de arquivos particulares da secretaria da Unidade de pronto atendimento e internação pediátrica de um hospital de S. Carlos, que foram registrados, analisados e ordenados (PRODANOV; FREITAS, 2013).

Foram selecionadas famílias de crianças com idade menor de cinco anos, internadas no ano de 2014 na referida unidade com o diagnóstico de pneumonia e que residissem em região de alta vulnerabilidade social. Todos que aceitaram participar do estudo, foram informados sobre os procedimentos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) de acordo com a resolução do CNS 466/12.

3.3 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de São Carlos, (nº do protocolo: 32621014.6.0000.5504) tendo sido previamente aprovado pela Comissão de Ética do Hospital sob estudo.

Os participantes foram esclarecidos sobre o trabalho, sendo o TCLE lido para eles, e apenas realizada a entrevista após a assinatura demonstrando a concordância.

Todos os padrões estabelecidos pela Resolução 466/12, que trata das Normas de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, foram respeitados.

3.4 Modelo Calgary de Avaliação da Família (MCAF)

Esse modelo é estruturado de maneira multidimensional, colaborativo e não hierárquico, baseado em sistemas, cibernética, comunicação e mudança. Ele inclui visões de mundo mais amplas, do pós modernismo, feminismo e biologia da cognição, enfatizando e apreciando questões de diversidade; aplicando-se, portanto, à situação sob estudo neste trabalho.

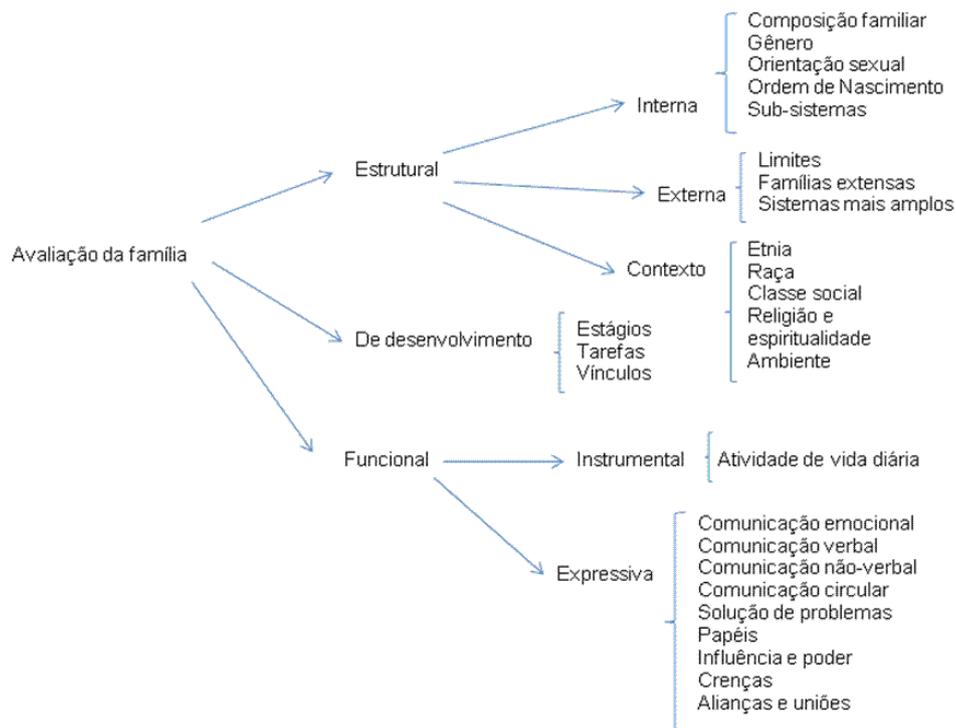
É dividido em três categorias principais de avaliação, sendo que na primeira categoria, “*Estrutural*” examina-se quem faz parte da família, qual é o vínculo afetivo entre seus membros em comparação com os indivíduos de fora e qual o seu contexto. Considera-se a sua estrutura interna (composição familiar, gênero, orientação sexual, ordem de nascimento, subsistemas e limites); a sua estrutura externa (família extensa e sistemas mais amplos); e o seu contexto (etnia, raça, classe social, religião ou espiritualidade e ambiente).

A segunda categoria, “*De desenvolvimento*” auxilia no entendimento do desenvolvimento do ciclo vital de cada família, no que se refere a todos os processos de evolução associados ao seu crescimento. Refere-se aos vínculos emocionais entre as pessoas, e a seus papéis dentro da família. Considera os

estágios de desenvolvimento em que a família se encontra, as tarefas por ela realizadas e os vínculos entre os seus membros.

A terceira categoria, “*Funcional*” descreve como os indivíduos realmente se comportam uns com os outros; sendo descrita pelas atividades de cada integrante da família, e pela forma como se relacionam, como enfrentam problemas, que alianças fazem, e qual a relação de poder entre eles. Esta subcategoria se subdivide em Instrumental e Expressiva. Na subcategoria *Instrumental* são avaliadas as atividades rotineiras, consideradas como “atividades da vida diária”; já a subcategoria *Expressiva* se preocupa com algo mais subjetivo e avalia os tipos de comunicação, solução de problemas, papéis, influência e poder, crenças, bem como alianças e uniões. A Figura 1 apresenta o diagrama do MCAF, para maior clareza.

Figura 2 - Diagrama ramificado do Modelo Calgary de Avaliação da Família



Fonte: Modelo Calgary de Avaliação Familiar (WRIGHT; LEAHEY, 2009)

O modelo teórico acima definido, levou à escolha da entrevista semi-estruturada como instrumento de pesquisa (MANZINI, 2012). Foram utilizadas questões abertas (anexo 1), e técnicas como: escuta atenta, confirmação e “feedback” foram utilizadas pela pesquisadora. Os dados oriundos das entrevistas foram categorizados segundo as dimensões do MCAF, tal qual uma a análise

temática de conteúdo (BARDIN, 2008). Esta análise utiliza a interpretação controlada através do uso de procedimentos sistemáticos, como organização, e categorização dos dados. (CASTRO; ABS; SARRIERA, 2011).

Outros instrumentos utilizados foram Genograma e Ecomapa, que além de descrever as pessoas que participam da família, também demonstra a relação entre elas. Foi solicitado que a família descrevesse as atividades de vida diária para compreender o cuidado com a criança e a busca pelo bem estar (definição de saúde), assim como a comunicação entre os familiares, a solução de problemas, as influências, o poder, as crenças, alianças e uniões (WRIGHT; LEAHEY, 2009). Estes dados, após coletados e analisados por meio de registro gravado foram incinerados.

3.5 Coleta de dados

A fim de contextualizar o nosso trabalho, inicialmente foram levantados no DATASUS os dados sobre as internações durante o mesmo período usado no presente trabalho, no Brasil, na região Sudeste, no estado de São Paulo e na cidade de São Carlos, para comparação posterior com os dados encontrados (DATASUS MORBIDADE, 2014).

A coleta dos dados propriamente dita se deu em duas fases: levantamento nos prontuários do diagnóstico de internação e a entrevista com as famílias escolhidas, em seus respectivos domicílio, utilizando o MCAF.

3.5.1 Primeira fase – Análise dos prontuários

Foi realizada no hospital mencionado, através da análise de prontuário de todas as crianças internadas no ano de 2014. Ao todo foram analisados 231 prontuários de forma detalhada, buscando o motivo de internação, e as patologias tratadas durante este período, além das comorbidades associadas, resultando em 245 internações referentes a 231 crianças, onde 11 internaram duas ou mais vezes. Destas crianças foram selecionadas inicialmente as que internaram por doença respiratória o que totalizou 175 internações de 164 crianças onde 9 internaram 2 ou

mais vezes. Destas 108 internações foram por Pneumonia, 89 internações de crianças menores de 5 anos, totalizando 85 crianças, das quais 3 internaram 2 ou mais vezes por pneumonia nesta instituição no ano de 2014.

Observamos então que entre as 85 crianças com pneumonia menores de 5 anos, 3 tinham como comorbidade o Refluxo gastro-esofágico; 2 eram cardiopatas; e 1 tinha doença neurológica. Compreendendo que o maior motivo de internação destas crianças era a comorbidade, as mesmas foram excluídas, restando assim, 79 (crianças menores de 5 anos internadas por Pneumonia no ano de 2014 pertencentes a 78 famílias, visto que 2 eram irmãs), cujos endereços cadastrados nos prontuários foram registrados. A tabela 1 apresenta a classificação de acordo com o IPVS de 62 delas, sendo que das 17 restantes, 6 não foram classificadas, 2 eram de outras cidades, e as 9 demais não possuíam uma localização que permitisse classificar em apenas um grupo.

Tabela 1 - Grupos de Vulnerabilidade segundo o IPVS

Grupo	1	2	3	4	5
Vulnerabilidade	Baixíssima	Muito Baixa	Baixa	Média	Alta- Urbano
Número de crianças	1	23	13	3	22

Fonte: Dados coletados no Hospital sob estudo, 2014

Assim, vemos que das 79 crianças, 22 (ou 27,8%) são de famílias que residem em região classificada como alta vulnerabilidade e nosso público alvo.

3.5.2 Segunda fase – Entrevista com Famílias

Como o foco desta pesquisa é o cuidado que a unidade familiar desempenha para a criança com a patologia respiratória nessa segunda fase da pesquisa, realizou-se uma *entrevista Piloto* com uma criança/família selecionadas a partir dos mesmos critérios, mas que tivessem sido hospitalizadas em 2015. Esta entrevista

teve o objetivo de calibrar o instrumento e treinar a autora do trabalho como pesquisadora e entrevistadora. Em seguida foram iniciadas as entrevistas de fato, dando seguimento à pesquisa.

Das 22 crianças de famílias de alta vulnerabilidade, 3 agendamentos foram feitos por telefone, dos quais 1 família esteve ausente, resultando em **2 entrevistas**. As 19 restantes foram procuradas em seu endereço, sendo 4 não encontradas pois haviam se mudado. Destas 15, o pai de 1 família não permitiu a participação, outras 2 foram descartadas por dados divergentes ao objetivo (descobertos apenas na entrevista) resultando em mais **12 entrevistas** agendadas por endereço, o que **totalizou 14 entrevistas**.

Para a *avaliação estrutural* das famílias entrevistadas foram utilizados o Genograma e o Ecomapa como instrumento, procurando-se não apenas descrever os membros que participam da definição de família, mas também a relação entre eles. Para o desenvolvimento, e, portanto para o entendimento do ciclo vital de cada família foram utilizadas perguntas, para entender em que estágio aquela família se encontra, e quais os processos emocionais envolvidos. E finalmente para a *avaliação funcional*, foi solicitada a descrição das atividades diárias, relacionadas ao cuidar desta criança, sendo utilizadas perguntas relativas à promoção da saúde; à busca, obtenção e encaminhamento de cuidados, quanto à comunicação entre os familiares, a solução de problemas, às influências e poder, crenças, alianças e uniões (WRIGHT; LEAHEY, 2009).

Algumas das questões (Anexo 1) disparadoras para a realização do Genograma e Ecomapa foram:

- “*Quem compõe a sua família?*”

Buscar informações quanto: Grau de instrução, salário, número de cômodos em perguntas norteadoras, prematuridade da criança em questão, calçamento na rua, uso de cigarro, vacinação (ver carteirinha) quantas consultas de pré natal a mãe fez, peso ao nascer e aleitamento materno.

- “*Como é o relacionamento entre as pessoas?*”
- “*Quem trabalha nesta família qual o tipo de ocupação?*”
- “*Quais os serviços de saúde que vocês utilizam?*”

- *“Que instituições vocês frequentam?”*

Para as demais fases do MCAF foram utilizadas perguntas relacionadas a cada fase, sempre focando no cuidado com a criança com doença respiratória. A questão disparadora foi:

- *“Como a família cuida do problema respiratório da criança?”*
- Algumas outras perguntas complementares foram utilizadas para esclarecer a inicial: *“Fale-me sobre as dificuldades que encontra para cuidar da saúde de seu filho”*
- *“Vocês acreditam que algum destes problemas, ou rotinas interferem na saúde de seu filho? Por que? Explique.”*

A entrevista foi realizada no domicílio, tendo como objetivo reunir o maior número de membros da família, e conhecer de perto a sua realidade, conseguindo assim, dados mais representativos. Cada entrevista foi gravada e transcrita, sendo posteriormente analisada segundo o método eleito. Ao realizar a transcrição, as falas se apresentavam muito complexas, repletas de entroncamentos, vícios de linguagem e contextualizações indiretas ao tema, tornando-se necessária a realização de correções para uma melhor compreensão do leitor, entretanto, atentando para manter fidelidade ao conteúdo analisado.

Quanto às dificuldades e desafios vivenciados, a mudança frequente de endereços levou ao interior de bairros cada vez mais distantes e de difícil acesso, o que, entretanto permitiu uma aproximação da realidade, tornando não apenas uma experiência mais rica, mas também permitindo que a família demonstrasse sua realidade. Para que tal ocorresse foi necessário de aproximar verdadeiramente destas famílias, e que se tornou fácil visto a convivência destas em outros momentos durante o período de internação das crianças.

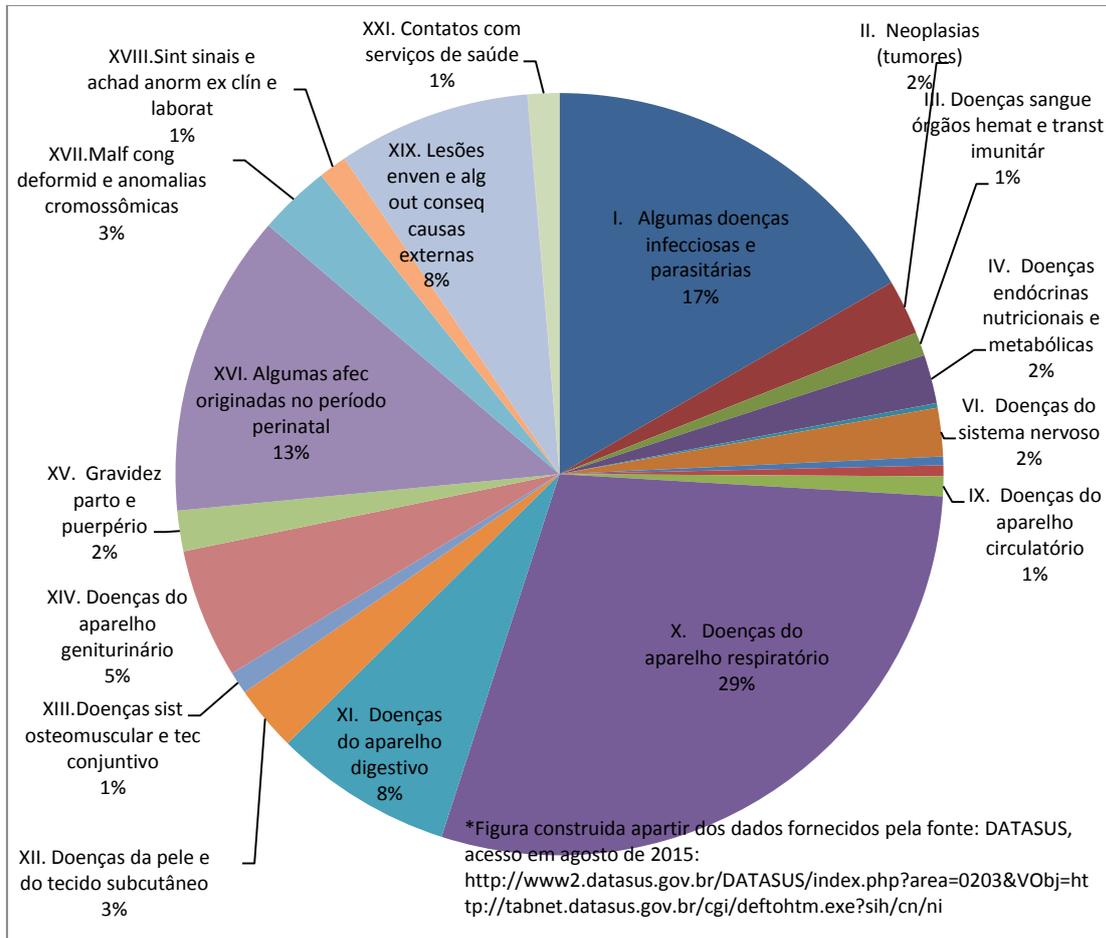
4.1 Informações Epidemiológicas sobre Problema Respiratório

Para a UNICEF, a maior parte das mortes infantis ocorre por infecções respiratórias, diarreias e doenças da primeira infância. Em um relatório onde a mortalidade infantil ao redor do mundo é o foco, afirma que 26% das mortes infantis ocorrem principalmente por complicações de pneumonias e sépsis, afirmando que: “A pneumonia mata mais crianças do que qualquer outra doença(...)” . Causa importante de mortes infantis em todas as regiões do mundo, pode ser prevenida através de medidas como nutrição adequada e imunização, e tratada de forma eficaz, em casa, com antibióticos de baixo custo (UNICEF).

Para confrontar os dados encontrados com o que acontece no Brasil, na região Sudeste, no Estado de São Paulo, e finalmente na cidade de São Carlos, foram construídos gráficos a partir dos dados do DATASUS. No Brasil, de acordo com dados interpretados do DATASUS, no ano de 2014 29% das internações em crianças de 0 a 14 anos aconteceram por Doenças do Sistema Respiratório. . Adotou-se a definição do ECA - crianças até 12 anos incompletos, mas os dados no DATASUS são tabulados tendo como última faixa etária de 10 a 14 anos, não tendo sido possível fracionar.

As figuras 2 a 10 apresentam os dados provenientes do DATASUS referentes ao ano de 2014. As informações veiculadas nos gráficos de 10 a 14 foram coletadas manualmente no HEM e são referentes ao mesmo período.

Figura 2 - Percentagem de patologias em crianças Internadas de 0 a 14 anos no Brasil no ano de 2014*

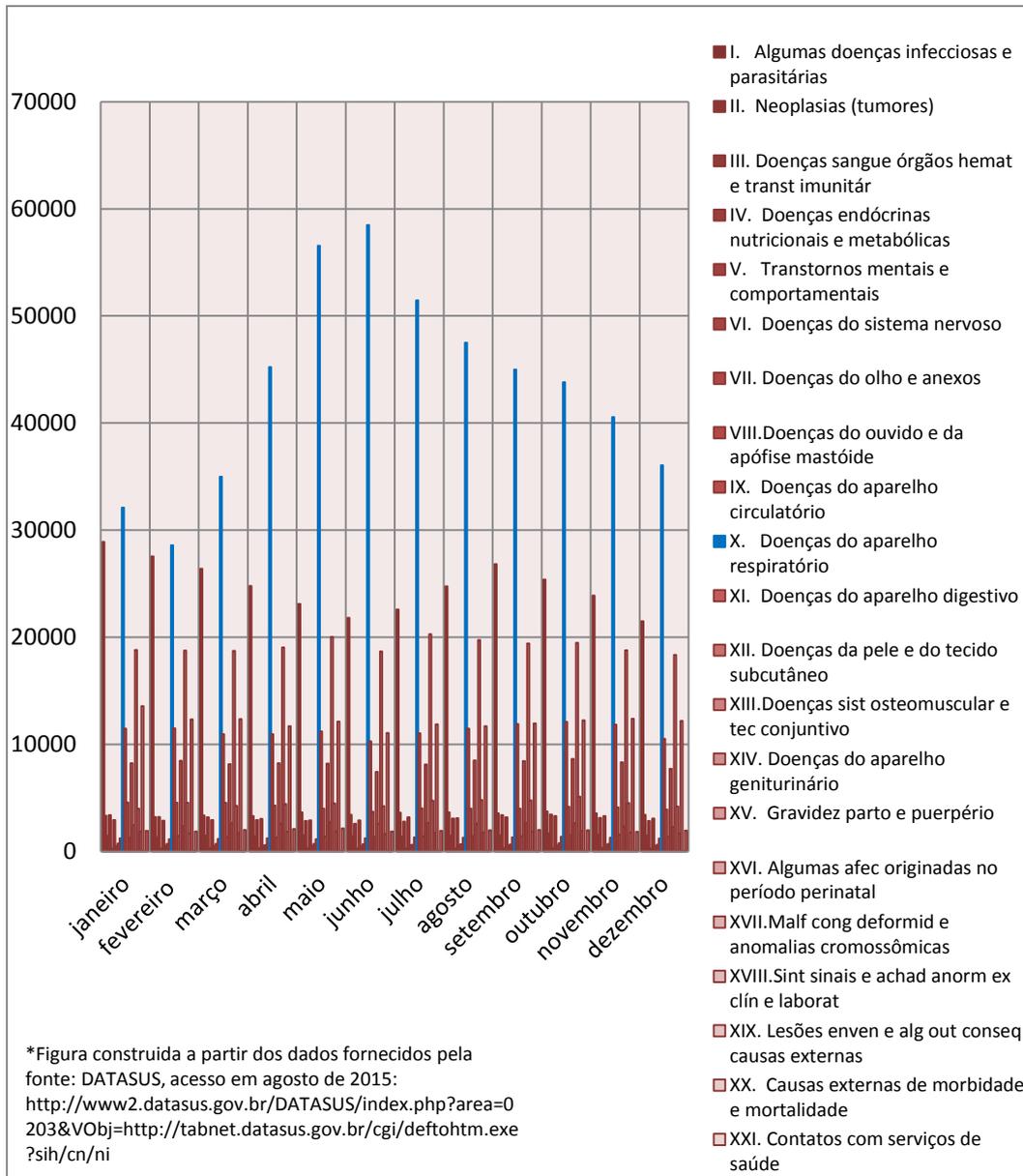


Fonte: DATASUS, 2015

Referente a este gráfico pode-se observar a predominância das internações por motivos respiratórios (29%). As demais patologias chegaram a no máximo 17% neste mesmo período (Fig 2).

De acordo com o gráfico seguinte (Fig 3), é possível observar que a prevalência de doenças respiratórias se mantém ao longo do ano, sendo mais significativa nos meses de outono e inverno.

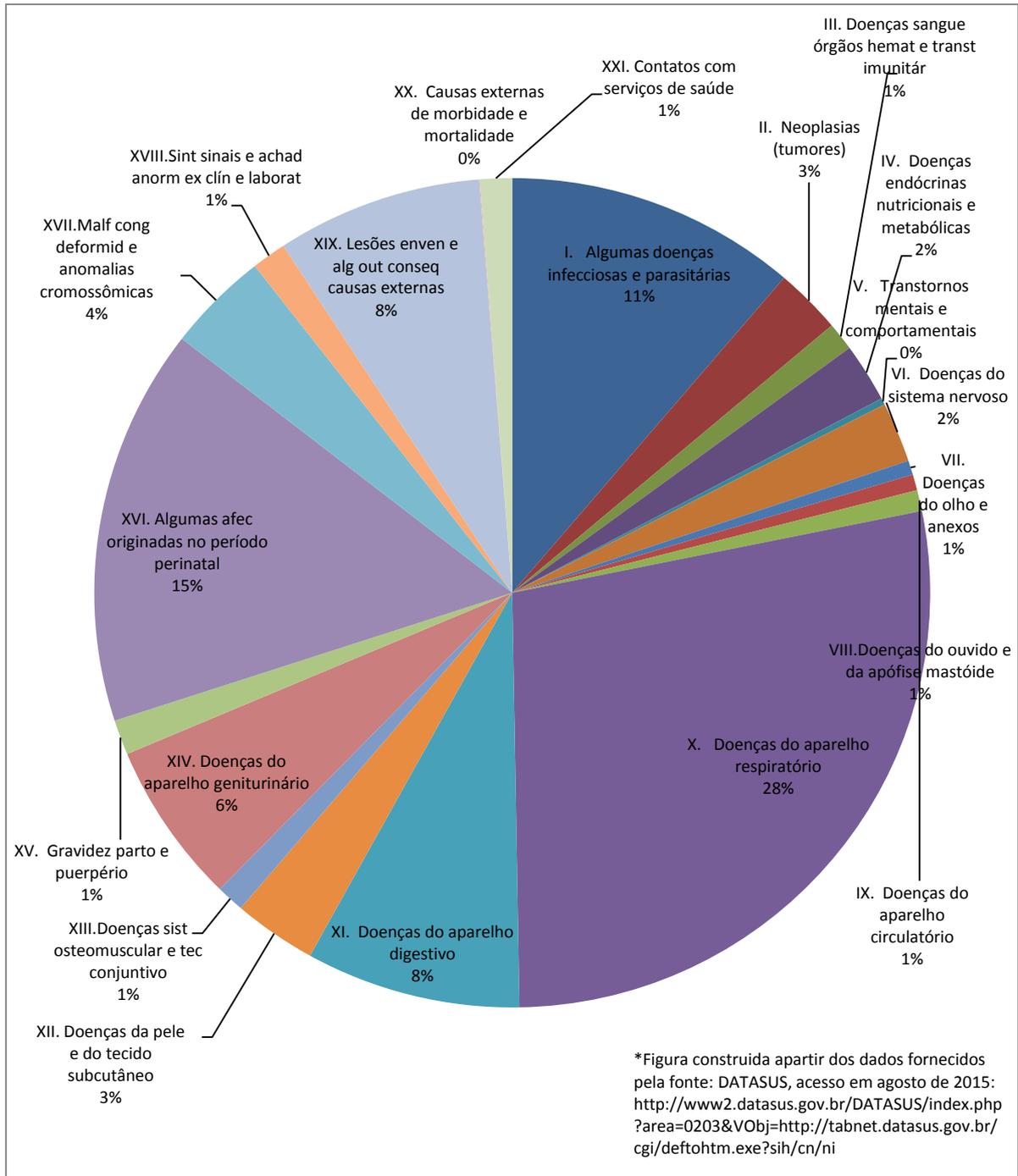
Figura 3 - Número de internações mensais de crianças de 0 a 14 anos no Brasil em 2014.*



Fonte: DATASUS, 2015

No Sudeste neste mesmo período (Fig 4) 28% das internações de 0 a 14 anos foram por doenças respiratórias no ano de 2014, mantendo o padrão anterior, onde a prevalência mensal se mantém ao longo do ano, especialmente nos meses mais frios.

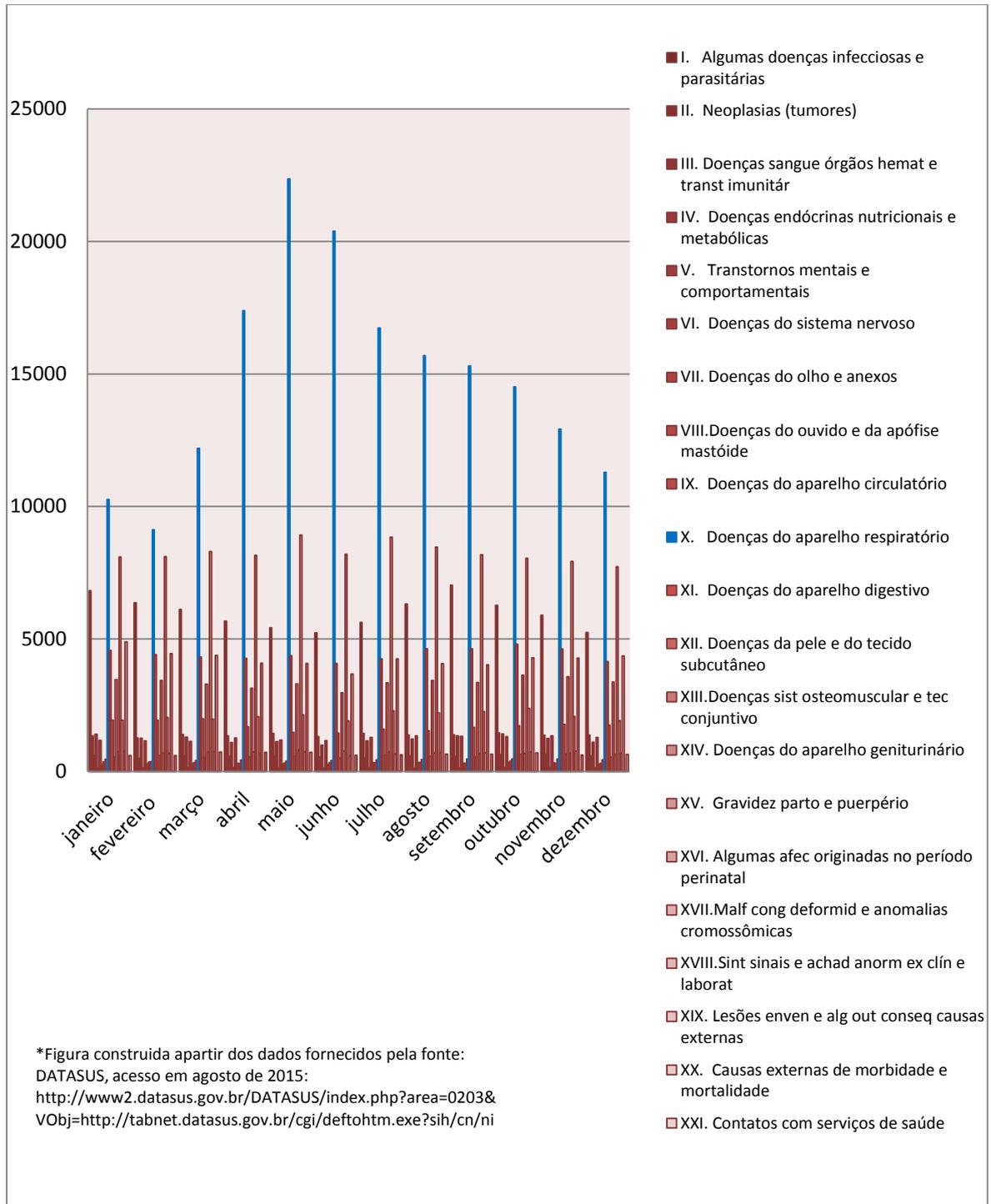
Figura 4 - Distribuição de patologias em crianças Internadas de 0 a 14 anos na Região Sudeste, no ano de 2014*



Fonte: DATASUS, 2015

Observa-se na Fig 5 o mesmo padrão anterior, onde a prevalência de doenças respiratórias ocorre nos meses de outono e inverno.

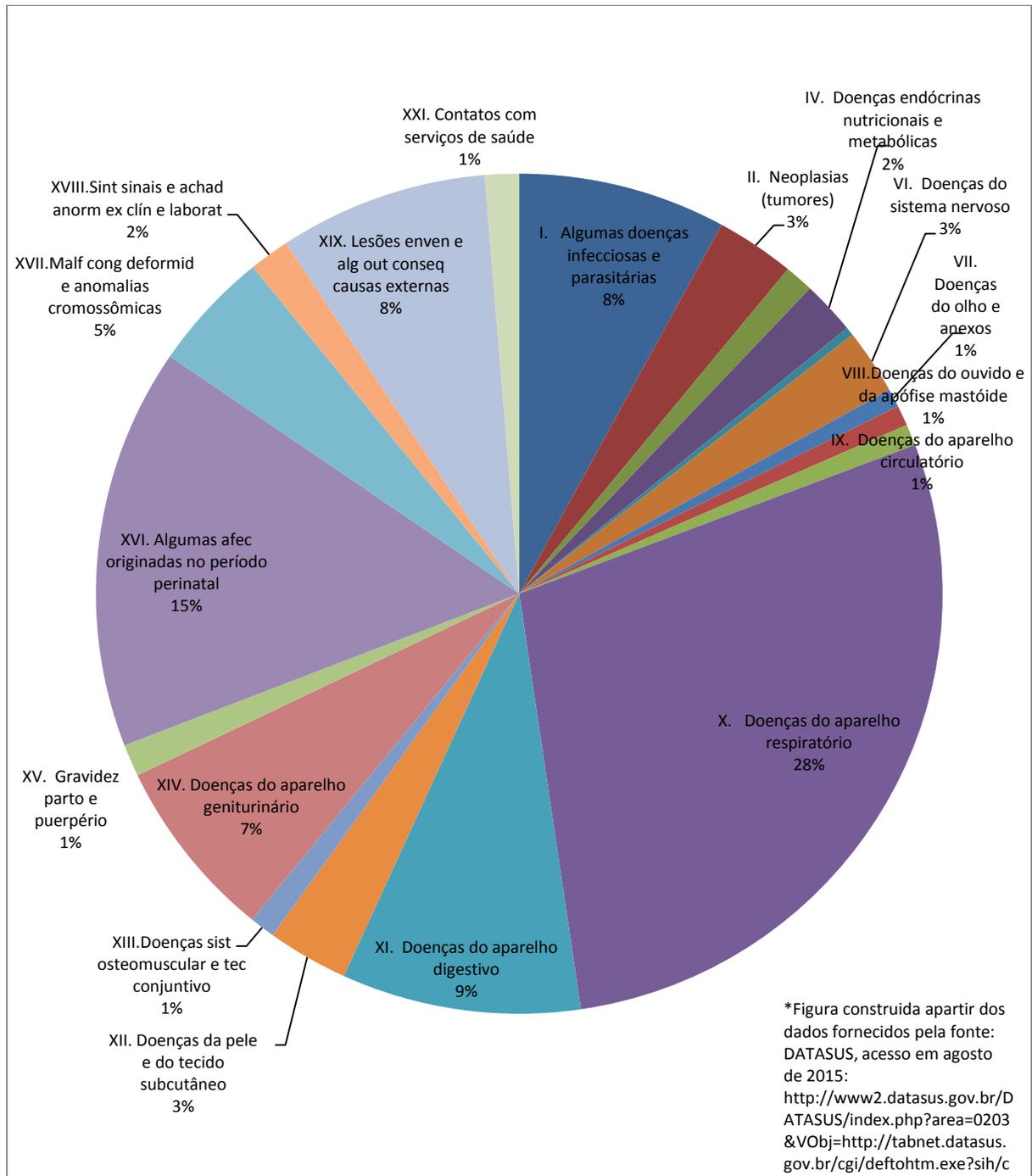
Figura 5 - Número de internações mensais de crianças de 0 a 14 anos na Região Sudeste em 2014 mensalmente*



Fonte: DATASUS, 2015

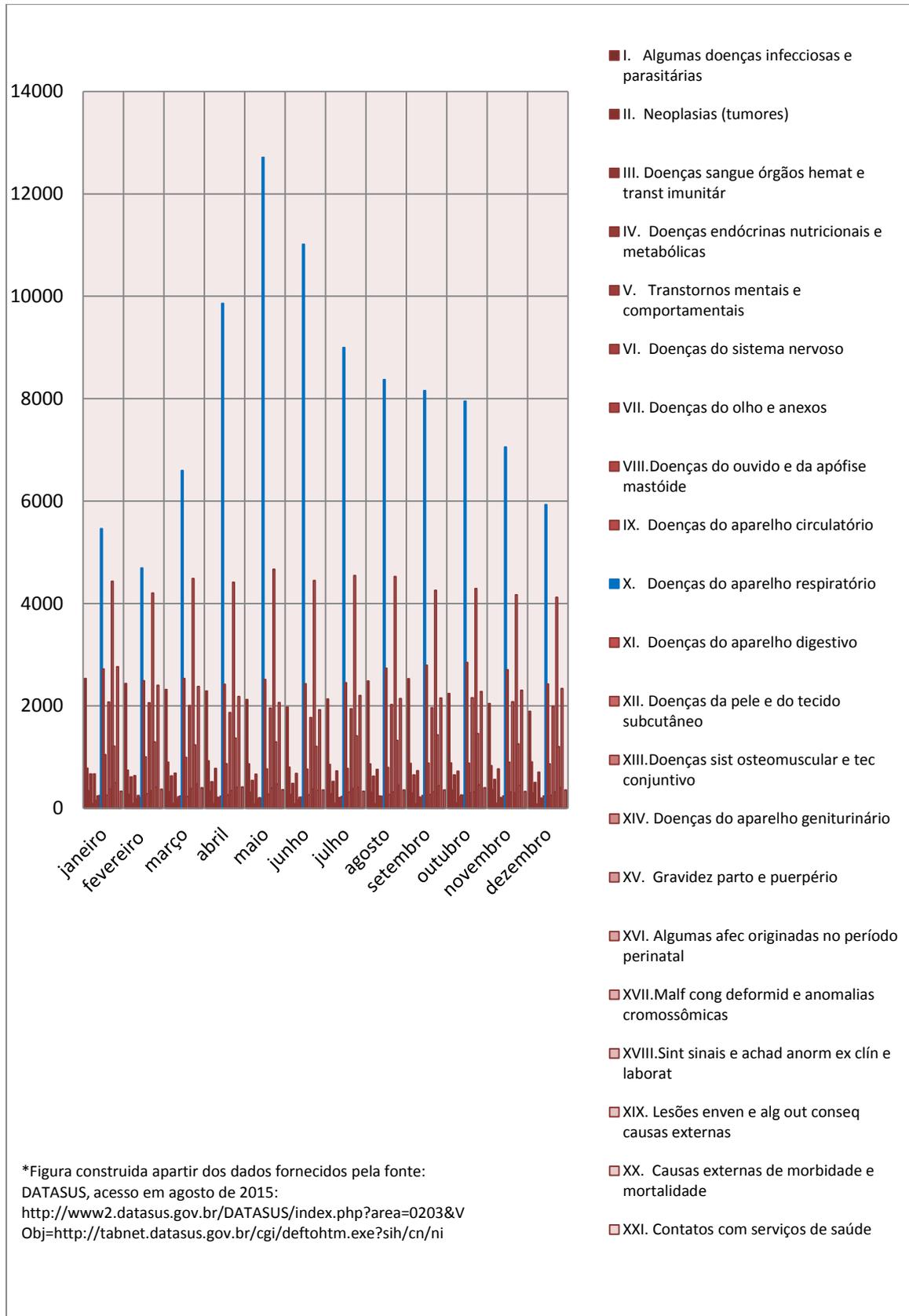
Para o Estado de São Paulo, novamente os valores se assemelham, mantendo o mesmo padrão da região Sudeste (Fig. 6 e 7).

Figura 6 - Percentagem de patologias em crianças Internadas de 0 a 14 anos no Estado de São Paulo no ano de 2014*



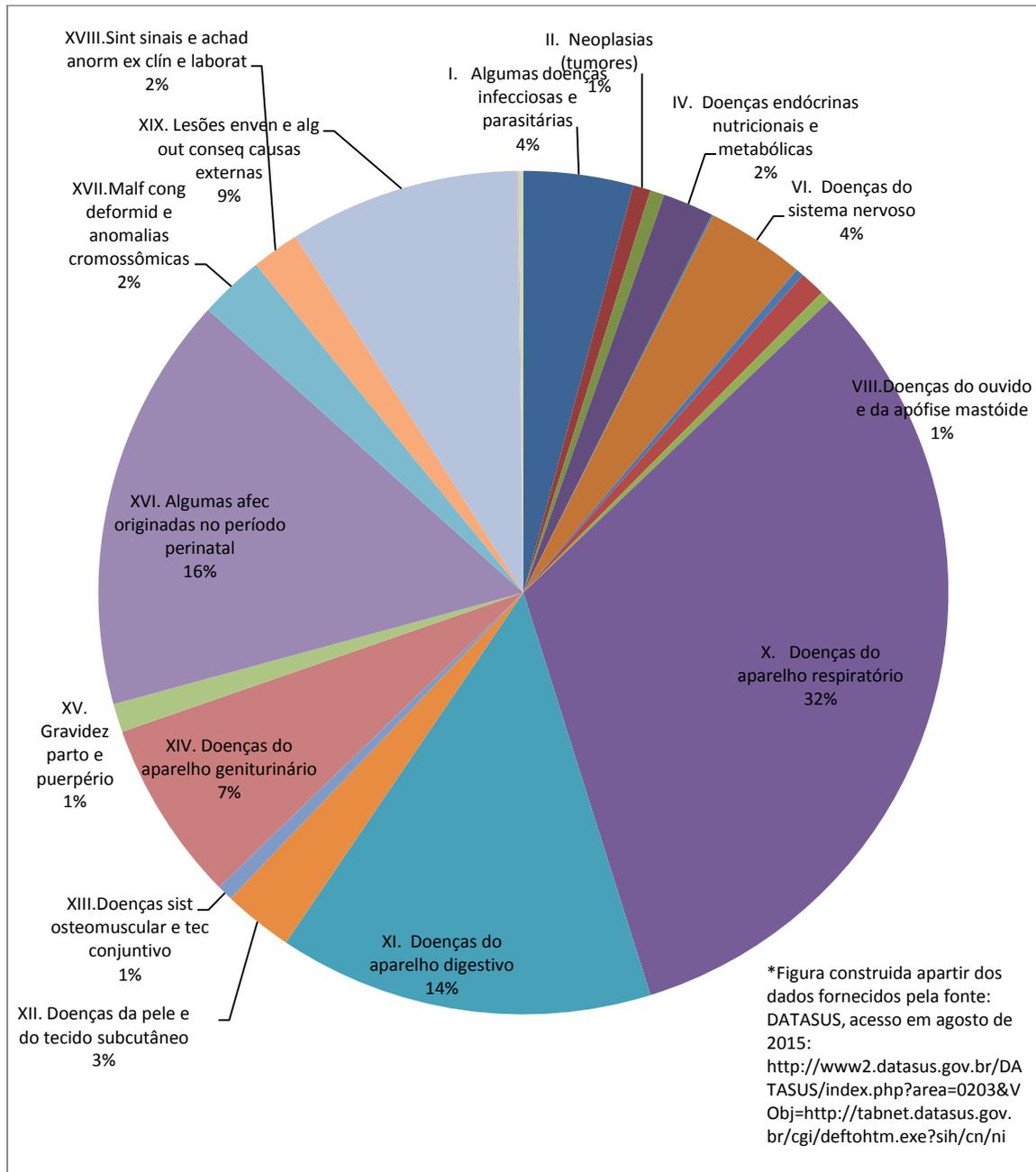
Fonte: DATASUS, 2015

Figura 7 - Número de internações de crianças de 0 a 14 anos no Estado de São Paulo em 2014 mensalmente*



Entretanto ao se adentrar no interior do estado de São Paulo, na cidade de São Carlos, onde o estudo foi realizado, esta predominância se acentua, sendo possível observar que no ano de 2014, na faixa etária de 0 a 14 anos 32% das causas de internação foram por motivos respiratórios (Fig 8).

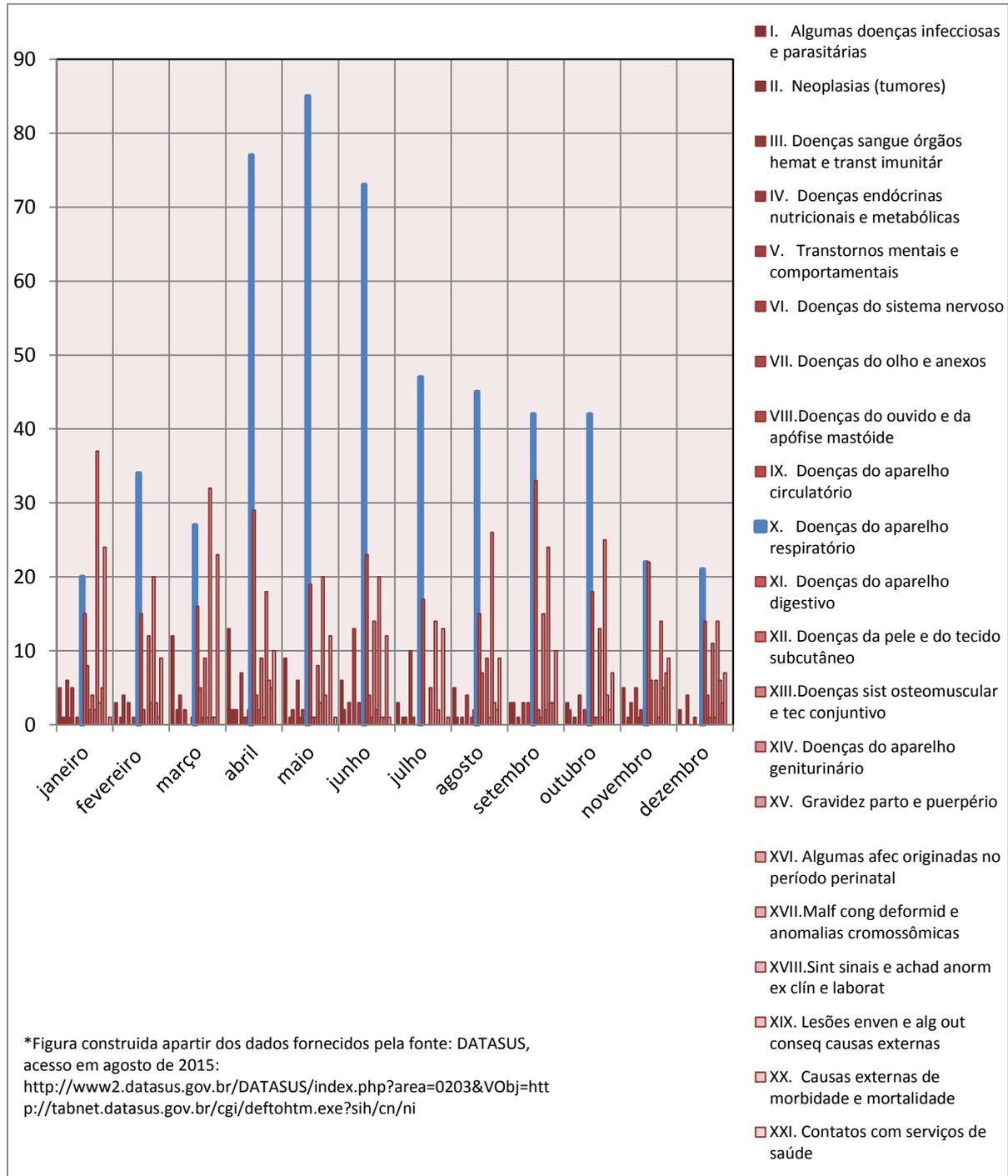
Figura 8 - Percentagem de patologias em crianças Internadas de 0 a 14 anos na Cidade de São Carlos no ano de 2014*



Fonte: DATASUS, 2015

Esta relação se acentua nos meses de abril, maio e junho, provavelmente devido a brusca queda de temperatura (Fig 9).

Figura 9 - Número de internações de crianças de 0 a 14 anos na Cidade de São Carlos em 2014 mensalmente*



Fonte: DATASUS, 2015

Os dados numéricos apresentados na tabela 2 evidenciam a predominância maior dos problemas respiratórios para a cidade de S. Carlos, em relação ao estado de S. Paulo (cerca de 20% acima) e ao Brasil (cerca de 30% acima), tanto entre maio e junho, como entre abril e julho.

Tabela 2 - Razão do número de internações por problemas respiratórios (N_1 ou N_2) por número total de internações (N_t) para o Brasil, o Estado de S. Paulo e a cidade de S. Carlos.

	Ano todo	Maio/junho		Abril a julho	
	N_t	N_1	N_1/N_t (%)	N_2	N_2/N_t
Brasil	520 365	115 046	22,1	211 738	40,7
Estado de S. Paulo	96823	23738	24,5	42594	44,0
Cidade de S. Carlos	535	158	29,5	282	52,7

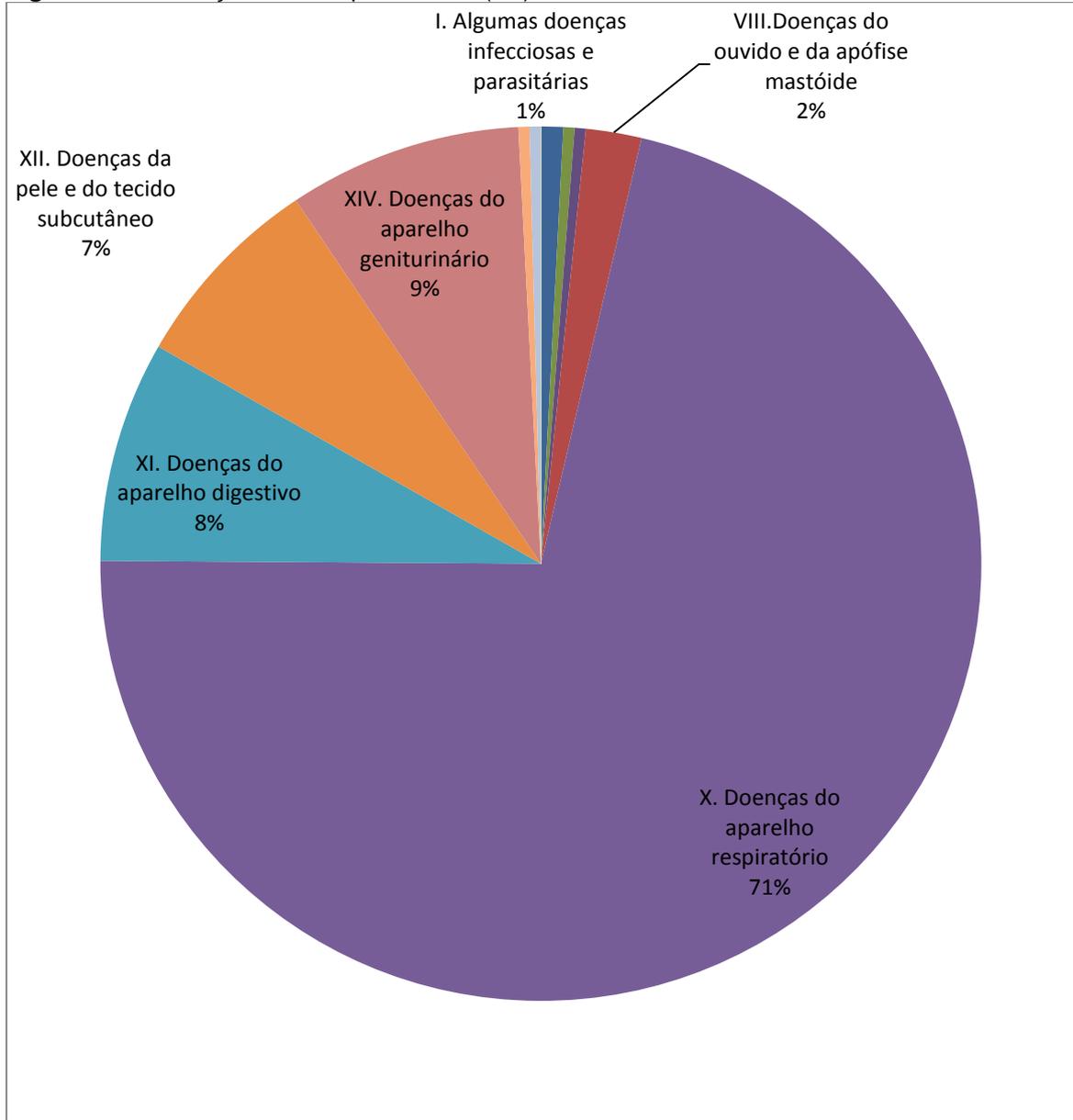
Fonte: DATASUS, 2015

4.2. Busca dos participantes do estudo

4.2.1 Consultando os prontuários do HE

Ao se analisarem os prontuários do hospital sob estudo, que possui 5 leitos de internação pediátricos, referente às internações no ano de 2014, observou-se que 231 crianças de 0 a 12 anos incompletos foram internadas, havendo um número total de internações de 245, o que indica internações repetidas das mesmas crianças. Destas, 164 crianças (ou 71%) (175 internações, 11 internações repetidas) internaram por motivo respiratório, sendo 102 crianças (108 internações, 6 internações repetidas) com o diagnóstico de Pneumonia, 89 das quais possuíam menos de 5 anos e 19 delas com 5 a 12 anos. Os diagnósticos se encontravam descritos no prontuário, e foi feita a sua relação com o CID 10 (classificação internacional de doenças). A Fig 10 indica tais diagnósticos de internação, evidenciando o grande predomínio das doenças respiratórias sobre os demais motivos de internação.

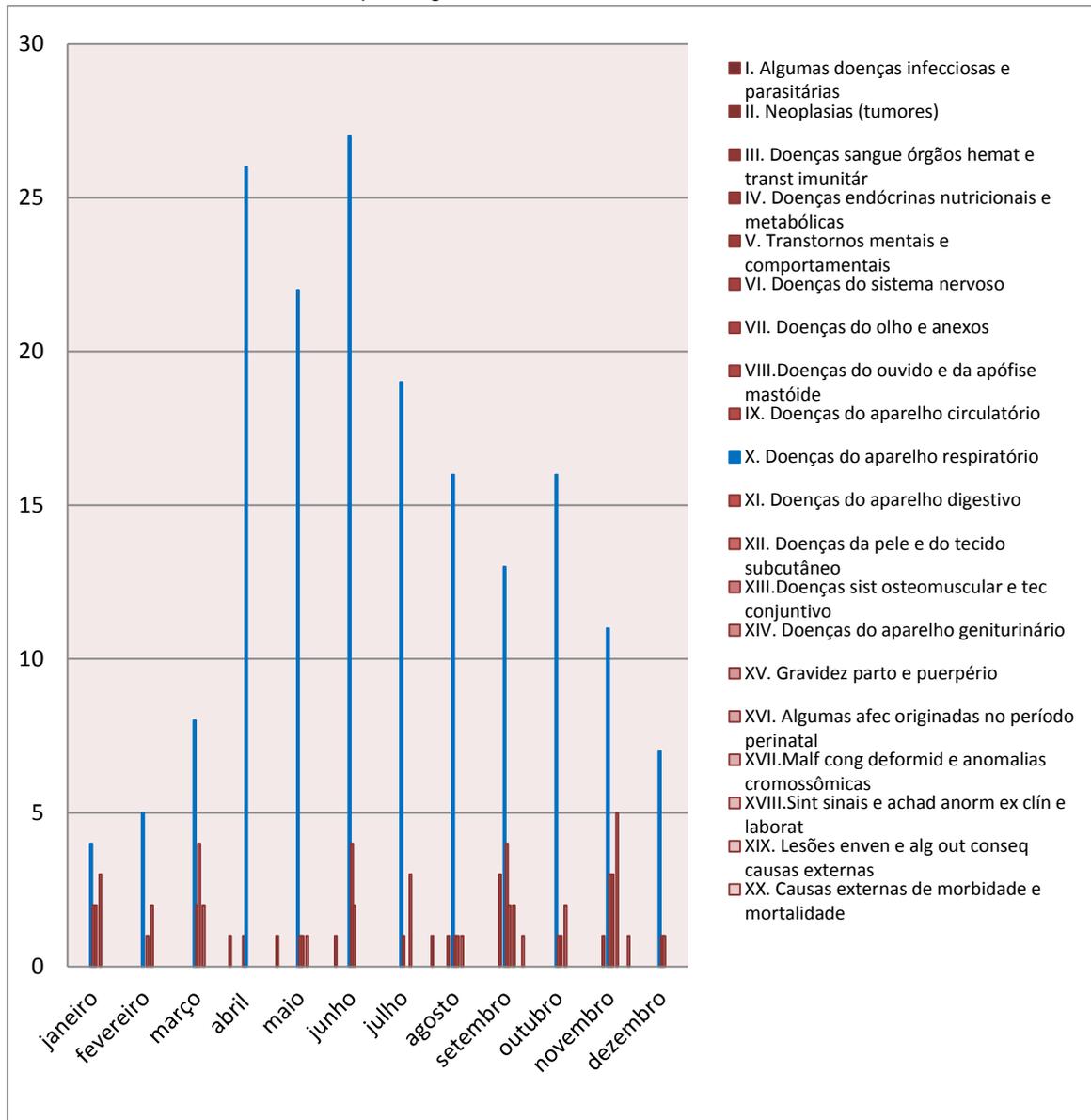
Figura 10 - Internações no Hospital Escola (H1) no ano de 2014



Fonte: Hospital sob estudo, 2014

Continuando essa análise para cada mês, o que é representado na Fig 11, vê-se que essa grande predominância se mantém ao observarmos mensalmente os motivos de internação. Vale ressaltar que a unidade hospitalar utilizada não recebe internações de maior complexidade que exija, por exemplo, intervenção cirúrgica, o que acaba por elevar o índice de internação por doenças respiratórias.

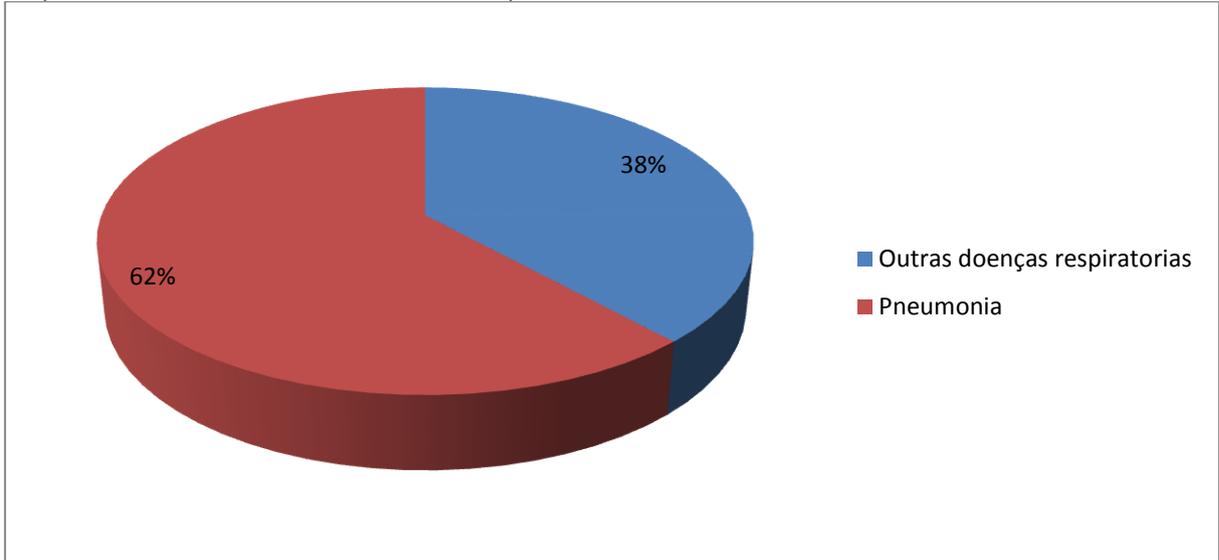
Figura 11 - Número de crianças de 0 a 12 anos internadas mensalmente no H1 em 2014 mensalmente de acordo com a patologia



Fonte: Hospital sob estudo, 2014

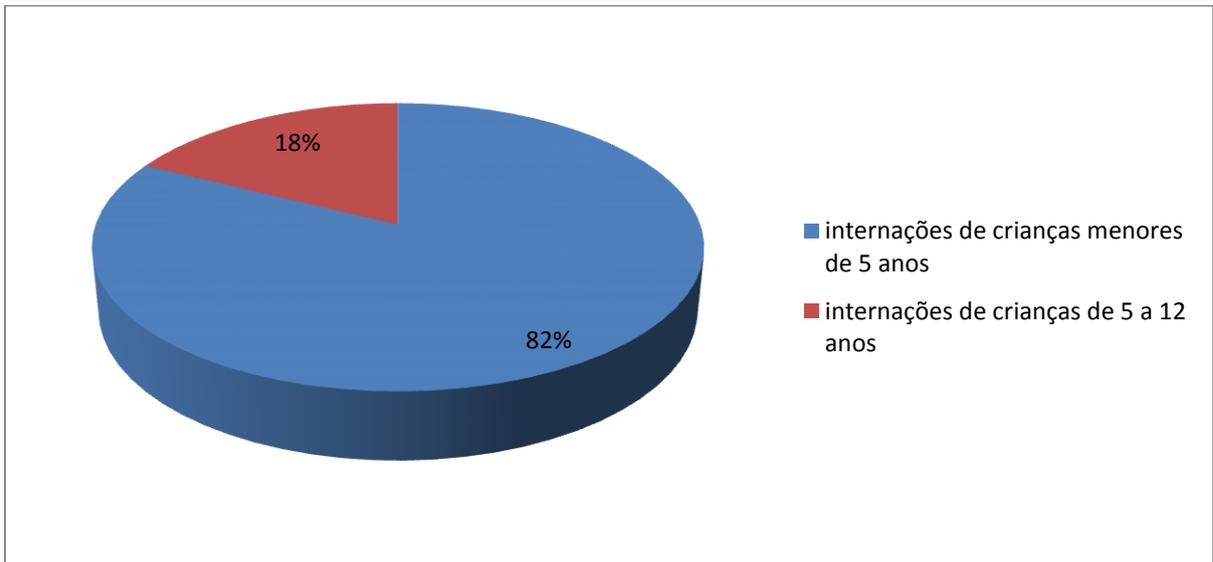
A Fig 12 mostra que a Pneumonia prevalece sobre as demais doenças respiratórias. A Fig 13 continua analisando os casos de pneumonia, mostrando que 82% são de crianças abaixo de 5 anos o que está de acordo com as afirmações do ministério de saúde (MINISTERIO DA SAÚDE; DATASUS, 2015).

Figura 12 - Percentagem de internações de crianças de 0 a 12 anos internadas por doença respiratória no ano de 2014 no HE. Entre parênteses se encontra o número de casos



Fonte: Hospital sob estudo, 2014

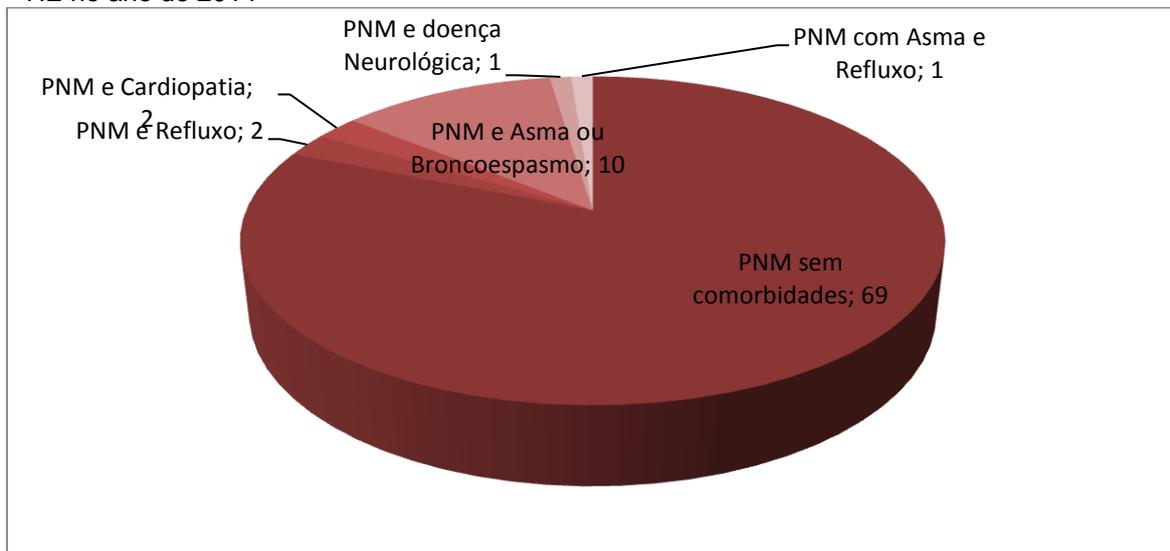
Figura 13 - Internações por Pneumonia em crianças de 0 a 12 anos no HE no ano de 2014



Fonte: Hospital sob estudo, 2014

Quanto às comorbidades deste grupo podemos afirmar que dentre os 89 internações por pneumonia, de 85 crianças; 2 crianças possuíam somente refluxo gastroesofágico, 2 cardiopatia, 1 doença neurológica, e 1 refluxo e asma; sendo estas patologias consideradas agravantes e crônicas. Também foram observados 10 casos de Asma ou broncoespasmo dentre eles. As demais 69 crianças internaram apenas para tratamento da Pneumonia como motivo principal. A fig14 apresenta esses dados.

Figura 14 - Comorbidades associadas em crianças menores de 5 anos internadas por Pneumonia no HE no ano de 2014



Fonte: Hospital sob estudo, 2014

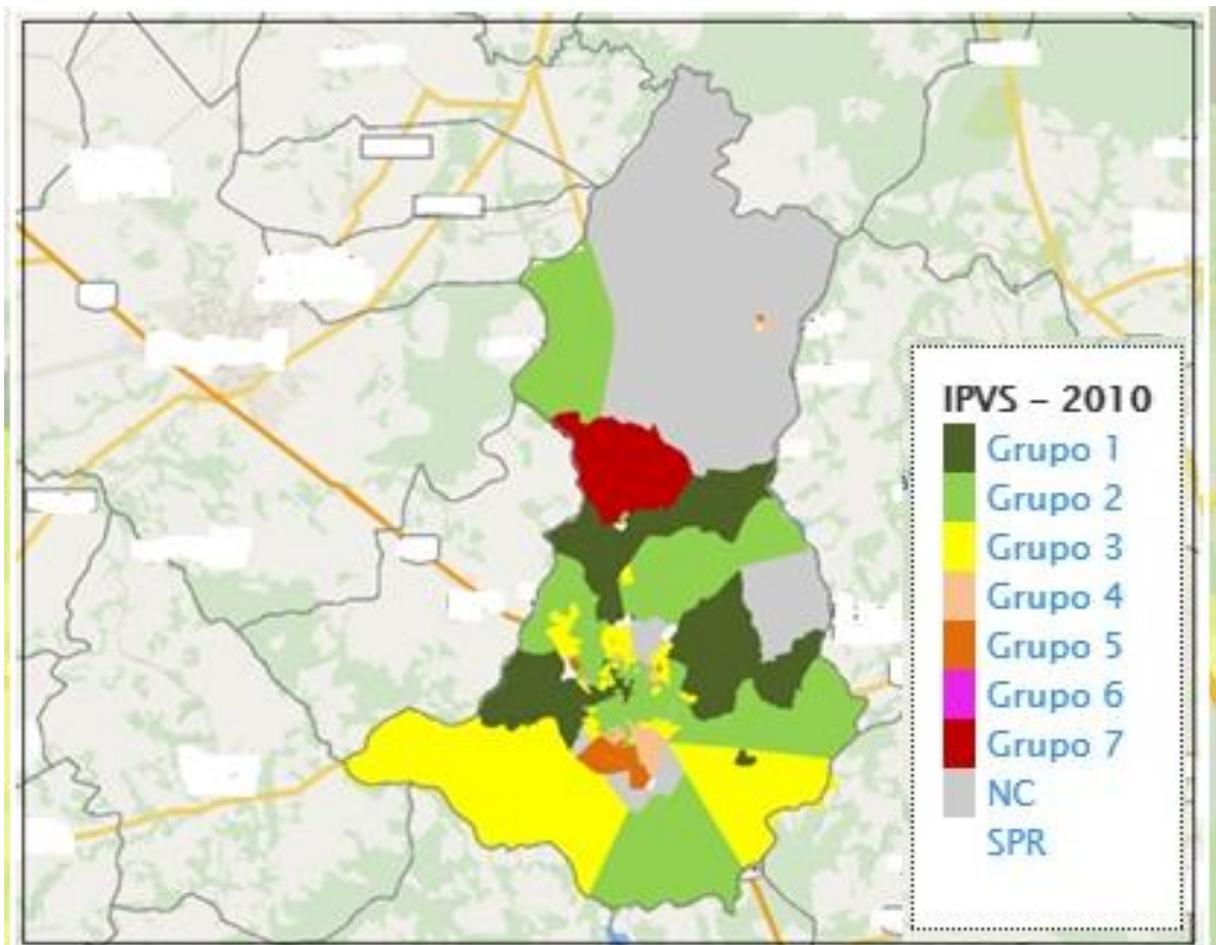
Dentre estas 85 crianças, foram selecionadas as que foram internadas com o diagnóstico de Pneumonia, com ou sem asma (ou broncoespasmo), por causa da similaridade dos sintomas, e a intensa relação entre a pneumonia e a asma, num total de 79.

4.2.2 Análise da vulnerabilidade das famílias em questão

Um aspecto importante no presente trabalho é analisar a vulnerabilidade dessas 79 famílias. Para tanto, deve-se analisar a cidade de S. Carlos sob esse aspecto, o que demonstra que 59% da sua população se encontra no grupo 2 (vulnerabilidade muito baixa), em seguida 14,7% da população se encontra no grupo

3 (vulnerabilidade baixa), logo após o grupo 5 (vulnerabilidade alta) se destaca com 12,9% da população (IPVS; SÃO CARLOS, 2010). Os demais grupos se seguem com 7,6%, 5,7% e 0,1% sendo os grupos 1 (sem vulnerabilidade), 4 (vulnerabilidade baixa) e 7 (vulnerabilidade alta setores rurais) respectivamente. A Fig 15 demonstra a localização de cada região de acordo com a vulnerabilidade, cujos grupos são representados por diferentes cores.

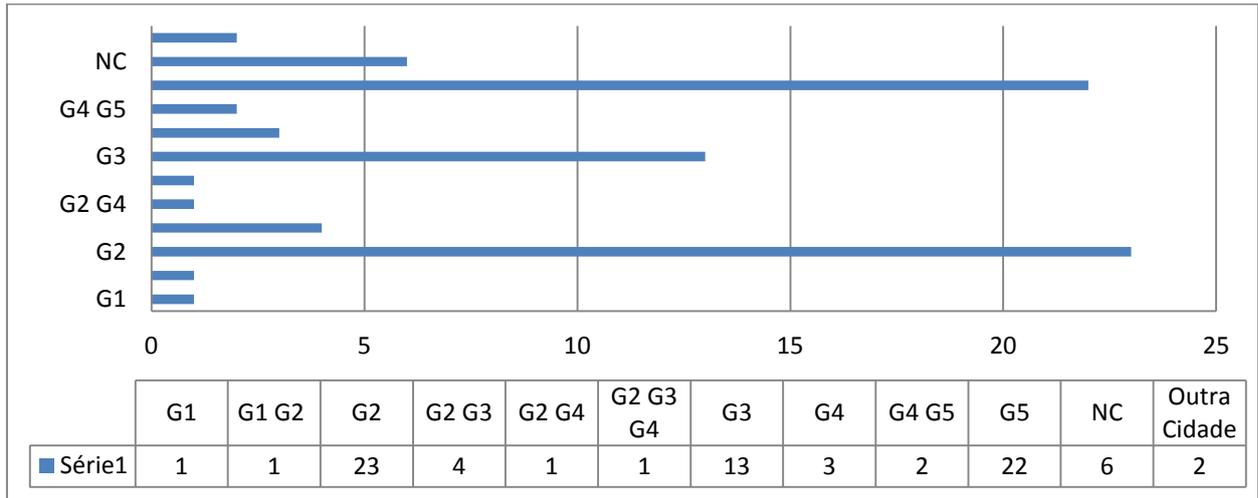
Figura 15 - Mapa de localizações do Índice Paulista de Vulnerabilidade Social



Fonte: Índice Paulista de Vulnerabilidade Social, 2010

Observando-se o local de residência das 79 crianças (82%), internadas menores de 5 anos, com pneumonia, e sem comorbidades, verificou-se que havia concentração em regiões de maior vulnerabilidade social, de acordo com o IPVS, como pode ser visto na Figura 16.

Figura 16 - Mapa de localizações do Índice Paulista de Vulnerabilidade Social



Fonte: Dados coletados no Hospital sob estudo, 2014

Legenda:

- G1: Vulnerabilidade Baixíssima
- G2: Vulnerabilidade Muito Baixa
- G3: Vulnerabilidade Baixa
- G4: Vulnerabilidade Média
- G5: Vulnerabilidade Alta - Urbano
- NC: não consta identificado no mapa

A partir dos prontuários, foi observado o endereço destas 79 crianças, localização esta comparada com as do Índice Paulista de vulnerabilidade social, o que permitiu perceber um grande número com vulnerabilidade “grupo 5”, índice este classificado como “vulnerabilidade alta”.

Foram selecionadas então 22 crianças de 21 famílias (duas crianças de uma mesma família), 14 das quais, foram entrevistadas, conforme justificado no item Metodologia.

4.3 Entrevistando as famílias:

A tabela 3 apresenta dados das famílias entrevistadas.

Tabela 3 - Identificação das famílias entrevistadas (a: ano, m: meses)

Família	Criança	Sexo	idade por ocasião da internação	número de internações por doença respiratória	número de participantes
1	CIF1	Feminino	3a6m	1	5
2	CIF2	Masculino	1a9m	1	4
3	CIF3	Masculino	2a11m	1	1
4	CIF4	Masculino	2a4m	1	1
5	CIF5	Feminino	11m	3	5
6	CIF6	Feminino	11m	4	4
7	CIF7	Feminino	1a	2	4
8	CIF8	Masculino	1a6m	1	3
9	CIF9	Masculino	3a11m	1	4
10	CIF10	Feminino	2a3m	1	5
11	CIF11	Feminino	1a2m	1	2
12	CIF12	Feminino	1a	4	3
13	CIF13	Masculino	1a10m	7	3
14	CIF14	Feminino	4a10m	1	5

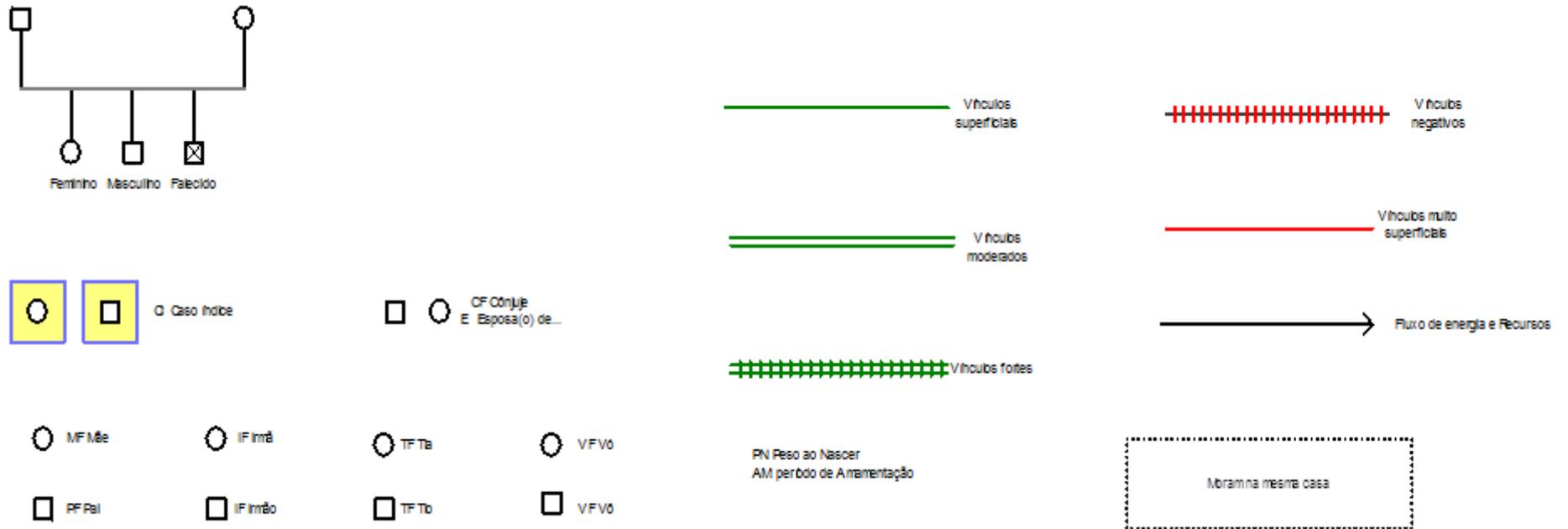
Fonte: Dados coletados no prontuário e durante a entrevista

Conforme se vê na tabela 3, as crianças analisadas eram 6 meninos e 8 meninas, com um número de participantes efetivos por família que variou de 1 a 4, o que resultou em média 3,5 participantes por entrevista. As entrevistas foram transcritas, codificadas (os nomes codificados) e classificadas de acordo com as Categorias do MCAF e organizadas conforme apresentado a seguir.

4.3.1 Características e Genograma e Ecomapa de cada família

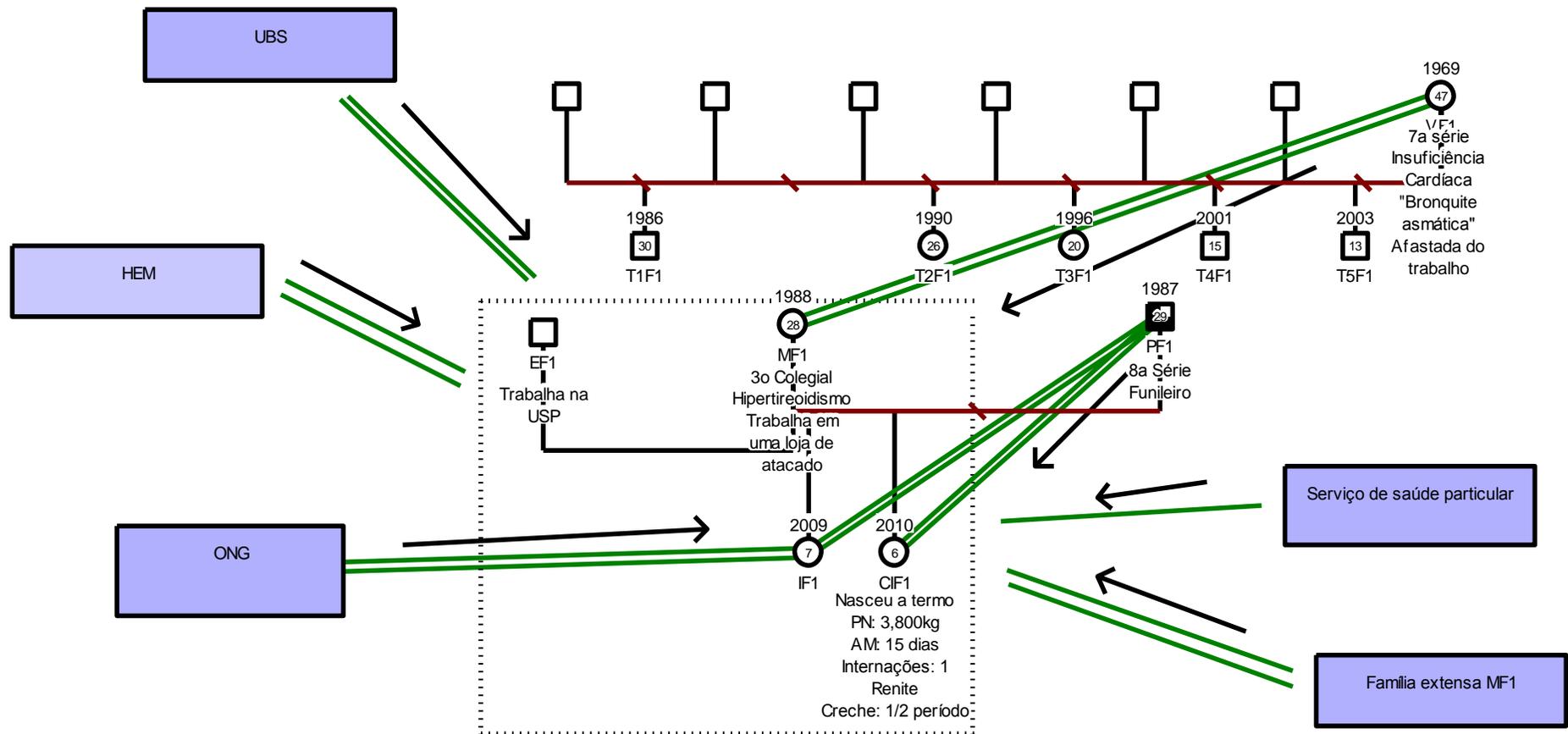
A seguir, são apresentados os dados principais de cada família, seguidos da representação desses dados nos respectivos Genograma e Ecomapa.

Figura 17 - Legenda Genograma e Ecomapa

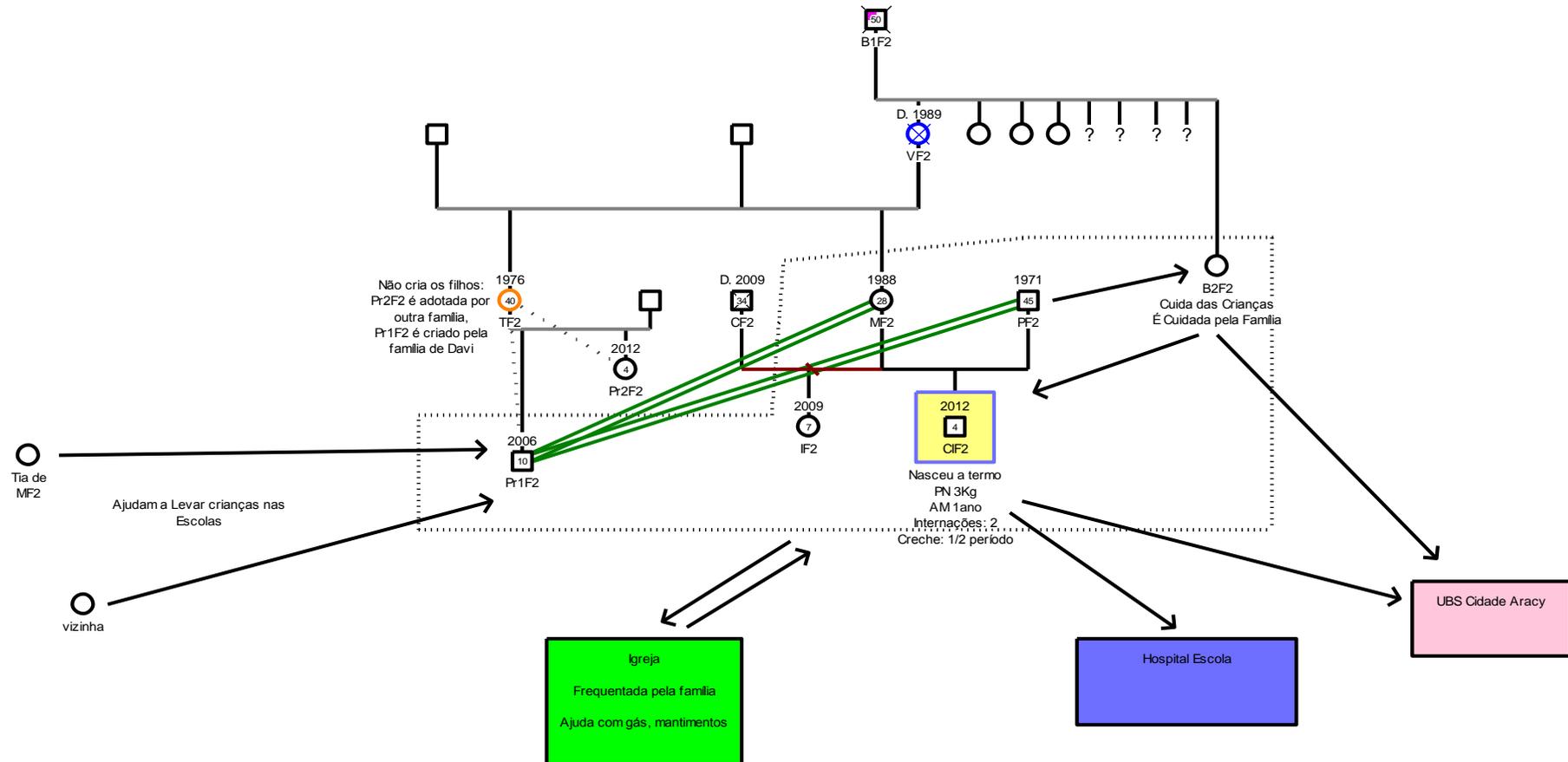


Fonte: Construída a partir do Modelo Calgary de Avaliação Familiar (WRIGHT; LEAHEY, 2009)

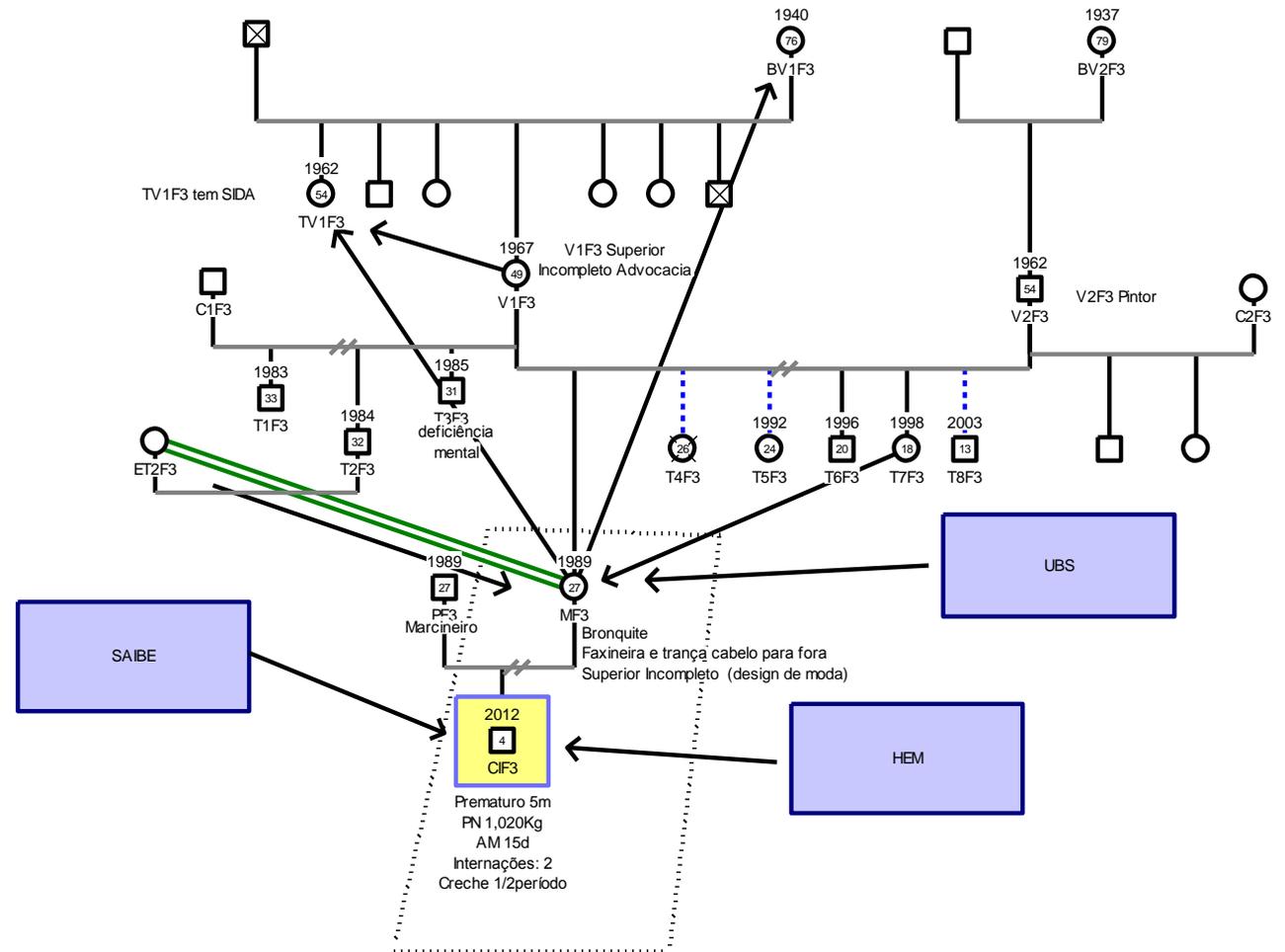
Família 1: Criança (CIF1) do sexo feminino, 6 anos, internada 1x por pneumonia, nasceu a termo. A família é composta pela mãe, duas filhas e o padrasto. A residência da família é composta 4 cômodos além do banheiro. O quintal é de concreto. A mãe e o padrasto trabalham e recebem ajuda financeira do pai das crianças. A renda é em torno de 2000 reais. As crianças permanecem meio período na casa da avó, e a cada duas semanas, ficam com o pai. Genograma e Ecomapa:



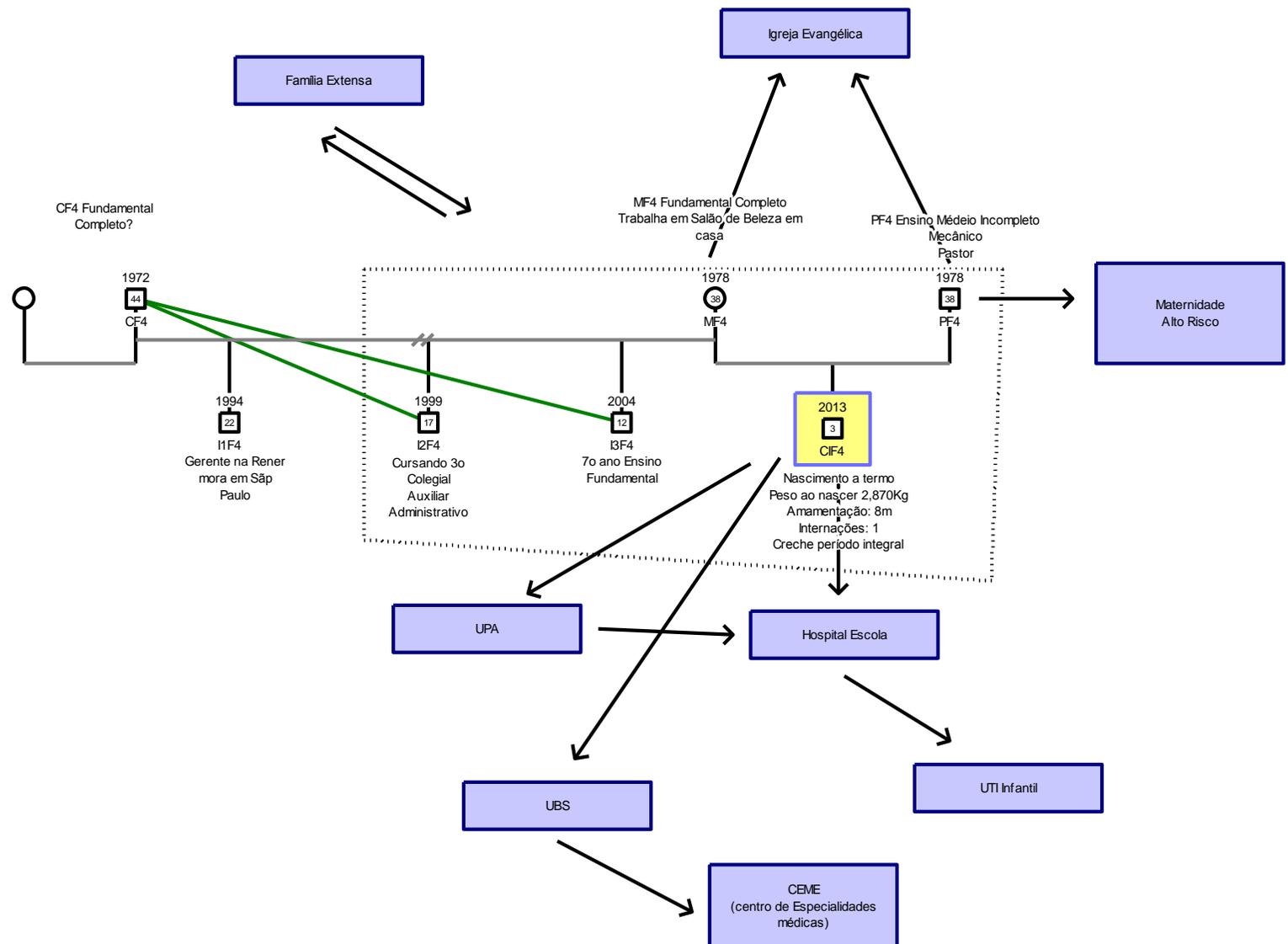
Família 2: Criança (CIF2) do sexo Masculino, 3 anos, esteve internado 2x por pneumonia. A família é composta pela criança, sua meia irmã, seu primo, seus pais e sua bisavó materna. Apenas o pai trabalha, a renda familiar é composta de seu salário mínimo, mais a bolsa família, e o complemento da pensão da bisavó que é a pensão do esposo. Moram todos juntos em uma casa com três cômodos, piso frio e laje. A família possui um cachorro de estimação. Genograma e Ecomapa:



Família 3: Criança (CIF3) do sexo Masculino, 4 anos, esteve internado 2x por pneumonia. A família é composta pela criança e sua mãe. Sua mãe trabalha como diarista, e recebe pensão do pai da criança. Recebe ajuda financeira do irmão mais velho e da mãe. A casa possui dois cômodos (um ambiente onde é o quarto e cozinha ao mesmo tempo, e um banheiro), possui contrapiso e o telhado é de Eternit, sem laje. Choveu durante a entrevista, quando goteiras foram observadas. O quintal é de terra batida, e possui entulho.

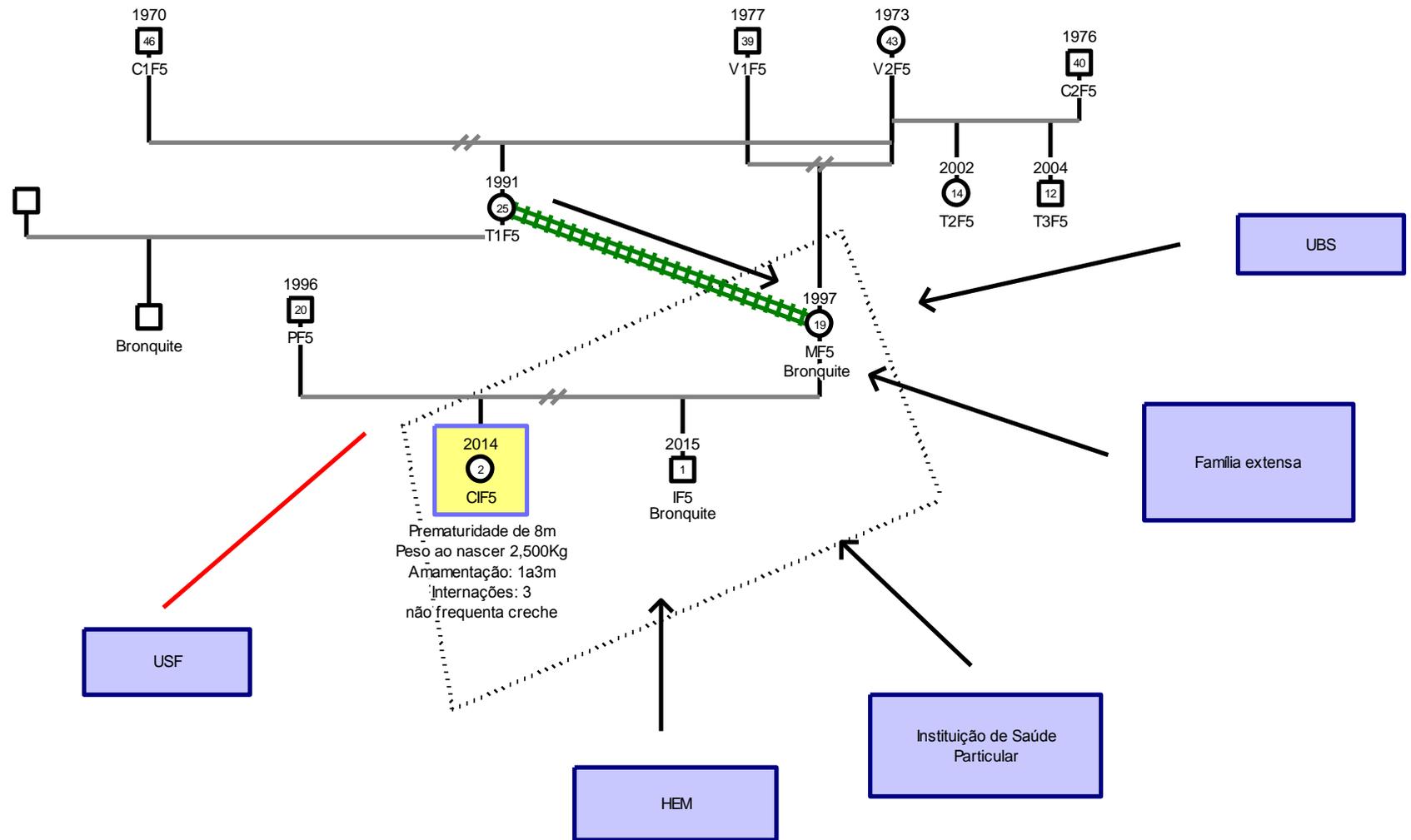


Família 4: Criança (CIF4) do sexo Masculino, 3 anos, esteve internada 1x por pneumonia. A família é composta por dois filhos mais velhos de outro relacionamento, da criança e de seus pais. Ambos os pais trabalham, ele é mecânico e pastor, ela é autônoma. Vivem com uma renda familiar de aproximadamente 2000 reais. Possuem um relacionamento estreito com a igreja que coordenam. A casa possui 5 cômodos, laje, piso de azulejo. O quintal é de terra batida. Possuem dois gatos de estimação.

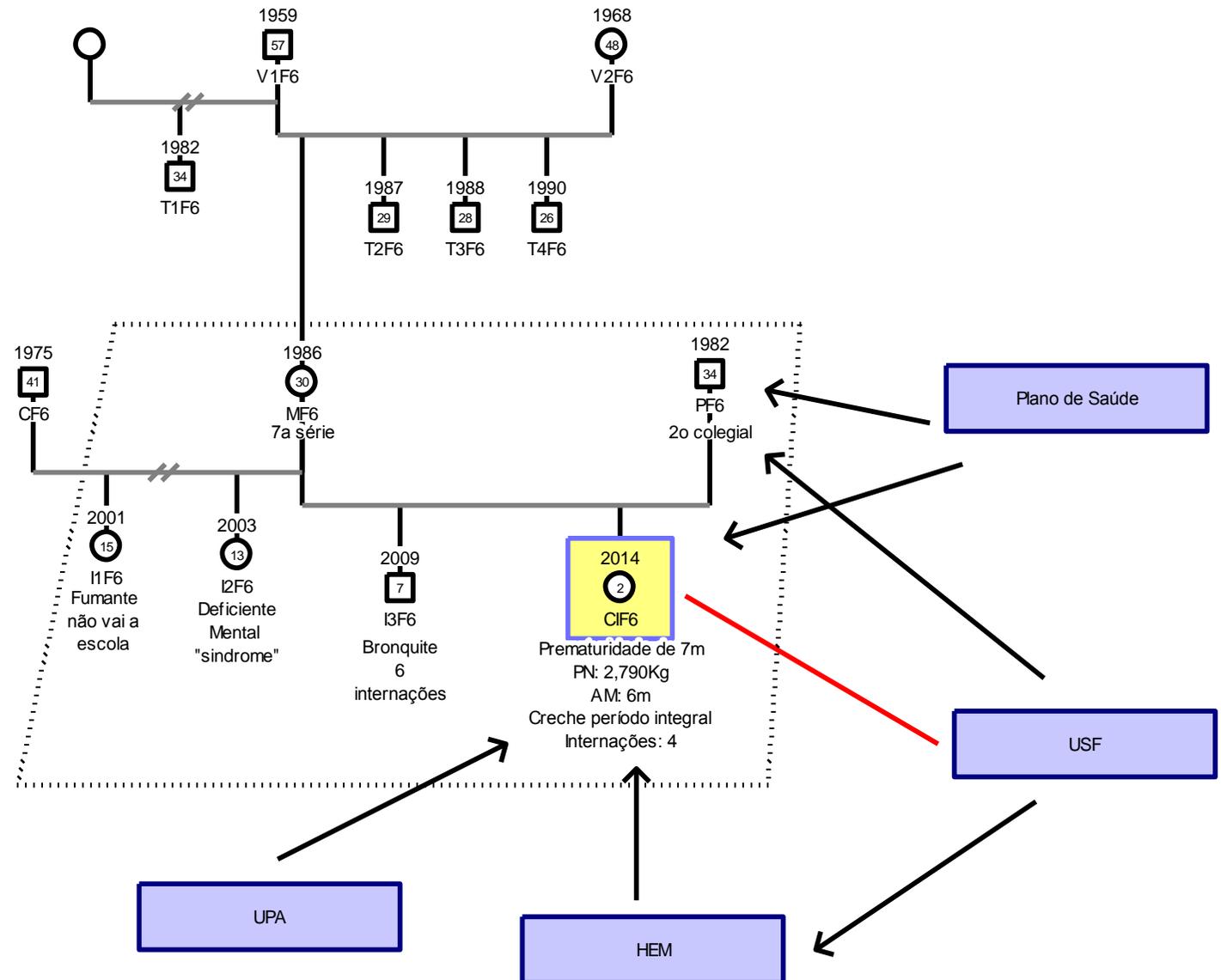


Família 5: Criança (CIF5) do sexo Feminino, 2 anos, esteve internada 3x. O irmão mais novo tem bronquite. A família é composta pela mãe, recentemente separada do pai das crianças, e os dois filhos. A mãe não trabalha e não recebe pensão do pai das crianças. Vive com uma renda de aproximadamente 300 reais, que recebe como auxílio do avô de CIF5. Mora do lado da irmã, que a auxilia dentro

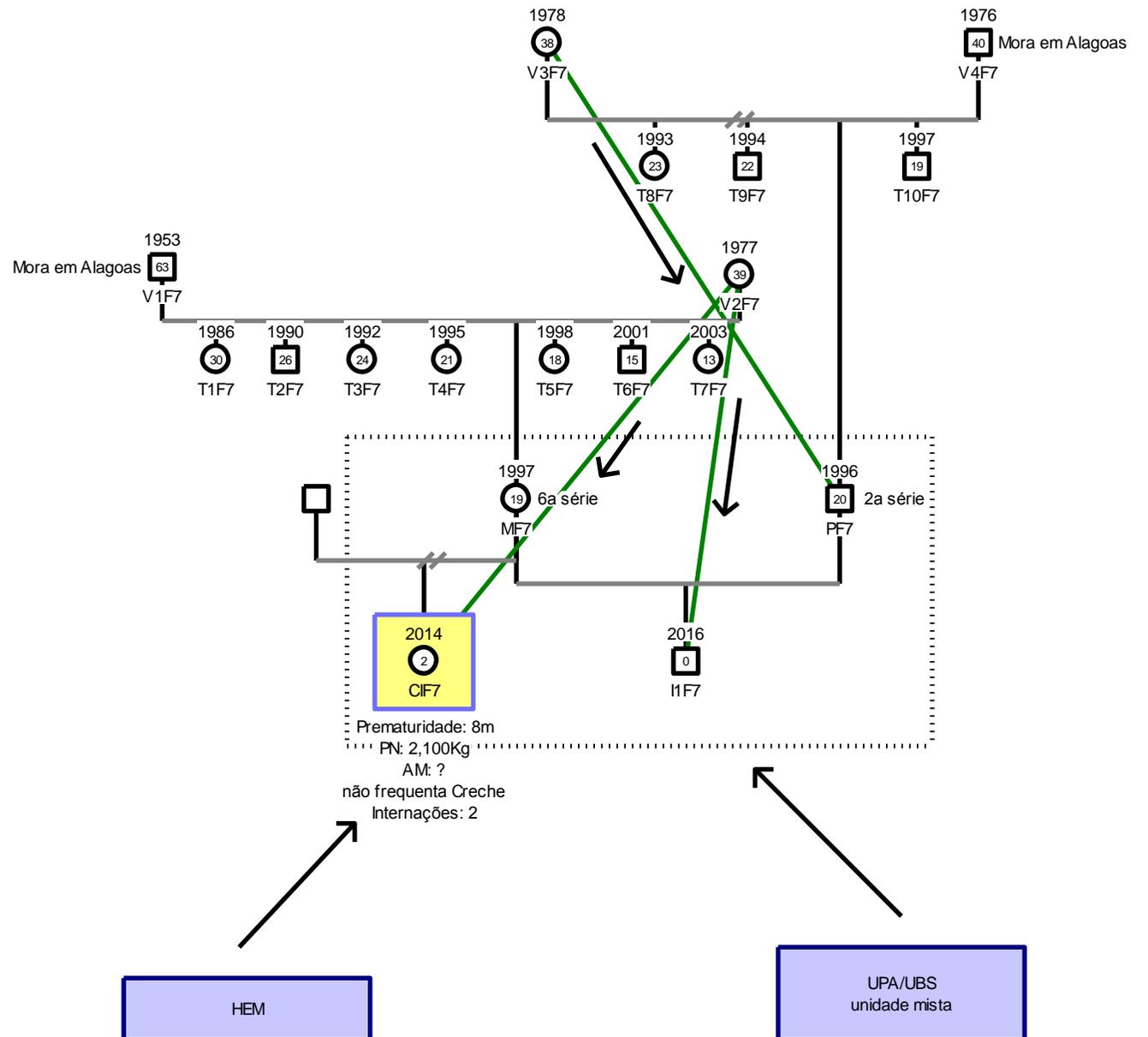
do possível, pois está em condições financeiras mais estáveis. A casa que alugam é composta por três cômodos, possui piso frio é rebocada, não tem laje, é de telha de Eternit.



Família 6: Criança (CIF6) do sexo Feminino, 2 anos, esteve internada 4x por pneumonia, possuindo um irmão que apresentou também 6 internações. Possui uma irmã de 15 anos que é fumante e não frequenta escola. A família é composta pela mãe, o pai, e quatro filhos, sendo os dois mais velhos de outro pai. Apenas PF6 trabalha, a renda familiar é em torno de 1400 reais. A casa é composta por dois cômodos além do banheiro, possui piso frio, é rebocada, tem laje. O quintal é de terra batida, possui entulho e um carro inutilizado no quintal com muitos brinquedos dentro.

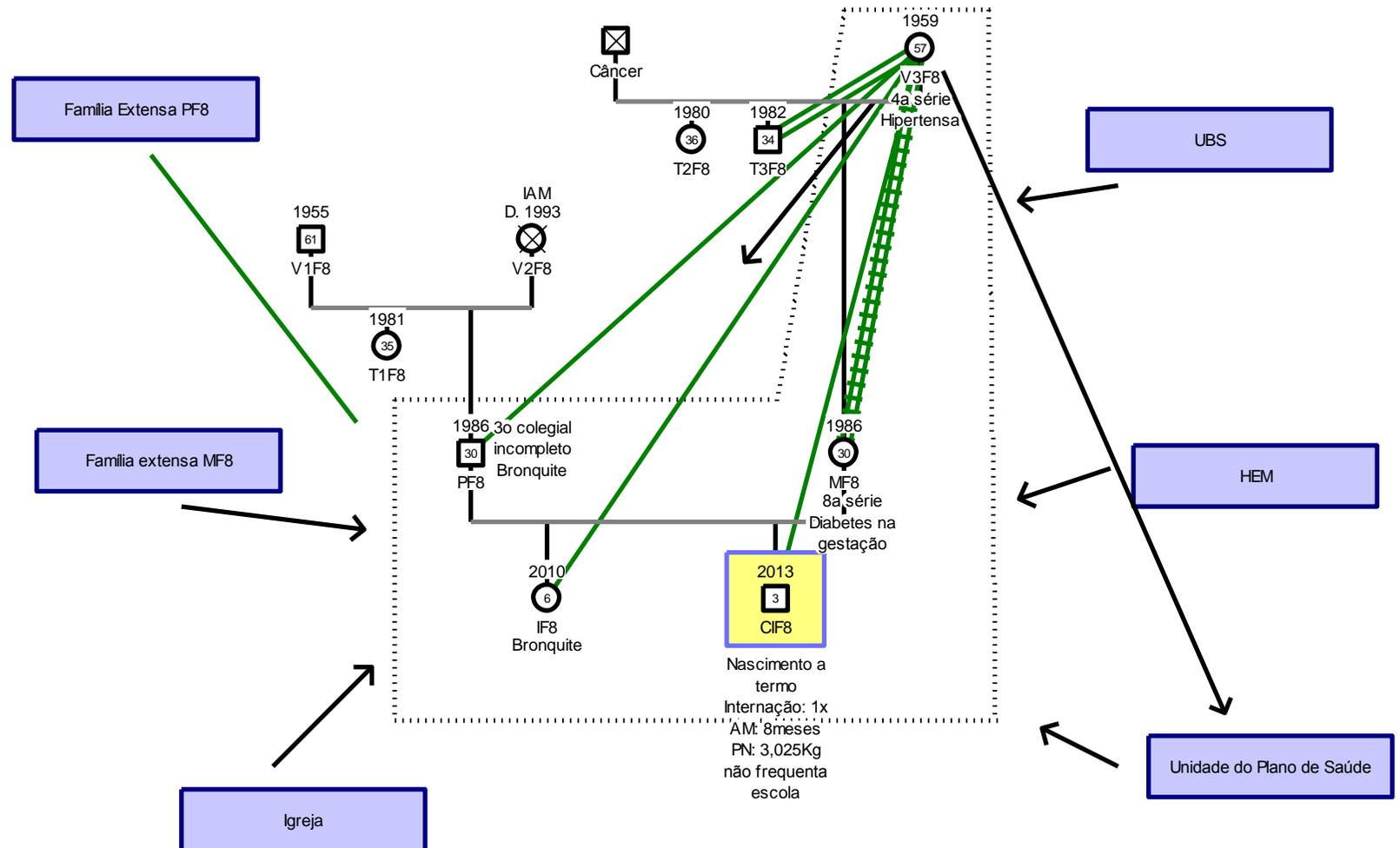


Família 7: Criança (CIF7) do sexo feminino, 2 anos, esteve internada 2x por pneumonia, tendo nascido prematura, segundo a mãe. A família é composta pela mãe, pelo padrasto, que se refere à criança como sua filha e por um filho do casal. A mãe cuida dos filhos e da casa, e o pai trabalha, sendo provedor da família. A renda é de pouco mais que um salário mínimo (1220,1100). A casa é pequena, possui três cômodos, (dois quartos e um banheiro), possui piso, laje, é pintada e rebocada. O quintal é parte de cimento e parte de terra, onde cultivam uma horta.

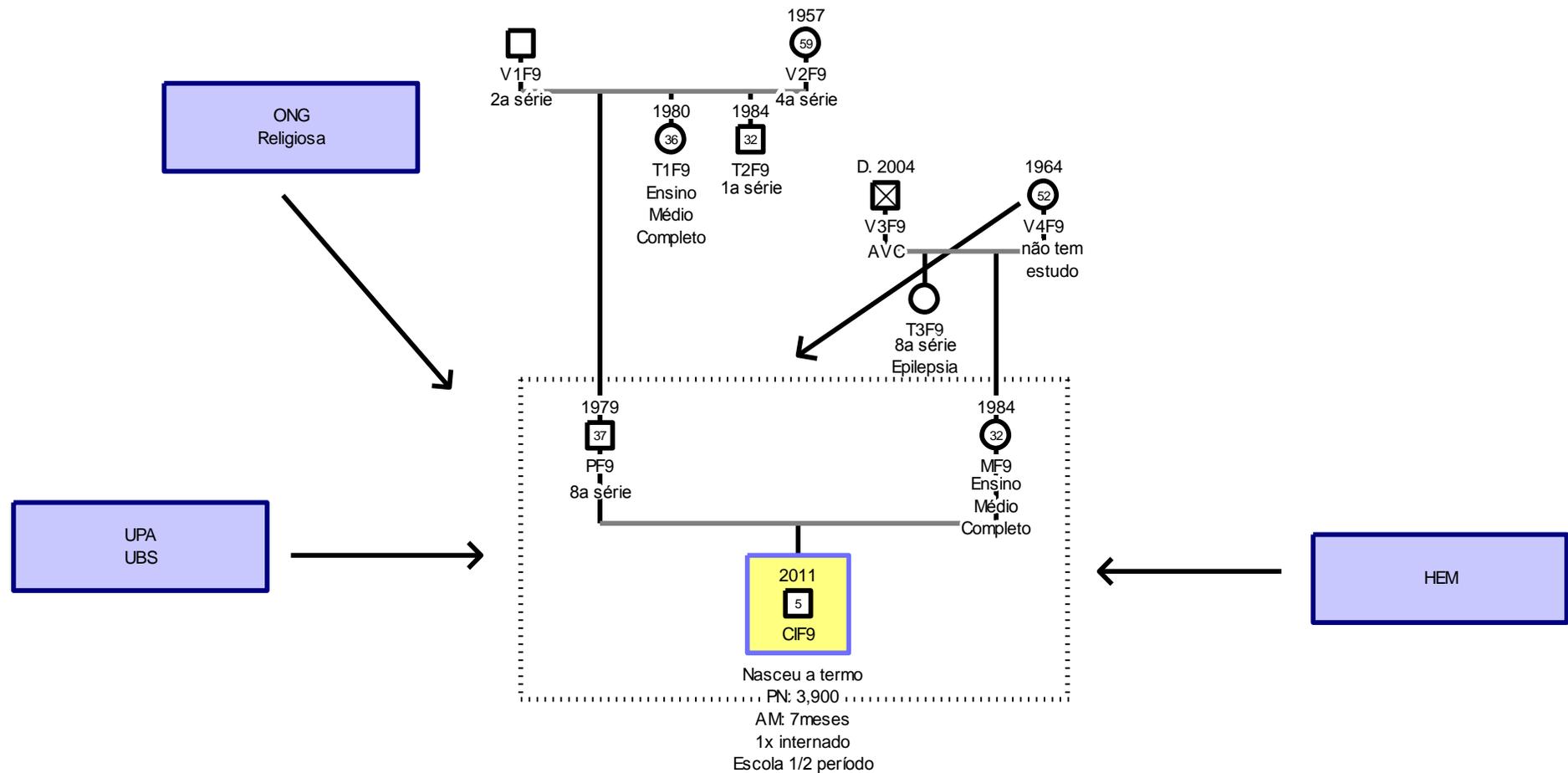


Família 8: Criança (CIF8) do sexo masculino, 3 anos, esteve internado 1x por pneumonia, nasceu a termo. A família é composta pela mãe, pai, dois filhos (CIF8 e IF8) e a avó. A casa onde residem é dividida ao meio: O casal e os filhos moram na parte de traz da casa e a avó, dona da casa mora na parte da frente. Apenas o pai trabalhava, à época da entrevista. A renda familiar conta também com parte

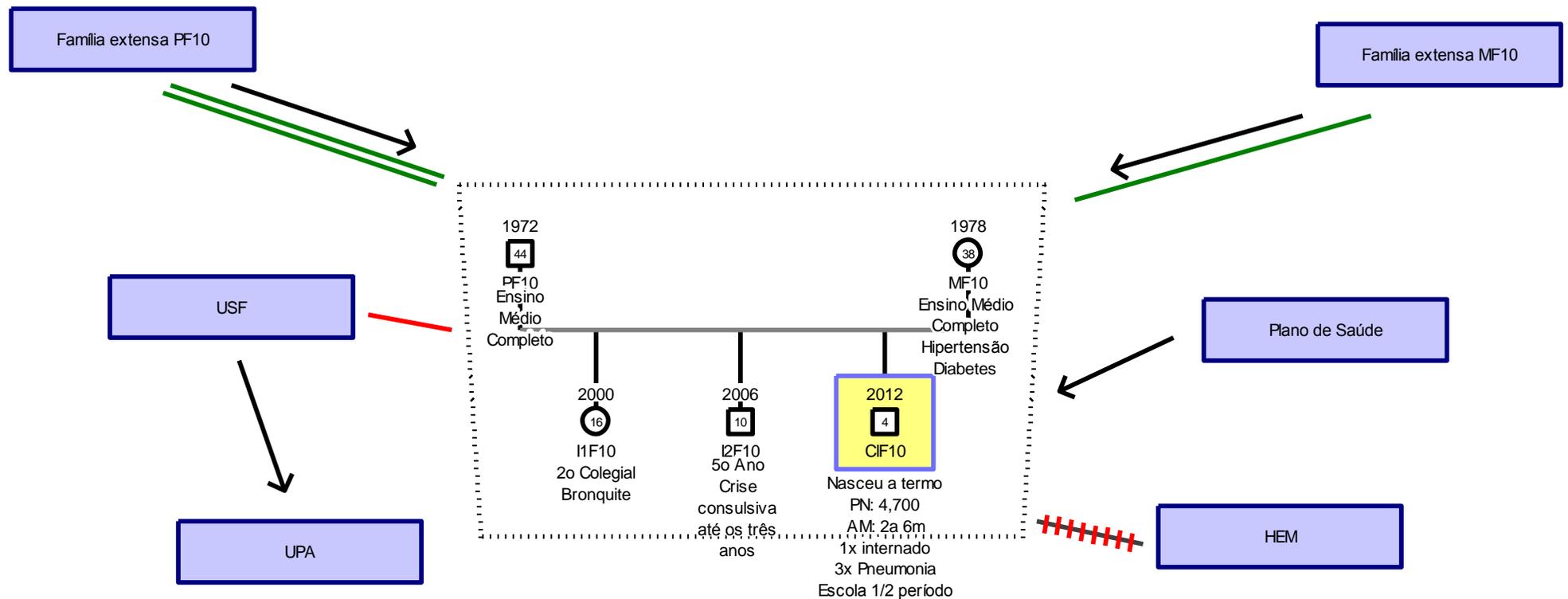
da pensão recebida pela avó, além de duas bolsas família. Renda: 1000 reais + duas bolsas família. A casa possui 3 cômodos, piso frio e laje, sendo o quintal de terra batida. Tem um cachorro de estimação e um galinheiro no quintal.



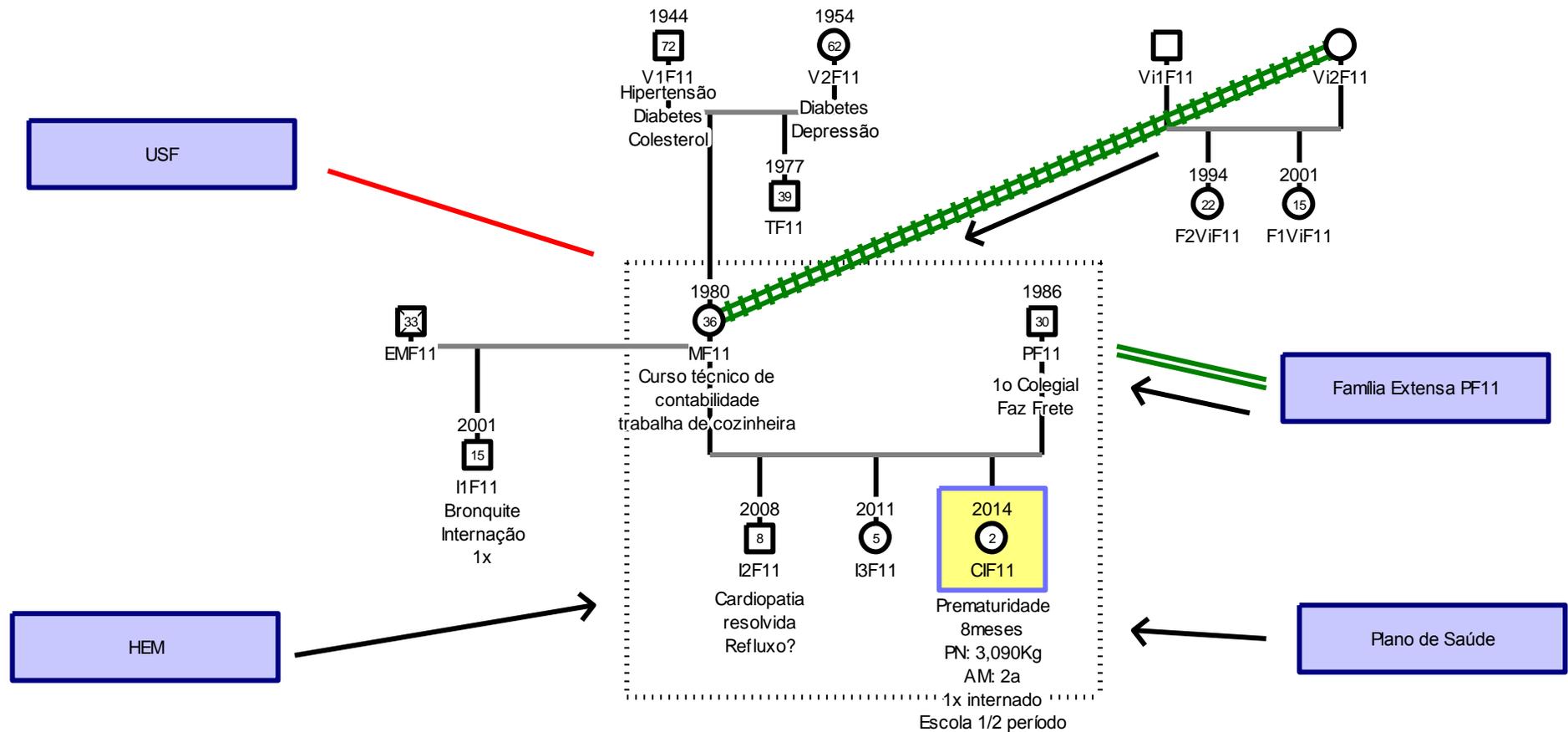
Família 9: Criança 9 (CIF9) do sexo masculino, 5 anos, esteve internado 1x por pneumonia, nasceu a termo. A família é composta pelos pais e a criança. Apenas o pai trabalha, e recebem ajuda financeira de uma avó materna, mas não chega a ser um complemento; a renda familiar é de 980 reais. A casa onde moram, possui três cômodos, contrapiso e telha de Eternit, não sendo lajotada. O quintal é de contrapiso e parte é de terra batida. Possuem um cachorro e um pássaro de estimação.



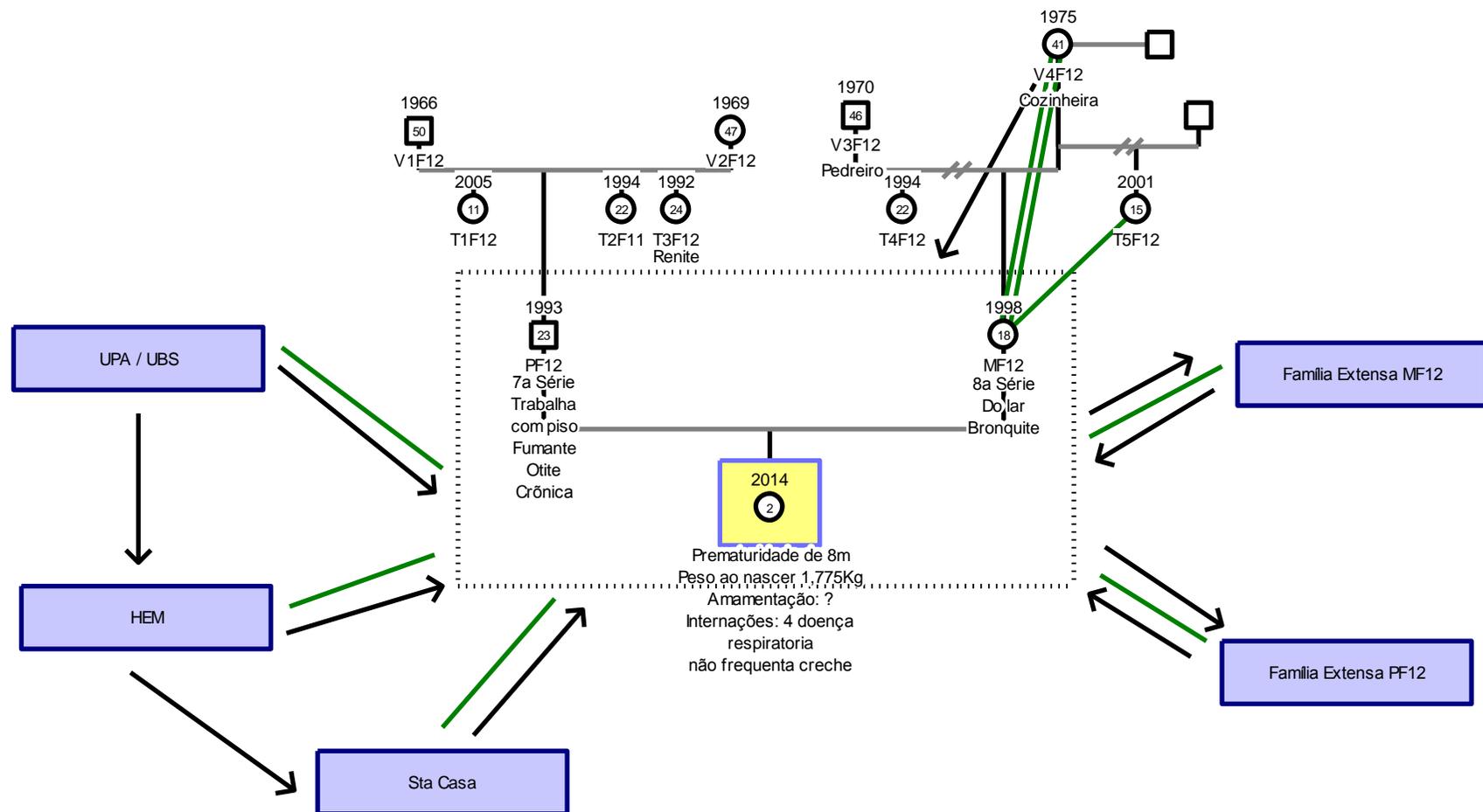
Família 10: Criança 10 (CIF10) do sexo feminino, 4 anos, esteve internada 1x por pneumonia, mas havia adoecido anteriormente outras 2x por pneumonia, em casa mesmo. Nasceu a termo. A família é composta pela mãe, pai e 3 filhos. A casa onde moram é cedida pelos avós paternos, com quem dividem o terreno. Renda: 1200 a 1300 reais. O pai trabalha em uma empresa e a mãe, em casa, como manicure, além de fazer bolo para fora. A casa é de 3 cômodos e banheiro (laje e piso frio) além da cozinha que é dividida com a casa dos avós. O quintal é concretado, e possui um pequeno pedaço de terra. Possuem um cachorro de estimação.



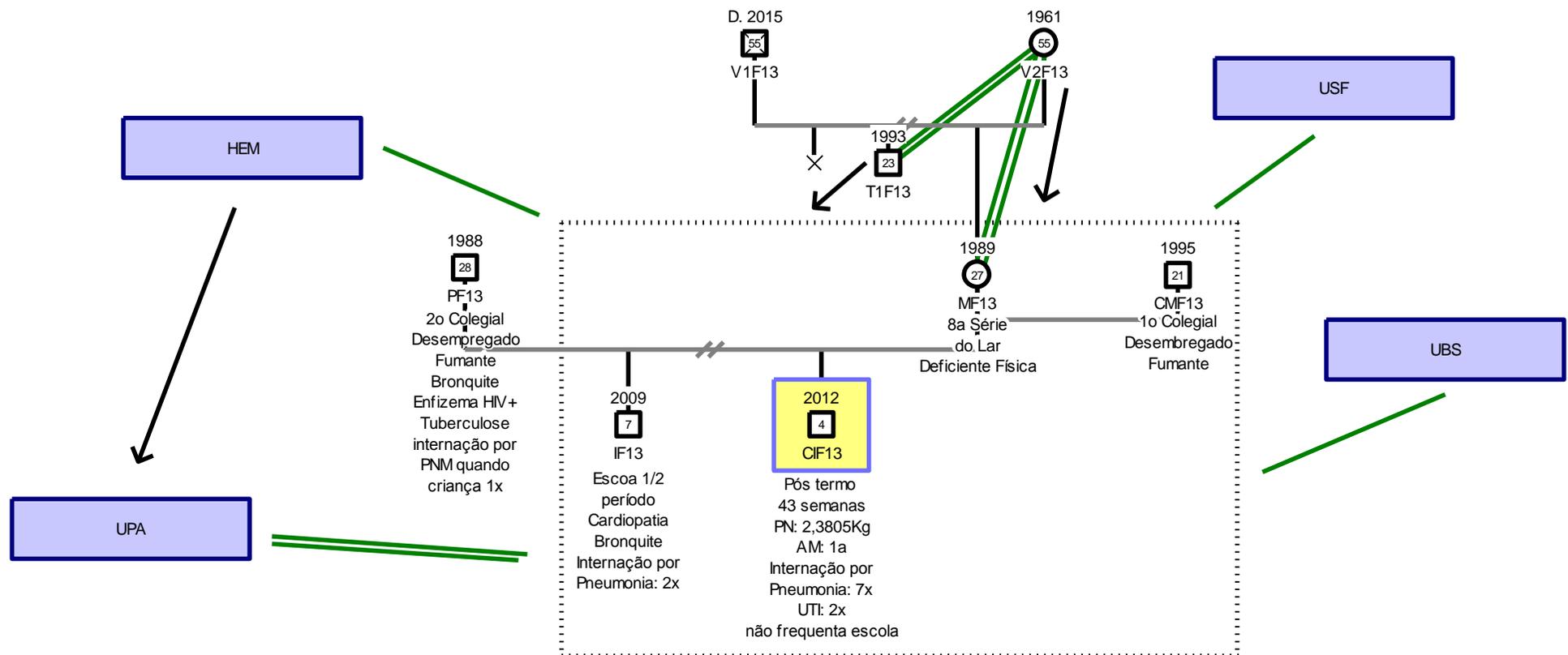
Família 11: Criança 11 (CIF11) do sexo feminino, 2 anos, esteve internada 1x por pneumonia, mãe relatou que nasceu prematura de 8 meses. A família é composta pela mãe, o pai da criança, os irmãos que são três; os avós maternos e os vizinhos. Moram juntos os pais, e os três filhos do casal. Um dos irmãos é órfão de pai, e é criado pela avó. Trabalham a mãe e o pai e possuem bolsa família. Renda: 1500 reais + bolsa família. A casa é cedida pelos avós paternos, assim como o caminhão com que ele faz frete. A casa é composta por 3 cômodos e banheiro (laje e piso frio).



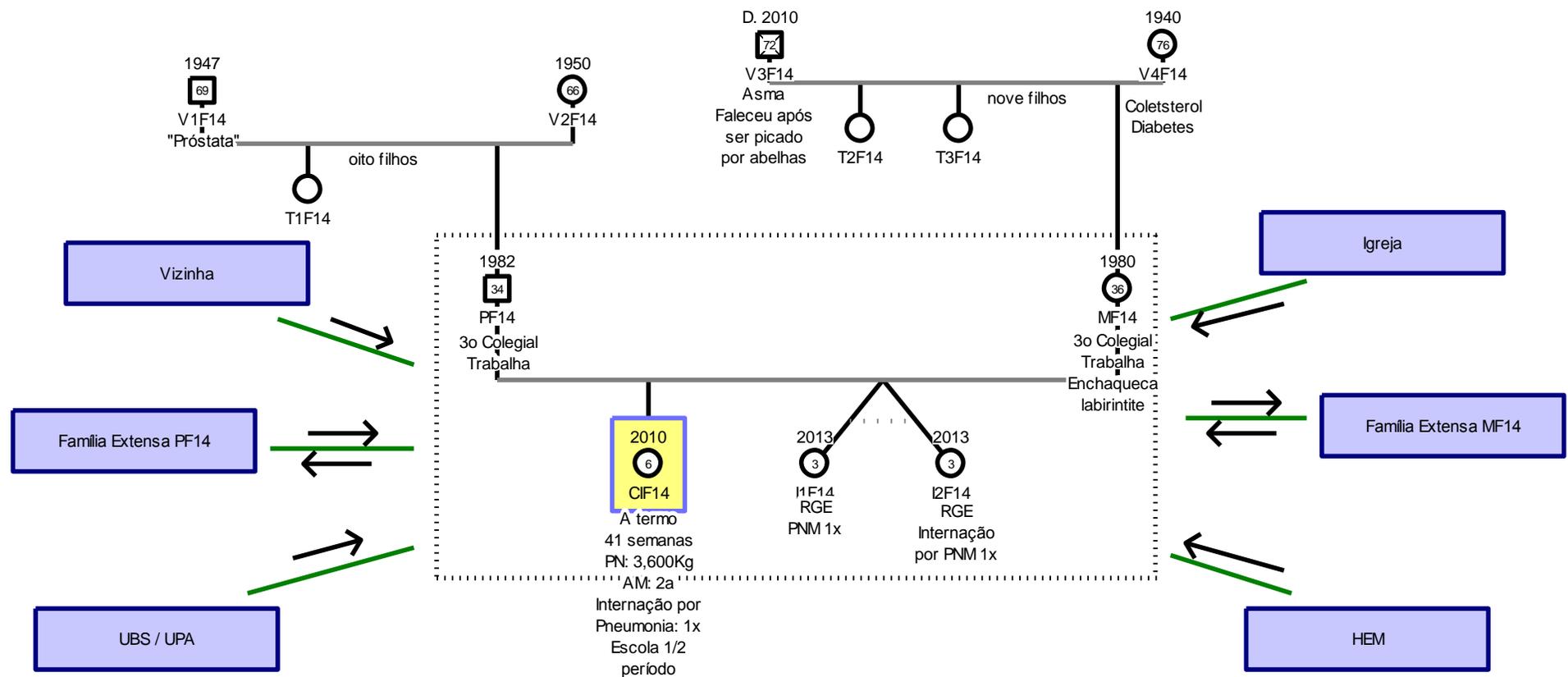
Família 12: Criança (CIF12) do sexo Feminino, 2 anos, Esteve internada 4 vezes por doença respiratória, a mãe não sabe especificar se todas as vezes foi devido a pneumonia, mas é certo que uma das internações foi por pneumonia. A Família é composta pelos pais e a criança. Apenas o pai trabalha, e a renda familiar é variada, de acordo com a demanda de seu trabalho. Recebem ajuda da família extensa de ambos os pais, tanto financeira quanto cuidados. A residência da família é composta por três cômodos, é de piso frio e não tem laje. O quintal é de contrapiso e parte de terra batida. Genograma e Ecomapa:



Família 13: Criança (CIF13) do sexo masculino, 4 anos, esteve internado 7x por pneumonia, sendo encaminhado 2x para a UTI infantil. O irmão também esteve internado por pneumonia 2x, assim como o pai durante a infância. A família é composta pela mãe, os dois filhos e o padrasto. A Avó materna é bastante presente, auxiliando em várias atividades, devido a deficiência física da filha, que não tem uma perna. A renda familiar é composta apenas pela pensão por morte do avô materno, que conseguiu por conta da sua deficiência, que é de um salário mínimo (880,00 reais). A casa possui 4 cômodos e um banheiro, laje, piso frio, rebocada e pintada. Quintal aberto, de cimento na frente e terra batida atrás. Haviam se mudado para esta casa fazia pouco tempo. Possuem animais de estimação. Genograma e Ecomapa:



Família 14: Criança (CIF14) do sexo Feminino, 6 anos, esteve internada 1x por pneumonia, no mesmo período que suas duas irmãs também adoeceram pelo mesmo motivo, uma delas também internada com ela. A família é composta pelos pais da criança e suas duas irmãs gêmeas de 3 anos. A renda familiar, em torno de 5 a 6 mil reais provém de um supermercado que tem no bairro vizinho, onde ambos os pais trabalham. A moradia é o andar de cima de uma casa (o andar de baixo pertence a outra família), é composta por 5 cômodos e dois banheiros, além da lavanderia e da sacada. Não possui quintal. É de piso frio, laje na sala e forro de PVC nos demais cômodos.



4.3.2 Aplicação do Modelo Calgary de Avaliação da Família (MCAF)

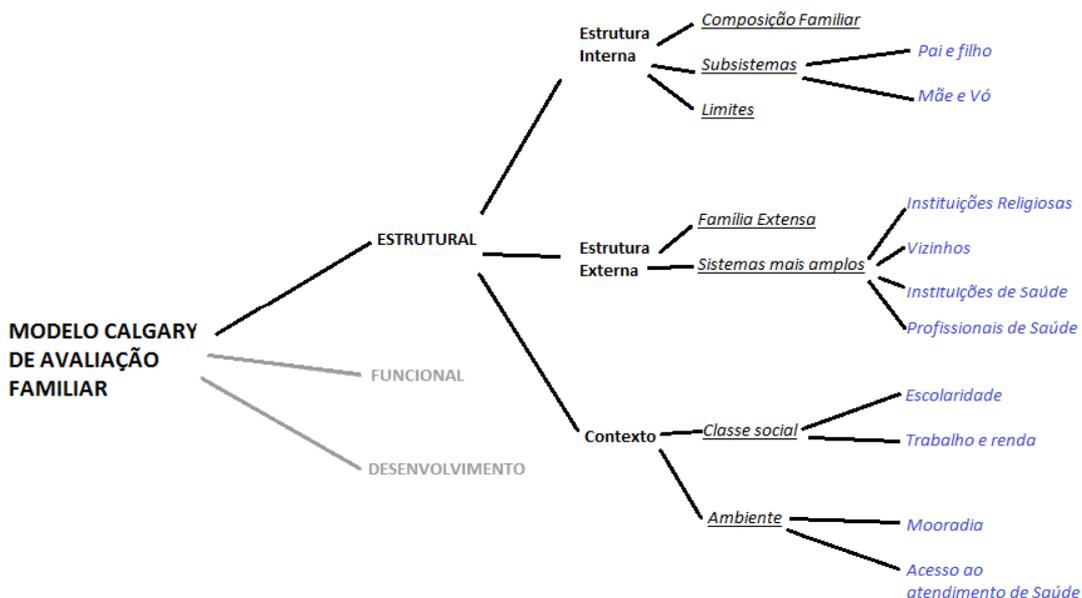
As categorias a serem apresentadas seguiram o MCAF¹ (Diagrama apresentado na Fig 1). Nem todos os elementos do Modelo foram explorados por ocasião da entrevista, devido ao foco estabelecido nos objetivos do estudo.

Apresenta-se abaixo uma readaptação do diagrama original, de acordo com as categorias previamente estabelecidas no Modelo (estrutural, de desenvolvimento e funcional) que foram um pouco mais detalhadas para cada subcategoria, e na sequência trechos pertinentes das entrevistas das famílias são apresentados.

ESTRUTURAL

Esta categoria do Modelo Calgary descreve as pessoas que fazem parte da família, o vínculo entre elas, e o contexto em que vivem no momento da entrevista. A família é composta por aqueles que seus membros definem: para alguns é definida apenas como núcleo de pais e filhos, enquanto que para outros a família extensa também a compõe. Para alguns, a família extensa funciona como apoio apenas, fazendo parte da *estrutura externa*, assim como outros sistemas, como por exemplo, igrejas, postos de saúde e hospitais. A categoria Estrutural e suas demais subcategorias estão representadas na figura abaixo.

Figura 18 - Diagrama Modelo Calgary adaptado com foco para “Estrutura”



Fonte: Construída a partir do Modelo Calgary de Avaliação Familiar (WRIGHT; LEAHEY, 2009)

¹ Wright LM, Leahey M. Enfermeiras e famílias: guia para avaliação e intervenção na família. 5 ed. São Paulo:P): Roca, 2012.

Foram utilizados o Genograma e o Ecomapa para a representação gráfica das famílias, tendo sido feita a opção de registrar apenas aqueles que foram considerados como membros familiares pelos entrevistados. Os demais foram registrados como “família extensa”, à medida que foram citados como apoio.

Estrutura Interna

Este aspecto da estrutura é composto por várias subcategorias, entretanto para a presente pesquisa, a subcategoria a seguir se mostrou mais significativa para esta pesquisa, por caracterizar aqueles que participam da vida da criança.

Composição Familiar

Descrita pelas pessoas que são definidas como “família”; como aqueles que fazem parte da família, que na maioria das vezes moram juntos, ou estão intimamente ligados entre si e possuem uma relação muito estreita de dependência e auxílio.

Nota importante: a partir desse ponto, usaremos as seguintes abreviações: para a N^{ésima} família, FN; CI para a criança; M para a mãe; P para o pai; I para o irmão ou irmã, V para a avó; T para tia. Assim, a mãe da família 1, será identificada por MF1.

“MF3: a gente é muito família, tipo assim eu sou muito mãe; irmãos, parentes, sabe? Porque para a gente, todos nós somos muito importantes, para todo mundo, as tias, os tios, as primas... para nós, a família nossa é todo mundo...”

“PF7: Só da família dentro de casa? (...) O que é família para mim mesmo é meus filhos, minha mulher, minha mãe e o meu pai... a única família que tenho.”

“MF11: eu, meus filhos, minha mãe, meu pai, meu irmão e as pessoas que estão comigo no dia a dia, que cuidam dela (CIF11) para eu ir trabalhar, porque a partir do momento que ela vai para lá, se tornou uma família, porque eles cuidam muito bem dela. É, e tem o PF11... eu estou com ele, eu esqueci de falar dele, para mim ele é família.”

Subsistemas

Refere-se aos subgrupos que compõem a vida familiar. Demonstra importância à medida que o pertencer a estes se relaciona com o cuidar, ou a falta de cuidar. Aqui é possível observamos a relação entre pai e filho(a), o que nos chama a atenção é a relação de cuidado ou a falta dele. É visível a relação entre a mãe e a avó na busca do cuidado, e também o apoio recebido em todos os sentidos.

“MF1: O pai das meninas sempre cuida delas quando preciso (...) quando ela (CIF1) está doente, e estou trabalhando, as minhas irmãs ligam para o pai dela e ele leva no médico...”

“PF1: Fiquei um pouco preocupado, né? Quem ficou lá foi ela... (se referindo à mãe da criança com quem na época estava casado, quando nasceu CIF1 e esta teve que ficar internada) VF1: ele também não sabia, ele ficou com a IF1 enquanto ela (CIF1) estava na maternidade...”

“MF1: Porque eu não conseguia cuidar... ele também não sabia, a minha mãe ajudou... ele ia na hora do almoço e a noite visitar..” MF1:.. de final de semana fica com ele... PF1: É fim de semana sim, fim de semana não.. normalmente eu não tenho dia certo pra ficar com elas.. busco na escola... MF1: É... ele ajuda assim..”

“MF3: olha, o pai de CIF3 não vem ver o menino, ele chega a ficar três meses sem ver o filho, vê quando traz a pensão, as vezes ele deixa o “vale” na minha irmã. Ele só quer dar atenção quando está bêbado, eu não entendo, porque não é “tão” longe assim...”

“MF8: Ela me ajuda em tudo... V3F8: ajudo ela (a pagar) força, água e imposto... Tem mês que dá para pagar um aluguel para ela, tem mês que não dá, né mãe (rindo) e paga a força, coitada...”

“V3F8: Eu dividi a minha casa, separei com uma parede. Porque eu estou sozinha mesmo...” MF8: Depois vou mostrar a casa para você, separada, ali no fundo ... V3F8: Três cômodos. Eu três ela três.”

“MF8: Quando estou trabalhando, aí eu vou às seis horas da manhã e volto umas quatro horas da tarde, aí o CIF8 fica com a minha mãe, e a IF8 vai pra escola. Fica estudando...” V3F8: Ela está estudando aqui pertinho...”

“V3F8: Recebo um salário mínimo, que foi o que ele deixou (se referindo ao marido falecido), é uma pensão que ele deixou pra mim... eu estava pensando em pagar INPS

para ele, o marido dela, por que por enquanto ele não é registrado, e vira e mexe ele está com cólica de rím.” “MF8: E ele tem bronquite asmática, o PF8 tem bronquite asmática.” “V3F8: e aí o que acontece, eu tava pensando, ele mexia com pintura, ele passava mal direto, tava sempre no pronto socorro, agora ele parou a pintura, e falei para a MF8, não tem atacado muito ele não. Só se ele tomar muita friagem. Aí ele fica meio... aí eu estava pensando, de pegar um carnê e levar no INPS, pegar um documento dele, e eu passar a pagar um salário mínimo pra ele, que se de repente fica doente, esse menino não vai ter nada, não vai ter, como que vai viver?”

“MF8: Quem me ajuda bastante é minha mãe, quando precisa de alguma coisa é minha mãe. Por exemplo, quando acaba o feijão, você vai lá e pergunta: oh mãe, tem? Tenho. Depois eu vou lá: oh mãe comprei... e assim a gente vai fazendo... e me ajuda a cuidar deles para eu trabalhar.”

“V3F8: ...e estou tentando pagar plano de saúde para eles... só que já está tudo atrasado, porque atrasou duas...” “MF8: então, a gente tá tentando pagar... tenho medo de ele ficar ruim, e como que tá né? Hoje em dia? E a IF8 eu tive que fazer por que as amígdalas delas você vê... é muito fechada.. então uma emergência tem pra onde correr, porque aqui não tem médico...” “V3F8: então tem esse sacrifício né, que a gente tem que fazer... que é válido né? que é uma coisa que vale...”

“MF8: É mais a minha mãe que me ajuda, porque meu marido ele trabalha, tem dia que quando ele está em casa, ele socorre, como uma vez, a IF8, ela tossia seco que chegava até a vomitar... ela tem duas bolinhas assim no nariz, tirou raio x, só que eu não queria operar ela.. ela tem amígdala grande.. mas não tem mais dor de garganta.” “V3F8: Hoje amanheceu tossindo, porque passou sábado e domingo na piscina... mas já passou ó...” “MF8: E eles graças a Deus, assim, não ficam doente fácil...”

Limites

Nesta subcategoria, é definido quem participa dos subsistemas, são construídas barreiras que separam os subgrupos, ou até mesmo não permite que alguém faça parte. Aparecem as regras que definem quem e como participa. O limite tem a função de proteger. Tem importância para a nossa pesquisa na medida que se relaciona com o cuidado, ou com a falta dele exercida por algum familiar, e percebida por outrem, que responde impondo o limite e a distância.

“MF3: ele não chama o pai dele de pai, chama pelo nome, mas ele sabe que é pai, mas ele chama mais pelo nome. Fala assim: “aí PF3 você é o maior folgado, você nem liga para mim” porque ele fala assim: “ô mãe, cadê meu pai?” Eu falo: “ôh, seu pai, a mãe separou dele” aí o pai dele esses dias veio pedir para voltar, ele falou assim: “você não vai voltar com a minha mãe não! Minha mãe não vai voltar com você PF3, você acha que minha mãe vai voltar com você? você bebe pinga PF3. Você tava bebendo pinga?”

Porque criança sente o cheiro e aí ele falou: “mãe, você não vai voltar com meu pai né? Porque ele bebe pinga, depois ele fica te chingando” falei assim PF3, para você vê, seu filho está falando para eu não voltar para você porque você bebe, não tem porque eu voltar”

Estrutura Externa

Familiares mais distantes , da família de origem, com quem se relacionam mas de uma forma mais distante, que muitas vezes promovem apoio mas que não são “parte dela”. Algumas pessoas que também possuem contato significativo com a família, assim como profissionais e instituições.

Família Extensa

Subcategoria externa da estrutura; interfere com suas opiniões, e também com o seu auxílio direto ou indireto e demonstram estar presente em conselhos e no momento de dividir o cuidado da criança, o que pode ser observado no cuidado para com o estado de saúde/doença. Para esta pesquisa a família extensa tem importância à medida que participa do funcionamento da família da criança com pneumonia. Esta participação se destaca especialmente no sentido do cuidar, e da promoção à saúde. A maior parte destes dados se encontram no genograma e no ecomapa apresentados anteriormente; entretanto, parte dos dados que não pode ser caracterizada nestes se encontra abaixo.

“MF1: “...para falar a verdade a minha tia indicou um médico que cuidou da filha dela, então fomos lá e pagamos...nós pagávamos todas as consultas...”

“VF1: É que nem ela (CIF1) chega da escola e almoça aqui... depois toma café da tarde, então a mãe dela busca, e dá janta para ela..(se referindo principalmente a CIF1, que passa a tarde na casa da avó)”

“MF1: Assim, às vezes eu venho embora do serviço para levar ela... (se referindo a quando a criança está doente, e precisa procurar o médico) mas tem vez que minhas irmãs que levam... qual das minhas irmãs estiver mais disponível, que leva... nem me liga, já leva...”

“MF2: Aí a minha tia falou: “MF2 passa com o Pediatra e pede pra ele passar os exames”, porque tem exame né? (...) Então aí ela falou vê se você consegue porque às vezes ele não tem alergia da lactose às vezes ele não quer beber o leite de saquinho porque ele acostumou com o leite de soja...”

“MF3: Assim, quando eu preciso, quando eu preciso assim eles ajudam, mas eu não sou de pedir. Nem para minha mãe nem para ninguém. (...) É, eu não peço nem para

mínha mãe... só se eu se precisar muito, muito mesmo, mas eu procuro não pedir nada para eles. A única que assim me ajuda muito, é assim, é mínha irmã é a T7F3 ... Ai quando eu vou trabalhar, fazer faxina, trançar cabelo, ele (C1F3) fica com a mínha irmã ... logo cedo, dou lanche para ele, dou banho nele, pego roupa, levo lá. É ela que olha o C1F3..."

"MF3: É porque a gente entre irmãos, tia sobrinho, somos muito unidos... É família mesmo, tipo um precisou tá todo mundo lá... um precisou corre todo mundo prá lá ... e assim vai, um pelo outro, um faz pelo outro o outro pelo outro... e a gente vai tentando se virar como pode..."

"MF3: eu falava assim, que a gente acha que a tem amigo, né? Amigos, são poucos, a mulher do meu irmão, do T2F3, a ET2F3, é uma pessoa que também na mínha vida, ela foi muito importante, ela foi a melhor pessoa, porque na hora que eu mais preciséi, quando eu estava internada, ela ficou comigo, todo tempo, todos os dias, quando eu ia trabalhar, porque fiquei um mês e vinte dias lá, era ela que estava lá, quando não era mínha mãe, era ela..."

"MF4: ...como a gente convive bastante com eles e eles são a segunda família, então aprendemos muito, tanto com eles, com os problemas deles e com os nossos... relacionamos tudo."

"MF5: Eu tenho ajuda da mínha vó e meu vô, por parte de mãe... eles me ajudam quando eles percebem que eu preciso; olham a criança, para eu fazer alguma coisa..."

"T1F5: ...ela (avó paterna de C1F5) participa da nossa vida mais que o pai." "MF5: - Ajuda cuidar da C1F5 quando eu preciso." (Está no genograma como família extensa)

"MF7: A mínha mãe ajuda, quando precisa ficar com as crianças."

"MF8: Quando ela (1F8) fica doente e meu marido não tem dinheiro para comprar o remédio, mínha avó vai e compra, ela sempre me ajuda... Nossa ela me ajuda, se pedir ela dá, não pode falar nada dela..."

"MF8: Mínha avó que ia no meu lugar trabalhar, porque não tinha quem..." "V3F8: Nossa é mínha mãe.. você acredita que ela ajudou todos os filhos... quando as filhas tinham nenê ela ajudava..."

"MF10: Apoio a gente tem, da mínha mãe, da mínha sogra, da mínha irmã, a irmã dele.. não financeiro, mas assim se precisar de um conselho, uma ajuda pra fazer um serviço alguma coisa assim..."

"MF11: Elas são mínhas vizinhas, (que ela considera como parte da família) só que elas cuidam da nenê para mim; eu sou comadre delas, eu sou madrinha da filha dela."

"MF11: Mínha mãe sim, sempre me ajuda, comprando fralda, bolacha para as crianças..."

“MF11: Não, ninguém mais ajuda... Quer dizer... Assim, meu sogro ele é o esteio. Ele me ajudou muito, eu não falei dele, mas ele ajudou muito... nossa, em tudo ele me ajudou, se eu tenho a minha casa que estou morando hoje foi por ele, ele comprou material, pagou pedreiro, não é mãe? Se meu marido tem a caminhonete para fazer frete é por ele... É neste lado que eu falo... Mas se chegar lá e dizer que precisa de algo ele sempre está ajudando...”

“PF12: Ah nossa família é toda unida, cada um dá um pouco, tem hora que fico até bravo que eles dão muita coisa e depois ficam jogando na cara...”

“MF12: Nesta parte a gente tem ajuda da minha mãe, ela me ajuda, em todos os sentidos: Fralda, remédio... nessa parte não podemos reclamar... a minha mãe ajuda muito mais que a mãe dele, porque eles também não têm muito...”

“MF13: Se eu precisar de algum favor ele (o irmão) me ajuda... financeiro ele não ajuda, com cesta não ajuda... mas se eu precisar que fique com as crianças ele fica... se eu precisar que busca o remédio pra mim ele vai...”

“MF14: É o (tío por parte de mãe de CIF14), ele me ajuda muito também, não tem hora nem lugar... se falar que está precisando ele vem aqui na hora.”

“MF14: Só o , um primo dele do PF14 que ajuda muito a gente também... em tudo, precisou ele está aqui para ajudar...” “PF14: É, a gente ajuda também, é por gratidão né... veio a gente primeiro (da Bahia) depois vieram eles... as coisas foram dando certo, foram enraizando...”

Sistemas mais Amplos

Envolve instituições que promovem apoio à família; podem ser desde Organizações não Governamentais (ONGs) assim como instituições de saúde: Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Unidade Básica de Saúde (UBS), Unidade de Saúde da Família (USF), Hospitais e Unidades Particulares. Profissionais que prestam serviços à família aparecem aqui como Profissionais de Saúde.

Instituições Religiosas

Percebemos o apoio exercido por parte destas instituições, tanto material quanto na oferta de orientações.

“MF2: A igreja ajudava de vez em quando, por exemplo quando acabava o gás juntava os “irmãos” e comprava o gás, as vezes assim que acaba o alimento dentro de casa nós conversávamos, e eles faziam uma cesta davam também...”

“MF4: Por conta da igreja, todo mundo ajuda... a gente se relaciona mesmo com todos os membros, é a segunda família...”

“MF9: Tem o cursinho que ele vai de sábado de manhã (Ass. Espírita). Acho que na educação, ele mudou bastante depois que eu comecei a levar ele lá, são só duas horas e meia que ele fica lá mas já é bom...”

Vizinho

Aqui o apoio exercido pelas pessoas que moram mais perto, sem personificar alguém em específico.

“MF14: Se precisar sim.. essa vizinha da frente já me ajudou muito. Principalmente quando elas estavam doentes, e ele estava trabalhando fora, ela me ajudava muito.. desde que eu moro aqui, o que eu preciso ela ajuda. Ela me ajudava a olhar, cuidar...”

Instituições de Saúde

Quando o apoio ocorre por parte das instituições de saúde para com a família, ou especificamente a criança com pneumonia. Pode se estabelecer um **vínculo positivo**, na medida que este apoio ocorre como esperado, ou atende as expectativas da família; ou ainda um **vínculo negativo**, quando não atinge as expectativas, e não promove o apoio esperado. É possível observar a falta do apoio sentido pelas famílias, a falta de empenho dos trabalhadores dos diversos serviços sendo o acolhimento por parte das instituições públicas deficiente em relação a necessidade destas famílias.

“VF1: A gente leva na UBS...” “MF1: aí eles encaminham...” “VF1 aí eles encaminham para o Hospital1 (H1), para o Hospital2 (H2)...” “MF1: porque no H1 eu que levei porque tem pediatra e ela não sarava, fiquei com medo, eu mesmo levei.” “VF1: é, na maioria dos casos quando é uma coisa urgente, então eles encaminham. Mas às vezes quando está muito, muito ruim, levamos no H1” “MF1: porque lá tem pediatra...”

“MF1: Pediatra ela tem um, que é o Dr.X do posto.. e ela quando tá ruim assim não dá pra ir nele , porque para marcar consulta com ele é 1 mês, aí tem que marcar em encaixe..aí não consegue, aquela enrolação...”

“MF1: ...tive de levar de noite na unidade Particular, quando ela era bebê com 5 meses... ela não precisou ficar internada daquela vez ... Bem antes, ela era bebê.. foi depois que ela pegou uma gripe com 4 meses, vivia doente, vivia no H1, mas não chegou a internar.. foi quando eu procurei um especialista na unidade Particular, aí foi que ele falou que ela estava com adenoide... e não sarava, ela fez tratamento até os 2 anos”

“MF2: Eu ou meu esposo levamos ele aqui na UBS do nosso Bairro, com o Pediatra.”

“MF3: Ah sim, eu passava com ele na unidade especializada que acompanha crianças nascidas prematuras... acho que faz uns seis meses. Ele não foi liberado ainda.”

“MF4: Quando tem problemas de saúde vou no H1, no posto aqui do bairro, quando é o CIF4 eu vou direto para o H1. Quando eu passo no UPA, eles encaminham para lá, quando é o CIF4, eu falo para eles o quadro que ele já passou, que ele teve, eles encaminham para lá. O máximo que eles fazem é medicação para abaixar a febre e encaminham para lá ... Eu só vou no H1, direto, já passo com o pediatra.”

“MF6: Então, agora todos meus filhos vão na USF, mas até um ano de idade, a CIF6 usava o plano de saúde. Agora vão todos na USF, só quando ficam doentes...”

“MF7: Quando eles ficam doentes nós vamos primeiro na UPA.”

“MF8: Então UBS é o seguinte, tem o médico mas é assim, tem vez que ele acerta e tem vez que não certa, ele é bonzinho sabe... então a gente não gosta muito. E ali só tem ele...”

“MF8: Não tenho levado mais no H1, porque agora que não tem precisado mais internar, não, mas antes eu ia, porque prefiro o H1 do que H2, ou pronto Socorro...”

“MF8: Foi, faz um ano que comecei a levar na ... (plano de saúde) porque graças a Deus ele não ficou mais doente, às vezes é um resfriadinho ou outro, mas aquela coisa que ele ficou ruim mesmo não... e olha que anda descalço heim, toma gelado, ficou na piscina ontem.. né CIF8?”

“MF9: Eu só levo na UPA e na UBS. Eu tenho medo de levar no H2 porque eles falam que circula muitos tipos de doenças e falam que pode pegar, chegar com uma doença e ir embora com outra. Aí eu tenho medo de ir lá, nunca levei ele no H2.”

“MF11: Assim, as crianças eu pago plano para eles, eles tem plano de saúde, antes eu ia no H1... e eles vão lá na unidade Particular, agora eu fiz aqui um cadastro no postinho da família..(USF), nunca usei o postinho.. aqui faz 2 meses que mudei...”

“MF12: Ou no postinho, que tem pronto socorro, ou quando ela tá muito doente no H1...” “PF12: Quando ela tá mais ruim vai direto no H1.”

“MF13: Quando precisa de ambulância, eles levam no pronto socorro, aqui no UPA... quando é urgente mesmo. Ai se tem médico para atender direito eles atende senão tem que mandar pro H1, aí eles levam... Quando é médico bom não; levei o CIF13: agora ele atendeu e mandou voltar pra casa, aí tive que levar no H1 no mesmo dia... Mas quando dá pra levar de carro ou de Ônibus eu levo direto no H1... eu prefiro levar lá...”

“MF14: No posto daqui, (que é UBS e UPA) ...ou se tiver muito atacado eu levo no H1, mas é difícil viu, eles não são muito de ficar doente não.. é mais gripe, tosse.. dá um xarope já sara... MF14: Levo nos dois lados (UBS e UPA) depende, quando tá atacado passa no pronto socorro, quando dá pra esperar marca no posto... pediatria... Eu nunca fiquei sem atendimento não... só teve um exame delas que demorou para fazer mas não foi por culpa do posto, eu fui duas vezes no H1 escola fazer mas tava quebrada a máquina... de refluxo, mas aí eu fiz particular, não deu nada também.”

“T1F5: - bom aqui é bem precário, que você vai no posto marcar uma consulta nunca tem vaga, porque não é posto, é da família (...)unidade de saúde da família (...) marca com a enfermeira para depois passar com o médico... a gente tem que explicar tudo para a enfermeira, um interrogatório enorme, para eles verem se precisa de uma consulta ... dificilmente consegue, fala que não tem vaga...” “MF5: em último caso, quando eu vejo que nada resolve, quando eu levo no H1, postinho, tudo, aí eu tenho que pagar também. (...) mas o primeiro lugar que eu levo é o H1, na USF nem adianta. Quando não resolve eu tenho que pagar consulta...”

“T1F5: - eles nem vem fazer visita na casa, nada, quando precisa, assim, raramente. Eles nem vem fazer o cartãozinho, era para vir ver o endereço que a minha irmã está morando, faz um ano que a minha irmã mudou, aí a gente foi lá para eles virem aqui na casa, no endereço, o cartãozinho, nem isso eles vieram, porque precisa do cartão para marcar consulta. a gente está esperando até agora e até agora e nunca vem... MF5: - eu fui lá, até lá, e pedi para eles fazer um cartão, aí eles me deram um cartão, só que não tinha vaga para consulta... a médica na verdade não estava atendendo ainda...”

“MF6: Eu que levo; se eu levo no posto e fala que não tem médico, aí já esta muito grave, aí eu levo no H1. É difícil.”

“MF10: Geralmente era o H1 mas gora eu não estou indo mais, eu estou indo no plano de saúde, porque eu fiquei com medo, não foi fácil o que eu passei com ela lá, eu fiquei bem traumatizada.”

“MF10: Já, já levei no Posto de Saúde, só que o que acontece, aqui a gente pertence ao postinho X, aí muitas vezes que eu levei lá e não tem médico aí eles mandaram ir pro Pronto Socorro ir para o UPA, aí eu nem vou no UPA né, vou direto no Convênio.”

“MF10: Olha quando ela ficou no H1 foi difícil para mim, porque não tinha ninguém para trocar comigo, ele também não podia faltar do serviço. Eu ficava 24 horas, ela ficou 3 a 4 dias.. 3 dias, nesses 3 dias que ela ficou lá eu tomei 1 banho, que a minha sogra foi visitar.”

“MF14: Quando era a pneumonia e levei lá que ela estava com dor abdominal a médica falou que era fome, fiquei com muita raiva dela, falou para dar comida pra ela. Ela estava com muita dor, levei as três que as três estavam ruins... ela (médica) falou que não, que era a tosse, passou um remédio para tosse. Mas eu vi que as meninas estavam mal.. choravam, a CIF14 que é a maiorzinha sentia muita dor no abdômen e vomitava... chegou um momento que ela nem andava, estava ruim mesmo. Aí ele estava trabalhando fora, em São João da Boa Vista, aí nessa noite que eu levei ela para o H1, eu já tinha levado aqui e não tinha resolvido nada... aí eu liguei para ele 3h da manhã, falei pra ele vir embora porque as meninas estavam ruins, chorando a noite inteira, vomitando.. e a IZF14 não ficava em pé, de tanta dor que sentia. Aí ele saiu de lá 3hrs da manhã e chegou aqui 5hrs. Quando ele chegou elas tinham passado a noite acordada, e quando ele chegou ela dormiu. Aí eu falei vai na frente com a IZF14 que está pior e daqui a pouco eu vou com as outras. Aí lá na hora que o médico atendeu, que ele me ligou, eu já tava a caminho com essa que meu sobrinho me levou... deixei essa em casa que tava melhorzinha. Aí ele falou que era pneumonia e ela ia ficar internada, quando cheguei lá com a CIF14 a mesma coisa...”

Profissionais de Saúde

Aqui o apoio ocorre por parte dos profissionais de saúde para com a família, ou especificamente a criança com pneumonia. Da mesma forma observamos um **vínculo positivo**, quando o familiar se sente apoiado e acolhido; já um **vínculo negativo**, demonstra expectativas não atingidas, e até mesmo atitudes de desqualificar e desacreditar o cuidador.

“MF3: ...mas o dr, como que ele chama? da UTI? (...) Dr.Y.! Gente, que médico é aquele! Gente, para mim ele é o melhor! Passa muita tranquilidade... ele ajuda muito as mães. Eu falo se um dia eu pudesse fazer alguma coisa por ele, eu faria muito, muito, muito, porque ele é o melhor...”

“MF3: ...todos aqueles que cuidaram de mim no H2, até essas enfermeiras que o povo fala, que é arrogante... sempre tem, mas para mim todas elas me trataram muito, muito bem, eu acho que foi na época que eu mais precisei, Deus colocou as pessoas mais importantes na minha vida, foram eles, enfermeiro, médico, tudo. Médico, os médicos que Deus colocou na minha vida, não sei nem descrever... O quanto eu tenho a agradecer... é tanto que todo dia quando eu oro eu peço pra Deus, eu lembro deles

todos os dias, assim, exclusive quando eu olho para o meu filho eu já penso, tudo, tudo, tudo que eu passei...”

“MF14: Foi cesárea... O médico que cuidou de mim foi um anjo eu digo... porque... eu passei muita fome na gravidez, (durante a gestação sofreu com hiperemese gravídica) e eu consegui chegar em 38 semanas...”

“MF3: ...eu passava com outro Dr... , desde que eu perdi minha virgindade na adolescência, aí eu quis passar com este, mas eu não aconselho ninguém, nem uma mulher, quando tá grávida fazer pré natal com ele. Porque eu passava na consulta com ele, na consulta do mês, aí eu falava assim: “nossa doutor, estranho, eu olho pro céu e vejo um monte de pontinho de carnaval, eu olho assim , mas é tanto coisa colorido...” “ele falava: não, isso daí é coisa da sua cabeça, você não tem nada...” Eu achava, que não era normal, como que eu na consulta diária, a pressão 13, 14, às vezes 16 por 8, para quem está grávida não é normal... e ele falava para mim que não era nada, realmente, ele falava que eu não tinha nada, que era coisa da minha cabeça...”

“MF12: ...tirando aquele Dr. não suporto ele, ninguém gosta dele, ele atende aqui”

“MF14: No H1 foi uma segunda vez que eu fui lá, esse eu lembro o nome do médico, ele falou que a CIF14 estava com frescura, eu comecei a chorar lá dentro... isso não é coisa de falar para uma mãe que vai com filho em busca de socorro. Então se eu chegar lá hoje para passar e for com ele, não quero... a menina tinha acabado de sair de uma pneumonia, tava com sintomas fortes...”

Contexto

Refere-se ao ambiente em que a família está inserida, o bairro, as pessoas que a cercam, sua comunidade, relacionada à classe social a que pertence, à religião, ao ambiente que reside, o acesso que possui a bens materiais, a conhecimento, a saúde.

Classe Social

Determina de forma significativa o serviço de saúde utilizado, à distância, e ao acesso de todo tipo de recursos, como por exemplo, compra de medicamentos, quando se faz necessário por falta destes na rede. Interfere diretamente na solução dos problemas, visto que tem relação explícita com os recursos de que a família dispõe.

As informações desta subclasse se encontram no Genograma, e na caracterização da família. Foram construídas a partir da entrevista e de observações do pesquisador.

A tabela abaixo relaciona algumas informações do contexto familiar com o nascimento da criança, amamentação e número de internações da criança:

Tabela 4 - Informações relacionadas a classe social e ambiente familiar

Família	Escolaridade da mãe	Renda Familiar	Cômodos na Casa	Habitantes da Casa
1	Médio Completo	2 salários mínimos	4	4
2	Fundamental Incompleto	1 salário mínimo	3	6
3	Superior Incompleto	1 salário mínimo	2	2
4	Fundamental Completo	2 salários mínimos	5	5
5	Fundamental Completo	1 salário mínimo	3	3
6	Fundamental Incompleto	1 salário mínimo	2	6
7	Fundamental Incompleto	1 salário mínimo	2	4
8	Fundamental Completo	1 salário mínimo	3	4
9	Médio Completo	1 salário mínimo	3	3
10	Médio Completo	1 salário mínimo	3	5
11	Técnico Completo	1 salário mínimo	3	5
12	Fundamental Completo	1 salário mínimo	3	3
13	Fundamental Completo	1 salário mínimo	4	4
14	Médio Completo	Até 6 sal. mínimos	5	5

Fonte: dados coletados durante as entrevistas, 2015 ,2016

Escolaridade

O número de anos cursados define o acesso que esta família tem ao cuidado, e permite que ocorra uma compreensão diferenciada de acordo com a escolaridade. Por ser a mãe, a principal cuidadora da criança, sua escolaridade interfere diretamente sobre o seu cuidar e a sua preocupação com a saúde dos seus filhos.

“MF6: A I2FG vai na APAE, a I1FG, a gente não conseguiu vaga na escola, ela abandonou a escola o ano passado, e agora esse ano a gente não tá conseguindo vaga, de jeito nenhum. Já fui no Conselho Tutelar, disse que só vai ter vaga em agosto, então ela vai ficar sem estudar, até agosto sem estudar. A gente tem que aproveitar a chance que ela quer... porque quando um adolescente sai da escola é complicado, agora, quando ele quer voltar... eu fui no conselho tutelar; a mulher falou que ia me ligar, a mulher não me ligou, um descaso, eles não tão nem aí, e falou que era para eu aguardar, até agosto...”

“MF7- Eu estudei até a sexta.” “PF7- Eu até a segunda... a gente parou de estudar cedo... Pelo menos parei de estudar para cair na roça para trabalhar... Meus pais não tem estudo.” “MF7 - Nem os meus...” “PF7- Minha letra é meio feia... Eu aprendi fazer o nome agora...”

“V3F8: Eu estudei até a quarta série, depois não fui mais. É porque no tempo que eu era criança era muito difícil para estudar, morava em fazenda, em sítio, e era longe a escola. Mesmo assim meu pai ainda, empurrava aí uma turma, nós ía junto, e aí nesse meio de tempo eu aprendi a escrever o meu nome, e lê ônibus, e lê assim, alguma coisa... sabe? Mas aí eu to pensando em voltar a estudar, mas não na escola, em pegar minha mãe que ela é professora, e vou pegar o embalo da (...)”

Trabalho e renda

Os trabalhos registrados são na grande maioria exercidos pelos homens, as mulheres realizam na maioria das vezes trabalhos mais informais, sem registro na carteira. Algumas famílias não possuem renda e se sustentam a partir da ajuda de familiares. Em situações de divórcio nem sempre é possível contar com a pensão do pai da criança.

“MF1: em casa só eu trabalho, no (nome do supermercado) O meu atual esposo trabalha em uma universidade pública, e o pai das meninas trabalha de funileiro e ajuda nas despesas. A Renda minha família é em torno de dois mil reais.”

“MF2: Eu não trabalho, cuidado da casa e das crianças, o Pf2 trabalha na máquina de amarrar ferragem, no dia do pagamento ele pega quatrocentos e pouco e no vale ele pega trezentos e pouco... Tem também a renda da BVF2, uma aposentadoria, e bolsa a família...”

“MF3 Eu acho que ele (PF3) está desempregado... Já faz um tempo que ele não dá pensão. Eu trabalho, faço faxina e tranço cabelo. Olha, a renda da família ultimamente não está sendo muito não. Não dá um salário, depende do mês.”

“MF3: O pai dele faz pouco tempo que não ajuda, porque está desempregado, pai só é pai quando está com a mãe...”

“MF3 - É assim, porque na verdade quem ajudou a minha mãe a cuidar da gente, foram meus dois irmãos mais velhos, (...) eles sempre trabalharam, minha mãe sempre ensinou meus irmãos a trabalharem, apesar da gente sempre morar numa favela, minha mãe nunca ensinou nada de errado...”

"MF4 - Eu trabalho em casa e tenho salão de beleza. E faço muita coisa fora isso: eu faço bolo, cuidado da igreja, ajudo o meu marido... ele é "pastor"; de profissão ele é mecânico ... a renda familiar, não sei bem certo... dois mil mais ou menos, ou mais que isso."

"MF5: Não, eu não trabalho. Quem me ajuda é meu pai, eu me separei só que faz pouco tempo, ele não chegou a me dar pensão... A renda familiar, agora é em torno de 300 reais."

"MF6: só meu marido trabalha, de porteiro. Do meu ex marido não recebo nada. A renda familiar dá em torno de uns 1400,00"

"PF7: Eu Trabalho na produção de ovo. Eu recebo mil e duzentos, mil e cem mais ou menos..."

"MF8: O PF8 trabalha numa fábrica, de injetora, fabriquinha pequenininha... terceirizada. Eu trabalhava para minha tia mas estou esperando ela pegar aula para trabalhar... eu cuidava dos meus primos para a minha tia..." "V3F8: é o tipo de um bico..." MF8: Ah renda é uns 1000 reais. Em torno de uns 1000 reais. E mais 140 reais que é do bolsa família. Que é os dois junto..."

"MF9: O pai dele que trabalha (se referindo ao pai da criança) PF9: Sou ajudante de motorista, carga e descarga..."

"MF11: Ele trabalha por conta, ele faz frete... Eu trabalho também, sou Cozinheira... A nossa Renda varia, porque como ele trabalha de frete... o meu pagamento é uns 1.500 e o dele é por semana, aí, não sei falar... e tem a bolsa família que eu pego das crianças."

"MF13: Eu não trabalho, a nossa renda vem da pensão por morte do meu pai, era um amparo social, eu consegui por conta de eu ser deficiente física... é de 1 salário mínimo.. R\$860 né..."

"MF14: Trabalhamos os dois fora..." "PF14: Na verdade estava trabalhando na construção civil, em uma empresa. E agora estou trabalhando com ela no comércio..." "MF14: Estamos abrindo um mercado, acabamos de abrir, estamos pagando as contas ainda, não dá nem para saber quanto que estamos ganhando agora..." "PF14: Essa pergunta é difícil... varia, teve época que não recebia nada, e tem mês que dava para ganhar R\$5.000, R\$6.000..." "MF14: Teve vez que até mais..."

Ambiente

Neste contexto, observa-se a estrutura física que cerca esta família. Refere-se ao número de cômodos, quantas pessoas nele vivem e a adequação do espaço

para o número de pessoas, além de considerar a comunidade mais ampla, ou seja, a vizinhança, a existência de postos de saúde, hospitais, igrejas, escolas, que não apenas façam parte dos arredores de onde aquela família mora, mas que sejam por ela frequentados, e que de alguma forma seja um apoio, ou a falta dele. Parte da categoria se encontra na caracterização das famílias.

Moradia

A estrutura da casa onde a família vive especificamente, o número de cômodos, o quintal, se o ambiente proporcionado é saudável e previne problemas de saúde, ou se coloca a saúde em risco.

“MF2: Tem dois quartos, sala, banheiro, cozinha...”

“MF3: A sim, eu tenho essa cortina (se referindo a uma cortina que separa do banheiro, pois a casa é só de um cômodo e um banheiro), depois eu vou colocar uma porta sanfonada no banheiro e aí eu vou tirar (a cortina do banheiro), e tem dois tapetes. Três, dois, que eu tenho três, mas que eu uso é só um que tá aqui na sala, aí em um pequenininho que o meu pai deu pra por assim, pra não descer com o pé no chão.”

“MF6: Agora o fundo tá limpo porque meu marido roçou, a gente jogou mata mato, no geral é... dois cômodos, e o banheiro, um quarto, cozinha, com a cama dela que fica no mesmo ambiente da cozinha, só tem essa cortina da cozinha, que tira para lavar, o chão é contra piso, não é piso... Lá fora, é barro, é terra... é ruim porque ali fica molhado, e se ela pisa ali pega friagem para entrar para dentro, e fora que suja. Quando chove... é pior, e qualquer chuvinha que dá a CIFE já começa a escorrer o nariz...”

“MF6: Acho que quando está calor é a poeira. E agora aqui (se referindo ao terreno baldio ao lado), depois de quase 10 anos, tentando, falando com a prefeitura, o dono veio limpar... eu não aguento mais ver rato. Rato, uns 500.”

“MF7: Três cômodos, o chão é de piso, a casa é de laje, pintada e rebocada. O quintal é de terra, uma parte é de cimento, tem uma horta, tem uma casa de cachorro e a cachorra fica no quintal.”

“MF8: Eu moro com a minha mãe; a gente dividiu a casa, 6 cômodos, eu fiquei com uma sala, um quarto, uma cozinha e um banheiro. Aí aqui fora é um quintal, de mato com terra... e lá atrás tem um pedacinho de asfalto que tem um galinheiro da minha mãe, o piso é com taco, e a cozinha e o banheiro é laje...”

“MF9: São três cômodos, a cozinha, a sala, o banheiro e o quarto, não tem piso é só rebocado. E o teto é telha de Eternit...” “PF9: Não.. é contra piso, é rebocada.” “MF9: Fora é contra piso só ali na frente, e mais para lá é terra, areia. E no fundo também é tudo terra, não tem contra piso...”

“MF10: Dois quartos, banheiro, sala e aí tem esse espaço aqui que você está vendo, e a minha cozinha a gente colocou lá junto com a cozinha da minha sogra, para fazer sala aqui, porque antes a gente não tinha sala; divido terreno com a minha sogra, ela mora lá e a gente aqui mas a cozinha é junto... o quintal é concretado, tem um pedacinho de terra...”

“MF10: O pessoal queima terreno baldio, na esquina aí a gente fica sufocado. E tem vizinho que às vezes limpa o quintal e taca fogo, não coloca no lixo. Isso eu acho que prejudica muito, porque o tempo já está seco, já tem poeira e ainda fumaça... Eu acredito, que principalmente a IF10, fica mais doente por causa disso, que quando respira um pouco mais de fumaça o olho já fica vermelho, o nariz começa a coçar, eu já fico atenta, porque as crises de bronquite que ela teve foram fortes, não chega a ter mas eu acho que prejudica bastante...”

“MF11: Ah tem três cômodos e um banheiro, tem piso, é pintada, tem lage... e no quintal contra piso, aqui ao redor, quando pega fogo lá embaixo, chega aqui ... a casa que eu morava antes tinha muita umidade, e mais fumaça quando jogavam fogo em volta...”

“MF13: Tem 4 cômodos, tem banheiro, não tem portão separando a casa da rua, o quintal é cimentado, na frente, e no fundo é de terra... O chão aqui é piso branco, que encarde muito, tem lage... é rebocada... V2F13: Tem aquecedor solar né.. aquece fica quente a água não precisa usar a força.. MF13: Em volta tem muita poeira. Para o IF13 e o CIF13 faz mal, o IF13 que tem a bronquite, tem a poeira...”

“MF13: A casa anterior, que a gente morava no período que ele ficou internado... porque a gente mudou recentemente para cá... era bem empoeirado, era telha, quintal de terra também... chão aquele ladrilho, vermelhão.. Lá era bem frio, no calor bem quente... Então lá não tinha piso, o quintal tudo de terra, o telhado.. acho que prejudicava um pouquinho, porque também era todo empoeirado.. porque lá era uma casa bem antiga... olha, eu percebi que não teve piora mais, desde então o CIF13 não internou mais...”

“V2F13: E também o perigo de criança na rua... cheio de buraco... para carro pegar é fácil, a gente olha, mas é difícil, criança é difícil de segurar, (durante a entrevista a casa está aberta, não há muro ou portão protegendo a casa, e em vários momentos a criança vai até a rua, e nem sempre a mãe ou a avó vai ver onde ele está) outro dia... se eu não vou atrás dele o carro tinha pegado... sorte...”

Acesso ao atendimento de saúde

As instituições de saúde frequentadas pela família apesar de fácil acesso na maioria das vezes, não atende às necessidades, devido a falta do profissional, o que as obriga a procurar outras instituições. Faz-se necessário o uso de transporte público, que nem sempre é acessível por motivo financeiro ou mesmo de distância, ou ainda em relação à disponibilidade de horários. Algumas famílias se referem ao uso da ambulância para este transporte.

“MF3 - eu prefiro levar lá no H1 apesar de ser muito longe, aí a gente pega o ônibus e faz integração. Porque aqui não tem nenhum que vai para o H1. Quando tem que levar ele ou a minha sobrinha a gente já pega 8hs, é o único horário que tem e depois tem um meio dia que tinha né?, que não tem sempre também.”

“MF6: O H1 é longe, fora de mão, não tem como... Vai de ônibus até na rodoviária e depois vai a pé o restante (2,3 Km = 29 minutos de caminhada a pé), a C16 anda, ela anda bem, não reclama de andar, às vezes eu levo ela um pouquinho no colo, para distrair, disfarçar o cansaço, daí a gente vai andando, da rodoviária até lá...”

“MF7: Tem que ir de ônibus ou pedir para alguém levar, é longe... para ir para o H1 é difícil... PF7- É difícil mesmo...”

“MF9: Nossa, a UPA é muito longe, já teve vez e eu sair daqui 3 ou 4 horas da madrugada que ele estava com febre mesmo e por não ter ambulância, eles perguntam: “ah não tem nenhum vizinho que possa trazer?”... aí eu vou sozinha, uns 7 quarteirões de subida, vou andando, pra mim acho longe porque vou com ele no colo. Para mim o H1 eu já acho mais fácil, porque toda vez que eu preciso ir lá, sempre tem ambulância, agora pra aqui..difícil ter.”

“MF10: É longe, eu acho longe, mas a gente vai de carro então se torna perto, se fosse para ir de ônibus era complicado.”

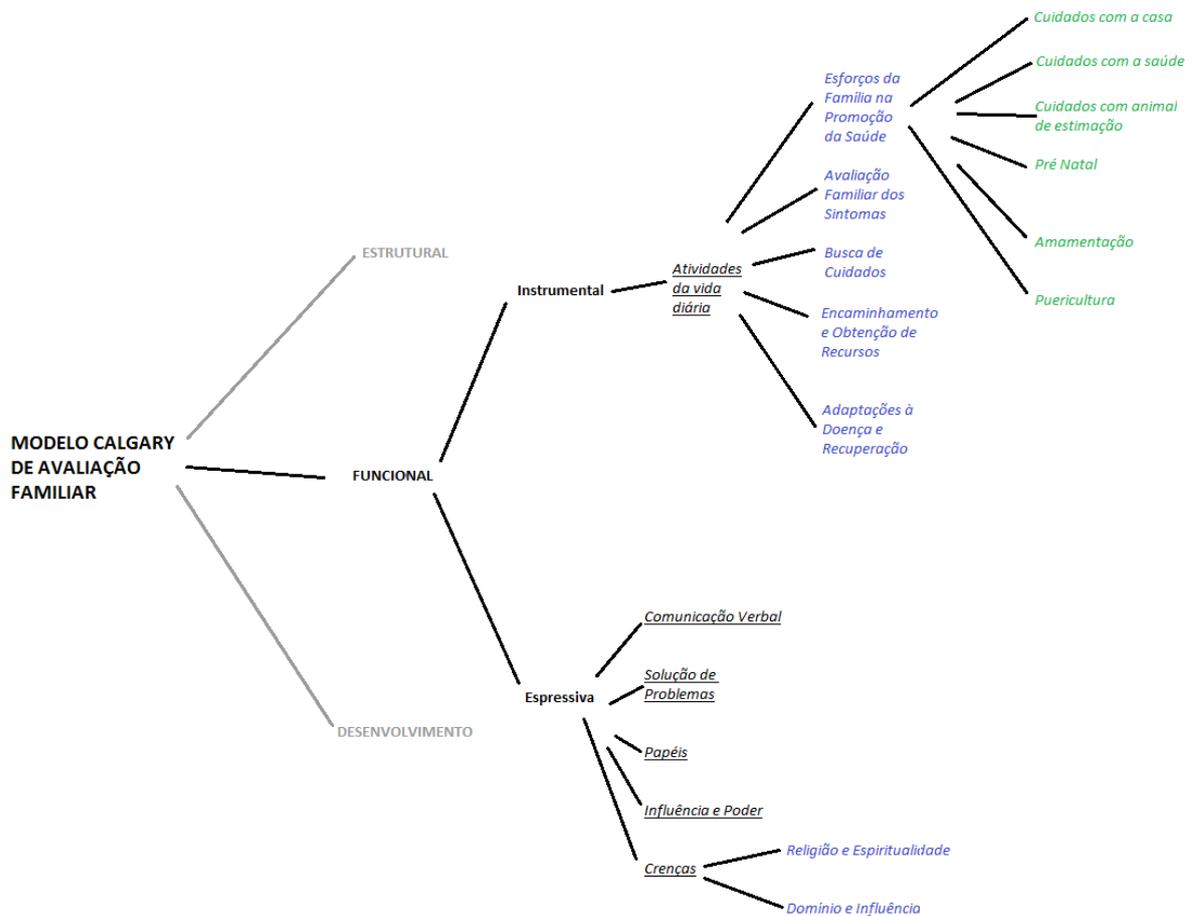
“MF11: É um pouco longe... tanto a Unidade Particular como o H1. Eu vou sempre de ônibus, ou de carro. A gente tem carro.”

“MF13: Eu que tenho um pouco de dificuldade para andar (devido a deficiência física) eu acho um pouquinho longe, e para ir de ônibus daqui para lá, não dá pra ir...”

FUNCIONAL

Interfere diretamente no cuidado à saúde, visto que a família funciona como um sistema onde os indivíduos relacionam-se entre si de forma instrumental e expressiva. Diz respeito ao comportamento entre as pessoas, como se comunicam, como resolvem os problemas, quem lidera e quem se submete. A categoria Funcional e suas subcategorias estão representadas na figura abaixo.

Figura 19 - Diagrama Modelo Calgary adaptado com foco para “Funcional”



Fonte: Construída a partir do Modelo Calgary de Avaliação Familiar (WRIGHT; LEAHEY, 2009)

Instrumental

Refere-se ao modo da família realizar atividades rotineiras, ou as Atividades da vida diária. Aqui são de nosso interesse o cuidar da saúde, e de que forma este cuidar está inserido no dia a dia, como uma rotina para aquela família. O foco foi o cuidado com a saúde da criança, atividades que demonstram o esforço da família na busca (ou não) pela promoção da mesma. Tais atividades no estudo em questão envolvem desde o período antes do nascimento da criança, com a realização do pré-natal e o nascimento, até o acompanhamento de puericultura, os cuidados com a vacinação, a busca de profissional, ou de serviço de saúde de forma rotineira e repetitiva, sem que possa se relacionar esta busca a algo fora do comum ou inesperado. Aqui também entram os cuidados com a casa que refletem preocupação com a limpeza do ambiente, e por reflexo com a saúde daquele grupo familiar. Da mesma forma, no caso do fumo, o cuidado em não fumar perto da criança ou dentro de casa.

Esforço da família na promoção da saúde

Demonstra o dia a dia da família e a sua preocupação com a prevenção, a busca e a manutenção da saúde.

Cuidado com a casa

Aqui entram os cuidados com o ambiente, no sentido de evitar o adoecimento; como prevenção.

“VF1: Aqui (onde CIF1 e IF1 ficam no período da tarde) todo mundo limpa, a sala, o quarto, lava louça, um dia ele, um dia o T5F1.. com rodo, vassoura... pano de chão”

“MF1: na minha casa eu lavo o chão 2x por semana, e todo dia passo pano...”

“MF2- Não tem tapete, estou querendo colocar só que vou ter que ficar tirando, porque CIF2 já tá com uma cocéirinha no nariz, tá espirrando, aí o médico falou para tirar o tapete...”

“MF2- E roupa de cama, tem que lavar, os panos, por causa do pó também...”

“MF3 - Para cuidar da casa, eu limpo e tiro o tapete, lavo e penduro no muro, todos os dias eu lavo o tapete, passo a vassoura com água, com amaciante, aí os mais pequenos eu costumo deixar um pouco lá fora, e aqui também...”

“MF4 - Para saúde dele... a higiene. Lá fora não tem cimento... eu mantenho limpo, o chão principalmente... agora roupa de cama... essas coisas eu tenho sempre em ordem, para poder contribuir.”

“MF4 - Tem cortina, tapete eu tenho só um na sala e que fica assim na entrada. Tenho dois gatos, mas o CIF4 bate neles, então eles não ficam por perto.”

“MF6: Eu lavo coberta uma vez por semana. Já bixinho de pelúcia eu não gosto. Fica tudo dentro daquele carro velho ali (se referindo ao carro que está como sucata no quintal, sem possibilidade de uso para locomoção) Porque dá muita alergia... eu não gosto porque eu tenho rinite, quando eu vejo um urso.”

“MF7: Os tapetes são todos pequenos. É Ruim por causa da poeira, para ela. Eu lavo para evitar a poeira, eu não tenho cortina...”

“MF8: Não, cortina tem só na sala... tapete é os pequenininhos... a gente lava, a cada duas semanas lava.. porque eu deixo mais sem...” “V3F8: Porque aí varre a casa e já passa pano, pra não subir o pó, porque eu falei para ela...” “MF8: Aqui é muita areia né, que vai pra lá pra cá... E quando não aquela terra vermelha, venta e sobre para cá... porque ele tem a bronquite, eu falei lá por causa de estar mexendo nessa terra ali, você viu a terra amontoada? É que graças a Deus não deu mais nele agora, o médico passou a bombinha, mas eu só deixei ele usar quando ele estava com crise, assim quando estava com tosse... passou a tosse não dou mais.”

“MF9: Pensando em cuidado de saúde, eu tento deixar o ambiente sempre bem limpinho, sem poeira...”

“MF9: Eu não costumo usar coisas com cheiro muito forte por causa da sinusite dele.. e entope fácil o narizinho. As roupas dele não coloco no amaciante às vezes.. é muito sensível o narizinho dele... Tapete, cortina do quarto tirei para não juntar poeira porque às vezes posso esquecer uma semana sem lavar e aí já junta poeira e dá o probleminha para ele aí...”

“MF10: Ah limpeza da casa, tudo que a gente pode fazer para favorecer para eles não ficarem doentes a gente faz. Trocar lençol, cobertor, lavo 2x por semana. Eu acho que o mais é a limpeza... PF10: Umidificador de ar...”

“MF11: A minha casa eu sempre estou tirando o pó, sempre deixo o chão úmido por causa do pó, não varro, eu gosto de passar o pano para tirar o pó.. não deixo pó principalmente por causa dela (CIF11) assim quando vai mexer com tinta eu não deixo ela ficar em casa...”

“MF12: Tapete, eu evito mais por causa da saúde da CIF12, e como eu também tenho... já procuro não colocar... que eu tenho bronquite...”

“MF12: Produtos, tipo véja, lustra móveis para tirar o pó... vassoura... mais pano, se bem que eu joga mais água do que varro... só dou uma varridinha... então quando eu estou fazendo faxina a CIF12 fica na minha sogra...”

“MF13: Manter a casa limpa, tirar a poeira... nossa ajuda bastante... Eu não coloco tapete, porque suja, tem que ficar lavando... de vez em quando eu coloco.”

“MF14: Limpeza... Não usa muito produto não, é mais banheiro com água sanitária e sabão, e um desinfetante no chão...”

Cuidados com a saúde

Aqui aparecem os cuidados ligados diretamente à criança, com a sua saúde. Observamos preocupações com vestuário e alimentação principalmente, mas também a relação com o fumo.

“MF1: A casa da avó é liberal... agora quem gosta de ficar brincando na água é o pai, todo final de semana ele leva elas para tomar banho no rio...” “PF1: No 29...”

“MF1: ...não deixava dar gelado para ela, aquele remédio de espirrar no nariz não podia passar nela... aí tinha um monte de coisa, mas agora já não...”

“MF1: Alimentação já é mais difícil.. é que eu já não gosto muito de frescura né então, eles também não tem.. ela come normal, arroz, feijão.. toma café, almoço, janta.. café da tarde, toma leite antes de ir dormir (...) Fruta, verdura também... abobrinha ela come, come de tudo não tem frescura... A minha filha IF1 não gosta de carne... come fruta, salada. Mas ela teve anemia forte por causa da carne.. a médica falou que deu por causa da falta de carne.. eu tive que bater a carne, misturar no feijão..e ela tomou aquela injeção... E hoje eu tenho que ficar falando para ela... ela prefere verdura do que carne... filha vegetariana... no churrasco tem vez que ela come...”

“MF2: Ah no chão descalço eu não deixo ele ficar, por causa da friagem no pé (...) Tomar gelado nós também não deixamos, abrir a geladeira também, outro dia ele foi abrir a geladeira o pai dele disse: ‘larga isso CIF2!’ (...)”

“MF2: Minha avó sempre fala: “coloca o chinelo CIF2” Ele vai correr para fora meu marido vai, pega ele e põe o chinelo; ele tira de novo...”

"MF3: Ele come tudo, muito pouco, dou forçado, tenho paciência, quando ele tem que ir à escola eu começo a dar almoço pra ele 11hs, porque ele come muito pouco, chegava lá ele tomava café, aí, só que a professora falou pra mim, que no primeiro dia ele comia muito pouco, depois, ele passou a comer duas vezes..."

"MF3: Ele come tudo, café ele bebe, assim eu costumo fazer ele comer bastante arroz feijão, carne ele gosta muito, então dá um pedaço de carne para ele, peixe, nossa, se tiver peixe ele come todo dia... ele gosta muito de polenta ele gosta muito de melão, pera... de uva, banana então... banana é uma coisa que não pode faltar..."

"MF3: Antigamente eu não deixava ele sem blusa, essas coisas, que eu achava que por ele ser prematuro, ia ficar doente, como ele ficava muito doente fácil, as pessoas falavam, a MF3 vive pondo doença no menino..."

"MF4: A alimentação dele basicamente é na escola, lá ele tem os horários dele: café da manhã, almoço, café da tarde... quatro refeições, cinco refeições por dia (...) De fim de semana... tadinho ele sofre, porque não é nos horários da escola (...) procuro dar bastante verduras, legumes, suco (ele bebe bastante). Às vezes é natural e às vezes é de saquinho mesmo."

"MF5: então, eu morava lá, e a avó dela me ajudava, eu tinha bastante ursinho, essas coisas, eu tirei tudo isso dela, ursinho, tapete, coisa muito perfumada também não podia usar, coberta... tem que ser edredom, tudo isso foi tirado dela. Quando deu a primeira crise... ela gosta de brincar na areia, com o priminho dela, e eu não gosto muito por causa do pó, da poeira que sobe... No almoço ela come tudo, ela gosta bastante de salada, verdura, essas coisas... eles não vão à creche, ficam comigo." "T1F5: ela tem medo pelos filhos..." "MF5: - assim, por ela (refere-se ao adoecimento da filha)..."

"MF7: Não Brincar com água, não ficar muito descalça... PF7- Não brincar na areia. Porque na areia tem germe porque o cachorro deita, e urina lá..."

"MF8: Deixar de chinelo... quando tá frio roupa de frio, quando vai dormir também roupa de frio mais fininha..."

"MF8: Eles não comem muita verdura, a gente tentou dar para eles... mas o CIF8 até que come bem, come um monte de carne... fizemos churrasco ontem ele se acabou de comer carne..."

"MF8: Fruta ele come.. maçã, banana, uva.. morango, só coisa cara né. Mas é de vez em quando que tem. Mas maçã, banana, sempre dá pra comprar... goiaba eles também comem." "V3F8: Mas não é todo dia também, tem que falar a verdade..."

"MF8: O meu marido fuma, (PF8 tem Bronquite) ele fuma no quintal..não fuma dentro de casa.. aí as crianças querem ficar perto eu falo que não, fica longe que ele

já vem..." "V3F8: Se fosse ver não era nem para ele fumar, uma maço dá para 4 dias..."

"MF9: Eu dou bastante água pra ele, suco, sempre alguma coisa, e o leite mesmo que eu tirei e substituí nele..."

"MF10: Ninguém tem, a I1F10 teve bronquite por muitos anos, mas graças a Deus faz tempo que não tem, depois que ela começou a tomar vacina da gripe melhorou, ela não teve mais."

"MF10: Eu nunca deixei ficar internada, só internou aquela vez (se referindo a uma internação por pneumonia no H1) às vezes o médico queria internar mas eu não deixei, cuidava em casa..."

"MF10: A gente sempre compra frutas, legumes, verduras, isso não falta pra eles. É tanto que este daí (se referindo ao filho) se não tiver uma salada no almoço, na janta.. não come. Come de tudo... a I1F10 tem mais coisa que não gosta... A C1F10 come bem, de tudo, só muita salada que não gosta. E fruta assim, o que eles gostam mais é banana, maçã, laranja, melancia..."

"MF10: A minha irmã fuma, então de vez em quando que minha irmã vem aqui ou a gente vai na casa dela, mas assim ela procura fumar longe das crianças."

"MF11: Eu pego muito no pé, eu não deixo minhas crianças tomarem água gelada, ficarem com os pés no chão em casa. É meio complicado, mas eu não deixo, não deixo sair para fora quando está assim muito frio... nada que é gelado, sabe? Principalmente ela... Porque ela já foi internada..."

"V2F11: Perto das crianças eu não fumo..." "MF11: O meu pai já é relaxado, ele não liga, o meu sogro também... tanto é que nem deixo ir muito lá. Eles liberam tudo muito... sorvete. A criança quando está doente, eles não cuidam... ela mesmo (C1F11) é difícil ir lá, só vai quando eu vou, ficar o dia inteiro não deixo."

"MF11: Lá em casa eu compro verdura eles comem, eles comem legumes, comem porcaria, mas na hora que sentam para comer comida elas comem... fruta... Na casa do meu sogro comem muita porcaria, é muito doce, muito salgadinho, refrigerante.. agora eles vão pouco quando eu estou trabalhando..."

"MF12: O peito dela fica chiando demais, só que eu faço inalação em casa, não deixo ela no sereno, não saio com ela quando está ventando, quando está frio, eu procuro não deixar brincando na terra... Ela adora água, mas eu não deixo brincar.. só quando está muito muito calor, e só um pouco..."

"MF12: Suco natural, tudo é tudo natural... quando ela tá doente, muda comida, tipo fruta dá, sorvete não... doce eu não gosto de dar para ela... mas sempre tem um que dá... porque na verdade ela nasceu prematura..."

“MF12: São poucos tipos de frutas e legumes que ela gosta... ela não gosta de alface, rúcula, couve, não gosta de quase nada de legumes.. eu procuro ralar, mas é difícil ela comer... Ela gosta bastante de macarrão, macarronada, batata frita, purê... coisa que tem maionese, catchup, mostarda, manteiga, danone... toda vez que ela consome fica tudo vermelho.. aí o médico já cortou, eu procuro não dar, mas o pai dela quando está comendo salgado ele dá...”

“MF13: Agasalhar no frio, porque esse daqui é inimigo de coberta... fico brigando com eles para não tomar muita água gelada no calor, fico falando pra colocar o chinelo, brigando para colocar o sapato no pé...”

“MF13: A única vacina que não dou neles é aquela H1N1... Porque o CIF13: tomou uma e foi direto pra UTI... então eu tenho medo de dar...”

“MF13: Come bastante porcaria... come pão, de manhã, esse daqui é mamadeira, come pão, ou bolo, salgadinho... aí se tiver bolacha recheada eles comem só o recheio... ele não é muito chegado em bolacha salgada, nem maisena.. se tiver doce, bala, enquanto não chega no fim não pára de comer. Comida tem época que ele come bastante, tem época que não quer comer... o outro (IF13) já come, come de tudo... costume dar para eles arroz, feijão.. de vez em quando “zoião” (ovo), frango... carne que não é muito caro. Mas eu compro às vezes ponta de peito, que é mais barato. Mais mesmo é frango, salsicha, ovo que é mais barato... Mandioca, salada de alface... o CIF13, se estiver picando batata ele come, pimentão ele come, tomate come.. de salada alface, tomate, batatinha cozida ele come também, cenoura.. o outro (IF13) já não é muito chegado não, batata, tomate e alface.. a salada que eu faço é alface e tomate só...”

“MF13: Eu não tenho costume de fruta, só quando tem dinheiro, compro uma banana, maçã... ele come o cacho de banana inteiro, se deixar na fruteira quando vai ver não tem mais. Quando tem dinheiro compro uma manga, uma uva... Porque eu passo um pouquinho de dificuldade aqui. E eu não tenho muito o hábito de comer verdura, essas coisas aqui, então como eu não tenho eles não tem também.”

“MF14: Não querem comer nada... é as meninas são ruins de comer... PF14: Porcaria come, guaraná.. MF14: Das três, quem se alimenta melhor é a I2F14...” “PF14: Comem nossa comida do dia a dia, feijão, arroz, carne, macarrão...” “MF14: É essas coisas I2F14 come, já a outras duas são muito ruins para comer...” “MF14: Come um pinguinho só, um pouquinho de comida... o café da manhã é um pingão que elas comem, um pão, biscoito é tudo muito pouquinho...” “PF14: A gente leva mais na mamadeira, mama bem...” “MF14: Mucilon... Fruta muito pouco... elas comem de tudo, mas tudo muito pouco. Fruta o que elas gostam mais, que come mais mesmo é manga, a I2F14 gosta de caqui, e banana.. é o mais que elas comem... uma vez no dia.. mas pouco.... Não verdura não come nada, legumes só sopa...”

Cuidados com animais de estimação

Aqui observamos uma preocupação no sentido de evitar a transmissão de doenças para as crianças, evitando assim a permanência do animal dentro de casa.

“MF2- Tem um cachorrinho, mas estamos querendo dar embora também, porque você toca mas está sempre aqui dentro, o meu marido falou, esses dia mesmo estava o CIF2 com ele no colo, ele falou “Não deixa pegar por causa dos problema dele...” É renite né, mas o doutor falou assim que a renite com sorinho vai melhorando né, mas não estou vendo melhora nenhuma...”

“MF8: Tem um cachorro e as galinhas lá... o cachorro só fica no quintal.”

“MF9: Tem o cachorrinho e o passarinho. (...) É eu dou banho no cachorrinho muitas vezes para ele não soltar muito pelo... Ele fica lá fora... a gente não deixa entrar...”

“MF10: Tem cachorro, aí ele (PF10) que cuida, que dá banho ... eu não deixo subir aqui, ela não vem, fica do portão para lá... eu não gosto que fica aqui em cima por causa de carrapato, pulga e também porque fica cheiro ruim né, faz xixi, faz coco e ela (CIF10) brinca no chão, aí eu não deixo...”

“MF12: ...cachorro ela tem contato na minha mãe, mas gato não...”

“MF13: Tenho três cachorros e um gato... eles ficam mais fora do que dentro, não dormem com a gente... acho que o pelo, se lá... faz mal, faz sujeira...”

Pré Natal

Relacionado ao cuidado à saúde, se refere ao período de gestação e a preocupação com a saúde da gestante e do bebê que está por vir.

Tabela 5 - Informações sobre a gestação e a criança

Família	Realização do Pré-Natal	Riscos, Complicações Da gestação	Nascimento	Peso ao Nascer	Período de Amamentação	Número de Internações
1	sim	Não	A termo	3,8kg	15dias	1
2	sim	Hipertensão materna	A termo	3Kg	1 ano	2
3	sim	Pré eclampsia	Prem. 5 meses	1Kg	15dias	2
4	sim	Redução de estômago	A termo	2,8Kg	8meses	1
5	sim	Não	Prem. 8 meses	2,5Kg	1ano 3meses	3
6	sim	Infecção nos rins	Prem. 7meses	2,7Kg	6meses	4
7	sim	Não	Prem. 8meses	2,1Kg	NI	2
8	sim	Diabetes materna	A termo	3Kg	8meses	1
9	sim	Cerclagem	A termo	3,9Kg	7meses	1

10	sim	Diabetes e hipertensão	A termo	4,7Kg	2anos 6meses	1
11	sim	Não	Prem. 8meses	3Kg	2anos	1
12	sim	Não	Prem. 8meses	1,7Kg	NI	4
13	sim	Não	Pós termo 43sem	2,3Kg	1 ano	7
14	sim	Hiperemese gravídica	A termo	3,6Kg	2 anos	1

Fonte: Dados coletados durante a entrevista

“MF1: No pré-natal eu fiz um monte de consultas... fiz todas. Não nem todas, porque descobri que estava grávida com 5 meses... porque eu não tinha barriga, não tinha barriga nenhuma.. eu amamentava minha outra filha... então eu não tinha menstruação...”

“MF2: Fiz o pré-natal no postinho do bairro e lá no Alto Risco por causa da minha pressão... tenho pressão alta só quando eu to grávida, aí sobre.”

“MF3: até com que com 5 meses eu nem tomava sulfato ferroso, aquelas vitaminas que a gestante precisa. Ele não tinha me dado. Eu falava assim, nossa dr, mas eu lembro quando eu ia com a minha tia no pré natal, quando eu ia com as minhas amigas, o médico dava vitamina para gestante tomar...”

“MF4 - O pré natal dele foi assim, como eu fiz a redução do estômago, então tenho anemia, então foi muito bem cuidado. Eu tive que fazer lá no alto risco... então eles cuidaram da alimentação, da anemia para mim tomar ferro...”

“MF5: até no começo foi bem (se referindo ao pré natal), só que ela é prematura, ela é de 8, aí no finalzinho começou a complicar um pouco porque minha bolsa tinha estourado, estava vazando líquido e eu não sabia.”

“MF6: Assim, eu fazia 2 pré natal, porque um eu tinha plano do meu irmão, o plano de saúde, e um era pelo posto.”

“MF8: Eu fiz pré natal ali no postinho nos dois, três primeiros meses, fiz aquele exame de glicemia para ver se tinha diabetes, aí acusou diabetes gestacional, aí eles me mandaram para fazer acompanhamento no alto risco. Então, eu ia toda semana no alto risco.”

“MF9: O período do pré natal foi bem complicado, eu tive que fazer cerclagem com cinco meses porque o colo abriu, tive que fazer repouso, aí ele nasceu de 38 semanas, mas foi tranquilo, depois que nasceu foi tranquilo.”

“MF10: O pré natal eu fiz pelo Plano de saúde. Se eu tivesse feito no SUS eu teria ido para o alto risco, por eu ser diabética e hipertensa, e pela idade também que quando eu tive ela tinha 34, quase 35 anos...”

Amamentação

Preocupação referente à alimentação da criança, o seu incentivo é uma das principais preocupações do Ministério da Saúde, visto a sua importância no desenvolvimento do bebê recém nascido, proporcionando-lhe nutrição e imunidade. O exercício da amamentação foi observado na maioria das famílias, por até mais que 6 meses, mostrando-se por um período menor apenas em um caso de prematuridade extrema e no adoecimento e internação da mãe.

“MF1: Amamentei a CIF1 só 15 dias, eu fiquei doente. Ela ficou internada 11 dias na maternidade, porque deu uma infecção no intestino, nasceu com febre... aí ficou 11 dias tomando antibiótico... aí eu também fiquei doente, peguei uma infecção no rim...”

“MF3: Ele mamou muito pouco, se ele mamou 15 dias foi muito, porque assim, enquanto estava lá na maternidade, não vou mentir, eu dei forçado, mas realmente ele nem sugava... aí perguntavam: “ele está mamando?” Eu respondia que sim, realmente porque ele mamava, eu falava para elas, ele não tá mamando que é “aquela coisa”...”

“MF6: Amamentei, até os 6 meses, mas ela largou sozinha...”

“MF8: Eu amamentei até os 8 meses, mas só de noite... durante o dia era mamadeira. Eu estava trabalhando o ex patrão não deixava eu ir tirar o leite para guardar na geladeira...”

Puericultura

Aqui observamos as consultas de rotina e o início do cuidado para com o bebê. As mães se preocupam principalmente com a alimentação e o desenvolvimento nesta fase.

“MF3 - então a consulta é marcada de 3 em 3 meses, às vezes 4, às vezes menos, e assim, como ele é prematuro, ele pesa muito pouco, ele pesa 11kg, 4 anos e sete meses, deve pesar 11kg, pouquinho... e aí ele precisa, sabe, desse acompanhamento, para mim eu acho até melhor. Ele fez audiometria...”

“MF5: Fiz acompanhamento perto de onde eu morava, o pai dela levava, ou eu levava, a vó dela, naquela época dava certo acompanhava peso, tudo direitinho. Como ela era prematura ia toda semana, uma vez na semana, que a médica queria acompanhar, depois eu comeci ir de mês em mês, e depois de 3 em 3 meses...”

“MF6: A puericultura eu fiz todos. Até um ano eu fiz nos dois (plano de saúde e público), como o meu irmão saiu do emprego, e aí o plano de saúde não cobre mais, aí foi para o posto, só que até um ano, toda a puericultura que tinha que fazer até um ano, que faz ela fez no posto. Vacina, tudo no posto. Tomou todas as vacinas, agora só com 5 anos.”

“MF9: A parte de acompanhamento quando eles eram pequenininhos, primeiro eu passei com o Dr... e depois com a Dra... aí ela acompanhou ele até ele ficar grandão. Foi bom, porque ela conhece ele, ela olha no prontuário dele ela conhece todo o quadro dele...”

“MF9: A vacina... foi tudo certo, fiz todas nele, só esses dias que não tinha no posto, estava com a geladeira quebrada mas depois arrumou e ele tomou normal.”

“MF9: Foi tudo bem, correu tudo bem, não precisou ficar internado nem nada, veio embora para casa...” “PF9: Ele nasceu forte...” “MF9: O médico falou: “olha mãe pode levar que está tudo bem com ele”... só teve que tomar um solzinho né porque era meio amarelinho, mas...”

Avaliação familiar dos sintomas

Esta subcategoria demonstra a percepção familiar pelos sinais e sintomas da doença, é de fundamental importância, pois a partir de então ela se movimenta em busca do equilíbrio e da saúde novamente. Outras pessoas significativas, que exercem um apoio de cuidado também participam desta percepção e de atitudes de resolução.

“MF1: Brincou o dia inteiro, pulou o dia inteiro, aí de noite ela falou que estava com dor na barriga e começou a dar febre... eu levei no médico ele falou que era vírose... então trouxe ela embora, falou que dali 7 dias ia sarar... então ficou pior. No outro dia ela não queria acordar, ficava mole, mole... então ela ficou ruim, ruim, a febre não abaixava mais, não acordava de jeito nenhum... eu falei meu Deus ela morreu. Aí chegou lá ela dormiu nas cadeiras esperando, quando o médico viu já colocou no aparelho, que ela não tava conseguindo respirar sozinha, e aí ficou lá... teve até que ficar no oxigênio... 7 dias...”

“MF2: Eu sei quando está ruim porque ele chora muito, tem vez que ele começa a chorar de noite e não para. Chora aí no outro dia ele chora o dia inteiro. Aí eu falo vamos levar o CIF2 que ele não está bom. Quando chega lá é tiro e queda, o Doutor fala: MF2 vou te dar o atestado da escola porque na minha opinião ele está com começo de pneumonia...”

“MF4: Agora ele não fica mais... mas desde que ele era pequenininho ele ficava: direto resfriado, direto ruim da respiração, sempre roncando... esses sibilos... as meninas falam que são sibilos, eles falavam que era na traqueia, mas já era mesmo no pulmão que ele tinha bronquite asmática. Eu falo que ele tinha, porque agora ele não tem mais nada.”

“MF5: ...ela chegava bem ruim mesmo, porque ela tem broncoespasmo, aí o oxigênio dela estava bem baixo.” “T1F5: a saturação...” “MF5: Ela já chegava, internava e já ficavam na tenda, todas às vezes que foi a crise mesmo ela ficava na tenda...”

“T1F5: ...ele (se referindo ao irmão de C1F5) tinha que usar a bombinha, na verdade...” “MF5: é o que a médica disse, mas depois ela falou que não precisava mais... porque ele tinha um ronquinho, por isso que ela falava. Quando ele era menorzinho fazia um ronquinho, por isso que ela falava que precisava usar bombinha, mas agora ele não tem mais nada.”

“MF9: Ele começou a ter muita febre, aí cheguei a levar no H1, a médica me passou o remédio que era para abrir mesmo o pulmãozinho, foi quando eu prestei atenção que alguma coisa estava errada nele porque eu pensei, para que ela passou remédio para abrir o pulmãozinho se ela falou pra mim que ele não tem nada? Fiquei observando, e no dia seguinte ele começou a tossir, e escarrar; ao invés de catarro escarrava sangue...”

“MF11: Primeiro ela ficou gripada, e eu levei na UPA, ele passou uns remédios para ela tomar eu comprei e não estava passando... Eu estava trabalhando no sábado e ela ficou ruim. Chegou lá ruim mesmo, com muita falta de ar, aquele negócio que põe no dedo dela, estava muito baixo (se referindo ao oxímetro de pulso) e a falta de ar dela estava demais, ela estava ruim, ruim, ruim mesmo, tinha febre...”

“MF12: Quando ela está doente ela fica muito chata. Eu fico perdida, você não sabe como acalmar ela, não quer comer, não quer fazer nada...”

“MF12: Na mudança de tempo, tipo tá calor e aí de repente esfria, já quer começar a atacar... eu também, quando muda o tempo muito de repente me dá febre, tudo quanto é coisa me dá... daí o PF12 acha que é frescura minha...”

“MF12:... se quiser perguntar para minha mãe alguma coisa, porque ela cuida.. V4F12: Eu estou sentindo que ela está começando a encher o peitinho de novo...MF12: Toda vez que eu fico doente, em seguida ela fica...”

“MF14: Eu nem percebi, porque eu não sabia, eu achava que era gripe só..eu achei estranho porque demorou muito para sarar a tosse, mas eu não sabia que elas estavam com pneumonia, fui saber depois que fizeram os exame...” “PF14: Era gripe, e estava com chiado no peito...” “MF14 mas eu não sabia o que é que era... tinha nem ideia... eu não sabia que era pneumonia”

Busca de cuidados

A busca por atendimento médico, em diversas instituições de saúde, está intimamente ligada à percepção da doença, onde as categorias Sintomas/Busca de cuidados tem interface. A família leva para onde confia em seus profissionais, na eficiência do seu atendimento, demonstrando assim o estabelecimento de vínculos.

“MF2: Mais eu já estou querendo mudar (de médico). Porque o CIF2 já vai fazer quatro anos e saiu umas bolinhas nele assim e ele coça as bolinha e começa a sair sangue e eu pensei assim que era verruga e não era verruga e eu falei pro Pediatra que eu queria que fizesse exame... e saiu umas feridas no pé dele e ele falou que não precisava fazer exame de sangue... Falou que o CIF2 não precisava, que o CIF2 tá excelente. Ele passou a bombinha, ele falou faz a bombinha a noite da asma e só. Daí eu falei que queria um exame e ele falou que não precisava. Aí eu falei com uma colega minha e ela falou, passa com “pediatra tal” que ele pede todos os exames, que tem que fazer exame de sangue. Ele fala que o moleque não precisa, ele vai fazer quatro anos já e só fez exame quando ficou lá no H1 e H2 e depois não fez mais. (...) E aí foi que era infecção de pele, passou a pomada, nós compramos e melhorou bastante mesmo... aí onde saiu a ferida, você passa a pomada e no outro dia tá sequinho. Ele falou que é infecção de pele.”

“MF2: Ah cuida, ontem mesmo teve que levar a BVF2 no posto, porque ela falou que estava com muita dor na barriga e falou que estava com tontura, uma tosse que não melhora. Aí levamos, passamos com o médico, ele passou inalação, aí passei lá e não tinha o remédio, tinha que comprar os remédios para poder fazer a inalação...”

“MF3: Febre ele tinha muito, até os três anos e meio, ele ficava doente. Era assim: de 7 dias da semana 6 eu tava no H1, porque lá eu acho melhor...”

“MF6: Uma vez a CIF6 estava com febre, diarreia, vômito. Eu já tinha levado no H1, o médico que tinha lá, eu não se dava muito com ele, porque ele já era do nosso posto, ele mandou comprar um remédio, pagamos 130 reais num antibiótico no dia, e o remédio não fez efeito nenhum. Ela começou a piorar, piorar, eu fui no postinho e não tinha médico, que mandaram levar no H1, cheguei lá encontrei a pediatra, aí internou... ela falou que a saturação dela estava 47, internou e colocou no oxigênio. E aí ela ficou internada, ficou acho que uns doze dias. Porque tinha que melhorar a saturação, para ter alta...”

“V3F8: Sabe o que aconteceu naquele tempo lá.. estava um tempo seco, teve uma queimada aqui desse lado do terreno baldio, que não deu como contornar, acho que ele respirou toda aquela fumaça... passou uns dois dias, no terceiro dia ele ficou ruim, ela foi trabalhar ele já estava meio ruim, aí chegou uma hora que piorou mesmo que eu vi que ele ia morrer mesmo, nos meus braços... febre alta... aí corri na vizinha, ela falou: pelo amor de Deus, dá um banho nele, está desfalecido mesmo... corre lá põe água na banheira, enquanto isso ligo para a mãe... aí catamos ele, já tinha dado um

banho, eu vi que ele ia morrer, nunca vi uma pessoa daquele jeito... eu pegava ele estava desfalecido mesmo, com fôlego muito curto..." "MF8: Chegou lá, no H1 eles atenderam, colocou balão de oxigênio ... depois de 2 dias saí de lá, ele queria brincar no chão, aí uma enfermeira falou assim vai brincar com ele lá fora, porque não podia ficar no chão... literalmente me expulsaram pra ir brincar lá fora (risos) então quer dizer... pensei...logo vamos embora... Aí fui dando o remédio em casa. Fomos cuidando e graças a deus nunca mais..."

"MF9: ...levei ele de volta lá e a médica falou: "mãe, vamos tirar as chapas do pulmãozinho que eu já tenho a suspeita do que seja" aí ela falou "olha mãe está vendo tudo isso aqui é da pneumonia", foi quando ela me falou e estava mesmo aquele "coíso todo preto" ... Aí foi aquele susto, e ela falou que compensava mais deixar ele internado, porque os medicamentos dele não ia ficar barato se fosse para casa... "então deixando ele internado a gente vai cuidar dele certinho." Só que até então eu não sabia que ele era alérgico ao leite... aí só depois que a Pediatra falou que foi o que desencadeou tudo... é porque depois que ele parou o leite parou tudo..."

"MF9: Quando ele fica doente, primeiro eu vou no pronto socorro, ali no postinho (se referindo a uma unidade mista, que é UBS e UPA) ... às vezes não consigo resolver lá... aí eu levo ele no H1"

"MF10: A primeira e a segunda vez que ela teve eu achei que era uma gripe e não era, aí levei a primeira vez, deu antibiótico comum ela tomou, melhorou, aí a segunda vez eu levei no convênio, no pediatra mesmo, ele falou que não ia internar, se agente tinha condições de comprar o medicamento, falei que tinha, e passou injeções que dava até dó de dar que era dose de adulto, mas precisava, aí eu comprei e ela tomou... Já na terceira vez ela começou a ter febre, mas não escorreu o nariz, só febre. Levei no H1, o médico examinou ela e falou que era só uma gripe forte. Passou os remédios, eu passei na farmácia comprei, cheguei em casa dei o remédio. Só que quando foi 05:30 da manhã ela começou a gritar, ela falava que doía a barriga, e com canseira. Levamos ela no H1, chegando lá teve que esperar trocar o plantão, e ela ruim, com dor. Aí o médico que trocou o plantão, já mandou fazer raio X e falou que nós não íamos voltar com ela para casa porque ela estava com os dois lados do pulmão tomado. Aí foi por isso que fiquei lá, eu fiquei assustada, ele falou que nem adiantava que ele não ia deixar nós voltarmos para casa."

"PF12: Agora mesmo ela estava ruim, vomitando... primeiro estava igual eu gripada... aí foi piorando..." "MF12: Quando ela fica doente, o primeiro lugar que a gente leva é na minha mãe... e depois se ela está muito atacada, para o H1... e se ela não está muito vou no pronto socorro mesmo"

"MF13: Quando ele fica doente ele começa tossindo, fica com o narizinho escorrendo... aí leva no médico é uma gripezinha, o médico passa aquele antialérgico. Quando vai piorando começa a dar febre... ele começa a ficar mais quieto, porque ele não para, é o dia inteiro... o normal é criança dormir a tarde, ele nem dorme, é o dia inteiro... então ele começa a ficar amuado, começa a dar febre, não quer saber de comer, de mamar..."

As vezes que levo no médico, no H1 ou na UPA.. aí vai ver a pneumonia está recente, dá para curar em casa... agora tem vezes que os sintomas da pneumonia vem mais tarde aí quando vê já está atacado, tem que internar..."

"MF13: ...teve vez de eu levar mais cedo, quando estava começando e aí conseguir tratar em casa.. que nem agora mesmo, a semana retrasada deu pneumonia nele, mas eu já levei cedo, peguei os remédios e deu tempo de curar em casa, não precisou ficar internado."

"MF14: No H1 quem atendeu a I2F14 foi o pediatra, perguntou se eu tinha levado no pronto socorro, falei que sim... mostrei as receitas de xarope para tosse... mas no final deu tudo certo."

Encaminhamento e Obtenção de Recursos

Destaca-se aqui, o encaminhamento para serviço especializado, para término do tratamento hospitalar, na maioria das vezes para uma unidade de maior complexidade; a obtenção de recursos terapêuticos, especialmente o medicamento para o tratamento da patologia também se observa nesta subcategoria.

"MF3: Não posso arrumar serviço registrado, porque eu ia com ele para sempre Ribeirão..."

"MF4: Ele estava ruim, com um quadro de febre... toda hora vinha febre, eu dava remédio de febre, tirava o catarro que eles estavam pensando que era gripe... Ele ficou lá, foram medicar ele, daí começou a se agravar, que ele ficou nervoso, aí atacou a bronquite deu a bronquiólite e aí ele saiu do H1 e foi direto pra UTI... daí de lá ele foi para o quarto e foram tratando da pneumonia e da bronquite..."

"MF7: Teve que ficar internada... foi muito ruim, ficou 1 mês internada. (...) Ela ficou lá no H1 um tempo e depois foi para o H2..."

"MF13: O acompanhamento em Ribeirão foi por causa da manchinha que acharam no pulmão dele, que era a pneumonia... aí o pediatra achou que era uma coisa a mais e aí mandou para lá.. tipo um câncer, que a médica lá me explicou, mas graças a Deus só foi a pneumonia mesmo..."

"MF1: Tenho dia certo pra receber.. agora que tenho cartão farmácia, que eu vou lá e compro e desconta do meu salário.. mas se precisar pagar um médico o pai dela vai lá e dá um jeito..."

“MF7- Quando o medicamento não tem no posto, tem que comprar... aí nós compramos...” “PF7: Aí eu tenho que “tirar das guelas” para comprar... às vezes pego emprestado com minha mãe...”

“MF8: A gente pega na farmácia da minha avó, e paga para ela depois. Tem vez que tem o dinheiro na hora, mas tem vez que não... paga para ela no outro mês. Mas o médico, ele sempre dá, sempre tem uma amostra lá pra dar...”

“MF9: Dá um jeito...” “PF9: Tem que correr atrás...” “MF9: aperta daqui dali, fica sem uma coisa ou diminuí.. deixa de fazer festinha dele de aniversário para comprar mas que compra, compra. Porque assim a gente vai juntando dinheiro para fazer a festinha dele ao longo do ano, e aí quando chegar próximo a gente tem o dinheiro né, então se aí tem um remédio para comprar a gente faz a festa com menos gente do que ia convidar...”

“MF9: várias vezes, o difícil é ter na farmácia do postinho, já nem passo lá vou direto na farmácia comum mesmo, porque no postinho chego lá ela já fala que dá para substituir por outro... eu morro de medo. Uma vez a pediatra chegou a passar para ele Amoxicilina 250mg e na farmácia do posto eles tinham mas era com clavulanato, e aí a pediatra falou que eu não podia ter dado esse, que era para dar só a Amoxicilina. Eu peguei medo; agora vou direto na farmácia comum... E vira e mexe eles fazem isso, você vai pegar dipirona eles dão o paracetamol, sempre tem uma substituição...”

“MF10: Nunca peguei medicamento no posto, sempre comprei, não me lembro de ter pego. Quando ela teve que tomar as injeções foi caríssimo, mas ele sempre pagou, nunca precisamos pedir para ninguém não...”

“MF11: Eu compro, na maioria das vezes.. quando eu passo na UPA e eles dão a receita já pego, mas é difícil, a maioria das vezes já compro, quando é mais caro, aí eu tento o genérico ou então vou na Farmácia Popular...”

“MF13: Ah eu pego sempre no posto, que eu não tenho condições de comprar...”
 “V2F13: Se não tem no posto a gente fica esperando chegar... que nem aqui em cima tem uma vizinha e essa última vez que ele ficou doente o médico receitou o remédio e não tinha recurso para comprar. A vizinha tinha esse mesmo remédio, a irmã da vizinha, aí ela arrumou para ela, foi então que ele melhorou... agora quando não consegue ajuda de ninguém aí espera para chegar. Quando ela tem dinheiro aí ela compra...” “MF13: Quando é um medicamento assim muito importante eu dou um jeito de comprar... mas se é um medicamento que não precisa tanto... eu espero no posto para pegar.”

Adaptações à doença e recuperação

Descreve como a família se adapta à doença, e realiza cuidados após a internação, no sentido de “resolver o problema”.

“MF4 - Primeiro que eu não sabia o que ele tinha. Ele sempre teve a ronquidão, ela falava que era bronquite, eu não tinha cuidado de ninguém que tinha bronquite, para mim era normal, tomava o “desloratadina” Ele era normal, criança normal, brincava na água, isso, aquilo (...) Quando eu descobri o que ele tinha, eu não tirei nada (...) só pus remédio no coitado (...) Só assim, quando ele corria muito, ficava muito cansado eu pegava ele um pouquinho. Ele mesmo vinha quando cansava. Mas eu sempre deixei ele a vontade...”

“V3F8: Esses tempos estava dando a crise dele, aquela tosse... aí tirou raio x do pulmão estava tudo limpo... usou um pouquinho só a bombinha, e depois não precisou mais...” “MF8: É o médico queria que ele usasse 1 mês... mas eu não dei, para não viciar né... dei 3 dias só.”

“MF9: Ele ficou internado por causa da pneumonia. Quando sai com ele do hospital aí ele continuou com o peitinho chiando um pouquinho, levei na pediatra dele, e ela me falou assim que o que acontecia com CIF9 é que ele era alérgico à lactose e a proteína do leite. Ela falou que a proteína do leite costuma chiar o peitinho mesmo, então é onde junta mais catarro, é onde desce no peitinho dele que junta muito muco. Quando ele ficou internado, o que eu estava dando para ele no H1 era o leite e lógico que ele saiu de lá já com a tosse. Quando ela me orientou me explicou certinho tudo eu mudei os hábitos dele, eu não dou leite nem mais nada que tenha leite. Substituí para leite de soja, e o chocolate também, o chocolate eu compro aquele zero lactose. Então até aqui em casa coisas que eu fazia com leite eu mudei, eu faço com outros tipos de leite outras coisas. Na casa da minha mãe também ela mudou, mudou hábito da família inteira... Nossa, depois dessas mudanças, como notei diferença, é outro CIF9. Acabou tosse, acabou dor de cabeça, acabou tudo, é outra criança...”

“MF11: Ela veio para casa, não ficou ruim mais. Ela ficou um período bem sem pegar gripe... quando pegou gripe, queria ficar doente de novo, o médico falou que ela estava com começo de pneumonia, só que ele não ia deixar internada, ia me falar os remédios para eu comprar e eu ia fazer o tratamento em casa. Aí eu fiz o tratamento em casa por 6 meses...”

“MF13: Quando interna é de 4 a 7 dias internado; nos primeiros quatro dias no oxigênio, depois que ele vai melhorando, depois que acaba o antibiótico ele vem para casa e passa os remédios para continuar tomando em casa...”

“MF14: A CIF14 não tem mais refluxo, teve antes de adoecer para pneumonia... ela tinha 4 anos quando internou... o refluxo dela curou de 3 para 4 anos. As gêmeas ainda tem, na verdade estão terminando o tratamento, estão naquela fase de ir parando com o medicamento...” “PF14: Mas de vez em quando a gente repete (o

medicamento) dá uma parada e repete...” “MF14: É eu fiz exame agora tem pouco tempo, e não deu.. mas o médico falou que pode ter sem dar no exame, pode dar e não ter, mais ou menos assim...”

Funcionamento Expressivo

Demonstra como o funcionamento familiar se expressa, de forma afetiva, emocional; esta categoria se combina com a instrumental, e de certa forma caminham juntas. Envolve fatores relacionados à emoção e ao afeto, se expressa através da comunicação, de quem assume a responsabilidade de resolver os problemas, e como o faz, envolve crenças e valores.

Comunicação verbal

Nesta pesquisa foi possível observar relatos referentes a comunicação verbal, que se mostra importante à medida que entendemos que o cuidar em uma família depende, na maioria das vezes, de mais de um membro desta, e que nesta interação a comunicação é fator preponderante. É necessária para que o cuidado ocorra de modo a satisfazer a necessidade do ente adoecido; a interação entre os membros deve ocorrer de forma positiva, no sentido de buscar uma direção para o cuidado. Percebe-se então, que a forma como estes membros se comunicam ao exercer o cuidado, especialmente à saúde, se caracteriza como de grande importância, especialmente se a troca que ocorre permite um saldo positivo, posteriormente ao cuidado para com a criança no momento difícil de doença.

“MF2 – o PF2 é mais bravo, porque tem vez que ele tá sem chinelo, ele acorda e não põe, o pai fala e ele coloca. Agora comigo, “Vai por chinelo CIF2”, ele “não”, aí eu: “CIF2 eu vou chamar o seu pai” aí ele vai e coloca o chinelo, ele pensa que o pai dele está aqui ele vai e coloca, mas se não...”

“MF4 - Aqui tudo é conversado... o que pode, o que não pode... é eu e o meu esposo (...) Só que com o CIF4, a última palavra é a do pai dele. Esse veio para arrebentar... “rapínha” do tacho...”

Solução de Problemas:

Esta subcategoria descreve o movimento que a família faz em busca de resolver o que está acontecendo de incomum, fatos que em geral mudam a rotina da família, e na busca de obtenção de cuidados, de promover a saúde da criança, na tentativa muitas vezes apenas de caráter curativo. Na maioria das vezes os problemas são percebidos pela mãe, pois em geral, desempenham um cuidado mais próximo à criança. Ocorre então a busca por recursos, ora oferecidos pela unidade pública, ora buscados em uma unidade particular, quando a primeira não traz resultados satisfatórios. Muitas das vezes esta subcategoria se confunde com a subcategoria instrumental, visto que na maioria das vezes as questões instrumentais aparecem concomitantemente às expressivas, visto que uma leva à outra.

Algumas vezes a criança apresenta aquele problema de saúde uma primeira vez, se tornando um desafio a sua resolução, entretanto posteriormente, em alguns casos observamos que a recorrência deste problema faz com que se torne parte da rotina daquela família.

“PF1: Eu junto dinheiro, guardo para se precisar em caso de doença...”

“MF1: Quando a CIF1 ficou internada, a IF1 ficou aqui na casa da minha mãe, e eu fiquei todos os dias... eu trabalhava, mas a médica me deu atestado depois, eu não fui embora não, fiquei lá...” “VF1: o PF1 ia buscar ela de carro para ela tomar banho, e eu ficava com a CIF1, para ela comer alguma coisa em casa...” “MF1: Eu ia e voltava..... mas foi difícil..eu sofri para ficar lá... mas não queria vir embora. Minha mãe ia para eu vir tomar banho só (...) É porque nessa época a gente estava casado ainda, morava junto.. então ele (PF1) me levava, e ficou com a IF1...”

“MF2- Quando tem que comprar medicamentos, a maioria das vezes tem que comprar, eu pego fiado na farmácia (...) quando é muito caro, então ele (PF2) pega fiado, eu pego a bolsa família e dou um pouco e ele dá um pouco.”

“MF2: Ele ficou ruim... a gente levou aqui o médico encaminhou para o H1 de novo. Chegou lá o médico fez o raio X do pulmãozinho dele e falou assim que ele estava com começo de pneumonia de novo... e aí ele passou a injeção que o CIF2 está tomando e perguntou se tinha condição de comprar e aí falei que não... Aí eu tinha que sair daqui, ia de ônibus, subia de a pé, tinha que estar lá uma hora certinha para poder dar os sete dias a injeção nele... porque se não trouxer, vai piorar... O pediatra falou: - Só não vou internar porque é só o começo... olha, você traz ele para poder tomar certinho, se não trouxer ele depois piora mais!”

“MF2- Quando o CIF2 ficou internado, uma noite eu ficava outra noite ele ficava, o PF2. Aí ele saía do serviço, ele ia, ficava e eu vinha embora (...) Minha avó ficava cuidando aqui em casa.”

“MF2- Então teve um problema com o atestado para não sair perdendo né porque ele já pega uma mixaria. No último dia foi que eu lembrei, ele recebeu alta, pegou o atestado, e aceitaram. Porque precisava, ainda tinha que comprar o remédio, ele falou não estou perdendo um dia a toa, aí foi que o rapaz aceitou.”

“MF3: Eu falo para minha mãe... aí mãe, eu não tenho... Já pegou o remédio? Como mãe? Não tem no posto. Eu não tenho dinheiro Aí, se a minha mãe não tem, aí eu ligo pro meu irmão mais velho, falo você não compra um remédio para o CIF3, ou às vezes um leite, porque, assim, se não é a minha mãe eu não peço para o meu pai, se meu pai tiver ele ajuda, mas eu procuro pedir para o meu irmão mais velho...”

“MF4 - Quando o médico prescreve algum medicamento que não tem... Compra! Não tem outro jeito (...) Então, aconteceu... aquele “clavulanato”... ainda consegui comprar um vidro... mas ele simplesmente tomou uma vez e quebrou o vidro e eu falei: aí vou morrer... aí eu tive que apelar, não tem como, não tem como comprar, aí eles me deram. A Doutora fez uns papéis, eu assinei e ela me deu. Aí eu peguei no posto... Mas quando não tem jeito nós temos que comprar”

“MF5: Um medicamento mais caro ou a minha irmã ajuda, porque ela é madrinha dela, ou a minha mãe ajuda. Sempre são eles, sabe? Ou também minhas tias e o pai dela... Ou o pai deles compra, né, ou eu pego no posto... Assim, nunca tem no posto, aí a gente sempre compra na verdade...” “T1F5: é que às vezes no caso dela, o medicamento que tem no posto não resolve, então, tem que comprar.”

“T1F5: Porque a gente pagou médico particular, se não, não tinha internado, porque na verdade ela chegou quase morta, sem vida, as enfermeiras não davam nem vida para ela porque o H1 tinha liberado ela e a gente tinha que pagar em dinheiro o médico, e o médico mandou urgentemente internar...”

“MF5: Teve um período que ela ficou internada a segunda vez, eu estava doente, que foi a minha irmã que ficou com ela, e a vó dela por parte de pai. Mas das outras vezes fui eu mesma. Minha mãe vai, para levar roupa ou alguma coisa que eu preciso, ela vai levar, e sempre no horário de visita a minha irmã vai ou a minha mãe vai. Elas sempre estão me acompanhando, nisso.”

“MF6: Tem que dar um jeito. Ou compra no cartão, ou pede emprestado para alguém, que é o mais difícil, geralmente nós compramos na farmácia popular, é bem mais barato, quando não tem lá o jeito é comprar, fazer o que? Se tem que comprar? Fazer o que? Ou compra ou compra, então, compra.”

“MF9: Eu ficava a noite, durante o dia o pai pegou três dias de afastamento e ficava. Eu vinha embora tomava banho e voltava a noite; teve vez que ele ficou uma noite, minha mãe ficou dois dias com ele durante o dia...” “PF9: Um ajudando o outro..”

“MF10: Porque quando ela ficou internada no H1 ao invés de ela melhorar eu achei que ela começou a piorar... aí eu falei para ele porque a gente tem o convênio que é da fábrica, e desconta do pagamento se a gente usar, então é raro eu usar. Nesse dia que ela estava bem ruinzinha eu liguei para ele e falei que ia transferir para o convênio. Ela estava ficando pior, isso era umas 19:30 da noite, aí eles ligaram conversaram lá no plantão do convênio, o Pediatra que estava no plantão, ele falou “traz ela para cá agora”. Aí levamos ele mudou toda medicação, e deu dois dias ela deu aquela animada, e ficou mais dois dias internada lá e depois ela tomou mais 14 injeções, uma por dia.”

“MF10: Ela teve três vezes pneumonia.. na terceira vez que ela ficou internada. Nas outras eu comprei o remédio e tratei em casa, mas era para ter internado. Aí na terceira vez, estava muito porque atingiu os dois lados do pulmão, eu fiquei com medo... A primeira vez que ela teve pneumonia, ela tinha acho que 9 meses.. E depois com um ano e três meses, foi uma seguida da outra, sarava ficava 3 meses e voltava cada vez pior.”

“MF13: É difícil... quando ele mamava no peito eu tinha que ficar lá os 7 dias, sem poder revezar.. depois que ele parou de mamar eu revezo com a minha mãe.”

“MF14: Na verdade eu que fiquei direto lá...ele ia um pouco de dia e eu ficava a noite toda lá.. mas na verdade tinha uma irmã minha aqui, foi um período que ela veio passear aqui mas ajudou bastante... que estava passeando, a mãe daquele meu sobrinho que sempre ajuda a gente, e aí ela ajudou a cuidar da MF14...”

“MF4: Tudo pelo SUS, primeiro eu passei com a Dra. Y que era de adulto, aí ela me encaminharam para a Dra. X ela falou assim: - “Eu vou passar esses remédios que sei que pode tomar”; medicou ele... Aí a gente começou a fazer o tratamento. No meio deste tratamento ele teve um febrão e teve a pneumonia e essa pneumonia ele já estava com ela já a quinze dias que foi a febre que se agravou e foi aí que a “pneumo” me pediu um raio X e viu que ele já estava com pneumonia. Ele estava bem ruim, eu estava controlando a febre em casa... eu levava no Hospital e mandavam embora, eu levava no Hospital e não resolvia... até que por fim a Dra X viu o Raix dele e mandou internar, por que ele está com pneumonia...”

“MF6: Começou a ficar com febre, aí depois veio o vômito... aí ela começou a respirar muito cansada, aquele cansaço, estava já ofegante, e ela não estava andando, ela sentava na cama. Ela era bebezinha, tinha uns nove meses. E ela começou a ficar ruinzinha, ruinzinha, aí levei no posto, que não tinha médico na época, mandaram eu para o H1, era o dr que estava lá. Ninguém quer nem lembrar o nome dele. Não lembro o nome dele, não recordo, Dr....? Não, não é este o nome. Não lembro o nome

dele. E ele falou para mim que ela estava com começo de pneumonia, e que ele ia dar um antibiótico pra ela. Eu falei, tudo bem, mas não tenho dinheiro pra comprar, é muito caro. Ele falou, eu só tenho antibiótico que não tem o posto, e precisa tomar hoje, ele disse assim. Falei, tá bom. Saí do H1, entrei numa farmácia e comprei. Paguei 130 reais., na época. Dei a primeira dose, ele disse que depois da terceira dose ela ia dar uma melhorada. Aí ela ficou mais três dias em casa, e ela começou a piorar, aí ela só dormia, ela começou a ficar pálida, não respirava direito, já começou a rochear, aí eu levei no posto, de novo. Aí o posto, não tinha médico, falou pra mim: vai pro H1. Quando eu cheguei lá, a pediatra viu ela, e falou, pode internar agora que ela tá passando uma saturação muito baixa, depois de uns dois dias, quase três que ela começou a mostrar melhora... Aí ela ficou 12 dias internada.”

Papéis:

Este item se refere aos padrões de comportamento dos membros da família estabelecidos no relacionamento com o outro. Aqui o que interessa é o cuidado à saúde, na família, de quem é esperado este papel de cuidar e quem por fim o assume. Na maioria das vezes é a mãe que o faz, ou ainda outra cuidadora, sendo a avó a mais prevalente, ou ainda outra figura feminina que exerça este papel na família. Observa-se desta forma que os papéis se relacionam intimamente com as atividades rotineiras, ou de vida diária.

“MF1: É, eu que limpo a casa, faço comida, eu que dou banho, ponho pra dormir...”

“MF2: Eu levo na escola. Olha a do CIF2 é aqui em cima, você já chegou a ver essa avenida aqui em cima, tem uma creche, escola da prefeitura, novinha. Ele tá indo ali. O P2F2 vai lá pra aquelas bandas e a IF2 desce. Vou a pé. A IF2 vai com uma menina a outra rua porque ela entra uma hora aí fica pesado para mim, aí minha colega leva e pega, porque a IF2 sai 17h e o CIF2 sai 17h.”

“MF3 - É porque eu ví o exemplo da minha mãe e faço, porque minha mãe tem a gente, a minha mãe tem nove filhos, são seis biológicos e três adotivos, e ela cuida de todos iguais, sem exceção a nenhum...”

“MF4 - Em geral sou eu, cuido de tudo... meu esposo me ajuda a limpar e organizar... os meninos também, cada qual cuida do seu quarto, da sua roupa... cama, mas não dá para fazer muito, mas eles que cuidam, coloco eles para cuidar. Tem que me ajudar.”

“MF6: Tudo eu, ele trabalha, tudo eu... Sempre sou eu que levo ao médico.”

“MF7: Os dois levamos ao médico. Uma vez que a CIF7 ficou doente, fomos nós dois que levamos, o médico falou que estava tudo bem mas não estava não.”

“MF7: ...as crianças não vão à escola, ficam comigo, eu não trabalho fora.”

“PF9: quando eu estou aqui ajudo a olhar, brincar um pouquinho, distrair... porque senão ele não deixa ela fazer nada. Mas é mais ela... Quando tem que levar no posto, a gente não tem carro, então, geralmente quem carrega ele sou eu.. não tem jeito...”

“MF10: Sou mais eu mesmo que cuida, ele (se referindo ao pai da criança) fica o tempo todo nos serviço, só quando precisa ele leva mesmo porque até lá tudo quem decide e faz sou eu... para dar remédio, dar banho... quando ela (CIF10) ficou internada, banho, arrumar pra ir para escola tudo ele que fazia com as outras crianças, antes de ir trabalhar né, mas só também. Agora quando pega férias ele me ajuda bastante...”

“MF11: Ele é meio desligado para essas coisas, se eu deixar só por conta dele ele acha normal tomar um sorvete se a criança tá gripada... Esses dias ela estava meio gripada estava tomando remédio, terminou de tomar (remédio) segunda feira, porque começou a ficar gripada e quando começa eu já corro com ela para passar no médico que eu tenho medo de ela fica doente de novo.. e ele fala que eu sou muito apavorada, mas não, a gente que é mãe que sabe, que vê....o sentido é diferente, e ele acha normal.”

“MF12: É, ele trabalha e eu cuido da casa.... às vezes quando eu preciso ele cuida da casa, ou da menina, reclamando mas fica...” “PF12: Fico bastante, ela não dá trabalho... obedece”

“MF13: o PF13... o que aquele só fazia era dormir, dormia o dia inteiro... a noite ficava assistindo TV...”

Influência e Poder:

Os padrões de controle sobre os membros da família aparecem nesta subcategoria, especialmente nos casos de saúde e doença, onde o “poder de controle” leva a uma resolução. Aqui interessa o poder na medida em que permita o controle sobre a situação de saúde e doença. Assim percebe-se que o poder se relaciona intimamente com a solução de problemas, com as atividades da vida diária, com os papéis e até com a comunicação.

“VF1: Ela “escala” o guarda roupa para pegar o celular...” “MF1: Ah em casa não... eu ponho limite, é que aqui é casa de vó né...”

“MF2- Deu certo... mas foi um sacrifício. A bundinha dele estava tão inchada, eram sete dias, ele falava “eu não quero mais não mãe”, eu falava “vamos CIF2” e ele “não quero mãe, não quero”. Mas aí tinha que levar, eu tinha que iludir, “Não CIF2 nós vamos lá não sei onde”, daí na hora que chegava lá, ia esperneando.”

Crenças:

Aqui encontra-se algo no que a família acredita. Pode estar relacionado à religião, e a fé, ou a crenças de família, sendo assim, muito ligadas ao contexto familiar e socioeconômico. São receitas que as famílias acreditam que podem interferir no processo saúde - doença. Em alguns momentos podem ser facilitadoras, à medida que permitem que o cuidado adequado seja realizado, ou que permitem um controle emocional melhor da situação. Em outros as situações podem dificultar o cuidado, o que ocorre em alguns rituais que prejudicam ou adiam a busca pela cura ou até mesmo podem promover uma piora.

Religião e espiritualidade

Falas ligadas ao sentimento de fé, à confiança em que algo maior está no comando.

“MF3: Aí eu fiz ultrassom na sexta feira, lembro como se fosse hoje, fui eu minha mãe, e minha irmã, ele falou assim para mim, você tem fé? Eu falei assim: muito! Porque tudo aquilo que é da vontade de Deus vai ser... se eu tiver que ter o CIF3, se ele tiver que ser meu, tenho muita fé que se ele tiver que ser meu vai ser, se não como que eu vou contrariar contra Deus. A gente pede que Deus proteja a gente, só espera em Deus, porque se for da vontade Dele...”

“MF4: Acima de tudo Deus, minha família, depois a religião que é a igreja, a religião é a igreja. Agora minha fé em Deus já é acima de tudo, a religião já fica em terceiro... eu vivo em função da religião.”

“MF4: A religião me ajuda porque tenho fé, tenho fé que Deus pode tudo, Ele é o médico dos médicos, então, numa enfermidade é obvio que eu vou procurar a medicina, é lógico... mas eu creio que Deus pode entrar com o sobrenatural e curar, porque eu já vi... eu conheço pessoas que Deus já fez isso. Meu filho mesmo, ele não tem mais nada. Ele estava fazendo tratamento com a “pneumo”, ele tinha bronquite asmática, com isso, com aquilo... e com uma simples oração ele foi curado. (...) Ele

está curado! Ele não tem nada, foi feito os exames, ele não tem alergia a nada. Ele não tem nada e nem a doutora entendeu porque (...)Entende. Mas é o sobrenatural.”

“MF11: Quando ele nasceu o médico falou que ele tinha um.. mandou fazer um exame que ele estava com um... sopro no coração... precisava ir para Bauru, que ele estava com um sopro no coração. Fiz os primeiros exames e deu aquela manchinha. Com a minha fé, a gente leva tudo na fé, eu peguei levei ele na igreja, pedi para os irmãos orar...pedi para meu pastor orar... aí repetiu todos os exames no menino e aí o médico falou que não deu mais essa mancha, e o médico falou que ele não tinha mais nada, fez mais um monte de exames e o moleque está aí...”

“V2F13: Eu antes de ser evangélica, eu buscava muito os benzedores, com tempo a gente passa entender diferente, aí o benzimento já não vale nada.. é mais pra Deus mesmo.”

“MF14: Sim, muita oração, todo dia a gente ora com elas.. todos os dias, e cada dia agradecer a Deus pelo dia, e pedir mais para ele nos guiar.. todo dia a gente entrega nas mãos Dele... Quando doente pede a Deus para cuidar delas, abençoar...” “PF14: e se elas não melhorarem a gente continua pedindo...” “MF14: e ele tem nos ouvido viu? Deus tem nos ouvido muito.” “PF14: é que Deus fala de três maneiras. Às vezes ele fala assim: “sim, não, ou espera um pouco” e quando ele fala espera um pouco a gente continua orando, né... se for “não” também a gente aceita...”

Domínio, controle e influência

Mais do que a crença, aqui surgem receitas e rituais, nos quais a família acredita que vão curar ou controlar a doença.

“MF2: a avó mandou cortar três fiozinhos de cabelo para simpatia e colocar ali na porta de madeira. A gente bateu o prego e colocou o cabelo lá e deixou... É então, minha tia falou que fez e funcionou mas para mim não vi diferença. Porque falam que a imunidade dele é baixa... a resistência”

“MF5: - já orientaram, mas eu não fiz, não acredito nem descredo, mas eu não cheguei a fazer não... são os avós ou a avó dela...” “T1F5: eu acredito, minha mãe já fez para você, e foi bom... A avó paterna de C1F5 é muito “crença”, faz isso, faz aquilo, acredita muito em crenças, simpatias, ela fala que não é nada... se ela está com uma tosse, não é nada, vai sarar já...”

“MF6: Para melhorar a saúde é só o médico, porque, tem um remédio, caseiro que faz, mas não é simpatia, remédio caseiro, chá, alho pra dor de ouvido, isso, mas simpatia, não porque eu não acredito. E se não acredita não adianta...”

“MF6: Receita só se for de remédio, antigo, minha vó fala, que nem, normalmente para o dente das crianças, a gente dá sapé, todos eles tomaram, nenhum teve problema,

diarreia, aquela irritação de febre, nenhum teve, porque eu dei sapé quando estava com 6 meses, eu começava a dar o chazinho de sapé, sem açúcar sem nada, só a planta, com água, e dava para eles, e nenhum deles teve nenhum problema com dente, eu acho que melhorou, foi bom, e fora isso, eu não dou qualquer coisa pra eles beberem, que eu sou meia cismada. Não dou remédio sem receita, porque eu tenho medo, matar um filho aí, sem saber o que está dando... dipirona normalmente eu não dou dipirona, são todos alérgicos, todos eles, por causa da minha alergia, eu tenho alergia a dipirona, então eu não dou pra nenhum deles. A CIFE não tem, mas eu também não dou, mas fora isso, simpatia... não, chazinho, só isso mesmo, algum chazinho para cólica, só essa, porque depois mais para frente eles crescem, e não precisa mais....”

“MF8: Eu fiz para bronquite que a minha tia ensinou...” “V3F8: Porque os antigos eles mandavam colocar tartaruga embaixo da cama... Não essa era com prego, você prega o prego na parede e conforme ele vai crescendo a bronquite vai sumindo... eu fiz.”

“V3F8: Se precisar fazer um xaropinho, aí é outra coisa, eu pego poejo faço um xaropinho.. limão cravo, queimava açúcar, se tivesse mel com mel.. e dava para eles... louvado seja Deus.”

“MF9: Chazinho com mel... que vem da família, minha avó fazia para a gente, e agora eu faço para o CIF9...” “PF9: ... chazinho, por causa da gripe sabe... Até a gente toma...”

“MF10: A minha mãe tem muita, minha sogra faz, a gente faz. Tipo chá de erva cidreira, xarope de abacaxi com mel, um coquetel de maçã, morango, abacaxi e mel.. tudo que é natural, é bom não vai fazer mal...”

“MF11: A minha mãe...” “V2F11: Fui criada assim no mato (natural de Pernambuco) dava uma febre lá na mata pegava umas folhas lavava fazia um chá e foi assim que a gente ia sarando... tem vez que dá alguma coisa nas meninas eu pego um guaco, mel, alecrim e faço um melado, xarope até a sogra, a cunhada veio falar que era muito bom. Para cólica, faço xarope, até nesse negócio de pedra de rim, já fiz dois xaropes pra turma e disse que foi muito bom...”

“MF11: Então assim, eu nunca fui de fazer simpatia, assim o meu filho mais velho a bronquite dele foi curada com simpatia da minha avó então eu não sei se por aquela fé, que a gente vai muito pela fé né, e nunca mais teve, vai fazer 14 anos que nunca mais... Então assim, a minha avó falou “ não é pra ficar com nojo porque você vai fazer e nunca mais ele vai ficar doente” aí é bem assim, a gente pega um pouquinho de pelo da gente, lá de baixo, a gente torra, ferve na água e dá para criança tomar ... na época ele tinha 1 ano e pouco.. mas nunca mais teve bronquite, nem gripe ele pegou, e o estado dele era tão crítico, ele foi para a UTI o médico me disse que ele ia morrer, que era rara aquela bronquite, dava de um dia por outro e de três crianças que ele viu aquela bronquite, nenhuma delas sobreviveu... ele deu 12 horas de vida, falou que ele ia morrer... Porque foi de uma hora pra outra... ele ficou 18 dias... e três na UTI, depois ele nunca mais ficou doente...”

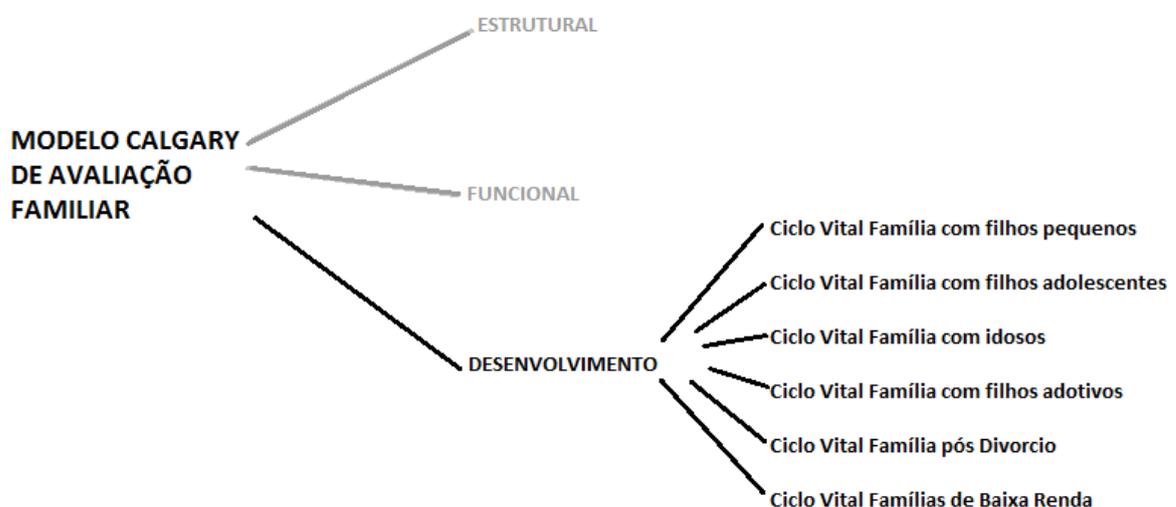
“MF12: Sim, eu fiz simpatia.. todo mundo fala mas é verdade, ela não fica mais, só gripadinha... A gente fez a simpatia do cupim, então é assim, você pega o cupim de um lugar que a CIF12: nunca pode passar, você ferve ele e dá pra ela tomar, coa e dá pra ela tomar, o restante que sobrar você devolve no mesmo lugar.. que ela nunca pode passar, senão volta tudo de novo..e ela nunca pode passar lá...” “PF12: Nossa mais foi difícil, achar o cupim, eu atravesssei o brejo, até que achei o cupim... e na hora de levar esses cupim.. nossa deu trabalho... mas para atravessar tinha um boizão, nossa esse dia foi um sarro mesmo...”

“V2F13: Eu tenho um livro de medicina, que tem bastante medicina caseira... Para bronquite eu cozinhei abacaxi... colocar mel e deixar curtir aquele mel no abacaxi, cura a bronquite...”

DESENVOLVIMENTO

Neste item procura-se compreender algo sobre a trajetória que cada uma das famílias construiu. As pessoas que compõem a família, a forma como se relacionam, se cuidam, e a trajetória que desenvolvem mostra em que fase de desenvolvimento elas se encontram. Percebe-se em geral que algumas famílias são numerosas e compostas, assim como a presença de avós e outros familiares em sua composição interferem em seu desenvolvimento, e da forma que ele se dá para com os cuidados de saúde e doença da criança com pneumonia. A categoria Desenvolvimento e suas subcategorias estão representadas na figura abaixo:

Figura 20 - Diagrama Modelo Calgary adaptado com foco para “Desenvolvimento”



Fonte: Construída a partir do Modelo Calgary de Avaliação Familiar (WRIGHT; LEAHEY, 2009)

Todas as famílias que participaram da pesquisa se encaixam no **Ciclo vital família com filhos pequenos**, época em que os adultos desempenham tarefas ligadas aos cuidados das crianças, quando ainda se encontram muito dependentes. Caracteriza-se também por ser um período em que a família inicia a sua estruturação também do ponto de vista profissional, e por ser uma fase de poucos recursos financeiros. A busca do apoio social é muito presente neste período.

Para algumas famílias, a presença de adolescentes acrescenta em sua trajetória o **Ciclo vital família com filhos adolescentes**, caracterizando-se por período de transtornos intensos, onde as mudanças biológicas e emocionais ocorrem com crescente rapidez. Especialmente nas comunidades mais pobres esta fase se inicia precocemente, fazendo com que as crianças enfrentem pressões relacionadas à responsabilidade doméstica, e ao uso de drogas. Para algumas famílias mais estruturadas esta fase se caracteriza em conceder permissão ao adolescente para se movimentar de dentro para fora do sistema, assim como iniciar a sua vida profissional.

A presença do familiar de mais idade ocorreu em uma família, colocando-a no **Ciclo vital da família com idosos**. Nesta unidade familiar torna-se necessário o direcionamento do cuidado no sentido contrário, ou seja dos filhos para os pais, que agora envelheceram. Apesar deste apoio ser necessário ele nem sempre ocorre, visto a dependência que esta segunda geração ainda apresenta dos pais, principalmente no sentido financeiro.

A ruptura familiar se mostrou frequente na maioria das famílias. Ocorre então o **Ciclo Vital da família pós divórcio**, onde destaca-se especialmente a sua relação com necessidade de reorganização financeira, tanto no sentido do apoio financeiro do pai das crianças, que muitas vezes não ocorre, como na sobrecarga da mãe, que em alguns casos fica sozinha com a carga do cuidado dos filhos e o sustento da família. Neste momento o apoio da família extensa costuma aparecer de forma importante. Em alguns casos entretanto é possível observar que apesar da ruptura inicial, o vínculo persiste, e a noção de responsabilidade do cuidado com os filhos sobrevive para o pai.

A alta vulnerabilidade permeia as famílias do **Ciclo Vital Famílias de Baixa Renda**. Tais famílias, apesar de não se caracterizarem como numerosas, apresentam muitas vezes uma precariedade, observada por pais jovens, possuindo baixa renda, dependendo de familiares tanto no auxílio do seu sustento quanto na educação e no cuidado das crianças.

Devido a alta vulnerabilidade a que estavam expostas, todas as famílias entrevistadas foram classificadas como de baixa renda. Os estágios do ciclo vital das diversas famílias são apresentados na Tabela 6.

Tabela 6 - Características relacionadas ao ciclo de cada Família.

Família	Crianças, idade	Responsáveis	Avós e outros	divórcio recente	principais tarefas	Estágios do ciclo vital
1	6a, 7 ^a	Mãe, Pai, Padrasto	não	sim	Cuidar das filhos pequenos, Arranjos para o pai manter o contato	Família com filhos pequenos, pós divórcio, com custódia
2	10a,7a,4 ^a	Mãe e Pai(padasto)	Bisavó	não	Cuidar das crianças pequenas, Cuidar da Bisavó	Família com filhos pequenos.filho adotivo, e idosos
3	4 ^a	Mãe	não	sim	Cuidar dos filhos pequenos, Reconstruir recursos financeiros	Família com filho pequeno, pós divórcio com custódia
4	17a, 12a, 3a	Mãe e Pai(padasto)	não	não	Cuidar dos filhos pequenos, Permitir ao adolescente o movimento para fora do sistema	Família com filhos pequenos e com adolescente
5	2a, 1 ^a	Mãe	não	sim	Cuidar das filhos pequenos, Reconstruir recursos financeiros	Família com filhos pequenos, pós divórcio com custódia
6	15a, 12a, 7a, 2a	Mãe e Pai(padasto)	não	não	Cuidar dos filhos pequenos, Preparar o adolescente para a vida adulta	Família com filhos pequenos e com adolescente
7	2a, 0a	Mãe e Pai(padasto)	não	sim	Cuidar dos filhos pequenos, Reconstruir recursos financeiros	Família com filho pequeno, pós divórcio com custódia

Família	Crianças, idade	Responsáveis	Avós e outros	divórcio recente	principais tarefas	Estágios do ciclo vital
8	6a, 3 ^a	Mãe e Pai	Avó como provedora com o pai	não	Cuidar das filhos pequenos	Família com filhos pequenos
9	5 ^a	Mãe e Pai	não	não	Cuidar dos filhos pequenos	Família com filhos pequenos
10	16a, 10a, 4 ^a	Mãe e Pai	não	não	Cuidar dos filhos pequenos, Preparar o adolescente para a vida adulta	Família com filhos pequenos e com adolescente
11	8a, 5a, 2 ^a	Mãe e Pai	não	não	Cuidar dos filhos pequenos, manter responsabilidade financeira e se relacionar com o filho criado pela avó	Família com filhos pequenos, pós divórcio sem custódia
12	2 ^a	Mãe e Pai	não	não	Cuidar da filha pequena	Família com filhos pequenos
13	7a, 4 ^a	Mãe e Padrasto	não	sim	Cuidar dos filhos pequenos, Reconstruir recursos financeiros	Família com filho pequeno, pós divórcio com custódia
14	6a, 3a, 3 ^a	Mãe e Pai	não	não	Cuidar das filhos pequenos	Família com filhos pequenos

Fonte: Dados coletados durante a entrevista

5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS:

As infecções do trato respiratório inferior são grande causa de internações na população adulta e infantil, especialmente para as menores de cinco anos (BRANCHE *et al*, 2015). No Brasil, as doenças respiratórias são a segunda causa de mortalidade na faixa etária de 1 a 4 anos, e a primeira causa de internação nesta faixa etária (MINISTERIO DA SAUDE; DATASUS; BRASIL, 2010). Entre as infecções agudas, a Pneumonia é a principal causa de óbito em todas as idades, sendo especialmente relevante em crianças das regiões em desenvolvimento (PÉREZ-PADILLA *et al*, 2014).

Condição evitável de hospitalização devido à disponibilidade de recursos tecnológicos terapêuticos (AVELINO *et al*, 2015), a Pneumonia ainda permanece como uma das principais causas de mortalidade infantil no Brasil, sendo no período 28 dias a 1 ano, responsável por 37% dos óbitos (MARANHÃO *et al*, 2011). No estado de São Paulo a pneumonia é responsável pela maior parte de internações, sendo predominante na faixa etária abaixo de cinco anos (NATALI *et al*, 2011).

Os resultados aqui encontrados vão ao encontro da literatura (BRANCHE *et al*, 2015; MINISTÉRIO DA SAÚDE; DATASUS; BRASIL, 2010; PÉREZ-PADILLA *et al*, 2014), uma vez que as doenças respiratórias foram a principal causa de internação, sendo a pneumonia a principal causa, seguida da asma e da Bronquiolite. A faixa etária das crianças hospitalizadas também condiz com a literatura, sendo possível observar ainda as comorbidades associadas, onde a principal delas é a asma; a cardiopatia, a neuropatia crônica e o refluxo também estão presentes.

A Pneumonia encontra-se fortemente associada aos fatores socioeconômicos, sendo este um dos principais fatores de risco que interferem na gravidade da doença (WONODI *et al*, 2013). O Ministério da Saúde tem se preocupado e se mobilizado diante das desigualdades sociais visto que é evidente que fatores sociais, econômicos ambientais e culturais interferem nas condições de saúde (BRASIL, 2011).

É importante considerar fatores como condições demográficas, sociais, econômicas e alimentares como intimamente associados com a prevalência de doenças respiratórias (SILVA *et al*, 2013). A alimentação, assim como as condições

de moradia e o acesso à saúde apresentam papel relevante na ocorrência desta patologia, visto que influenciam na instalação da doença respiratória, assim como no potencial da agravamento (NATALI *et al*, 2011).

As famílias constituintes da presente pesquisa provêm de regiões de vulnerabilidade social. Foi possível observar que suas habitações nem sempre possuíam acabamento, permitindo grande exposição à poeira. Possuíam rede de água e esgoto, ruas asfaltadas, se encontrando em região periférica da cidade, onde as unidades básicas de saúde se encontravam próximas, embora os demais serviços de maior especificidade se apresentassem distantes. Desta forma, quanto à acessibilidade aos serviços de saúde, observou-se alta dependência de transporte público, que nem sempre estava ao alcance, por motivos financeiros e de escassez de horário. O uso de ambulâncias, neste sentido, foi muitas vezes referido como um transporte.

Para a pneumonia, além do baixo nível socioeconômico, a baixa escolaridade materna e a baixa renda familiar são consideradas fatores de risco (WONODI *et al*, 2013), assim como a prematuridade, o baixo peso e o aleitamento materno (CHALFUN *et al*, 2009).

Corroborando com a literatura, nesta pesquisa foi observado um grande número de internações de crianças provenientes de regiões de maior vulnerabilidade social, apesar de regiões de menor vulnerabilidade também apresentarem um grande número de internações. Quanto à escolaridade, a maioria das mães não havia completado os estudos, tendo cursado o ensino fundamental. Relativo ao aspecto econômico, a maior parte das famílias possui renda em torno de 1 salário mínimo, sendo composta por 4 a 5 pessoas, o número de cômodos das suas residências é de 2 a 5, sendo a maioria composta por 3 cômodos. Quanto às demais características, o baixo peso apareceu associado à prematuridade em 43% das crianças, e a amamentação ocorreu para a maioria das crianças por mais de 6 meses.

A família, unidade na qual a criança está inserida e da qual é dependente para o seu crescimento e desenvolvimento foi a preocupação deste estudo. O Modelo Calgary de Avaliação Familiar, estruturado para permitir um olhar mais

amplo para a família, possibilitou avaliar os vários aspectos de interesse para esta pesquisa tais como a sua estrutura, e as relações estabelecidas tanto internamente como externamente, além de aspectos importantes ligados à promoção à saúde.

Compreende-se por saúde, ou condições de saúde, uma variedade de fatores relacionados à qualidade de vida, tais como o padrão de alimentação e nutrição adequado, assim como habitação e saneamento, boas condições de trabalho, oportunidades de educação, ambiente físico limpo, apoio social para famílias e indivíduos, estilo de vida responsável e um espectro adequado de cuidados de saúde (BUSS; CZERESNIA, 2009). Para estes autores, a promoção da saúde que surgiu como uma reação à medicalização da saúde na sociedade, está associada a um conjunto de valores, tais como: vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria dependendo ainda de uma combinação de estratégias: ações do estado, da comunidade, de indivíduos, do sistema de saúde e de parcerias intersetoriais (BUSS; CZERESNIA, 2009).

O Sistema Único de Saúde é estruturado em três níveis de atenção, níveis estes que articulados e ordenados buscam a promoção, a prevenção, a recuperação e a reabilitação à saúde (GOMES *et al*, 2012). A atenção primária como o primeiro destes níveis, desempenha suas funções tanto no âmbito individual, como coletivo, buscando acessibilidade a indivíduos, famílias e comunidades.

As famílias analisadas frequentam diversas unidades de saúde, com diferentes níveis de atenção, buscando atendimento ora nas unidades de referência, ora no pronto atendimento, quase sempre buscando o especialista na intenção da resolução de seus problemas. Com maior frequência, as unidades básicas, (ou de atenção básica) são frequentadas no intuito de acompanhamento do desenvolvimento e busca de ações preventivas, como a vacinação. Entretanto nem sempre se mostram resolutivas quando a criança adocece. Algumas famílias relatam o movimento de referência (na forma de encaminhamento) das unidades básicas para as de maior complexidade; entretanto, outras relatam se sentirem perdidas no momento de adoecimento da criança, “jogadas de um lado para o outro” e acabam por buscar em primeira mão as unidades de maior complexidade, à medida que as situações se repetem. O pediatra é visto como o único profissional que pode solucionar os momentos de crise, e sua ausência nas unidades de pronto

atendimento, ou mesmo sua falta de prontidão nas unidades básicas leva à busca deste profissional em unidades de maior complexidade, o que, se constitui em um comportamento de rotina. Esta atitude demonstra uma compreensão voltada para o modelo biomédico, onde a preocupação se encontra centrada na patologia e no atendimento médico, em contraste com o modelo de cuidado integral esperado pelas políticas públicas no Brasil desde a década de 80 (ARAÚJO *et al*, 2014). Nesse modelo buscaram-se várias estratégias, estando entre elas a preocupação com o crescimento e o desenvolvimento infantil, através de ações como a puericultura, a imunização e a amamentação entre outras (RUDAN *et al*, 2008; ARAÚJO *et al*, 2014; MELLO; FURTADO; FONSECA, 2012).

Estudo afirma que a unidade de Saúde da Família, apesar de ser destinada a ações de promoção, prevenção e proteção do indivíduo/família/comunidade no contexto da atenção primária, age de maneira insatisfatória, assim como os demais níveis do sistema (ASSIS *et al*, 2010). A razão disso, segundo Mendes, é que a comunicação entre os sistemas é deficiente, e como o foco é nas condições agudas, acontece o uso de unidades de pronto atendimento ambulatorial e hospitalar, o que é resultado do direcionamento a condições agudas, da ênfase em intervenções curativas e reabilitadoras, ocorrendo então a fragmentação do cuidado, e a falta de continuidade da ação (MENDES, 2010).

No presente estudo, observou-se além desse descontentamento o mau acolhimento por profissionais de saúde, que não dão crédito ao cuidador, e agem de forma não humanizada, o que vai ao encontro do estudo sobre percepção materna, que demonstrou que o apoio por instituições profissionais, especialmente de saúde, é pouco percebido, observando também que a falta de apoio de profissionais de saúde, dificulta a família no encontro do equilíbrio necessário em um momento de dificuldades e mudanças (SIMIONI, 2008).

Da mesma forma, outro estudo sobre o apoio a famílias de recém natos de baixo peso demonstra que os relatos sobre o apoio de instituições de saúde são em menor proporção quando comparados ao apoio fornecido por familiares, além do apoio fornecido por equipes especializadas de saúde demonstrar despreparo, não proporcionando suporte adequado (FONSECA; MARCON, 2009).

Os autores Buss e Czeresnia (2009), em estudo sobre promoção a saúde, enfatizam que o aleitamento materno, assim como o hábito de fumar, e a dieta escolhida pela família, são fatores diretamente envolvidos com a promoção à saúde, à medida que dependem do conhecimento e do controle individual e comunitário, e permitem ações educativas no comportamento para essas mesmas pessoas. Citam a importância da conferência de Adelaide, em 1988, onde se consideraram prioritárias ações de apoio à saúde da mulher, alimentação e nutrição, tabaco e álcool, além da criação de ambientes favoráveis (BUSS; CZERESNIA, 2009).

A compreensão da infância como um período de importância e o seu reconhecimento se deu após a revolução industrial, no momento em que a educação passou a ser valorizada, e as famílias começaram a se organizar em torno da criança. Neste período, a preocupação do casal em realizar cuidado de melhor qualidade a criança, limitou o número de filhos, passando a criança a ocupar um lugar central na família, e a adquirir um lugar de importância perante a sociedade (CAMPOS; ALVARES; ABREU, 2004).

A família então passa a exercer um suporte social, exercendo funções para o desenvolvimento deste ser (CAMPOS, 2004). O cuidar surge então como uma revelação deste suporte da família para com a criança, como uma manifestação dos seus sentimentos de amor, carinho, acolhimento, reconhecimento, aceitação e respeito pelo outro (CAMPOS, 2004). Compreende-se por cuidar, a atitude de ajudar o outro a crescer, de forma completa e pessoal, o cuidador devendo assim estar preparado para compreender o outro em seu mundo como se estivesse dentro dele (VAN HOOFT, 2006). O cuidado deve ser entendido como uma finalidade em si mesmo, um processo, um ideal, e não meramente um resultado (BOYKIN, 2001).

As principais atividades de cuidado são realizadas pela mãe em todas as famílias observadas no presente estudo, demonstrando conhecimento a respeito das necessidades da criança e se movimentando entre suas diversas necessidades. O pai, ou a figura masculina nessas famílias apresenta papel de provedor, realizando o cuidado apenas como apoio à figura materna, que muitas vezes realiza atividade remunerada, na maioria das vezes informal, para auxiliar na renda familiar. O apoio da família extensa se mostrou presente de forma contínua, principalmente na forma de cuidado, mas também prestando auxílio financeiro. Historicamente tem se

observado as relações de gênero e as diferentes responsabilidades ligadas a desigualdades constituídas socialmente (MUYLAERT; DE SOUZA DELFINI; ADVINCULA REIS, 2015).

Outro estudo indica que o apoio no cuidado à saúde da criança se inicia na família nuclear e se amplia para a família extensa, principal rede de apoio, oferecendo recursos diversos, entre eles o apoio emocional e instrumental, com recursos materiais e operacionais (ARAÚJO *et al*, 2012). Simioni e Geib (SIMIONI; GEIB, 2008) também afirmam que os familiares se mostram indispensáveis na superação de dificuldades, entre eles destacamos as avós paternas e maternas como principal fonte de apoio, ao permitirem à família uma melhor adaptação nas situações de adoecimento, através de atitudes que envolvem aspectos emocionais, instrumentais e de informação, fortalecendo-a.

Nossos resultados corroboram com a literatura quando demonstram o importante papel de apoio da família extensa, especialmente das avós; auxiliando tanto nos cuidados diretos à criança como no apoio financeiro, enquanto que a rede da família se encontra presente no cuidar do dia a dia, e também nos momentos de crise, como durante as situações de hospitalização.

A família produz cuidados indispensáveis e específicos para saúde, se desenrolando através de interações afetivas, necessárias ao desenvolvimento pleno, e também de aprendizagens de ações de higiene e alimentação, assim como a adesão a tratamentos prescritos (GUTIERREZ; MINAYO, 2010). No sentido de promoção à saúde, a Carta de Otawa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1986) se refere à família e às pessoas que a compõem como principal recurso para a saúde, afirmando a necessidade de apoiá-la e capacitá-la.

Esta pesquisa evidenciou os cuidados realizados pela família na busca por saúde da criança, demonstrando atitudes rotineiras relacionadas ao cuidado com o ambiente, aos membros da família, e preocupação constante com alimentação, higiene, na maioria das vezes realizada pela mãe, mas também pelas demais mulheres da família, em primeiro lugar as avós, seguidas pelas tias e amigas mais próximas deste grupo familiar. O apoio desempenhado pela família extensa foi de

grande importância, ocorrendo tanto do ponto de vista financeiro como de cuidado direto à criança.

O acometimento da criança por doença respiratória, se mostra muitas vezes de forma repetitiva, culminando em alguns momentos na internação hospitalar. A mãe é a principal personagem que reconhece as alterações produzidas pela doença, e a situação de risco em que a criança se encontra; buscando prontamente auxílio profissional, se sente desamparada pela insuficiência do atendimento.

O período da doença traz sofrimento para a família, exigindo uma reorganização familiar interna em busca de equilíbrio buscando o cuidado à saúde da criança mas também a manutenção da rotina da unidade familiar, exigindo um rearranjo de funções, e um apoio ainda maior da família extensa.

Outro estudo sobre rede e apoio de famílias de crianças com doença crônica também observou que em situações de doença, a necessidade de apoio ocorre de várias formas (material, emocional e informacional). Desta forma faz-se necessária uma rede social para que este apoio ocorra, sendo composta de diversas pessoas, com as quais a família possui algum vínculo, tais como familiares, vizinhos, amigos e profissionais de saúde que interagem somando forças, com o objetivo de auxiliar a família neste momento de estresse (ARAÚJO *et al*, 2014). A família e os avós em situações de doença se tornam a principal fonte de apoio, realizando especialmente um apoio psicológico e financeiro (DEZOTI *et al*, 2015).

Do ponto de vista de *Crenças*, ou no que a família acredita, quanto à religiosidade e espiritualidade, foi possível observar no presente estudo uma estreita relação entre fé e cura, ou controle da doença. A crença em que a fé em Deus pode curar, em que Ele faz o melhor, parece sustentar as famílias nos momentos de doença. É a crença em que algo maior está no comando, e que através da fé a família pode obter a cura da doença. Para outras famílias ainda, outras crenças oriundas de credence popular parecem sustentar a possibilidade de controlar a doença e obter a cura tão desejada, enquanto outras negam e refutam qualquer “credence”.

Para Campos, a busca de soluções na religião ou em tratamentos mágicos é um fator bastante comum no Brasil em função das heranças culturais e do

sincretismo religioso de sua população; presente tanto nas classes sociais mais favorecidas como também nas menos favorecidas, embora de formas divergentes (CAMPOS; ALVARES; ABREU, 2004). De fato, o contato com várias culturas permite à população brasileira o uso de uma variedade de costumes e tradições de cura pela fé (NERY, 2006), em alguns momentos muito relacionadas à religiosidade, em outras com o uso de plantas medicinais, ou ainda em simpatias, estas crenças buscam o controle ou a cura da doença. Outro estudo também observou a presença de atitudes relacionadas a benzimento e uso de ervas medicinais, afirmando a dificuldade em promover mudanças de hábitos, visto que tais práticas se encontram arraigadas em aspectos socioculturais(SIQUEIRA *et al*, 2006).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A família como sistema busca sempre o equilíbrio, constantemente oscilando entre mudanças e estabilidade. Assim, o movimento que ocorre é contínuo, visto que as situações de mudança estão sempre presentes, quando a família se reorganiza, caminhando para uma nova posição de equilíbrio (WRIGHT; LEAHEY, 2009). Desta forma os momentos de adoecimento e hospitalização surgem como situações de mudança, e apesar de se encontrar em um estado de vulnerabilidade social, a família como um todo se movimenta, fazendo uso de seus apoios em sua rede de suporte, e buscando um novo ponto de equilíbrio.

O profissional de saúde que interage deve procurar se somar nesta interação (WRIGHT; LEAHEY, 2009). Sua aproximação, quando realizada de forma adequada, não só permite que a família se exponha para que ele a conheça, como também que ele os ajude a pensar em intervenções adequadas às suas necessidades, buscando mudança para realizar o equilíbrio, promovendo assim um padrão circular de troca, onde a família e o profissional de saúde se somam e constroem juntos interação positiva, ocorrendo o tão esperado desenvolvimento de habilidades sociais necessárias à promoção da saúde (WRIGHT; LEAHEY, 2009).

Esta pesquisa teve como objetivo geral compreender a família como unidade de cuidado na situação de adoecimento da criança por pneumonia. Foi possível identificar as causas de internação por motivos respiratórios, e correlacionar o local de moradia segundo o IPVS. O Modelo Calgary de Avaliação Familiar foi aplicado, permitindo a apreensão e compreensão de vários dados familiares com vistas à promoção a saúde, abarcando desde atitudes voltadas a prevenção e à manutenção da saúde realizadas rotineiramente, como atitudes de reconhecimento do adoecer, e da busca pelo equilíbrio novamente.

Avaliação familiar possibilitou conhecer também as redes às quais esta família se encontra envolvida, e das quais recebe vital apoio para exercer seu papel no cuidar e na promoção à saúde. As instituições de saúde se entrelaçam e perpassam por este cuidar, nem sempre de forma efetiva. Apesar das políticas públicas estabelecerem norteadores no sentido de fortificar a família, fornecendo-lhe orientação para que possa realizar um cuidado efetivo, muito fica a desejar, pois as ações existentes para esse fim na maioria das vezes estão desarticuladas.

Para atingir o último objetivo: “Estabelecer norteadores para o cuidado integral à família nesta situação”, se mostra necessário conhecer as famílias em sua individualidade, especialmente em situações de vulnerabilidade social, onde as dificuldades se apresentam maiores. E a partir deste conhecimento valorizar apoios e redes informais, buscando equipá-las de conhecimento de forma ativa e participativa, em ambientes dos quais participa. Desta forma o profissional de saúde, constrói, em conjunto com a família, intervenções pontuais e assertivas.

O Modelo Calgary foi um facilitador, pois permitiu um olhar amplo à família, de forma sistematizada; entretanto um período mais longo permitiria um enriquecimento dos dados.

O que esta pesquisa traz de contribuição é o foco do cuidado realizado pela família, com uma observação orientada e sistematizada, sendo possível observar suas reais atitudes de promoção à articulação na situação de doença, prevenção da doença, bem como a promoção da saúde. Entretanto, a realização de um estudo utilizando este modelo por um período mais amplo promoveria um olhar mais rico.

Assim, propõe-se que futuras pesquisas sejam realizadas de forma espiralada, retomando através de múltiplos contatos a avaliação familiar, utilizando o modelo Calgary, tendo em foco a criança com pneumonia; conseguindo apreender informações mais amplas sobre a forma de cuidar desta família, o que permite mais do que propor e construir, realmente executar em conjunto com a família, as melhores intervenções.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, M. C. M.; VARELLA, R. B.; SANTOS, N. Acute Respiratory Viral infections in children in Rio de Janeiro and Teresópolis, Brazil. **Rev Inst Med Trop**, v.54, n.5, p.2249-55, 2012.

ALVES JÚNIOR, J. S. **Hospitalizações por pneumonia em crianças menores de 5 anos no período de 2000 a 2012. 2014.** Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2014. 21f.

ÂNGELO, M. et al. Família como categoria de análise e campo de investigação em enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.43, n.2, p.1337-41, 2009.

ARANHA, M. A. F.; GRISI, S. J. F. E.; ESCOBAR, A. M. U. Relação da doença respiratória declarada pelos pais e fatores socioeconômicos culturais. **Rev Paul Pediatr**, v.29, n.3, p.352-6, 2011.

ARAÚJO J. P et al. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v.67, n.6, dec., 2014.

ASSIS, M. M.; NASCIMENTO, M. Â.; FRANCO, T.B.; JORGE, M.S. **Produção do cuidado no programa Saúde da Família: olhares analísadores em diferentes cenários.** Bahia: Edufba; 2010.

BARBOSA, M. A. M.; BALIEIRO, M. M. F. G.; PETTENGILL, M. A. M. Cuidado centrado na família no contexto da criança com deficiência e sua família: uma análise reflexiva. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.21, n.1, p.194-9, 2012.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 2008.

BOYKIN, A. Nursing as caring: a model for transforming practice. Center for Caring, College of Nursing, Florida Atlantic University, Florida, editora: Jones & Bartlett Learning, 2001.

BRANCHE, A. R. et al. Serum procalcitonin measurement and viral testing to guide antibiotic use for respiratory infections in hospitalized adults: a randomized controlled trial. **Journal of Infectious Diseases**. v. 212, n.11, Dec. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Morbidade hospitalar do SUS por local de internação.** Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/niuf.def>>. Acesso em: 06 de abr. de 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde – PNS 2012 - 2015.** Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

_____. Ministério da Saúde. Carta de Ottawa. I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. In: BRASIL. **Promoção da Saúde.** Ministério da Saúde; Brasília: 1986.

_____. Ministério da Saúde. **Caderno de informações de saúde, informações gerais** . 2010. Disponível em:

<<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/cadernosmap.htm>>. Acesso em: 12 de abr. de 2016.

_____. **Estatuto da criança e do adolescente - ECA**. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990, e legislação correlata. 9. ed. Brasília : Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2010. 207p. Disponível em: <http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/camara/estatuto_crianca_adolescente_9ed.pdf>. Acesso em: 12 de out. de 2015.

_____. Ministerio da Saúde. **DATASUS Caderno de Informações de Saúde: informações Gerais. 2009** Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/cadernosmap.htm>>. Acesso em: 08. abr. 2015.

BUSS, P. M.; CZERESNIA, D. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. vol. 2, p.15-36, 2009.

CALDART, R.V. et al. Factors associated with pneumonia in Yanomami children hospitalized for Ambulatory Care sensitive conditions in the north of Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva** ,vol. 21.5 1597-1606. 2016.

CAMPOS, E. M. P. ALVARES, M.; ABREU, P. Infância e Família. In: MELLO FILHO, J.; BIRD, M. (Org.). **Doença e Família**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p. 206-209.

CAMPOS, E. P. Suporte Social e Família. In: MELLO FILHO, J; BIRD, M. (Org.). **Doença e Família**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p. 141-161.

CARDOSO, A. M. A persistência das infecções respiratórias agudas como problema de Saúde Pública. **Cad. Saude Pública**, v.26, n.7, p.1270-1271, 2010.

CASTRO, T., G., de; ABS, D.; SARRIERA, J.C. Análise de conteúdo em pesquisas de psicologia. **Psicologia: ciência e profissão**. vol.31, n.4, p.814-25. 2011.

CHALFUN, G. et al. Fatores associados à morbidade respiratória entre 12 e 36 meses de vida de crianças nascidas de muito baixo peso oriundas de uma UTI neonatal pública. **Cad Saude Pública**. v.25, n.6, p.1399-1408, 2009.

CORRÊA, R. A. et al. Diretrizes da SBPT. Diretrizes Brasileiras para pneumonia adquirida na comunidade em adultos imunocompetentes – 2009. **J. Bras. Pneumol.**, v.35, n.6, p.574-601, 2009.

COSTA, E., O; et al. Análise do Tempo de Internação de crianças com pneumonia em Hospital Público de João Pessoa-PB. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v.18, n.2, p. 147-150. 2015.

DEZOTI, A, P. et al. Apoio social a famílias de crianças com paralisia cerebral. **Acta Paul Enferm**. vol. 28, n.2, p.172-176, 2015.

DIOGENES, M. A. R.; OLIVEIRA, M. G.; CARVALHO Y. A. X. B. Aspectos estruturais, desenvolvimentais e funcionais da família de adolescente grávida fundamentados no Modelo Calgary. **Rev. Rene**, Fortaleza, v.12, n.1, p.88-96, 2011.

FONSECA, E. L.; MARCON, S.S. Support network to families of low birth weight babies after hospital discharge: a qualitative study. **Online Brazilian Journal of Nursing**. v.8, n.2, 2009.

FRANÇA, E., et al. Associação entre fatores socioeconômicos e mortalidade infantil por diarreia pneumonia e desnutrição na região metropolitana do sudeste Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. v.17, n.6, dez., 2001.

FRAGUAS, G. et al. Transplante de medula óssea e a assistência de enfermagem fundamentada no Modelo Calgary. **Cienc. Cuid. Saude**, v.10, n.1, p.51-57, 2011.

FRIEDMAN, M. M.; BOWDEN, V.R.; JONES, E. G. **Family nursing: research, theory and practice**. 5th ed. Upper Saddle River (NJ): Prentice Hall, 2003.

FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS (SP) - SEADE. Estado de São Paulo. **Índice Paulista de Vulnerabilidade Social- IPVS 2010**. Disponível em: <http://indices-ilp.al.sp.gov.br/view/pdf/ipvs/principais_resultados.pdf> Dados de acesso Acesso em: 08 abr. 2015.

GOMES, A.P. et. al. Atenção primária à saúde e formação médica: entre episteme e práxis. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v.36, n.4, p.541-549, Dec., 2012.

GUTIERREZ, D.M.D.; MINAYO, M.C.de.S. Knowledge production on family health care. **Ciência & Saúde Coletiva**. vol.15, p.1497-1508. 2010.

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 12. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

HANSON, S. M. H.; DUFF, V. G.; KAALINEN, J. R. **Family Health Care Nursing: teory, practice and reseach**. 3. ed. Loures: Lusociencia; 2005.

HOUAISS, A; VILLAR, M. de S. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). **Censo demográfico 2010, Informações Cidades São Carlos- SP**. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=354890>>. Acesso em: 06 de abr. 2015.

KUO D. Z. et al. Family-Centered Care: current applications and future directions in pediatric Health Care [Internet]. **Maternal and Child Journal**. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3262132/?tool=pubmed>>. Acesso em: 12 de ago. 2013.

MANZINI, E.J. Uso da entrevista em dissertações e teses produzidas em um programa de pós-graduação em educação. **Revista Percurso**. p.149-71, 2012.

MARANHÃO, A.G.K., et., al. Mortalidade infantil no Brasil: tendências, componentes e causas de morte no período de 2000 a 2010. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher**. Brasília: Editora MS, 2012, v. 1, p. 163-182. Disponível em: <http://www.repositorio.unb.br/bitstream/10482/12478/1/CAPITULO_MortalidadeInfantilBrasil.pdf>. Acesso em: 03 mai. 2016.

MARTINS, M. M.; FERNANDES, C. S.; GONÇALVES, L. H. T. A família como foco dos cuidados de enfermagem em meio hospitalar: um programa educativo **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.65, n.4, p.685-90, 2012.

MELLO, D. F. de. Et. al. Seguimento da saúde da criança e a longitudinalidade do cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**. [online]. vol.65, n.4, p. 675-679, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n4/a18v65n4.pdf>>. Acesso em: 09 abr. 2016.

MENDES, E.V. .As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**.. , vol.15, n.5, p.. 2297-2305. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>>. Acesso em: 14 abr. 2015.

MONTEFUSCO, S. R. A.; BACHION M. M.; NAKATANI A. Y. K. Avaliação de famílias no contexto hospitalar: uma aproximação entre o Modelo Calgary e a taxonomia NANDA. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.17, n.1, p.72-80, 2008.

MONTEFUSCO, S. R. A. **Diagnósticos de enfermagem identificados em famílias em situação de acompanhamento hospitalar utilizando o Modelo Calgary**. 2006. 129f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Goiania: Universidade Federal de Goiás, 2007.

MORAIS, G. S. N. M.; COSTA, S. F. G. C. Experiência existencial de mães de crianças hospitalizadas em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.43, n.3, p.639-46, 2009.

MUYLAERT, J.; DEFINIM C.P.S.S.; REIS, A.O.A. Relações de gênero entre familiares cuidadores de crianças e adolescentes de serviços de saúde mental. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. vol. 25, n.1, 2015.

NATALI, R. M. de T. et. al. Perfil de internações hospitalares por doenças respiratórias em crianças e adolescentes da cidade de São Paulo, 2000-2004. **Revista Paulista de Pediatria**. v.29, n.4, p.584-590. 2011.

NERY, V. C. Rezas, Crenças, Simpatias e Benzeções: costumes e tradições do ritual de cura pela fé. **VI Encontro dos Núcleos de Pesquisas da Intercom**. 2006. Disponível em: <<http://intercom.org.br>>. Acesso em: 13 maio 2016.

RUDAN, I. et al. Epidemiology and etiology of childhood pneumonia. **Bull World Health Organ**. vol. 86, p.408- 416. 2008.

PÉREZ-PADILHA, R. e. al. Fighting respiratory diseases: divided efforts lead to weakness. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. v.40, n.3.p.207-210, jun. 2014.

PINTO J. P. et al. Cuidado centrado na família e sua aplicação na enfermagem pediátrica. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.63, n.1, p.132-5, 2010.

PRODANOV, C.C.; FREITAS, E.C. **Metodologia do Trabalho Científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico**. 2.ed. Novo Hamburgo, Editora Feevale, 2013.

SÃO CARLOS. **Informações Unidades de Saúde**. Disponível em: <<http://www.saocarlos.sp.gov.br/index.php/saude/115420-unidades-de-saude.html>>. Acesso em: 08 abr de 2015.

SILVA, E.C.S. et. al. Respiratory diseases in children after the administration of 10 - valent pneumococcal conjugate vaccine. **Revista Mineira de Enfermagem**. v. 17, n.4, p.917-923, out/dez. 2013. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/895>>. Acesso em: 23 abr. 2016.

SILVA, L.; BOUSSO, R. S.; GALERA, S. A. F. Aplicação do Modelo Calgary para avaliação de famílias de isodos na prática clínica. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.62, n.4, p.530-4, 2009.

SIMIONI, A. S.; GEIB, L.T.C. Percepção materna quanto ao apoio social recebido no cuidado às crianças prematuras no domicílio. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 61, n.5, p.545-551, set /out. 2008.

SIQUEIRA, K. M. et al. Crenças populares referentes à saúde: apropriação de saberes sócio-culturais. **Texto Contexto Enferm**. v.15, n.1, p.68-73, jan. 2006.

THORN, L.K. et al. Pneumonia *and* poverty: a prospective population-based study among children *in* Brazil. **BMC infectious diseases**, v.11, p.180, 2011.

UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância). **Situação Mundial da Infância, 2008. Sobrevivência infantil**. Brasília, DF; 2008. [8 mai 2009]. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/sowc2008_br.pdf>. Acesso em: 17 mar. 2014.

VAN HOOFT, S. **Caring about health**. Deakin University, Australia, Ashgate Publishing, Ltd., 2006.

WRIGHT, L. M.; LEAHEY M. **Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família**. 4.ed. São Paulo: Roca; 2009.

WRIGHT, L. M.; LEAHEY, M. Calgary Family Intervention Model: one way to think about change. **Journal of marital and family therapy**. v.20, n.4, p. 381-395. 1994.

WONODI, C. B. et al. Evaluation of Risk Factors for Severe Pneumonia in Children: the pneumonia etiology research for child health study. **OXFORD JOURNALS Clinical Infectious Diseases**. v.54, 2012. Disponível em: <<http://cid.oxfordjournals.org/>>. Acesso em: ago 2013.

Anexo1 Genograma e Ecomapa

Estrutural

Desenhar a família com símbolos nome, idade trabalho, ensino, da esquerda para a direita, primeiro os mais velhos

- Grau de instrução? Renda familiar? Tipo de ocupação (trabalho)?
- Familiares mais distantes, que não moram com vcs, quem é mais importante? Quem é mais próximo? Família de cada um, trabalho, idade...
- Quem ajuda e como? Quem mora junto?
- Problemas de saúde, problemas respiratórios na família?

Ambiente

Piso, quintal, cortinas, animais, cigarro...

Calçamento da rua? Cômodos na casa?

Falar da criança

- Consultas de pré-natal? Carteirinha de vacinação? Peso ao nascer? Amamentação?
- Como a família cuida da criança quando ela está com problema respiratório?
- Fale-me sobre as dificuldades que encontra para cuidar da saúde do seu filho...
- Vocês sentem que algo no dia a dia interfere na saúde do seu filho/ explique...
- Como foi quando esteve internado, como foi o processo? Como vai perguntar isso? Não é fácil de entender assim.
- Como vcs se organizaram em casa com as atividades e ao mesmo tempo a cça internada?
- A doença interferiu nas atividades realizadas pela criança? Ainda interfere?
- Quando a criança fica doente, qual o caminho que vcs fazem? onde vão primeiro? e depois?
- Quando o médico prescreve um medicamento que não tem no posto, como é para vcs?
- A criança teve alguma outra internação em outro local? por qual motivo?

Papéis

- Quais os papéis desempenhados em casa? Por quem? Quem cuida da cça? Quem faz o que quando ela está doente? Quem faz a comida? Quem leva na escola...

Limites

- Na vida familiar o que pode e o que não pode ser feito no dia a dia? (alimentação, vestuário, brinquedos, higiene)

- Quando a criança está doente, como vcs determinam o que pode e o que não pode? E quando está saudável? E quando a criança desobedece? Quem é mais bravo?

- Quem determina se pode ou não pode? Como funciona? Me conte? É um limite rígido ou permeável?

Desenvolvimento

Estágios, Tarefas e vínculos

(em que estágio esta família se encontra) (tarefas desta família) (vínculos entre as pessoas)

Funcional

Atividades da vida diária, Expressiva

- No dia a dia de vcs, existe algum hábito diferente, por causa do estado de saúde da criança, que passou a fazer parte da rotina? como vcs limpam a casa? (cortinas, animais, cigarro?...)

- O que vcs fazem para melhorar a saúde da criança?

- Como vs combinam o cuidado da criança? vcs se conversam? já está tudo combinado?

- Existe alguma receita de família que vcs usam? (crenças)

- O que vcs fazem para melhorar a saúde dele?

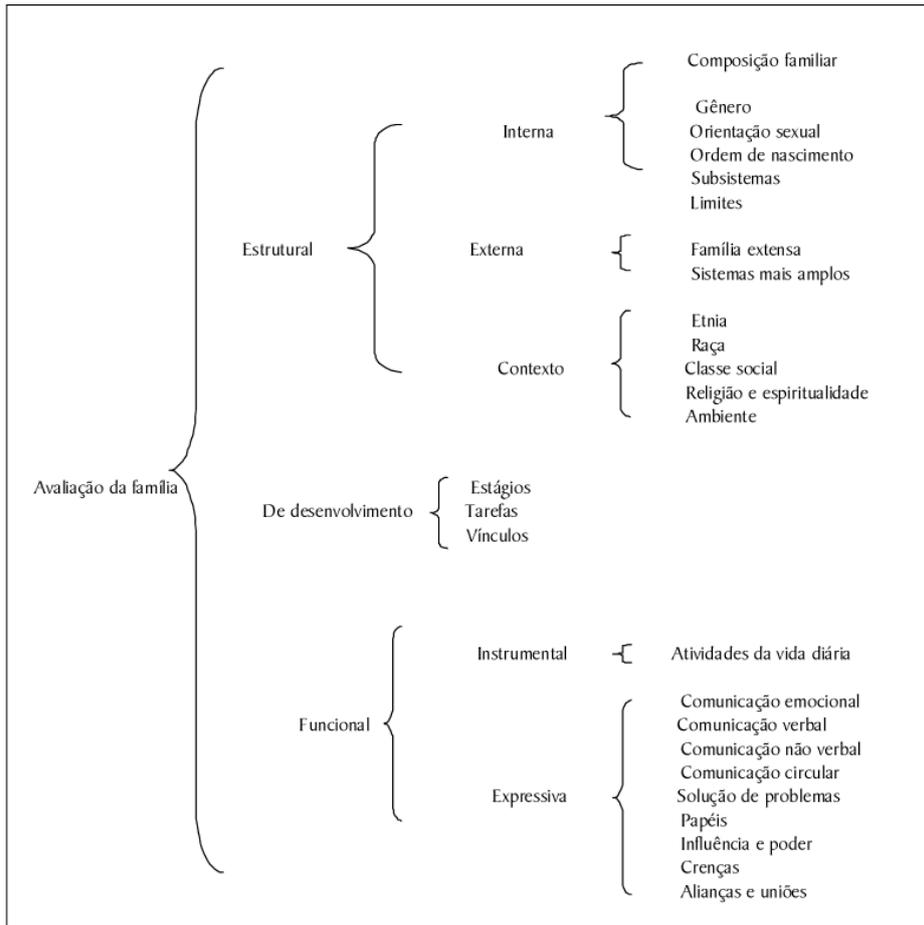


Figura 1. Diagrama ramificado do MCAF⁽⁸⁾.

OBJETIVOS:

- **Compreender o contexto familiar e sua influencia na internação e reinternação da criança com pneumonia.**
- **Correlacionar condições familiares e internação / reinternação por doença respiratória**
- **Conhecer o sentimento da família de crianças encaminhadas à UTI por doença respiratória.**
- **Estabelecer norteadores para o cuidado integral à família nesta situação.**

Anexo 2

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (T.C.L.E.)

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o SR.(a)....., é convidado(a) a participar da pesquisa **“Pneumonia e Vulnerabilidade Social: um olhar para família”**. Sua participação não é obrigatória, e sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. Após a leitura minuciosa deste documento, devidamente explicado pelos profissionais em seus mínimos detalhes, ciente dos procedimentos de investigação os quais será submetido, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma o seu consentimento livre e esclarecido concordando em participar desta pesquisa, realizada pela pesquisadora Renata Olzon Dionysio de Souza, nº do Conselho Regional de Enfermagem 88.478; sob orientação da Prof^a Dra Giselle Dupas, nº do Conselho Regional de Enfermagem 37.676. A pesquisa tem como objetivo: compreender o contexto familiar e sua influência na internação da criança por Pneumonia. Justifica-se a pesquisa, pois acreditamos que compreender o contexto familiar em relação às atitudes de cuidado à criança com pneumonia, desenvolvidas em seu cotidiano, permitirá propor intervenções para o cuidado integral à família nesta situação. Serão realizadas entrevistas semi estruturadas, feitas pela pesquisadora em local a ser combinado entre a entrevistadora e os participantes, onde a família da criança internada por doença respiratória relatará sua experiência. A entrevista buscará entender a família como estrutura, seu desenvolvimento e funcionamento; terá uma duração de aproximadamente 60 minutos, de acordo com as particularidades de cada família, sendo que no caso de uma maior duração poderá ter continuidade em outra data a ser marcada com a família. O entrevistado não sofrerá desconforto moral, ético ou físico, podendo se negar a responder as perguntas ou cancelar a entrevista. Os riscos que poderão ser sentidos relacionam-se com constrangimento, timidez, tristeza e cansaço. Se percebidos e ou relatados pelo participante, a entrevista será imediatamente suspensa. Caso se perceba qualquer risco ou dano não previsto, as atividades serão imediatamente suspensas. Já os benefícios que esta pesquisa pode gerar estão relacionados à narrativa da história de vida e podem contribuir com a elaboração das experiências de vida e com o enfrentamento. Da mesma forma, o uso do Modelo Calgary de Avaliação em

Família (MCAF) pode ser muitas vezes informativo e até curativo. Não haverá despesas ou compensação financeira em qualquer fase do estudo.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação, os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação e serão utilizados em publicações e eventos científicos.

Caso o sujeito da pesquisa queira apresentar reclamações em relação a sua participação na pesquisa, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, da Universidade Federal de São Carlos- UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br

Fica claro que o sujeito da pesquisa ou seu representante legal pode a qualquer momento retirar seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO e deixar de participar desta pesquisa, ciente de que todas as informações prestadas tornar-se-ão confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional. Esse documento possui duas vias, sendo que uma ficará em posse do entrevistado e a outra com a pesquisadora. Por estarem de acordo assinam o presente termo.

Nome do Pesquisador Responsável: Renata Olzon Dionysio de Souza. *Endereço Institucional* Universidade Federal de São Carlos – Departamento de Enfermagem. Rodovia Washington Luís, Km 235. Cidade: São Carlos Estado: SP CEP: 13560-970 Telefone: (16) 9221-9184 E-mail: rolzon@gmail.com

_____, ____ de _____ de _____

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador Responsável